

**Language barriers
in clinical settings**

*Barrières linguistiques
en contexte médical*

Cahiers de l'ILSL N° 28, 2010

Ont déjà paru dans cette série :

Cahiers de l'ILSL

- L'Ecole de Prague : l'apport épistémologique (1994, n° 5)
Fondements de la recherche linguistique : perspectives épistémologiques
(1996, n° 6)
Formes linguistiques et dynamiques interactionnelles (1995, n° 7)
Langues et nations en Europe centrale et orientale (1996, n° 8)
Jakobson entre l'Est et l'Ouest, 1915-1939 (1997, n° 9)
Le travail du chercheur sur le terrain (1998, n° 10)
Mélanges en hommage à M. Mahmoudian (1999, n° 11)
Le paradoxe du sujet : les propositions impersonnelles
dans les langues slaves et romanes (2000, n° 12)
Descriptions grammaticales et enseignement de la grammaire
en français langue étrangère (2002, n° 13)
Le discours sur la langue en URSS à l'époque stalinienne
(2003, n° 14)
Pratiques et représentations linguistiques au Niger (2004, n° 15)
Langue de l'hôpital, pratiques communicatives et pratiques de soins
(2004, n° 16)
Le discours sur la langue sous les pouvoirs autoritaires (2004, n° 17)
Le slipping dans les langues médiévales (2005, n° 18)
Travaux de linguistique. Claude Sandoz (2005, n° 19)
Un paradigme perdu : la linguistique marriste (2005, n° 20)
La belle et la bête : jugements esthétiques en Suisse romande et alémanique
sur les langues (2006, n° 21)
Etudes linguistiques kabyles (2007, n° 22)
Langues en contexte et en contact (2007, n° 23)
Langage et pensée : Union Soviétique, années 1920-30 (2008, n° 24)
Structure de la proposition (histoire d'un métalangage) (2008, n° 25)
Discours sur les langues et rêves identitaires (2009, n° 26)
Langue et littératures pour l'enseignement du français en Suisse romande :
problèmes et perspectives (2010, n° 27)

Les cahiers de l'ILSL peuvent être commandés à l'adresse suivante

CLSL, Faculté des Lettres, Anthropole

CH-1015 LAUSANNE

renseignements : <http://www.unil.ch/clsl>

**Language barriers
in clinical settings**

***Barrières linguistiques
en contexte médical***

numéro édité par
Pascal SINGY
Céline BOURQUIN
Orest WEBER

Cahiers de l'ILSL, n° 28, 2010



UNIL | Université de Lausanne

Les Cahiers de l'ILSL
(ISSN 1019-9446)
sont une publication du Centre de
Linguistique et des Sciences du
Langage de l'Université de
Lausanne (Suisse)

Centre de Linguistique et des
Sciences du Langage
Quartier UNIL-Dorigny, Bâtiment
Anthropole
CH-1015 Lausanne

Foreword

Pascal SINGY, Céline BOURQUIN & Orest WEBER

AS AN ARTICLE THAT APPEARED IN THE CURRENT ISSUE of the *Journal of Sociolinguistics* reminds us¹, communication that fully respects what is now commonly known as human dignity is far from being present between health providers and patients in all settings and everywhere in the world. Evidently, the question of human dignity raises questions about several aspects of the clinician-patient relationship, among others the aspect of understanding and being understood. At this regard, many migrants with native languages different to those spoken in their host country are at a particular disadvantage. This becomes obvious especially as concerns the newly arrived migrants in Europe and North America that visit frequently health facilities. This high frequency may be explained by their vulnerability as a possible result of their often problematic administrative status, low socioeconomic resources or past trauma experience in their countries of origin.

Both in the medical domain and elsewhere, the success of verbal communication presupposes, on the one hand, mutual communication codes that are used for interaction and, on the other hand, a number of cultural *implicits* that facilitate the correct decoding of the full meaning of a given message. The concept of “language barrier” is often used to refer to situations where very limited or no sharing of

¹ ODUOR OJWANG, B., MAINA MATU, P., ATIENO OGUTU, E. (2010). Face attack and patients' response strategies in a Kenyan hospital. *Journal of Sociolinguistics*, 14(4), 501–523.

these communication codes and cultural *implicit*s are given. However, the concept of “language barrier” and the realities that it represents are yet to be fully exploited in linguistics studies. Does this concept have one univocal definition and can its “intensity” be measured? Does it not refer to an idealized endolingual communication that is supposed to be free from all obstacles? Answers to such questions, which focus on the measures allowing mutual comprehension between migrant patients and health providers, are subject of the papers in this volume. These papers were presented by researchers and clinicians at a two day international workshop taking place on November 11 and 12 2009 in Lausanne. The workshop as well as the publication of the presented papers were co-sponsored by the Département de Psychiatrie of the Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), the Centre de Linguistique et des Sciences du Langage (CLSL), the Section de Linguistique and the Décanat de la Faculté des Lettres de l’Université de Lausanne.

The first two papers in the present volume try to highlight, by using case studies, difficulties encountered in communication settings with multilingual migrant patients. Celia Roberts observes that there are a number of misunderstandings in clinical interaction. These misunderstandings revealed through discourse analysis are related to crucial aspects both for consultation as well as for decision making or the use of humor as a cohesive tool. As we shall see in this volume, Celia Roberts proposes that we may understand linguistic and cultural distances in other ways than in terms of barriers. In the second paper which also highlights communication misunderstandings and which is based on a clinical example, Melissa Dominicé Dao shows that communicational and relational problems that are encountered during communication with migrants result from a number of interrelated factors: linguistic, cultural, contextual and medical, together with the lack of competence in cross-cultural communication.

The articles of Betty Goguikian Ratcliff and Mette Rudvin specifically consider professional interpretation. Betty Goguikian Ratcliff highlights issues arising from the collaboration between health providers and professional interpreters by particularly pointing out the difficulties that can result from such collaboration. She also draws our attention to the differences between the translated (clinician-patient) consultations in the domain of psychotherapy and those in the somatic practice. Mette Rudvin shows how medical interpretation is practiced and organized in Italy. Seen from a proactive perspective, the professional profile of the cultural/linguistic mediator that dominates in Italy presents advantages and disadvantages, which Mette Rudvin describes and discusses from her experience in the field.

Research has shown over and over again that there is a certain resistance amongst medical personnel when it comes to using professional interpreters to facilitate their consultations with migrant patients. It is this resistance that Patricia Hudelson and Sarah Vilpert highlight using a study they conducted in Geneva. According to the two researchers, there is a low level of enthusiasm in using professional interpreters because the caregivers, which they interviewed in order to find out their preferred communication strategies with their migrant patients, prefer to draw on bilingual hospital staff rather than professional interpreters. Hans Harmsen's study focused on a sample of general practitioners who have experienced communication problems during their consultations with their migrant patients. He studied the scope of a model used to train physicians in cross-cultural communication that was developed by a Dutch research group of which he is a member.

One of the merits of Omar Guerrero and Hanneke Bot's papers is that they give us an insider's view of psychotherapeutic consultations where the issue of "language barriers" is more salient than elsewhere. In fact, how does one resolve the dilemma of allowing the

presence of a third party translator during therapy sessions with victims of torture or political violence as the psychoanalyst Omar Guerrero points out? As far as this dilemma is concerned, Guerrero knows how to make good use of professional interpreters where the undescribable is the norm. While emphasizing the indisputable contribution of professional translation for the enhancement of the quality of communication with migrant patients, Hanneke Bot attempts to describe the characteristic problems that result from collaboration between psychotherapists and interpreters, using her own experience in the field as well as her research in the domain. She also outlines strategies that can facilitate the quality optimization of the psychotherapeutic consultations where translation is done.

The relationship that multilingual patients have with their languages is in the focus of the last two papers that close this volume. Based on her practical experience as a psychiatrist/psychoanalyst, Saskia von Overbeck Ottino considers the complexity of such relationships, which may arise when it comes to migrant families and that can, for example, influence the choice of either their native language or the language of the host country during consultations. Another significant contribution of Saskia von Overbeck Ottino's paper is the way in which it shows how internal conflicts in the patients' subconscious, which are linked to their exile and their consequent cultural uprooting, can be expressed verbally. Finally, it is on the multilingualism of the sub-Saharan migrants that Singy and his co-researchers base their paper. Their paper is part of a study on medico-preventive discourse on HIV that shows, for example, that in certain settings where the topic is highly taboo, the use of first languages – which, as a rule, is generally promoted in medical interactions with migrant patients – can sometimes constitute a big obstacle for communication, contrary to the use of a second language, which can serve as a *distanciation* or *objectivation* tool.

Présentation

Pascal SINGY, Céline BOURQUIN & Orest WEBER

COMME NOUS LE RAPPELLE le contenu d'un article paru dans le dernier numéro du *Journal of Sociolinguistics*¹, la communication entre cliniciens et patients est encore loin de se réaliser toujours et partout dans le plein respect de ce qu'il est convenu d'appeler la dignité des personnes. Certes, la question de la dignité des personnes interroge plusieurs aspects de la relation thérapeutique. Le fait de comprendre et d'être entendu constitue à l'évidence l'un d'entre eux. De ce point de vue, une part importante de la population migrante et allophone apparaît clairement désavantagée. On pense particulièrement aux migrants primo-arrivants qui fréquentent de manière importante – du moins en Europe et en Amérique du Nord – les structures de santé. Une fréquentation qui s'explique pour une large part par la situation de vulnérabilité que peuvent, par exemple, engendrer un statut administratif précaire, de faibles ressources socioéconomiques et des traumatismes vécus dans le pays d'origine. Dans le monde médical, comme ailleurs, la réussite des échanges verbaux suppose un partage, d'une part, des codes communicationnels utilisés dans ces échanges et, d'autre part, d'un certain nombre d'implicites culturels permettant de décrypter correctement le sens plein de tel ou tel message. La notion de « barrière linguistique » est souvent convoquée pour rendre compte des situations de non-partage ou de partage très limité de ces codes et implicites. Cependant, cette notion et les réalités qu'elle devrait recouvrir apparaissent encore trop peu problématisées. Ainsi, présente-t-elle une définition univoque et sa « hauteur » est-elle mesurable ? Ne témoigne-t-elle

¹ ODUOR OJWANG, B., MAINA MATU, P., ATIENO OGUTU, E. (2010). Face attack and patients' response strategies in a Kenyan hospital. *Journal of Sociolinguistics*, 14(4), 501–523.

pas d'une conception idéalisée de la communication endolingue, supposée libre de tout obstacle ? C'est entre autres à ces questions, ainsi qu'à celles que posent les moyens à mettre en œuvre pour permettre l'intercompréhension entre patients migrants et cliniciens qu'ont tenté de répondre les contributions contenues dans ce volume. Celles-ci sont toutes le fait de chercheurs et de cliniciens ayant participé à des journées d'étude internationales tenues à Lausanne les 11 et 12 novembre 2009. Ces journées, ainsi que la publication qui en résulte ont été soutenues financièrement par le Département de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) et par le Centre de Linguistique et des Sciences du Langage (CLSL), la Section de Linguistique et le Décanat de la Faculté des Lettres de l'Université de Lausanne.

Les deux premières contributions du présent volume s'attachent à mettre en lumière au travers de situations concrètes les difficultés d'ordre communicationnel observées dans la prise en charge de patients migrants plurilingues. Ainsi, tout d'abord, Celia Roberts, rend compte d'un certain nombre de « ratés » de l'interaction clinique. Ces « ratés », révélés par une analyse discursive concernant des aspects aussi cruciaux de la consultation que la prise de décision (*decision making*) ou le recours à l'humour dans sa fonction cohésive. On le découvrira, Celia Roberts propose d'appréhender les distances linguistiques et culturelles autrement qu'en termes de barrière. C'est sur une vignette clinique que s'appuie Melissa Dominicé Dao pour montrer que les problèmes communicationnels et relationnels rencontrés avec des patients migrants ont pour source une conjugaison de facteurs linguistiques, culturels, contextuels et médicaux, conjugaison à laquelle s'ajoutent des carences au plan des compétences transculturelles des cliniciens. Pour cette auteure, un recours adéquat à des tiers traduisants compte à l'évidence parmi ces compétences.

Le tiers traduisant est précisément au centre des contributions de Betty Goguikian Ratcliff et de Mette Rudvin. Ainsi, la première met en lumière les enjeux qu'implique une collaboration entre soignants et interprètes professionnels, tout en s'arrêtant sur les difficultés

attendant à cette collaboration. Betty Goguikian Ratcliff insiste judicieusement dans son argumentation sur les spécificités des consultations traduites dans le champ psychothérapeutique en regard de celles observées dans le domaine somatique. Pour sa part, Mette Rudvin montre comment l'interprétariat médical se pratique et s'organise dans un pays comme l'Italie. Conçu en termes proactifs, le profil professionnel dominant dans la Péninsule – à savoir celui de médiateur culturel/linguistique – présente avantages et inconvénients qu'elle décrit et discute, expériences cisalpines dans le domaine à l'appui.

L'observation montre de manière récurrente une certaine résistance de la part du personnel soignant quand il s'agit de faire appel à des professionnels de la traduction en vue de mener à bien une consultation avec un patient migrant. Patricia Hudelson et Sarah Vilpert illustrent cette résistance au travers des résultats d'une étude conduite à Genève. Les deux chercheuses constatent un enthousiasme tempéré en la matière, dans la mesure où les préférences des soignants qu'elles ont interrogés à propos des stratégies de communication qu'ils favorisent avec leurs patients allophones se portent majoritairement sur le personnel bilingue de l'hôpital plutôt que sur les interprètes professionnels. C'est sur une population formée de médecins généralistes en proie à des difficultés de communication avec des patients issus de la migration que se focalise la contribution de Hans Harmsen. Ce dernier interroge la portée d'un modèle de formation des médecins à la communication interculturelle, formation évaluée au travers de deux instruments développés par l'équipe néerlandaise dont il fait partie.

Un des mérites des apports de Omar Guerrero et Hanneke Bot tient dans qu'ils nous installent au cœur d'une pratique psychothérapeutique où la question des « barrières linguistiques » est prégnante plus que partout ailleurs. En effet, comment imaginer faire l'impasse au recours à un tiers traduisant dans ces consultations auprès de victimes de torture et de violence politique dont rend compte le psychanalyste Omar Guerrero ? A cet égard, ce dernier sait mettre en valeur le potentiel de l'interprétariat professionnel là où, a priori, l'indicible domine. Hanneke Bot, tout en insistant sur l'apport indis-

cutable de l'activité traduisante pour la qualité des échanges avec des patients allophones, s'attache à décrire les difficultés concrètes de collaboration entre psychothérapeutes et interprètes. Sur la base de sa propre expérience clinique et des recherches qu'elle a pu mener, elle esquisse aussi des stratégies permettant d'optimiser la qualité des consultations psychothérapeutiques soumises à traduction.

Le rapport qu'entretiennent les usagers du système de soins avec les idiomes qui figurent à leurs répertoires linguistiques sont en dernière analyse au centre de la réflexion contenue dans les deux contributions qui concluent cet ouvrage. Sur la foi de sa pratique de psychiatre/psychanalyste auprès d'enfants et d'adultes migrants, Saskia von Overbeck Ottino thématise les relations complexes qui peuvent exister au sein des familles en situation migratoire, complexité s'incarnant par exemple dans le choix de la langue d'origine ou « d'accueil ». Un autre apport majeur de Saskia von Overbeck Ottino consiste à montrer comment les conflits inconscients en lien avec l'exil et le déracinement culturel se trouvent mis en mots. Enfin, c'est sur le plurilinguisme des migrants subsahariens venant de pays d'Afrique francophone que se concentrent entre autres Singy et collaborateurs. Ce rapport est investigué dans le cadre d'une étude sur le discours médico-préventif du VIH qui montre par exemple que dans certains contextes à contenus fortement tabouisés, le recours aux langues premières – en règle générale recommandé dans les échanges cliniques avec des patients migrants – peut parfois créer un véritable obstacle, à l'inverse du recours à une langue seconde, susceptible, elle, d'assurer une fonction de distanciation ou d'objectivation.

On conclura sur un point formel, mais qui touche tout de même à la question du plurilinguisme. On a pris le parti de livrer au lecteur les textes qui forment ce recueil dans l'une ou l'autre des langues de travail des journées d'étude qui en sont à l'origine. Exception faite, évidemment, de ces quelques lignes d'introduction.

Communicating decisions with a multilingual patient population

Celia ROBERTS
King's College London

1. INTRODUCTION

THE NOTION OF 'LINGUISTIC BARRIERS' in medical settings usually refers to the use (and possible abuse) of interpreters. However, the language and cultural diversity of patient populations in an increasingly globalised world leads to many encounters where a common language or lingua franca is used. The use of an interpreter is not necessarily a possible option nor indeed may it be the preferred one. Many patients bring to the consultation some fluency in the dominant language of the country in which they are now resident and both patient and doctor may choose to carry out the consultation as a dyadic interaction without the mediation of an interpreter. The decision whether to use an interpreter or not is more complex than many systems allow for. It is often not a simple matter of being able to 'speak the language' or not. Everyone is on a continuum of linguistic/cultural competence and so the conditions for negotiating shared understanding (Gumperz, 1982) can be elusive.

This paper is based on a study carried out in London between 2001-2003¹ looking at the interactions in English between family doctors and patients with either relatively limited fluency or a very different communicative style in English from the doctor. In the 'superdiverse' (Vertoveç, 2007) settings of south London clinics, we found that it was commonplace for family doctors, in a typical morning session, to consult with patients from at least six different language

¹ Patients with Limited English and Doctors in General Practice: Education Issues (PLEDE) funded by the Sir Sigmund Warburg Voluntary Trust (2001-2003).

backgrounds. Such consultations often led to misunderstandings and we have charted the prevention, management and repair of misunderstandings, ambiguities and potential misdiagnosis (Roberts et al., 2005; Roberts, 2009).

2. DECISION MAKING

A crucial element of the consultation is decision making. There is an increasing recognition that involving patients in the decision making process can have a positive impact on patient health (Brody et al., 1989; Frosch & Kaplan, 1999). Stivers, among other conversation analysts working on the family practice encounter, has shown that the decision making process is not necessarily the result of an explicit invitation by the doctor to involve the patient. Rather, decision making is the result of negotiation and implicit resistance often initiated by the patient or parent of the patient (Stivers, 2006).

However, these general patterns of doctor-patient decision making do not account for any variability in the process which results from different assumptions and ways of communicating in the consultation. The widely used shared decision making models (Elwyn et al., 1999) may not resonate with patients whose experience with health professionals does not include sharing information (Charles et al., 1997, 1999) or discussing their feelings and ideas about treatment (Stewart et al., 1995, Silverman et al., 2005). Communicating decisions and agreeing on outcomes are doubly problematic when differing expectations about the style of consultations mesh with different communicative styles and struggles over meaning.

Communicating decisions are even more complex if the decision making process is not seen as a discrete phase but as a means of engagement throughout the consultation. Much of the medical communications and consulting skills literature assumes there are distinct phases to the consultation, of which the decision making stage is one (Byrne & Long, 1976; Heritage & Maynard, 2006). But some recent conversation analysis studies echo Boden's work that in

the workplace the decision making moment 'escapes'; it is always elsewhere (Boden, 1994). In other words, decision making is distributed throughout one or indeed many interactions.

Collins and colleagues (2005b:120) describe the 'bilateral' doctors who use opportunities to explore and build on patients' understanding, build on and shape patients' talk within and over a series of consultations and who build on individual patient's inclinations, beliefs and preferences and recognise variation in communicative behaviour (see also Collins, 2005a and Collins et al., 2007). With such doctors, an environment for shared decision making is set up early on in the consultation and responded to by patients: 'People become environments for each other' (McDermott & Gospodinoff, 1981). Similarly, even such a discrete phase as closing the consultation, turns out to be more open-ended than the term suggests. West (2006) identifies closings in American consultations as 'like ordinary conversations'. Closings are routinely done by recycling arrangements already made; for example, taking a prescribed drug. So the fact that this is the close of the consultation is performed indirectly. It is usually inferred by the patients as the end but does not explicitly shut down the possibility of the patient contributing more. Indeed, this can be the moment when the decision is returned to and possibly renegotiated.

So shared decision making can be threaded through the conversation and much of it is achieved indirectly by creating and maintaining patient involvement from the start and throughout. Decision making depends heavily on indirect and implicit processes used to establish a doctor-patient role which balances doctor authority with patient knowledge and agency. The bilateral doctors discussed by Collins et al. rely on shared inferential processes with patients. As patients and doctors infer meanings from each other, patients become more engaged in the discussion of their treatment and future action (Collins et al., 2007; Thompson, 2007). In the same way, involvement and so the conditions for shared decision making are also created through alignment and informal social footing (Goffman, 1981). In these cases, doctors work towards building up rapport with patients through humour and through sharing information.

In the superdiverse settings of south London, not only are the models of decision making often markedly different but differing modes of talk and interaction challenge the assumptions that patients and doctors can create positive environments for each other through shared inferencing and alignments. From the opening moments of the family doctor consultations, routine inferences and alignments can be made or unmade. Local patients² tend to blend the presentation of symptoms with an evaluation of self and feelings and so set up a chain of inferences for the doctor, including clues to their patient identity and how they orientate to the health professional. By contrast, other patients generally do not follow this routine and as a consequence the interaction shifts from shared inferencing and informal alignment to a more interrogatory space where facts and feelings are more explicitly elicited (Roberts et al., 2004).

In the rest of this paper, I will focus on two aspects of inferencing and footing and the consequences for developing patient resistance to decisions made when these interactional processes are not shared.

3. HUMOUR IN THE CONSULTATION

In many of the consultations with local patients and doctors, humour was used by both sides to save face and create alignment when there was the potential for resistance in decision making. In data example 1, an elderly local patient uses humour to complain about the terrible side effects of some prescribed tablets. As the conversation draws to a close, the patient deftly puts the relationship on a different footing from which she can project her future resistance to any decision to give her a repeat prescription:

² Local patients are defined here as those born in the UK or having very long residence there.

Data Example 1

1. D right good well well done
2. P yeah
3. D we did think it might be a bit of a problem
4. P If doctor P. says you've got to go on more of those
5. D you might argue with him
6. P just let me die just let me die
7. D right

At line 4, the patient imagines a scenario in which she is talking about Dr P rather than to him, since it is easier to talk about resistance to someone else rather than face to face with the person you are challenging. Dr P goes along with this device, imagining that he is not Dr P so that the patient can argue with the non-present Dr P rather than the real one in front of her (line 5 'You might argue with him'). She then exaggerates what her response would be at line 6 'just let me die' in order to humorously reinforce how much she suffered from the side effects. In this way, the patient flags up what her response will be to any future suggestion from Dr P that she should go on these tablets again. At the same time, she manages to balance the doctor's authority with her own agency through humour and by aligning herself with the real Dr P while resisting the imaginary absent one.

Humorous footwork is often less successful when doctor and patient do not share the same inferential processes upon which the humour is based. In data example 2, the local doctor is treating a patient from Bangladesh who is in the surgery with his son:

Data Example 2

1. D: yes (.) definitely hot try and keep stiff that's right (.)
2. well done (.) don't run away
3. P: (No reaction from the patient)
-

51. D: with your little boy to look after you (eh) ((laughs))
52. P: ((laughs))
53. D: back to front
54. P: (No reaction from the patient).

In the first part of this example, the doctor is taking a sample of blood from the patient who moves his body slightly away from the doctor as she does this. She uses humour at line 2 rather as the patient in example one. She exaggerates his possible reaction to the needle: 'don't run away' to soften or hedge the implied instruction to keep still. His lack of response suggests that the humour has misfired or that he does not infer the remark as humorous. So her humour designed to align herself with him (acknowledging that having an injection is painful and that he must want to run away from the pain) instead leaves a potentially awkward silence.

Later in the section, the doctor attempts to share the treatment decisions with the patient. She laughingly suggests that the little boy can look after the father. The patient also laughs but it is not clear whether he understands the humour or is simply laughing to show reciprocity. She then unpacks her remark when in line 53 she makes a general comment about a topsy-turvy world in which children have to be like responsible adults. Again there is no reaction from the patient which again may be attributed to a lack of shared inferencing about what is going on. The doctor again tries to align with the patient, by sharing the paradox of children being like adults, to downplay her authority. However, there is no evidence that this is a successful strategy.

4. EXPLANATIONS, INFERENCING AND INVOLVEMENT

Another strategy that local doctors use to create patients' involvement is to engage them with explanations that are interwoven into the diagnosis and discussion of treatment. Patients who are not local often cut off doctor explanations and instead pursue their own agenda of gaining specific action or treatment for their symptoms or concerns. In this third example, a local doctor is talking to an Italian patient who has come with several complaints. Repeatedly the doctor tries to set up an environment where they can discuss together possible treatments by giving explanations but is never able to get very far with her shared decision making model:

Data Example 3

1. D =it's= the- to do with the joints
2. P =ah the joints=
3. D =and as= we get a bit older they get a bit =worn=
4. P =gett=ing old too no
5. D older ((laughs)) but it's erm (.) it's really important to: er
6. P and =the- the- (.) listen this this this er=
7. D =keep your fingers moving (.) do some exercises=
8. P this dust mite is e:r (.) is danger for the house you know
9. D it's not dangerous no:
10. it's nothing (.) that will do harm to your h- home =it's=
- 11.P =yeah= but ah he go in the food as well this mite or not

The patient and doctor in example 3 have known each other for many years and in lines 3 – 5 share a joke together about growing older. But as the doctor tries to explain about the importance of exercise for the fingers, the patient at lines 6 and 8 interrupts to return to an earlier concern about 'dust mites', insects that live in the home and can cause allergies. So the doctor's attempts to encourage the patient's agency so that they can together discuss treatment decisions on an equal footing are closed down by the patient.

Some doctors aim to realise the patient-centred and shared decision making models quite explicitly. Rather than the more indirect strategies to create sharedness, they opt for explicit attempts at alignment. In the fourth example, a Somali women has brought her baby daughter to the surgery where a local doctor sees her:

Data example 4

1. P it not stop diarrhoea and when she c- [change the nappy]
2. she cry he cry cry cry
3. D oh dear so it's been worrying for you
4. P yeah: cos eh: you know I don't give nothing (.)
5. I n- I will stop the milk de: doctor K.
6. =he said=
7. D =mm=
8. P stop the milk (.) just give the: water
9. D right

While the doctor in line 3 shows explicit empathy for the baby's mother and possibly aims to elicit more of her concerns, the mother gives a minimal receipt token 'yeah' before returning to a display of her own action. Earlier in the consultation the doctor is even more explicit in realising the shared decision making model. After checking that the mother has virtually stopped breast feeding her baby, she moves to a general question about the mother's expectations from the consultation. The patient-centred model used regularly in training in the UK, explicitly requires family doctors to elicit the patient's (or carer's) 'concerns, beliefs and expectations'.

Data example 5

1. D =little bit (.) right so you're virtually stopped (.)
2. so what sort of questions have you got in your mind for me today (.)
3. what do you want me to do (..) =today=
4. P no: =she say= eh: the lady she say if you want to contacting doctor eh:
5. you want eh: talk him

The doctor's open question at line 2 is responded to with a 'no' and then an explanation that may refer to the receptionist, 'the lady'. Instead of inferring from the question that she is expected to present herself and her child's symptoms, her answer seems to relate to what questions she asked the receptionist about seeing a doctor. This misunderstanding may be because of differences in assumptions about consultancy styles in the West combined with some difficulty in linguistic processing.

So, in both data examples 4 and 5, the shared decision making model initiated by the doctor falters and then fades away under the pressure of misunderstandings.

5. RESISTANCE AND ITS ALTERNATIVES

Although examples 2-5 illustrate a challenge to the prevailing notions about shared decision making, there is no evidence of active resistance to the doctor's agenda. However in other consultations, the patient's resistance pulls doctor and patient apart. And just as the environment for shared decision making can be established early in the consultation, so can that for resistance. In the next example, a west African woman with bipolar disorder talks to a doctor of south Asian origin. She has come to see the doctor with her mother who needs a letter from him to extend her visa to stay in the UK so that she can take care of her daughter:

Data Example 6

1. D is there anything we could do to help you (1)
2. P no bu:t the- the reason- the reason why my mum's here
3. is that she says she wants a letter from you
4. D fine okay I mean I know about that I- we can talk about that we'll(.)
5. when do you have a next hospital appointment

The doctor sets aside her request and instead focuses on the management of her illness and this sets up some dissonance between them which percolates through the whole encounter. Towards the end, the doctor attempts to gain some shared agreement with her but this is explicitly resisted:

Data Example 7

1. D. okay (.) may I suggest you keep in touch with me(.)
2. P keep in touch with =you: (.) about=
3. D =yeah []=
4. P a=bout=
5. D =a=bout
6. P my health and =things=
7. D =yeah= I think that's er
8. P yea:h
9. D okay (.) and and that will help you
10. P how d'you mean (.) how =will it help=
11. D =because then= if you don't have an appointment
12. D or you're feeling sleepy or not eating or any questions
13. P mm=m:=
14. D =it'll= be easy for you to liaise isn't it(.)
15. P yeah but

While the idea that she should keep in touch with him does not seem unreasonable, the early non-alignment set up in example 6 is played out through the consultation until patient resistance is a routine response to the doctor's attempts to establish a joint plan of action. At lines 2, 4, 10 and 15 she questions his authority and the basis for his suggestion, showing active resistance to him. The inferences embedded in the doctor's suggestion in lines 1 and his statement in line 9, that doctors can be taken for granted to be helpful and that keeping in touch must be good, are actively disrupted by the patient. Conversation analysts suggest that there are formats doctors can adopt to overcome resistance (Maynard, 1992; Gill, 1998; Stivers, 2006). For example, Maynard identifies a pattern of 'perspective

display' sequences in which the patient's parents are asked for their perspective on their child's development before the doctor presents her or his assessment. In this way, the parents' perspective can be built into the doctor's assertions, thus overcoming potential disagreements and resistances. However, no examples are given where differences in language and cultural backgrounds would have the potential for misunderstandings because perspective display sequences could not be smoothly negotiated. In such environments, typical of the superdiverse south London clinics, the conditions for shared inferencing and informal footing are more difficult to negotiate and resistance can become more entrenched. As example 7 shows, the increasingly resistant stance of the patient is not the result of any overt misunderstandings but is a potent mix of differences. The south Asian doctor takes a medical-centred approach to the consultation and does not first respond to the patient's agenda about her mother's bureaucratic request for a letter. And towards the end, while the formal aspects of his talk 'may I suggest ...' index a tentative and more face-saving orientation to the patient, embedded in his suggestion is an assertion that she will benefit from seeing him. Rather than tuning in to her current concerns, he persists in his doctor-centred position. Resistance can be, but is not necessarily, a direct result of socio-cultural misunderstanding. However, such differences in assumptions about the role of doctor and patient may routinely contribute to resistance or may reinforce it (Rehbein, 2001). In other words, the difficulties experienced in coming to a shared decision cannot be simply accounted for by 'language' or 'culture'. Rather such difficulties are a complex mix of brought along and brought about social and role relationships, ambiguities over institutional and medical knowledge, linguistic resources for doing facework and how trust and confidence are co-constructed.

By contrast with some of the examples above, the strategic communication of 'bilateral' doctors works towards an environment where shared problem solving pre-empts resistance. 'Bilateral' doctors (Collins et al., 2005) work with patients' communicative styles and their assumptions about doctor/patient role so some of the tensions/gaps between models/ideologies and practice on the ground

are resolved or bridged. In the final example a doctor, who would fall into Collins' category of 'bilateral', consults with a patient originally from West Africa. Mr G has had multiple problems including depression and now presents with dry skin. After a long consultation of nearly 20 minutes the doctor returns to the original problem of the dry skin and for the fifth time in the consultation, raises the fact that the patient's use of Dettol (a well known brand of disinfectant) may well be the cause.

Data example 8

1. D =I= think it's not so good to use all the- to use every time
 (. .)
2. P =mm:=
3. D =cos= it does make the skin quite dry
 (2.0)
4. P =see er=
5. D =all right= so it's not wrong
6. P yeah
7. D it's just that I think you're using it I think too often
8. P I- I'm using it that's a =fact=
9. D =mm=
10. P I- I- I admit that (.) I =do=
11. D =hm=
12. P (.) I'm used to it right in the home s- =since=
13. D =mm=
14. P I was in Africa (.) =yeah=
15. D =yeah=
16. P I been doing the same
17. D yeah so- n-
 (12.0) ((Dr typing))
18. P well I will stop using it for the time being now until= =
19. D =okay
20. P I've er=
21. (.)
22. D mm
23. P yeah I will ease dettol for the time being (.) I'll stop

The patient's initial concerns about stopping using Dettol in his bath arise from his belief that the disinfectant will thoroughly clean him, while the doctor is aware of how bad it is for the skin. In contrast to example 7, the doctor tunes in to the patient's communicative style which appears to be influenced by patterns of speaking in the language practices of people with their cultural roots in Africa. In particular, the patient circles around the central theme of his use of Dettol in Africa, returning to it on four occasions in the consultation. African rhetorical styles analysed for example in the speeches of Martin Luther King and other black preachers and politicians (Davis, 1985; Tannen, 1989) show a pattern of circling and repeating that may account for this patient's style. And the doctor, instead of pressing on with proposed treatment and action plans, revisits the theme with the patient until he finally accepts that he must forego his beloved dettol baths. The doctor's receipt token at line 19, 'OK' accepts the decision in a conversational way. He does not press home or upgrade his response in a doctorly mode by evaluating the patient's decision but simply receives the information, acknowledging it, with his minimal response, as the patient's own.

6. CONCLUSIONS

The joint accomplishment of successful decision making illustrated in example 8 began in the early stages of the consultation when the doctor first begins to suggest that the patient may have to change a habit of a life-time. Shared decision making is not a specific act but rather an environment jointly negotiated at the beginning of the consultation. It relies on creating conditions for shared inferencing and so depends upon the doctor's overall orientation to patients and the capacity for both sides to negotiate alignments in the potentially face-threatening moments of intimate talk and physical examination. Where such conditions are not easy to create, more direct and explicit means are not necessarily successful, despite the current ideol-

ogy on patient-centredness and the ways to communicate it (Silverman et al., 2005).

These face-threatening moments can turn into resistances, and ultimately poor outcomes for doctors and patients, unless doctors can tune into patients' communicative styles and assumptions. The metaphor of the 'barrier' to evoke the difficulties posed by language/cultural differences should, perhaps, be replaced by that of the 'puzzle'. Working with linguistic/cultural diversity is not so much about breaking down barriers which suggests a forceful and one-off action but about gradually solving puzzles, piecing together a joint vision of how something might be. This, in turn, means attending to the small and subtle dynamic of the consultation, looking at the micro and how that implicates the whole. From a practical point of view, training medical professionals to examine and work on their own micro interactional behaviour entails educational interventions that involve analysis and awareness raising based on actual consultations. In the UK context, we have developed DVDs for family doctors based on the data from the PLEDGE project (Roberts et al., 2003, 2006). Just as the argument in this paper is that any outcomes from a consultation arise from engagement with the detailed processes of relating and informing, so the training of family doctors needs to shift from models and prescribed behaviour to a reflexive sensitivity towards their talk in interaction and the challenges of health communication in a superdiverse society.

©Celia Roberts (2010)

REFERENCES

- BODEN, D. (1994). *The business of talk*. Cambridge: Polity Press.
- BRODY, DS., MILLER, SM., LERMAN, CE., SMITH, DG., CAPUTO, C. (1989). Patient perception of involvement in medical care: relationship to illness attitudes and outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 4, 506-511.
- BYRNE, P. & LONG, B. (1976). *Doctors talking to patients: a study of the verbal behaviours of doctors in the consultation*. London: HMSO.
- CHARLES, C., GAFNI, A., WHELAN, T. (1997). Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine*, 44, 681-692.
- CHARLES, C., GAFNI, A., WHELAN, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science and Medicine*, 49, 651-661.
- COLLINS, S. (2005a). Communicating for a Clinical Purpose: Strategy in Interaction in Healthcare Consultations. *Communication and Medicine*, 2(2), 111-122.
- COLLINS, S., DREW, P., WATT, I., ENTWISTLE, V. (2005b). 'Unilateral' and 'bilateral' practitioner approaches in decision-making about treatment. *Social Science and Medicine*, 61(12), 2611-2617.
- COLLINS, S., BRITTEN, N., RUUSUVUORI, J., THOMPSON, A. (2007). "Understanding the process of patient participation". In S. Collins, N. Britten, J. Ruusuvuori, A. Thompson (eds): *Patient Participation in Health Care Consultations. Qualitative Perspectives*. Maidenhead/McGraw Hill: Open University Press, p. 3-21.
- DAVIS, G. (1985). *I got the word in me and I can sing it, you know: A study of the performed African-American sermon*. Philadelphia: University of Philadelphia Press.
- ELWYN, G., EDWARDS, A., KINNERSLEY, P. (1999). Shared decision making in primary care: the neglected second half of the consultation. *British Journal of General Practice*, 49, 477-482.
- FROSCH, DL. & KAPLAN, RM. (1999). Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. *American Journal of Preventative Medicine*, 27(11), 1139-1145.
- GILL, VT. (1998). Doing attributions in medical interactions: patients' explanations for illness and doctors' responses. *Social Psychology Quarterly*, 61(4), 342-360.
- GOFFMAN, E. (1981). *Forms of Talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- GUMPERZ, John (1982). *Discourse Strategies*. Cambridge: Cambridge University Press.

- HERITAGE, J. & MAYNARD, D. (eds) (2006). *Communication in Medical Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MAYNARD, D. (1992). "On clinicians co-implicating recipients' perspective in the delivery of diagnostic news". In P. Drew & J. Heritage (eds): *Talk at Work: Social interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 331-358.
- MCDERMOTT, R. & GOSPODINOFF, K. (1981). "Social contexts of ethnic borders and school failure". In H. Trueba, C. Guthrie, K. Au (eds): *Culture and the Bilingual Classroom*. Newbury House: Rowley, Mass, p. 212-230.
- REHBEIN, J. (2001). "Intercultural negotiation". In A. di Luzio, S. Günthener, F. Orletti (eds): *Culture in Communication*. Amsterdam: Benjamins, p. 173-207.
- ROBERTS, C. (2009). "'Mince or Mice?' Misunderstanding and patient safety in a linguistically diverse community". In B. Hurwitz & A. Sheikh (eds): *Health Care Errors and Patient Safety*. Oxford: Blackwells, p. 112-128.
- ROBERTS, C., ATWELL, C., STENHOUSE, J. (2006). *Words in action: an educational resource for doctors new to UK general practice* [DVD]. London: NHS London Post-graduate Deanery.
- ROBERTS, C., MOSS, B., WASS, V., SARANGI, S., ROGER J. (2005). Misunderstandings: a Qualitative Study of Primary Care Consultations in Multilingual Settings, and Educational Implications. *Medical Education*, 39, 465-475.
- ROBERTS, C., SARANGI, S., MOSS, B. (2004). Presentation of self and symptoms in primary care consultations involving patients from non-English speaking backgrounds. *Communication and Medicine*, 1(2), 159-169.
- ROBERTS, C., MOSS, B., STENHOUSE, J. (2003). *'Doing the Lambeth Talk': patients with limited English and doctors in general practice: an educational resource* [DVD]. London: NHS London Post-graduate Deanery.
- SILVERMAN, J., KURTZ, S., DRAPER, J. (2005). *Skills for communicating with patients*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- STEWART, M., BELLE BROWN, J., WESTON, WW., MCWHINNEY, IR., MCWILLIAM, CL., FREEMAN, TR. (1995). *Patient-Centered Medicine: transforming the clinical method*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- STIVERS, T. (2006). "Treatment decisions: negotiations between doctors and patients in acute care encounters". In J. Heritage & D. Maynard (eds): *Communication in Medical Care*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 279-312.

- TANNEN, D. (1989). *Talking voices: repetition, dialogue and imagery in conversational discourse*. Cambridge: Cambridge University Press.
- THOMPSON, A. (2007). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Social Science & Medicine*, 64(6), 1297-1310.
- VERTOVEÇ, S. (2007). Superdiversity and its implications. *Ethnic and Racial Studies*, 30, 1024-54.
- WEST, C. (2006). "Co-ordinating closings in primary care visits: producing continuity of care". In J. Heritage & D. Maynard (eds): *Communication in Medical Care*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 379-415.

Expériences de difficultés culturelles et linguistiques à la consultation transculturelle des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

Melissa DOMINICE DAO

Consultation transculturelle, Département de médecine communautaire et de premier recours, HUG

LE BUT DE CETTE CONTRIBUTION EST DE PRESENTER, à travers une situation clinique, les difficultés expérimentées par les cliniciens de notre institution pour lesquelles ils font appel à la consultation transculturelle. Bien que notre consultation ait été initialement prévue pour répondre au questionnement transculturel des soignants, nous allons démontrer que c'est davantage l'imbrication de différentes problématiques qui amène les soignants à faire appel à notre consultation.

1. LE CADRE

La consultation transculturelle (CT) a été créée aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) en 2007, afin de répondre aux besoins des soignants confrontés à des situations cliniques complexes dans lesquelles le patient et le soignant ne partagent pas la même culture. La rencontre interculturelle est une réalité quotidienne dans notre institution, où plus de la moitié des patients et des soignants ne sont pas de nationalité suisse. La CT est à disposition des soignants pour toute demande d'évaluation culturelle, d'informations culturelles, ou de liens avec des ressources communautaires (Kirmayer et al., 2003). Elle agit comme une consultation spécialisée, dont les intervenants de première ligne sont : un médecin de premier recours, une anthropologue médicale et une infirmière en soins communautaires.

Selon les situations, nous faisons appel à un informateur culturel, doublé ou non d'un interprète communautaire. Le dispositif de la CT débute par une rencontre avec le clinicien demandeur, et parfois avec le reste de l'équipe médicale, afin de définir précisément leur demande et la problématique. Dans un deuxième temps nous rencontrons le patient, idéalement en présence du clinicien référent. La situation est évaluée à l'aide du « guide de formulation culturelle » (American Psychiatric Association, 1994 ; Lewis-Fernandez & Diaz, 2002), et des recommandations préliminaires sont émises à la fin de l'entretien. Dans un deuxième temps, un rapport détaillé est rédigé, intégrant des éventuelles données de la littérature, et les éléments pertinents de la discussion de cas bimensuelle au sein de notre groupe de cliniciens experts, qui a lieu en présence du clinicien référent. Ce rapport est remis à ce dernier, et intégré au dossier électronique du patient.

2. LINDITA

Lindita¹ est une patiente de 27 ans, en bonne santé habituelle jusqu'à l'année précédente. Depuis, elle présente une fatigue et un essoufflement progressif à l'effort, nettement péjorés depuis deux mois. Originaire du Kosovo, elle est célibataire et sans enfants. Elle travaille comme employée de maison à plein-temps pour une famille aisée genevoise. Les investigations réalisées par son médecin traitant révèlent une grave maladie pulmonaire. Il demande l'hospitalisation de Lindita afin de poursuivre les investigations et de mettre en place le traitement.

Les investigations hospitalières confirment le diagnostic et la sévérité de l'atteinte, mais aucune étiologie primaire n'est mise en évidence. Sa famille est très présente pendant l'hospitalisation, avec en permanence deux ou trois personnes dans la chambre. L'équipe

¹ Ce prénom est fictif. Plusieurs éléments de cette situation clinique ont été modifiés, afin de préserver l'anonymat de la patiente.

soignante est irritée par ceci, et mentionne être constamment sollicitée par ces derniers pour des questions relatives au diagnostic et au pronostic de Lindita. D'une manière générale, la patiente accepte facilement les investigations, mais montre plus de résistance par rapport aux traitements. En particulier, elle refuse absolument de prendre le principal médicament prescrit.

La demande de consultation transculturelle est motivée par le souhait de l'équipe médicale de mieux comprendre ce refus et éventuellement d'élaborer des stratégies pour le surmonter. Ils s'interrogent aussi quant au désir persistant de grossesse chez cette patiente, malgré la présence d'une pathologie dont la mortalité périnatale est estimée à plus de 40%. Ils s'étonnent aussi de la relative passivité de la patiente face à son diagnostic et de l'absence de questions de la part de cette dernière. Une première brève rencontre avec Lindita révèle une patiente désireuse de collaborer, mais assez désarçonnée par le diagnostic et la nécessité de prendre un traitement chronique. Il devient rapidement évident que son niveau de français est insuffisant pour une conversation nuancée autour de son problème de santé. Un entretien avec une interprète albanophone est donc programmé.

Cette situation correspond à une demande de consultation relativement typique, où l'on observe un cumul de difficultés, culturelles et autres. On note d'abord un diagnostic lourd, avec l'annonce d'une maladie chronique, invalidante et progressive, qui nécessite des investigations invasives et répétées. Bien que ceci n'ait pas encore été annoncé à la patiente, une mauvaise évolution pourrait déboucher sur la nécessité d'une transplantation pulmonaire, voire sur son décès. Ensuite, on constate un refus de la patiente de prendre le traitement proposé, comme de renoncer, dans l'immédiat à son projet d'avenir principal, c'est-à-dire fonder une famille. Ceci est perçu comme un déni du pronostic par ses médecins. Ceux-ci soulignent enfin une non-conformité de la patiente au comportement attendu, du fait de sa passivité et son silence devant l'annonce de son diagnostic.

3. EVALUATION CULTURELLE

Cette section va décrire le résultat de l'évaluation culturelle de Lindita en utilisant les rubriques de la formulation culturelle. Ces informations ont été obtenues par un entretien mené en albanais, par l'intermédiaire d'une interprète communautaire.

3.1. IDENTITÉ CULTURELLE ET HISTOIRE DE MIGRATION

Lindita est née et a grandi dans une ville de taille moyenne au Kosovo. Elle a été scolarisée jusqu'à l'âge de 13 ans. Elle vit en Suisse depuis huit ans et elle est au bénéfice d'un permis B. Elle a d'abord travaillé de manière temporaire comme femme de ménage, puis en tant que femme de chambre dans des hôtels, avant d'être engagée comme employée de maison régulière il y a un an. Sa langue maternelle est l'albanais, qu'elle lit, contrairement au français, dont le niveau de compréhension et d'élocution est basique.

Elle est la cinquième d'une fratrie de huit enfants ; deux sœurs se trouvent au Kosovo, les autres en Suisse et en Suède. Sa mère vit au Kosovo, son père est décédé. Son réseau social est principalement lié à sa famille étendue, mais elle a aussi tissé un réseau d'amis kosovars, albanais, portugais et suisses. Elle est de confession musulmane, non pratiquante, comme la majorité de sa famille.

Il s'agit là d'une histoire de migration relativement typique, d'une jeune patiente qui s'est bien intégrée à Genève tant dans la communauté autochtone que sa communauté d'origine. Sa prochaine étape de vie logique serait de se marier et de fonder une famille. La maladie interrompt brutalement cette trajectoire d'ascension sociale.

3.2. EXPLICATIONS CULTURELLES DE LA MALADIE

Lindita est peu plaintive, et se sent améliorée par le traitement. Elle dit néanmoins avoir « l'impression de devenir folle et de ne pas savoir quoi faire par rapport aux médicaments ».

Elle élabore peu ces propos. Nous les interprétons comme une difficulté à savoir quelle attitude adopter devant le choc de la maladie et du traitement proposé.

Elle a compris le danger et la chronicité de sa maladie. Néanmoins, son discours est moins centré sur les répercussions de la maladie que sur celles du traitement. En effet, elle craint de ne pouvoir mener une vie normale en raison des effets secondaires du traitement. Mais surtout, elle finit par admettre que sa préoccupation majeure tourne autour de l'effet tératogène du médicament. Elle craint même des conséquences séquellaires sur une éventuelle grossesse future. Elle redoute aussi que ses perspectives de mariage s'anéantissent, si sa communauté apprend qu'elle ne peut pas avoir d'enfants. Tous ses frères et sœurs mariés ont plus de quatre enfants.

Au-delà du constat que sa culture d'origine valorise fortement le fait d'avoir des enfants, ce sont les valeurs prédominantes de sa culture familiale, qui considère les enfants comme une immense richesse et comme l'essence de la vie, qui apparaissent en jeu dans cette situation.

Malgré notre questionnement, Lindita n'a pas élaboré de discours autour des causes possibles de sa maladie. Notre impression est qu'elle est encore sous le choc du diagnostic, et que cette élaboration pourrait survenir ultérieurement. Néanmoins, on observe une vision très mécanistique de la médecine et du corps, avec un discours qui parle de changer les pièces « défectueuses ». Elle a peu de connaissances biologiques et anatomiques nécessaires à une

compréhension détaillée de sa maladie². Ses contacts avec le milieu médical et le système de santé ont été rares, et elle semble peu familière avec son fonctionnement. Néanmoins elle a bien investi son médecin traitant, et elle souhaite être suivie par lui, plutôt que par un spécialiste.

3.3. FACTEURS CULTURELS LIES A L'ENVIRONNEMENT PSYCHOSOCIAL

Les facteurs de stress majeurs identifiés chez cette patiente sont d'une part l'annonce d'un diagnostic de maladie très grave, qui ne pourra pas être guérie, et qui nécessitera un traitement à long terme. De plus, cette maladie et son traitement prêteront de manière drastique son projet de fonder une famille. La culture familiale dont elle provient, et qui valorise la présence de nombreux enfants, renforce l'importance du deuil à faire. Ses frères et sœurs, dont l'avis est primordial, ne sont d'ailleurs pas favorables à la prise de ce traitement, compliquant davantage la tâche des médecins.

Ce qui frappe dans cette situation est l'importance du soutien offert par sa famille. Un de ses frères est venu expressément de Suède ; ses nièces vivant en Suède l'appellent chacune quotidiennement. Sa sœur et son beau frère sont présents tous les jours à l'hôpital, et les autres membres de la famille sont en contact rapproché par une présence physique ou téléphonique. La famille qui l'emploie est également très touchée et impliquée auprès d'elle. Globalement, la patiente semble avoir un excellent niveau de fonctionnement, beaucoup de ressources personnelles ainsi qu'un solide réseau social.

Toutefois, le choc actuel de l'annonce du diagnostic et de ses conséquences semble entraver temporairement la capacité de distance et de réflexion de la patiente. Ceci peut constituer une réaction normale à ce stade d'acceptation de la maladie.

² A noter qu'il s'agit d'une maladie complexe, tant pour les patients que pour les médecins, et dont l'étiologie est souvent idiopathique, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de cause identifiée.

3.4. ELEMENTS CULTURELS DE LA RELATION CLINICIEN-PATIENT AU MOMENT DE L'EVALUATION

En dehors de la différence culturelle et linguistique évidente entre la patiente et l'équipe soignante, le médecin spécialiste souligne le fait que la patiente ne correspond pas « au type habituel de patient consultant pour cette pathologie ». En effet, il s'agit d'un diagnostic difficile à poser, qui nécessite l'accès à une technicité élevée et coûteuse. Selon son expérience professionnelle, elle est diagnostiquée essentiellement dans les « pays riches » chez des patients provenant d'un milieu socio-éducatif et économique élevé. Par conséquent, les patients qu'il a l'habitude de rencontrer avec cette pathologie sont souvent richement auto-informés (internet, etc.) et s'attendent à recevoir un discours médical basé sur des prévisions de pronostic et de risque. On peut dire qu'il y a un deuxième fossé, pour le médecin spécialiste responsable, entre ce qu'il perçoit de la culture de la patiente et ce qu'il connaît du vocabulaire et de la culture communs à sa patientèle habituelle.

Enfin, les documents d'information écrits, avec schémas anatomiques, fournis par l'industrie pharmaceutique, et utilisés habituellement pour illustrer les explications de la maladie et du traitement, ne sont d'aucune utilité pour Lindita. Le spécialiste est ici empêché de mettre en application ses techniques et outils habituels de communication.

La patiente elle-même n'a quasiment pas d'expérience de la biomédecine, vu qu'elle s'est trouvée en bonne santé habituelle jusqu'à présent. L'absence de questionnement est peut-être aussi congruent avec un type de médecine au Kosovo qui est plus paternaliste, directif et moins centrée sur le patient. Pour finir, le souvenir d'une importante erreur de pronostic annoncé à un membre de sa famille au Kosovo il y a quelques années remet en question la validité des prévisions que peuvent donner les médecins quant à sa maladie. Ceci est encore renforcé par le contexte d'incertitude réelle de son pronostic à ce stade.

3.5. SYNTHÈSE ET PROPOSITIONS

Il s'agit d'une situation avec une maladie sévère et invalidante chez une jeune femme d'origine kosovare qui associe plusieurs niveaux de difficultés, à la fois linguistique, culturel, contextuel, et médical, qui compliquent la communication entre la patiente et l'équipe soignante et qui entravent son adhérence thérapeutique.

Un certain nombre de ces difficultés se retrouvent fréquemment avec des patients autochtones : la sidération consécutive à la nouvelle d'un diagnostic grave, le déni du pronostic face à un désir de grossesse chez une jeune femme en âge de procréer, la focalisation sur le médicament plutôt que la maladie, etc. Ces réactions peuvent aussi être considérées comme des phases relativement normales du processus d'acceptation de la maladie.

La première recommandation faite à l'équipe a été de faire passer toute information importante par un interprète professionnel, afin de diminuer les barrières linguistiques et culturelles, de présenter les informations de manière intelligible et congruente avec sa culture, et d'en vérifier sa compréhension. Nous avons proposé à nos collègues d'organiser un entretien de famille permettant à tous de disposer de la même information, et de comprendre les réticences et les inquiétudes de chacun, au vu de la participation active de la famille au processus décisionnel. Cet entretien a également permis de remettre la maladie au centre des préoccupations dans un environnement soutenant. Des conseils génériques de bonnes techniques de communication (éviter le jargon, fournir des informations en fonction de la demande de la patiente, etc.) ont été réitérés. Nous avons souligné la difficulté de gestion de l'incertitude étiologique et pronostique de cette maladie, et nous avons insisté sur l'importance de ne pas se projeter dans un avenir lointain en interdisant une éventuelle grossesse ou une activité professionnelle. Le but était de ne pas renforcer les résistances de la patiente, mais plutôt de planifier la prise en charge par étapes de quelques mois en laissant l'avenir lointain en suspens.

4. DISCUSSION

Cette situation illustre bien que ce n'est pas uniquement la culture du patient qui pose problème. La réalité est plus nuancée, et on note plutôt une « teinte culturelle » aux différents niveaux de complexité rencontrés.

La question linguistique est souvent centrale, et les malentendus linguistiques et culturels sont souvent difficiles à séparer (Roberts et al., 2005). Lorsqu'une consultation est demandée par un clinicien, nous le questionnons toujours sur la capacité linguistique du patient, afin de savoir si la présence d'un interprète est nécessaire. Dans le cas de Lindita, l'équipe soignante ne l'avait pas jugée utile. Cette sous-estimation du problème linguistique par les soignants, doublée d'une sous utilisation des services existants d'interprétariat, est un problème très fréquent (Hudelson & Vilpert, dans ce volume). Les résistances à l'utilisation d'interprètes professionnels sont multiples : financières, logistiques, manque de formation et d'information du personnel soignant, etc. Dans le cas de la CT, environ deux tiers des patients qui nous sont référés ont une maîtrise insuffisante du français ou de l'anglais, nécessitant le recours à un interprète professionnel. Presque la moitié de nos recommandations initiales insistent sur l'importance d'inclure un interprète professionnel dans la prise en charge. Nous observons que la langue, qui peut ne pas être une barrière pour l'obtention de l'anamnèse médicale initiale par le clinicien en charge, le devient quand il s'agit de restituer au patient des notions plus complexes, comme un diagnostic difficile, ou quand il s'agit d'explorer plus en détail ses représentations de la maladie.

Lorsqu'on analyse les situations pour lesquelles une demande de consultation transculturelle est faite, on observe que la culture en soi n'est jamais la seule difficulté, et que c'est le cumul des différences et des difficultés qui devient problématique pour les cliniciens. L'ignorance de la barrière linguistique se surajoute par exemple à une précarité sociale du patient, à une divergence de modèle explicatif, ou à l'annonce d'un diagnostic stigmatisant et donc dramatique. Le résultat est souvent une incapacité des soignants à

mettre en œuvre leurs compétences habituelles, avec un sentiment de frustration et d'échec.

Néanmoins, la demande d'aide est quasiment toujours formulée comme une demande « culturelle » par les soignants. Leur requête comporte alors souvent une part de généralisation culturelle (comme ici « les kosovars font beaucoup d'enfants car c'est une valeur importante à leurs yeux »), mais est aussi motivée par un désir sincère de mieux comprendre la perspective du patient. Il est remarquable que, majoritairement, le clinicien demandeur considère le patient comme le récipiendaire de facteurs culturels. Il est rare que son regard se tourne vers ses propres présupposés ou expériences, ou qu'il prenne en considération l'importance de la « culture de la médecine » (Taylor, 2002).

Un questionnement continu de notre consultation est de savoir dans quelle mesure il faut répondre à toutes les demandes des cliniciens, surtout lorsque des problématiques qui ne sont pas forcément culturelles semblent prédominer. Un accent excessif mis sur la « culture » du patient lors de situations cliniques difficiles peut contribuer à la stigmatisation du patient et de son groupe ethnique, et à leur mise à l'écart (Grove & Zwi, 2006). Jusqu'à présent, notre choix délibéré a été de répondre à toutes ces demandes, dans la mesure où une démonstration de la complexité donne lieu de relativiser les aspects « culturels » de la situation en mettant en évidence les autres sources de difficultés (sociales, économiques, etc.). Cela permet en outre de décharger les cliniciens de la responsabilité de « l'échec » d'une situation qui ne se passe pas comme prévu. Une connaissance accrue de la situation personnelle (sociale, économique et culturelle) du patient offre au clinicien une meilleure tolérance des difficultés et augmente ses possibilités d'empathie envers le patient.

5. CONCLUSION

La différence culturelle entre patient et soignant est une des pièces du puzzle impliquées dans des situations cliniques transculturelles

complexes. Pour les soignants, cette différence peut constituer une manière acceptable de nommer la difficulté, tout en protégeant leur identité professionnelle.

Dans notre activité de consultation, nous sommes frappés par le contraste entre la sensibilité des soignants à la différence culturelle, mais le manque d'outils qu'ils ont à disposition pour l'explorer. De plus, malgré la multiculturalité du personnel soignant et des patients, nous observons une carence d'information quant aux procédures et aux ressources spécifiques aux patients migrants.

Il nous paraît donc nécessaire qu'une activité de consultation transculturelle soit couplée à d'autres activités institutionnelles permettant d'améliorer les compétences transculturelles des soignants. Les éléments essentiels seraient une information régulière des soignants quand aux problématiques de migration et aux ressources existantes, une formation obligatoire des soignants aux aspects transculturels des soins, et un encouragement institutionnel au travail avec des interprètes communautaires. Ces activités devraient idéalement être évaluées et accompagnées d'un monitoring des indicateurs de santé et de qualité de soins pour les patients migrants.

©Melissa Dominicé Dao (2010)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition). Washington DC: APA.
- GROVE, NJ. & ZWI, AB. (2006). Our health and theirs: forced migration, othering, and public health. *Social Science and Medicine*, 62, 1931-1942.
- KIRMAYER, LJ., GROLEAU, D., GUZDER, J., BLAKE, C., JARVIS, E. (2003). Cultural consultation: a model of mental health service for multicultural societies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(3), 145-153.

- LEWIS-FERNANDEZ, R. & DIAZ, N. (2002). The cultural formulation: a method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatric Quarterly*, 73(4), 271-295.
- ROBERTS, C., MOSS, B., WASS, V., SARANGI, S., JONES, R. (2005). Misunderstandings: a qualitative study of primary care consultations in multilingual settings, and educational implications. *Medical Education*, 39(5), 465-475.
- TAYLOR, JS. (2002). Confronting "culture" in medicine's "culture of no culture". *Academic Medicine*, 78(6), 555-559.

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 considèrent 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 RÔLE 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 résonnance 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 thématized 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^{ème} 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.

Interpreters and Language Mediators in the Italian Health-Care Sector. Institutional, Theoretical and Practical Aspects of Role and Training

Mette RUDVIN
University of Bologna

THIS PAPER EXAMINES A NUMBER OF ASPECTS related to interpreting in the healthsector in Italy. After a brief overview of how interpreters are recruited and the impact of recruitment policies on performance and quality, it addresses issues related to the differentiation of tasks and role between interpreter and language mediator. Lastly it addresses issues related to training. In Italy, the term 'language mediator' is used as a rough synonym for the English 'Community Interpreter' or 'Public Service Interpreter', for reasons that will be explained below. The paper suggests that this terminological confusion impacts on a number of important aspects, not least rendition, the interpreter's own self-perception and task-management. Nevertheless, it will also examine how one might make use of this more flexible and pro-active role description to improve communication between health-care provider and patient.

There is one premise that needs to be made before beginning the discussion proper, namely that the theoretical stance adopted in this paper is that the interpreter/language mediator is an active "meaning-creating" agent in the cross-cultural encounter, not a translation machine, nor simply a non-involved mouthpiece of the interlocutors (as I have argued previously, for example in Rudvin, 2002). S/He is an active, if not primary, speech participant. The second premise is that meaning does not belong to one speaker alone, but is a product of a give-and-take-process between interlocutors in an active struggle to produce meaning dialogically, and often unpredictably, through dialogue. Speakers' utterances are modified by the interac-

tion and interplay with another person and that includes, necessarily, the interpreter. The sum of two parts, one might say, is more than the whole.

1. INTERPRETER SERVICES IN ITALY

1.1. In Italy, as elsewhere, problems of language communication have for many years been solved in an ad hoc manner. While the main hospitals in the larger cities will usually have various kinds of organized mediation services, most smaller institutions still rely on freelance interpreters, bilingual staff, prominent community members of that particular ethnic community, or friends and relatives of the patient, a situation which is of course not unique to Italy. These ad hoc interpreters do not have the technical, terminological or interpersonal skills that the situation requires, and should not be burdened with such a responsibility. Nor do such ad hoc solutions serve the best interests of the client or institution. The implications for ethical issues such as impartiality and confidentiality are also jeopardized when unqualified interpreters are employed.

In many of the larger Italian cities, as mentioned, the larger hospitals have either a small, fixed staff of interpreters/language mediators or have an agreement with an interpreter/language mediator association or cooperative that provides a wider range of languages. The language mediators affiliated with these associations, however, do not necessarily have adequate training and they have very uncertain working conditions. (It is indeed no accident that most language mediators are women; male language mediators interviewed have reported that it is impossible for the main bread-winner in a family to survive on an average salary for an interpreter/language mediator).¹ Some of the larger hospitals have begun experimenting with

¹ The difference in status and pay between conference interpreters and health-care interpreters in Italy affects, this paper suggests, their own perception of themselves. Low status and low pay are poor motivation for professional excellence: it is impossible to recruit high quality professional interpreters if they are paid little, and they have little psychological motivation or professional motivation to perform well

simple telephone interpreting services for languages such as Chinese, but it is still too early to tell how effective these services are.

It is difficult enough to find qualified language mediators/interpreters for well-represented languages such as Spanish, Arabic, Chinese, Albanian (although even this is difficult in smaller towns), but finding qualified interpreters for languages of more limited diffusion (such as Bangla, Punjabi, Romanian, Dari) is often practically impossible, and very often interpreters are recruited simply on the basis of 'knowing the language'. This is actually far too often true also for the larger languages – the main and sole criterion seems to be that of 'knowing the language' rather than being trained in interpreting skills. Unfortunately, the consequences of this lax recruitment policy can be very grave indeed for all parties concerned.

There *are* a number of exceptions to this state of affairs, but the most obvious ones are those where the patients involved are not immigrants but tourists (Rimini has an excellent round the clock interpreting service with highly qualified interpreters) or academics and foreign professionals, for example at ISMETT, a hospital in Palermo specialized in transplants which is managed jointly with the University of Pittsburgh and employs American doctors and nurses who need interpreting facilities.

1.2. WHAT KIND OF QUALIFICATIONS DO THE INTERPRETERS HAVE?

Some institutions and/or associations require, in theory at least, a first degree from the candidate's home country, but not necessarily in a language-related discipline. Indeed many of the language mediators the author has interviewed have degrees, even postgraduate degrees, in chemistry, engineering, philosophy, etc. Many language mediators come from urban, often middle-class backgrounds whilst

if they are not adequately remunerated. Nor will a badly-paid interpreter necessarily feel a sense of responsibility towards service provider or client. The consequences of untrained, poorly organized and badly paid interpreters in the health-care system is self-evident (the possibility of misdiagnoses is the most immediate) but this is also true in Italy of the legal system, where the frightening prospect of miscarriages of justice due to poor interpreting is extremely worrying.

many of their clients come from rural backgrounds, some of whom are illiterate (this difference in socio-economic backgrounds has been emphasized by mediators on various occasions). This often leads to a very particular form of asymmetrical interpersonal dynamics between language mediator and client, with a sense of 'mission', of 'serving the community' on the part of the language mediator and blind trust on the part of the client.

Fluency in the Italian language is a general requirement as well as familiarity with Italian culture and institutions, the degree of the latter not being 'testable'. Although exceptions are occasionally made², most associations and employers require the language mediator to be a foreign citizen, putting much emphasis on the language mediator's ability to share the client's sense of alienation from the host country – i.e. the experience of being a migrant. Generally, and again in theory because there are many exceptions, employers, associations, agencies and cooperatives will require that language mediators have attended some kind of training course, but there are no national standards as to how long these should be or the contents of these courses. As mentioned, when employers are stuck for a language, Bangla and Punjabi for example are becoming more and more frequent in Bologna, they will work on the assumption that 'knowing the language' is sufficient to work as an interpreter.

1.3. THE RISKS OF USING AD HOC INTERPRETERS

In those towns and cities around the country that have absolutely no training provision or systematically organized mediation services, the risks of using untrained interpreters are many. Not least of these risks is terminological accuracy. Not only can poor interpreting lead to communication problems and potential misdiagnoses, but may lead to an enormous waste of resources for the health-care institutions. Furthermore, untrained language mediators or interpreters

² Exceptions are, for example, Italians who were born abroad or who have lived abroad for many years. I have also met several Italians who have no knowledge of languages of limited diffusion (LLD) who work as cultural mediators, their capacity for communicating with clients and providing administrative services and practical information are recognized as being sufficiently important skills.

may also suffer emotional stress. Burn-out among interpreters and mediators is quite common³. Burn-out can be a result of stressful working conditions generally, such as low pay and lack of career opportunities, but also more specific aspects that have to do with the language mediator's rapport with the foreign-language client, i.e. re-living the patient's traumatic experiences vicariously (terminal illness, child abuse etc., especially if the language mediator sees herself as a mouthpiece for the client), or has a sense of empathy with the client. Other causes of burn-out relating to the interpreter/language mediator's own private and professional background are a feeling of inadequacy due to lack of sufficient training (techniques, strategies, codes of ethics, institutional knowledge, terminology), a general vulnerability as a consequence of the migration experience, and a "tug-of-war" between the language mediator's own positioning in terms of her cultural and professional identity/ies. Lastly, the rapport between interpreter/language mediator and institutions, namely excessively high expectations by the institution and the lack of an adequate support network, may also have a significant impact on stress level.

In a recent interview with a Chinese language mediator of Italian nationality a similar example of role-dislocation and resulting stress was narrated. The mediator was commissioned to accompany a psychiatric patient for a whole day. She felt such strong empathy with the patient and general frustration of not being able to help her enough that after a few hours she was reduced to tears and unable to continue working. Both she and others emphasize that one of the most difficult tasks of this job in terms of preventing burn-out is to create psychological distance between the mediator and the patient⁴. Creating this distance can and should be a part of the training course, but can only be consolidated through professional and general life experience.

The lack of role awareness and role definition and the resulting confusion may also affect negatively the interpreter's self-perception

³ I would like to thank Debora Previti for this and other valuable information about language mediators in the health-care sector in Italy.

⁴ My thanks to Simona Sgarzi who works as a Chinese-Italian mediator in Bologna.

and sense of allegiance (Angelleli's 2004a, 2004b studies include valuable perspectives on the interpreter's role and self-perception). Although empathy is often strong between language mediator/interpreter and client, a strong sense of allegiance to the institution may also emerge (a phenomenon whereby identification with the hegemonic host society takes precedence over other bonds).⁵ Given that the institution is also the employer, this identification process may jeopardize the language mediator's position in terms of impartiality and lead to role ambiguities that challenge his/her professional positioning: Who am I working for? Who pays me?

We must not forget either that the language mediator is not a static, monolithic entity, a perfect representation – or indeed representative – of his/her 'own' culture. No single person is a representative of any given culture. The cultural – both private and public/social – identity of migrants is particularly complex and subject to constant change; being fluid rather than static, his/her identity formation process is also a painful and often confusing one, as noted in footnote 5. S/he may also be torn between a collective-based social organization, which may impact on translation strategies, and the individu-

⁵ Like all citizens, migrants are members of a range of various ethnic, social, cultural, political and ideological groups and move between these groups constantly; sometimes the move causes internal conflict or tension, sometimes it is smooth and relatively painless. As all people, migrants are not – necessarily - compelled to choose between different identities, but may move back and forth between them at will, at least when these identities are not incompatible. There are numerous variables affecting identity formation, some of the most obvious ones being education, social class, age, gender, religion, profession, urban/rural origin and not least the number of years spent in the host country and the degree of positive/negative experiences in the host country. Numerous factors will indeed affect the migrants' identity formation. This unpredictable nature of identity formation challenges the common assumption that migrants will automatically align themselves with their co-nationals – an important assumption in community interpreting because it affects so deeply issues of allegiance and impartiality. Although in-group alignment is frequent, my own data through numerous surveys has shown that non-Italian mediators and interpreters may equally form a symbolic allegiance with the host country representatives – both institutions and service providers (i.e. in the desire to 'fit in' and identify with the host community, the more highly empowered party). For an interesting discussion on various migrant identity formations illustrating this and other similar issues from an economic point of view, see Constant & Zimmerman (2009).

alist structure of most Western societies. The identity of the interpreter is constantly negotiated and overlapping and does not necessarily coincide with the expectations or perceptions of him/her held by either of the interlocutors. Indeed, his/her professional identity as a language mediator/interpreter following a code of ethics for interpreters/language mediators may not always be aligned with his/her social and ethnic identity.

2. MEDIATORS OR INTERPRETERS? NOMENCLATURE

2.1. The terms ‘language mediator’ and ‘interpreter’ have been used more or less synonymously in section 1, but require further clarification at this point. For historical and political reasons, the role of the “mediator” has been far more predominant in Italy than that of the interpreter, and interpreting has simply been one of the mediator’s many tasks. In Italy, the term ‘interpreter’ is rarely used in many situations where it would be natural to do so in English or other languages. In so far as the term ‘interpreter’ is used, it is used in settings such as business, the media, tourism, and the courts. Language mediators tend to make a very clear distinction between interpreters (“that’s what I do when I translate in court”) and themselves. And yet, they fill the function that community interpreters fill in other countries.

The more commonly used and more encompassing figure of the ‘*cultural* mediator’, of which the ‘language mediator’ is a spin-off, is by now firmly entrenched as a profession, and its emergence is closely related to Italy’s migration history: in the 1970’s-1980’s migration was seen as an ‘emergency’ situation and the state provided little by way of services for the new migrants; much was left to voluntary organizations who adopted an ‘assistance-based approach’ to help migrants rather than simply to provide the services needed as part of the natural course of managing the population development. The mediator was seen as a pro-active agent whose

task was to help Italians understand the migrant and to help the migrant integrate into Italian culture, social and institutional life.

Today, there is still no consensus on which term is to be used and under which circumstances. These terms include 'cultural mediator', 'language mediator', 'cultural-language mediator', 'intercultural mediator', 'communication facilitator' and indicate a continuum along which each practitioner situates him/her self in each specific job situation, although, as mentioned, the term 'interpreter' tends to be reserved for the courts and business, trade fairs, the media, diplomacy, etc.

Although this state of affairs which is peculiar to Italy may seem chaotic and disorganized and the lack of role clarification frustrating, it is important to accept that this is the way the Italians have chosen to organize this particular aspect of intercultural communication because this is the reality of the Italian health-care system. Health-care systems are culturally and socially constructed organizations just like other cultural artefacts, organized according to that specific culture's needs. The organization of such services must clearly respond to current national cultural requirements and, for now, it seems to fill that requirement.

2.2. NOMENCLATURE AND THE IMPORTANCE OF WORDS. 'MEDIATION' AND 'MEDIATING'

I would suggest that the word 'mediation' and 'mediating' used most commonly in settings such as peace negotiation, diplomacy, family conflict or business, necessarily implies an underlying tension or conflict. This assumption, that differences in cultures necessarily imply tension and that an interpreter or inter-cultural communicator must therefore 'mediate' between two opposing parties strikes me as being somewhat unsound, both from a scientific and from an ideological perspective.

The issue of interpreting as mediation is something of a mine-field in interpreting studies because the pro-active, agent-centred view of the interpreter provokes many scholars and practitioners who would like to see the interpreter as a pane of glass, as a conduit through

whom no personal or socio/cultural bias ‘shines through’, to use the most common metaphors. I have tried to show above, in discussing the interpreter/language mediator’s complex private and public identity formation process, that this cannot possibly be true (see Hale 2007 for a sensible discussion on the ‘mediated approach’ versus the ‘direct approach’). In addition to the particularly complex identity of the migrant, it is also true that no human being can be an empty receptacle through which no trace of his/her own persona affects the communication process. Nor is text interpretation ever entirely non-subjective.

At the end of the day, however, this whole debate in both translation studies and interpreting studies may be just semantic quibbling, and there may actually be less disagreement on what interpreting/mediation actually implies than the debate might lead us to believe; perhaps mediation does not really imply that the language mediator takes control of the situation, disempowers the service provider, directs the communicative act freely, takes the initiative whenever it takes his/her fancy, but simply ensures that communication between the two parties takes place as fully as possible and uses all those means available to him/her to ensure this.

3. TRAINING

3.1. The third part of this paper addresses the issue of interpreter training in Italy. More specifically, it looks at how the lack of training opportunities negatively affects a number of performance related variables, from terminological accuracy to burn-out (discussed in section 1). We will also be looking at the differences in training between language mediators and ‘interpreters’ and the possibility of bringing these professional categories closer together.

The lack of training opportunities and inadequate qualifications of many interpreters/ language mediators in Italy has many causes, and one of these is the fact there is no match between the training institutions, in particular the third level institutions, and the needs of the

labour market. Also, there are two completely distinct 'worlds', or 'realities' that offer training for language mediators and interpreters and there is very little interaction between these groups.

3.2. LANGUAGE MEDIATION TRAINING VERSUS INTERPRETER TRAINING

There are two main categories of interpreter/mediator training in Italy. A handful of third level institutions provide degrees in conference interpreting and some of these have branched out into business interpreting and what might be called dialogue interpreting, which includes the legal sector. Over the last decade, for reasons that are still somewhat unclear, a plethora of courses in Language Mediation ("mediazione linguistica") have emerged throughout the country at third level institutions. The provision of courses has not, however, necessarily responded to any real understanding of the need for interpreters on the market or a true sensitivity towards the needs of the new migrants. The 'Language Mediation' taught in these courses has not been defined or delineated according to any national standards and the curricula of these courses varies enormously. These third level 'Language Mediation' courses, today, are often simply empty containers into which trainers can put anything that could be vaguely defined as a process of mediating language e.g. the translation of tourist brochures. Furthermore, university students with 3-year degrees in Language Mediation generally have a language combination including the major European languages (possibly a rudimentary Arabic or Chinese), not the languages most needed by public institutions for interpreting.

The second category, the one which actually does respond to the needs of the market but which is not systematically organized, is the category which provides courses for cultural mediators and which is state funded at the regional, provincial or municipal level, or by NGO's with EU funding. Although these courses actually do provide good quality training, they are unfortunately one-off projects where funding is not necessarily renewed after the completion of the project. These courses tend to be specifically designed for health-

care services and sometimes education, but not for the legal sector. Given that they are often project-based and there is no continuity or guarantee that they will be offered again, it is difficult for employers and institutions to plan ahead. In addition to this, the larger hospitals in the large cities offer focussed training programmes or refresher courses for cultural/language mediators.

3.3. TRAINING EXPECTATIONS AND OBJECTIVES

The objectives of the cultural/language-mediation training courses are very different indeed from those of the university courses, although as we have seen the people who actually perform as community interpreters are trained as mediators and those who are trained at third level institutions rarely work in migrant-related communication jobs in public institutions.

Typical objectives of cultural mediation courses are extremely ambitious: To facilitate integration and interaction with Italian institutions and the community at large, to anticipate and avoid conflicts, to provide assistance to the migrant, and to be a 'bridge' between the two communities and between the individual-institution. We see that the mediator is not only an active third party in the cross-cultural communicative event, but an active participant in the community. (This is also a realistic assessment of the tasks of language mediators in the educational domain who tend to take a very active part in the immediate community). Courses in cultural and linguistic mediation for health services organized and funded by NGO's, intercultural associations and national or local public institutions typically offer modules in the following areas illustrating a strong bias in favour of institutional and cultural issues over language and interpreting:

- Health institutions/systems
- Health-related legislation and legal issues related to health
- Migration-related health aspects (most frequent diseases, ethnicity and hospital admission)
- Migration statistics

- Mediation of conflicts
- Group dynamics and group psychology
- Field-specific terminology in Italian
- Administration, how to fill in forms
- Introduction to the local institutions at Provincial/Regional/Municipal level
- Administrative, legal, geographical aspects at the local or national level
- Communication theory

Unsurprisingly, the training modules at third level institutions tend to focus almost exclusively on language skills and some on the more technical aspects of interpreting and translating (the latter would hold especially for third level institutions that also offer conference interpreting training). Some universities also offer courses in business interpreting and interpreting for tourism, but usually at a very general level. The objectives of third-level interpreter training courses are seemingly more modest than the mediation courses: language fluency and competence in L1 and L2 for both comprehension and language production, competence in a wide range of registers and terminological sectors, memory skills, interpreting techniques (simple consecutive and whispered, note-taking), clarity and speed of articulation, and pragmatic and interpersonal skills relating to interpreting (floor management, especially turn-taking).

3.4. SHARED TRAINING AND COMPETENCE OBJECTIVES. WHAT IS LACKING?

General communication issues such as non-verbal communication, familiarity with language varieties (*lingua francas*) and accents, appropriate forms of address for professional and social hierarchies, greetings and politeness codes are crucial to cross-cultural conversation management, but are often lacking from both types of training modules. More specific cultural issues at the interpersonal level would be gender (addressing men/women), age-related communication (appropriate manner of addressing people from different age

groups to your own) and the role of the family in the private and public sphere. Interpreters also need to be trained in interpersonal skills that deal specifically with the more universal affective aspects of human communication such as dealing with interlocutors who are angry, violent, upset, afraid, etc. This kind of training is particularly valuable in the mental health sector. In the area of medical interpreting specifically, intercultural issues that pertain to health terminology and that should be addressed by both types of courses are: different ways of describing symptoms, cultural taboos, the description and perception of pain, differences in the patient-doctor rapport, and the family's role vis-à-vis informed consent (Galanti's 1997 study on cross-cultural issues in American hospitals provides some fascinating material on these aspects). Indeed, interpreters need special human skills, far beyond translating, to handle delicate situations. Familiarity with a professional code of ethics is of course paramount to any course on interpreting, where the fundamental parameters are generally considered to be accuracy, confidentiality and impartiality. By focussing on inter-cultural competence and cross-cultural pragmatic and interpersonal skills in both cultural/language mediation and 'pure interpreting' courses, I believe the interpreter training programmes on offer could be much improved.

3.5. TASK AND ROLE DIFFERENTIATION. WOULD A MERGING OF THE TWO ROLES BE BENEFICIAL?

In terms of task and role differentiation, the mediator's job-description is far more encompassing than that of the interpreter in most countries, but often poorly articulated, a situation which often leads to much frustration for practitioners. The fact that the job-description is so vague means that the expectations towards the mediator are extremely high. Mediators are not only expected to fulfil the objectives outlined above, but often to provide psychological and emotional support to patients when needed.

Although in actual fact interpreting falls within the general mandate of the cultural/language mediator, I believe it might be useful to make a distinction whereby the interpreter could be used in highly

focused and delineated job-tasks, in cases where there is no assumed or expected conflict, whilst mediators could be used in more complex and delicate cases (psychologically and socially delicate, for example in mental health, with juveniles, etc.), in cases of assumed or real conflict, in helping to draw up projects, in administration and planning. Making a distinction of this type could be useful in organizing separate or partly overlapping training courses and in the organization of language services for the institutions. It might also help practitioners clarify for themselves their often stressful role-shifting from interpreter to cultural/language mediator and thus ease the burden that comes with the lack of role clarity, and ultimately perform better. This may imply a role-switching or repositioning for practitioners, but one that should be clearly spelled out and on which there is consensus.

One last question remains, however, which may problematize the previous assertion, namely that related to the degree of participation in the communicative event. This issue raises a host of more specific questions: Does the distinction interpreter/mediator necessarily imply a different degree of self-initiated participation in the communicative act? Is it the interpreter's/mediator's responsibility to explain and anticipate cultural misunderstandings, to enter into the communicative situation on his/her own initiative? And if so, under which circumstances? Furthermore, is full linguistic, pragmatic and cultural communication between the two parties compatible with a non-involved interpreting methodology? Finally, we might ask to what degree do interpreters act on their own initiative with the objective of fostering mutual comprehension without wresting control from the service provider?

Much of the literature up to the present day has assumed this to be the case, but would it not be equally useful to enact a role-differentiation based on organizational-logistical parameters mentioned in the previous paragraph, governed by the ultimate objectives (*skopos*) and professional needs of the institution itself? (and this may differ from institution to institution, from one health-care professional to another). Maybe the dichotomy that has been created in the field and in the literature is a false problem, a non-issue, as it

were, and the responsibility should be placed with each individual service institution?

During a recent interview, the same Chinese-Italian language mediator mentioned above illustrated the limits of self-initiated participation in response to a question about just how much a language mediator mediates. In her view, it is always the service provider who is in control of the communicative situation and who takes responsibility for communication – and her view here is representative, in my experience, of the self-perception of the mediators' professional role in Italy. It is important, in my opinion, to be realistic and pragmatic when dealing with these issues rather than to allow ourselves to get trapped in an excessively theoretical stance whereby we assume that any intercultural situation is or can always be governed by the same communicative rule and parameters. Translation (both oral and written) is a dynamic, creative process in which meaning emerges, unpredictably, through dialogue and interaction. In the health sector that interaction is rendered even more complex by the fact that the primary interlocutors often share very few cultural references and are indeed often unaware of this lack of shared knowledge, making it even more prone to misunderstandings. In addition to this, however, the professional context and the day-to-day running of the health organization itself contribute to this interpersonal and cross-cultural complexity.

This discussion on the different role definitions and tasks of the mediator versus the interpreter relates to three of the points made earlier in this paper, the first being the premise that the translation process is not a mechanical process but self-constitutive. The second is that mediation may not necessarily imply an underlying conflict *per se*, in virtue of the communication being cross-cultural, but simply the matching of dissimilar communication codes in a highly creative process. Lastly, I would suggest that perhaps the Italian model is one of several viable alternatives to the more traditional northern European, Australian, North American and Canadian 'pure interpreter' model in that it mirrors the complexities and heterogeneity of the very nature of cross-cultural communication and also, perhaps more importantly, is governed by the institutions' own

needs. Those needs are of course situated in a very specific cultural, historical and political context. I am not suggesting that this system would necessarily be equally effective in the other countries mentioned above whose immigration history and policies are very different, but that a slightly more flexible, pragmatic and open-ended attitude towards the role of the interpreter-mediator might improve mutual comprehension and thereby the overall quality of treatment in cross-cultural health-care.

©Mette Rudvin (2010)

REFERENCES

- ANGELELLI, C. (2004a). *Medical Interpreting and Cross-Cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ANGELELLI, C. (2004b). *Revisiting the Interpreter's Role: a study of conference, court, and medical interpreters in Canada, Mexico, and the United States*. Amsterdam: John Benjamins.
- CONSTANT, A. & ZIMMERMAN, K. (2009). Migration, Ethnicity and Economic Integration. *Discussion paper*, 4620, IZA, Institute of the Study of Labour. <http://ftp.iza.org/dp4620.pdf>.
- GALANTI, GA. (1997). *Caring for Patients from Different Cultures. Case Studies from American Hospitals*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- HALE, S. (2007). *Community Interpreting*. London: Palgrave-MacMillan.
- RUDVIN, M. (2002). "How Neutral Is Neutral? Issues in Interaction and Participation in Community Interpreting". In *Perspectives on Interpreting*. Bologna: Clueb, 217-233.

Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices¹

Patricia HUDELSON & Sarah VILPERT

Geneva University Hospitals, Department of Community Medicine and Primary Care

1. BACKGROUND

HIGH QUALITY, PATIENT-CENTERED CARE DEPENDS on doctors' listening to and understanding their patients' needs, and patients' understanding and following their doctors' advice (Lavizzo-Mourey, 2007). In multicultural, multilingual contexts, language barriers present an important challenge to effective patient-provider communication (Harmsen et al., 2008; Van Wieringen et al., 2002; Schouten & Meeuwesen, 2006).

Numerous studies have shown that quality of health care is compromised when foreign-language speaking patients who need linguistic assistance do not get interpreters (Flores, 2005; Siejo, 1995; Smedley et al., 2003). It is also now well-established that more interpreter errors occur when untrained, ad hoc interpreters are used (Elderkin-Thompson et al., 2001; Flores, 2003) and that trained professional interpreters positively affect foreign-language speaking patients' satisfaction, quality of care, and outcomes (Flores, 2005;

¹ This paper was initially published in *BMC Health Services Research* 2009, 9:187 (15 October 2009). It is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Karliner, 2007). In some countries, such as the U.S. and Australia, the right to language access for foreign language speaking patients has been established through a range of national and state level legislation (Chen et al., 2007; Dickover & Bot, 2007; Queensland Statement²).

However, despite the scientific evidence and even in contexts with a favorable policy environment, use of trained interpreters is often suboptimal (Lee et al., 2006; Flores et al., 2008; Garrett et al., 2008; Diamond et al., 2009). Even where trained medical interpreters are made widely available, healthcare providers may be unaware of existing services and their responsibility to use them, may not consider language access a priority issue, or there may be no system in place to ensure that health providers are held accountable for communication with foreign language speaking patients.

Such findings suggest that organizational culture may be important for understanding and changing clinical practices such as interpreter use (Diamond et al., 2009; Greenhalgh et al., 2007; Hudelson, 2004; Waring, 2004; Pascale & Sternin, 2005; Tarantino, 2005). For example, Waring (2004) found that hospital specialist departments' cultures shaped incident reporting practices, despite the existence of hospital-wide policy and guidelines. Their results suggest that identifying and understanding intra-institutional variation in attitudes and practices may be a prerequisite to improving institution-wide clinical practices. With regards to interpreter use, top-down policies and guidelines on when and why to use interpreters are necessary but probably insufficient to change clinical practices. Identifying conditions of "positive deviance" (in this case, staff that have adopted attitudes and practices conducive to good communication with LFP patients) may help to improve practices institution-wide (MacFarlane et al., 2008; Nielsen et al., 2008).

To date most studies have been conducted in the USA and Australia (Greenhalgh et al., 2007). Little is known about interpreter-use in

² <http://www.health.qld.gov.au/multicultural/policies/language.pdf>

European countries, and only a few studies have examined interpreter use within hospital systems (Hudelson, 2004; Waring, 2004). While these studies suggest that the challenges are similar to those encountered in the USA, the European context differs in a number of significant ways. In most countries there is no national-level mandate requiring use of trained interpreters to communicate with foreign-language speaking patients and therefore institutional policies concerning language assistance vary considerably. In addition, many countries do not have access to professional telephone interpreting services, and the community interpreter profession is much less developed than in the USA. More research is needed to understand how the context of language barriers in health care affects attitudes and practices of health care professionals.

The purpose of our current study was to gain a representative picture of current attitudes, practices and preferences regarding communication with non-francophone patients at the Geneva University Hospitals, Switzerland, examine how these vary across professions and departments within the hospital, and identify factors associated with good practice. Results will be used to identify priority activities aimed at building an organizational culture that reflects concern for effective communication with foreign-language speaking patients.

2. METHODS

2.1. SETTING

Geneva University Hospitals (HUG) is a 2000-bed, public hospital group, organized into 11 medical departments, each containing 2 or more clinical services. The 11 departments include:

- Anesthesiology/Pharmacology/Intensive Care
- Surgery
- Child and Adolescent Health

- Gynecology and Obstetrics
- Community Medicine and Primary Care
- Genetic Medicine and Laboratory
- Internal Medicine
- Clinical Neurosciences
- Psychiatry
- Rehabilitation and Geriatrics
- Imagery and Information Sciences

A full list of clinical services by department can be found on the HUG website³.

The HUG provides care to a diverse population. In 2006, about 50% of patients were of non-Swiss nationality, representing 185 countries. To facilitate communication with foreign-language speaking patients, a community interpreter bank run by the Geneva Red Cross (GRC) has been available to all hospital personnel since 1999. Candidates (who generally have no prior interpreter training) are screened, hired and provided with an introduction to community interpreting by the GRC. Further training specific to medical interpreting is offered by the hospital, in the form of 2-hour seminars. A list of interpreters and their contact details is provided to the hospital, and is accessible to all staff via a hospital intranet site. The website provides guidelines on when and how to use an interpreter and offers training seminars for health care staff on request (Consultation Transculturelle et Interprétariat, <http://consult-transculturelle-interpretariat.hug-ge.ch/>). Staff members call the agency interpreters directly to make appointments, and interpreting is paid for by hospital departmental budgets. No professional telephone interpreting service is currently available to the HUG.

While no explicit hospital policy exists that mandates use of professional interpreters, in 2002 the hospital Clinical Ethics Committee took the position that "Even in the presence of a family member or friend who is well-disposed towards the patient, even if no conflict

³ http://www.hug-ge.ch/hug_enbref/departements_services.html

of interest exists between the patient and the institution that would put a [bilingual] health worker in an awkward position...one should systematically plan on using, at least initially, a mandated, professional interpreter." (Conseil d'Ethique Clinique des HUG, http://ethique-clinique.hug-ge.ch/_library/pdf/avi_inter.pdf).

Availability of professional interpreters is mentioned in the hospital brochure and in the information booklet given to hospitalized patients.

2.2. DATA COLLECTION METHODS

We developed a self-administered questionnaire consisting of 36 questions on respondents' sociodemographic and professional characteristics, frequency of contact with non-francophone patients, strategies and preferences regarding communication with these patients, training received and clinical service-level policies related to interpreter use, and opinions concerning priority activities for improving communication with non-francophone patients. The questionnaire was pretested with a convenience sample of 10 clinical colleagues to ensure the relevance and comprehensibility of the questions. The questionnaire was sent to the home address of study participants, and took approximately 10-15 minutes to complete. A second questionnaire was sent one month after the first mailing to all non-responders.

2.3. SAMPLING

Sample size was determined in order to have sufficient statistical power (90%) and a low probability of type 1 error (5%), and to be able to detect between-group differences of 0.25 standard deviations (the exact number needed was 340). Given the habitually low-level participation of health professionals in mailed surveys, we expected a response rate of no more than 50%. Therefore, our initial sample size was 700 for doctors, 700 for nurses, and 93 for social workers (the total number working at the HUG). We excluded the Depart-

ment of Imagery and Information Sciences from our sample due to their limited contact with patients.

2.4. ANALYSIS

Analysis focused on comparing respondents' attitudes, preferences and practices across hospital specialist departments, and exploring their association with factors such as frequency of contact with LFP patients, departmental instructions to staff about interpreter use, and training in why and how to work with an interpreter.

The study was funded by the Geneva University Hospitals quality programme. As a quality assessment project that entails minimal risk to participants, this study was exempted from review by the hospital research ethics committee.

3. RESULTS

3.1. RESPONDENT CHARACTERISTICS

Global response rate was 61% (doctors = 56%; nurses = 64%; social workers = 74%). All 10 hospital departments were represented in the final sample, but response rates varied by department, ranging from 50% (Dept of Genetic Medicine and Laboratory) to 69% (Dept of Anesthesiology, Pharmacology and Intensive Care).

3.2. FREQUENCY OF CONTACT WITH LIMITED FRENCH PROFICIENCY (LFP) PATIENTS

Seventy percent of respondents encounter LFP patients at least once a month (Table 1), but this varied by department. A majority of respondents from the Dept of Rehabilitation and Geriatrics never or rarely encountered LFP patients, while more than the half of respondents from the Dept of Community Medicine and Primary Care saw LFP patients more than eleven times a month. Overall, only

2.3% of respondents said they never encounter limited French-speaking (LFP) patients. The five patient-languages most frequently encountered during the last 6 months included English, Albanian, Portuguese, Spanish and Arabic.

Table 1. Frequency of contact with LFP patients

	N	Percent
Never	21	2.3
1-11 times per year	250	27.7
1-5 times per month	295	32.7
6-10 times per month	162	18.0
11-20 times per month	75	8.3
> 20 times per month	99	11.0
Total	902	100

3.3. STRATEGIES FOR OVERCOMING LANGUAGE BARRIERS

We asked respondents to indicate their preferred strategies for communicating with LFP patients, and to explain the reasons for their preferences. Overall, 66% preferred ad hoc interpreters (patient's family/friends, bilingual staff, children), while only 34% preferred professional interpreters (Table 2; total N is greater than 908 because some respondents chose more than one option). Preferences varied across departments: respondents from Psychiatry and Community Medicine preferred GRC interpreters, while those from Clinical Neurosciences, Anesthesiology, Pharmacology and Intensive Care preferred bilingual staff (Table 3).

Table 2. Preferred strategies for communicating with LFP patients*

	N	Percent
Red Cross interpreters	324	34.2
Patient's family/friends	232	24.5
Children under 18 years of age	3	0.3
Bilingual hospital staff	387	40.9
Total	946	100.0
*Total N is greater than 908 because some respondents chose more than one option		

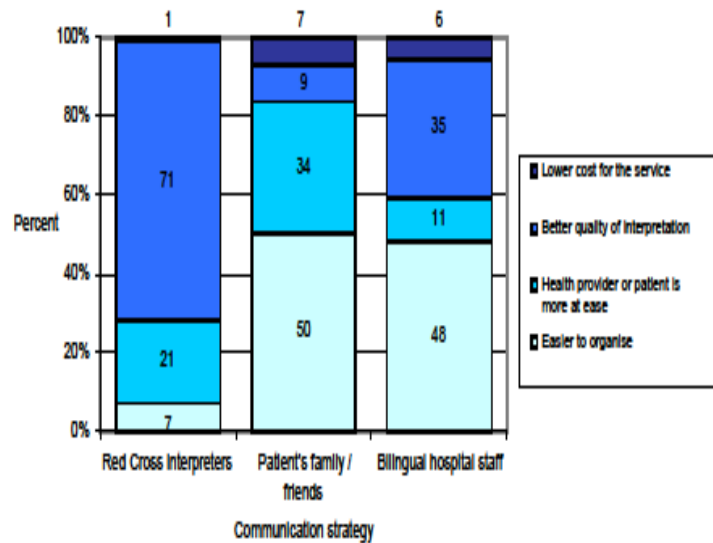
Table 3. Language strategy preferences by department

	GRC interpreters	Patient's family/friends	Bilingual hospital staff
Anesthesiology/Pharmacology/Intensive Care	15 (16%)	28 (31%)	48 (53%)
Surgery	16 (17%)	37 (39%)	44 (46%)
Child and Adolescent Health	68 (50%)	18 (13%)	54 (39%)
Gynecology and Obstetrics	14 (45%)	6 (19%)	11 (35%)
Community Medicine and Primary Care	43 (60%)	13 (18%)	18 (25%)
Genetic Medicine and Laboratory	4 (20%)	6 (30%)	10 (50%)
Internal Medicine	38 (28%)	43 (32%)	59 (43%)
Clinical Neurosciences	10 (17%)	25 (42%)	28 (47%)
Psychiatry	93 (56%)	21 (13%)	62 (37%)
Rehabilitation and Geriatrics	23 (23%)	34 (33%)	52 (51%)
χ^2	112.621	53.518	20.862
p <	0	0	0.013
V	0.352	0.243	0.152

Reasons for respondents' preferences differed according to which method was favored (Figure 1). Those who preferred GRC interpreters appreciated their professionalism (translation quality and confidentiality), whereas those who preferred ad hoc interpreters

highlighted their practical advantages (immediate availability, easier to organize).

Figure 1. Reasons for preference of communication strategy



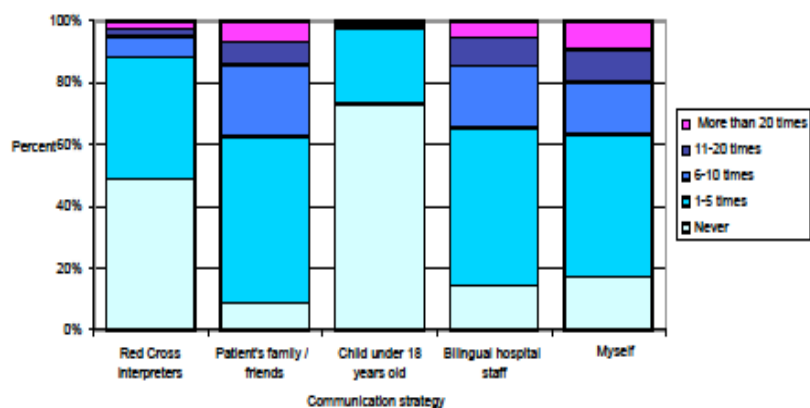
We also asked respondents to indicate the strategies they actually used over the last six months. Ad hoc interpreters (patient's family/friends, hospital personnel, children) were used the most often (Figure 2), at least once by 71% of respondents, while GRC interpreters were used at least once by 51%. The Departments of Community Medicine and Primary Care and Gynecology and Obstetrics had the highest level of GRC interpreter use: 31% and 27% of respondents, respectively, had used the service at least once during the previous 6 months (Table 4).

Table 4. Use of GRC interpreters during previous 6 months by department

	Never	1-5 times	6 and more
Anesthesiology/Pharmacology/ Intensive Care	57 (74%)	19 (25%)	1 (1%)
Surgery	61 (69%)	26 (29%)	2 (2%)
Child and Adolescent Health	34 (26%)	74 (57%)	22 (17%)
Gynecology and Obstetrics	4 (15%)	15 (58%)	7 (27%)
Community Medicine and Primary Care	22 (33%)	24 (36%)	21 (31%)
Genetic Medicine and Laboratory	10 (59%)	6 (35%)	1 (6%)
Internal Medicine	63 (50%)	53 (42%)	9 (7%)
Clinical Neurosciences	28 (53%)	22 (42%)	3 (5%)
Psychiatry	48 (33%)	72 (50%)	25 (17%)
Rehabilitation and Geriatrics	70 (85%)	10 (12%)	2 (2%)

$\chi^2 = 168.523$; $p < 0,000$; dl 18
 $\lambda = 0.186$, dependent variable "Use of GRC interpreters during previous 6 months"
 $V = 0,322$; $P < 0,000$

Figure 2. Strategies used to overcome language barriers and frequency of use in the last 6 months



The common recourse to bilingual staff is also reflected in the results of a separate item on the questionnaire which asked if respondents had ever themselves interpreted for a patient. 52.2% of respondents reported having interpreted for a patient at some time in the past, most often for English, German, Spanish and Italian.

Finally, a large proportion of respondents (83%) communicated directly with their patients in a language other than French more than once during the last six months (Figure 2), although we do not have data on whether they communicated in the patient's primary language or in a third language.

3.4. TRAINING

Respondents are generally poorly prepared to ensure adequate communication with LFP patients. Only 9% of respondents had received any training in how and why to work with a trained interpreter. Nurses are the least prepared, with only 4.5% reporting having received any training (Table 5). The percent of staff having received training varied across departments (Table 6), with the highest levels found in the departments of Community Medicine (37.5%) and Psychiatry (14.5%). These are the only 2 departments that have incorporated training on how and why to work with an interpreter into their postgraduate training programs for residents.

Table 5. Percent of respondents having received training in how to work with an interpreter

Training	Doctor	Nurse	Social worker
Yes	56 (14.3%)	20 (4.5%)	9 (13.2%)
No	336 (85.7%)	423 (95.5%)	59 (86.8%)
Total N	392	443	68
$\chi^2 = 24.546$; $p < 0,000$; dl 2 $V = 0,165$; $P < 0,000$			

Table 6. Training in how/why to use an interpreter by department

Received training	Yes	No	TOTAL N
Anesthesiology/Pharmacology/ Intensive Care	2 (2%)	88 (98%)	90
Surgery	3 (3%)	92 (97%)	95
Child and Adolescent Health	13 (10%)	122 (90%)	135
Gynecology and Obstetrics	1 (3%)	30 (97%)	31
Community Medicine and Primary Care	27 (38%)	45 (63%)	72
Genetic Medicine and Laboratory	0	20 (100%)	20
Internal Medicine	9 (7%)	126 (93%)	135
Clinical Neurosciences	3 (5%)	56 (95%)	59
Psychiatry	24 (15%)	141 (85%)	165
Rehabilitation and Geriatrics	3 (3%)	97 (97%)	100

3.5. DEPARTMENTAL POLICIES AND THEIR INFLUENCE ON RESPONDENT ATTITUDES

Instructions to staff about communicating with LFP patients were not uniform throughout the hospital (Table 7). Overall, only 23.2% of respondents said the clinical service in which they currently worked encouraged them to use the GRC interpreter service to facilitate communication with LFP patients. 12.1% said they were told to use ad hoc interpreters and to call the GRC interpreter service only as a last resort. 64.7% said they were given no information at all about communicating with LFP patients. Encouragement to use GRC interpreters was reported most frequently by respondents from the Department of Community Medicine (56%).

Table 7. Respondents' reports of messages to staff about interpreter use by department

	Encourages use of GRC interpreters	Encourages use of alternative strategies	Provides no guidance	Total N
Anesthesiology/Pharmacology/Intensive Care	4 (5%)	9 (10%)	74 (85%)	87
Surgery	4 (4%)	14 (15)	76 (81)	94
Child and Adolescent Health	59 (44%)	12 (9%)	64 (47%)	135
Gynecology and Obstetrics	5 (16%)	5 (16%)	21 (68%)	31
Community Medicine and Primary Care	38 (56%)	5 (7%)	25 (37%)	68
Genetic Medicine and Laboratory	1 (5%)	0	19 (95%)	20
Internal Medicine	19 (14%)	12 (9%)	105 (77%)	136
Clinical Neurosciences	6 (11%)	3 (5%)	48 (84%)	57
Psychiatry	63 (39%)	33 (21%)	64 (40%)	160
Rehabilitation and Geriatrics	7 (7%)	13 (13%)	78 (78%)	98

Respondents working in services where use of GRC interpreters was encouraged were more likely to be of the opinion that the hospital should systematically provide a professional interpreter to LFP patients (40.3%) as compared with those working in a department that discouraged use of GRC interpreters (15.5%) (Table 8); they also used GRC interpreters more often during the previous 6 months (Table 9). Indeed, respondents working in services where use of GRC interpreters is encouraged were on average two times more likely to have used a GRC interpreter during the past 6 months than respondents working in a service where there is no encouragement or instruction.

Table 8. Respondents' opinions about use of GRC interpreters by service-level policy concerning communication with LFP patients

	Service		
Opinion about use of GRC interpreters	Encourages GRC use	Discourages GRC use	Provides no guidance
Systematically	40.3%	15.5%	16.2%
In some situations	45.3	39.8	47.1
Only when no other solution	14.4	44.7	36.7
Total %	100	100	100
(N)	201	103	556
$\chi^2 = 70,517$; $p < 0,000$; dl 4 $V = 0,202$; $P < 0,000$			

Table 9. GRC interpreter use by service-level policy about communication with LFP patients

	Service		
Use of GRC interpreters during last 6 months	Encourages GRC use	Discourages GRC use	Provides no guidance
Never	13.2%	57.5%	60.7%
1-10 times	72.6	42.5	37.2
11+ times	14.2	0.0	2.1
Total %	100	100	100
(N)	197	87	514
$\chi^2 = 153,696$; $p < 0,000$; dl 4 $\lambda = 0,285$, dependent variable "Use of GRC interpreters during previous 6 months" $V = 0,310$; $P < 0,000$			

4. DISCUSSION

We found that doctors, nurses and social workers at our hospital had frequent contact with LFP patients. However, they did not generally consider recourse to professional interpreters to be a priority and respondents were unprepared to ensure adequate communication with LFP patients. Not surprisingly, strategies for overcoming language barriers are suboptimal. Most respondents preferred using ad hoc interpreters, and use of bilingual staff was particularly common. Nonetheless, positive attitudes and practices were identified in some departments and services, indicating that conditions can be created that foster adequate communication with LFP patients. Over a third of respondents preferred working with professional interpreters and recognized their benefits in terms of confidentiality and quality of interpreting. Furthermore, a fifth of respondents thought that the hospital should systematically use professional interpreters to communicate with non-francophone patients, and one-half of respondents had used a GRC interpreter at least once during the previous 6 months. Respondents that had received training or worked in departments that actively encouraged use of professional interpreters were more likely to think that the hospital should systematically use professional interpreters, were more likely to have used a professional interpreter and to prefer them. This suggests that creating a positive practice environment is important for influencing behavior change, and that it may be possible to encourage good practices from the bottom-up even in contexts where there is no top-down, hospital-wide mandate to use professional interpreters.

Nonetheless, the challenges to ensuring adequate language assistance for foreign-language speaking patients remain daunting. A number of studies suggest that despite hospital, state and national legislature aimed at ensuring access to professional medical interpreters, use remains inadequate (Lee et al., 2006; Ginde et al., 2008). Burbano et al (Burbano O'Leary et al., 2003) found that even though pediatric residents unanimously agreed that hospital interpreters were effective, actual use was low. Residents tended to rely on their own inadequate language skills or on bilingual staff to in-

interpret for them. Similarly, Diamond et al. (Diamond et al., 2009) found that, despite misgivings about the implications for quality of care, residents preferred to "get by" with ad hoc interpreters or none at all. Time pressures and limited interpreter availability are frequently cited as reasons for underuse of professional interpreters, but underestimates of patient and physician language proficiency may also play a role. In our context, cost control pressures may be an additional disincentive to using professional interpreters. The hospital is currently undergoing a multi-year budget cutting exercise which has put pressure on departments to control costs. The effects on attitudes and practices related to interpreter use are unknown, but financial pressures are likely to act as an important deterrent to use of GRC interpreters. A study carried out in 2004 involving a small, convenience sample of doctors and nurses at the HUG (Bischoff & Hudelson, 2008) suggested that professional interpreters were called in only when ad hoc interpreters (family or hospital staff) were unavailable. Data are lacking to explain these findings, but cost concerns and scheduling difficulties were mentioned by some respondents as reasons for not calling a GRC interpreter. In our current study, cost concerns were mentioned only infrequently by respondents as a reason for preferring ad hoc interpreters, and only 12% of respondents said their departments actively discouraged GRC interpreter use, but cost-containment pressures may have a more subtle influence in clinical practice, and in fact anecdotal evidence suggests a generalized reluctance to incur additional costs to departments by using professional interpreters.

We have no data on the adequacy of language assistance in different situations, but it may be that not all situations where ad hoc interpreters are used are characterized by inadequate language assistance. More in depth research is needed to explore these issues (Giordano, 2007; Rosenberg et al., 2008), and as Hsieh has argued (Hsieh, 2006) the ultimate challenge is for clinicians to be able to distinguish between situations where a professional interpreter is essential and those where ad hoc interpreters may be sufficient, and act accordingly.

In our study we found that few departments provide information to staff on when and how to work with professional interpreters, which reinforces the sentiment that their use is optional and not essential for quality care. Changes in clinical practice are unlikely in an environment where the unspoken message is that ad hoc interpreters are "good enough" for most situations, and that professional interpreters are only needed when other methods are unavailable.

Our study does not provide data on exactly which service-level practices lead to positive attitudes and practices, but we agree with Diamond et al. (Diamond et al., 2009) who believe that increasing professional interpreter use will require not only interventions at the level of individual clinicians (training, guidelines) but also at the level of the practice environment, including norms, structural changes, and role models. In the Department of Community Medicine and Primary care where interpreter use is the norm, an articulated, shared mission to provide quality care to diverse patients, positive role models from senior staff, and systematic training of new interns in when and how to work with interpreters all contribute to creating a "service culture" conducive to ensuring adequate communication with LFP patients.

The challenge is to spread this positive "service culture" to the rest of the hospital. While activities aimed at facilitating access to professional interpreters will be important (systematic patient-language data collection; a central number for requesting an interpreter; telephone interpreting, etc.), these alone cannot create an institutional culture favorable to interpreter use. Based on our results, we believe that other priority activities will include developing an explicit hospital policy statement on interpreter use (when, why and how interpreters should be called), and communicating this policy during orientation of all new staff. Specific, service-level activities will also be needed to reinforce this policy, and put it into practice. Senior role models, systematic training of staff and visible information in clinical services about interpreter services (rights of patients, contact information, etc.) will also be important for influencing institutional culture. Finally, evaluation and feedback to clinical services about their performance with regards to communicating with and caring

for LFP patients will help to change perceptions of interpreter use from an optional activity to that of a quality indicator.

Our study contributes to the scarce literature on language barriers in health care in Europe. However, it was conducted in a single Swiss hospital, and therefore our conclusions may not be generalizable to other settings. Furthermore, small numbers prevented more detailed analyses of factors affecting respondents' attitudes and practices. Finally, questionnaire data can only suggest general attitudes and motivations of respondents. A more in-depth, qualitative look at service-level attitudes and practices would contribute to a better understanding of the factors and conditions associated with good practice.

5. CONCLUSION

Attitudes and practices regarding communication with LFP patients vary across professions and hospital departments. In order to foster an institution-wide culture conducive to ensuring adequate communication with foreign-language speaking patients, both hospital-wide policy and service-level activities aimed at reinforcing this policy and putting it into practice will be necessary.

REFERENCES

- BISCHOFF, A. & HUDELSON, P. (2010). Communicating with foreign language-speaking patients: is access to professional interpreters enough? *Journal of Travel Medicine*, 17(1), 15-20.
- BURBANO O'LEARY, SC., FEDERICO, S., HAMPERS, LC. (2003). The truth about language barriers: one residency program's experience. *Pediatrics*, 111, 569-573.
- CHEN, AH., YODELMAN, MK., BROOKS, J. (2007). The legal framework for language access in healthcare settings: Title VI and beyond. *J Gen Intern Med*, (Suppl 2), 362-367.
- CONSEIL D'ETHIQUE CLINIQUE DES HUG. Demande d'avis au sujet des patients de langue étrangère.
http://ethique-clinique.hug-ge.ch/_library/pdf/avi_inter.pdf.
- CONSULTATION TRANSCULTURELLE et Interprétariat.
<http://consult-transculturelle-interpretariat.hug-ge.ch/>.
- DIAMOND, LC., SCHENKER, Y., CURRY, L., BRADLEY, EH., FERNANDEZ, A. (2009). Getting by: underuse of interpreters by resident physicians. *J Gen Intern Med*, 24(2), 256-262.
- DICKOVER, DW. & BOT, H. (2007). Patterns of communication through interpreters. *J Gen Intern Med*, 22(6), 895.
- ELDERKIN-THOMPSON, V., SILVER, RC., WAITZKIN, H. (2001). When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Soc Sci Med*, 52(9), 1343-1358.
- FLORES, G., LAWS, MB., MAYO, SJ., ZUCKERMAN, B., ABREU, M., MEDINA, L., HARDT, EJ. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*, 111(1), 6-14.
- FLORES, G., TORRES, S., HOLMES, LJ., SALAS-LOPEZ, D., YODELMAN, MK., TOMANY-KORMAN, SC. (2008). Access to hospital interpreter services for limited English proficient patients in New Jersey: a statewide evaluation. *J Health Care Poor Underserved*, 19(2), 391-415.
- FLORES, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev*, 62(3), 255-299.
- GARRETT, PW., FORERO, R., DICKSON, HG., KLINKEN WHELAN, A. (2008). How are language barriers bridged in acute hospital care? The tale of two methods of data collection. *Aust Health Rev*, 32(4), 755-764.
- GINDE, AA., CLARK, S., CAMARGO, CA. JR. (2008). Language Barriers among Patients in Boston Emergency: use of Medical Interpreters

- after Passage of Interpreter Legislation. *J Immigr Minor Health*, in press.
- GIORDANO, S. (2007). Overview of the advantages and disadvantages of professional and child interpreters for limited English proficiency patients in general health care situations. *Journal of Radiology Nursing*, 26(4), 126-131.
- GREENHALGH, T., VOISEY, C., ROBB, N. (2007). Interpreted consultations as 'business as usual'? An analysis of organisational routines in general practices. *Sociol Health Illn*, 29(6), 931-54.
- HARMSSEN, JA., BERNSEN, RM., BRUIJNZEELS, MA., MEEUWESSEN, L. (2008). Patients' evaluation of quality of care in general practice: what are the cultural and linguistic barriers? *Patient Educ Couns*, 72(1), 155-162.
- HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE. Départements médicaux. http://www.hug-ge.ch/hug_enbref/departements_services.html.
- HSIEH, E. (2006). Understanding medical interpreters: reconceptualizing bilingual health communication. *Health Commun*, 20(2), 177-86.
- HUDELSON, P. (2004). Culture and quality: an anthropological perspective. *Int J Qual Health Care*, 16(5), 345-346.
- KARLINER, LS., JACOBS, EA., CHEN, AH., MUTHA, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res*, 42(2), 727-754.
- LAVIZZO-MOUREY, R. (2007). Improving quality of US health care hinges on improving language services. *J Gen Intern Med*, 22(Suppl 2), 279-280.
- LEE, KC., WINICKOFF, JP., KIM, MK., CAMPBELL, EG., BETANCOURT, JR., PAR, ER., MAINA, AW., WEISSMAN, JS. (2006). Resident physicians' use of professional and nonprofessional interpreters: a national survey ». *JAMA*, 296(9), 1050-1053.
- MACFARLANE, A., GLYNN, LG., MOSINKIE, PI., MURPHY, AW. (2008). Responses to language barriers in consultations with refugees and asylum seekers: a telephone survey of Irish general practitioners ». *BMC Family Practice*, 22, 9:68.
- NIELSEN, AS., KRASNIK, A., MICHAELSEN, JJ., NØRREDAM, ML., TORRES, AM. (2008). Hospital staff's different attitudes and experiences with regard to immigrant patients. *Ugeskr Laeger*, 170(7), 541-544.
- PASCALE, RT. & STERNIN, J. (2005). Your company's secret change agents. *Harv Bus Rev*, 83(5), 72-81.

QUEENSLAND HEALTH LANGUAGE SERVICES POLICY STATEMENT.

<http://www.health.qld.gov.au/multicultural/policies/language.pdf>.

ROSENBERG, E., SELLER, R., LEANZA, Y. (2008). Through interpreters' eyes: comparing roles of professional and family interpreters ». *Patient Educ Couns*, 70(1), 87-93.

SCHOUTEN, BC. & MEEUWESEN, L. (2006). Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Educ Couns*, 64(1-3), 21-34.

SIEJO, R., GOMEZ, H., FRIENDENFERG, J. (1995). Language as a communication barrier in medical care for Hispanic patients. *Hispanic psychology-critical issues in theory and research*, Edited by: Padilla AM. California: Sage Publicatio, 169-181.

SMEDLEY, BD., STITH, AY., NELSON, AR. (2003). *Unequal treatment. Confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington: The National Academies Press.

TARANTINO, DP. (2005). Positive deviance as a tool for organizational change. *Physician Exec*, 31(5), 62-3.

VAN WIERINGEN, JC., HARMSSEN, JA., BRUIJNZEELS, MA. (2002). Intercultural communication in general practice. *Eur J Public Health*, 12(1), 63-68.

WARING, JA. (2004). Qualitative study of the intra-hospital variations in incident reporting. *Int J Qual Health Care*, 16, 347-352.

Intercultural communication in healthcare: a duel or a duet?

J.A.M. (Hans) HARMSEN
*ErasmusMC, University Medical Center Rotterdam,
the Netherlands*

1. INTRODUCTION: EXPLORING AND DEFINING THE BASIC PROBLEM

DUE TO WORLDWIDE MIGRATION, physicians in Europe and North America commonly encounter more patients from different ethnic origins and cultural backgrounds than did their predecessors; and this has had important implications for healthcare, not only in presenting physicians with a variety of formerly 'exotic' medical symptoms and diseases, but also presenting them with differences in the way patients view their needs and the expectations they bring to the clinical encounter (Kleinman et al., 1978). While the prevailing attitude of Western medicine has shifted over the last thirty years to a mostly patient-centred model, focused on shared decision-making (Cegala et al., 2000; Cecil & Killeen, 1997; Edwards et al., 2003), one may wonder how this model fits with the attitudes of patients coming from culturally different backgrounds (Kleinman, 1980; Pachter, 1994; Harmsen, 2003). Besides the differences in healthcare systems (Payer, 1990), differences in the cultural background will also influence patients' expectations (Clemes et al., 2001). As research has shown, good quality of care must take into account the patients' perspective (Clemes et al., 2001; Harteloh & Verheggen, 1994). Moreover linguistic barriers between doctor and patient may further affect the healthcare process (Ferguson & Candib, 2002; Jacobs et al., 2006; Flores, 2005), compounded by the fact that, typically, ethnic minority patients in contemporary Western soci-

eties are relatively young, poorly educated, and have poor second language proficiency (Tesser et al., 1999).

Patients whose ethnic origin and/or cultural background is different from their GP's assess the received care less positively than patients from the same background (Cooper-Patrick et al., 1999; Murray-Garcia et al., 2000), the chief complaints deriving from communication problems (van Wieringen et al., 2002). Studies on cultural variation in healthcare have focused mainly on differences in communication style, depending on ethnic origin (e.g. country of birth) (Cooper et al., 2003; Harmsen et al., 2006). However, several studies have shown that ethnic origin per se is not as important a variable as differences in the cultural assumptions of the patient and the doctor in the evaluation of healthcare (Harmsen, 2003; Phinney, 1996; Hofstede, 1991). Since the patient's perspective is important, it is necessary to study the different cultural frameworks patients bring to the medical encounter and how the healthcare worker understands them.

It seems to be beyond doubt that one of the patient's most important needs is to understand and to be understood (Roter & Hall, 1992). Kleinman, for one, claims that reaching shared clinical reality by finding a means for the patient and doctor to transact their different explanatory models is important for good and effective care (Kleinman, 1980; Kleinman, 1983). According to Kleinman, explanatory models for understanding episodes of sickness differ, between the practitioner and the patient, in terms of "analytic power, level of abstraction, logical articulation, metaphor and idiom". (Kleinman et al., 1978; Kleinman, 1980). In Kleinman's view clinical reality is the totality of cultural defined views and beliefs about health and illness. Kleinman takes the view that health complaints and illness are strongly culturally defined and that patient and physician differ in their cultural concepts of health and illness. According to Kleinman, both physician and patient need to find a way to translate each other's perceptions about patient's illness (each other's 'explanatory models') in order to achieve understanding (and consequently maybe also agreement) about diagnosis and treatment (Kleinman, 1980). Without understanding, we can assume both that the physi-

cian will have a higher rate of error in diagnosis and that there will be less compliance and a reduction in perceived quality of care on the part of the patient (Brown & Segal, 1996; Penn et al., 1995). This is of course true even when patient and physician share the same cultural background. For example, in English there are two words for sickness: illness and disease. Where illness is the experienced sickness as the patient perceives it, disease is the sickness as known by the physician, an explanation in biomedical terms. It is obvious that when physician's and patient's own cultural backgrounds are distant, mutual understanding about health complaints and illnesses will be more difficult to achieve and will require more mutual explanation of their views on health and illness in order to realize a shared concept of clinical reality.

In order to explore Kleinman's suggestions and to test the practicability of exchanging information on explanatory models, we performed two pilot studies using qualitative methods. In our first 1996 study (Harmsen et al., 1999), we investigated whether we could observe differences in communication in consultations with ethnic minority patients in comparison to consultations with Dutch patients in Rotterdam. The majority of ethnic minority patients in Rotterdam are from non-Western countries as Turkey, Morocco, Dutch Antilles, Surinam and Cape Verde. We found that consultations with ethnic minority patients were shorter, and ended more often in the prescription of medication. This appeared to be especially true for the consultations with non-Western patients. Bluntly and simply, the consultation with Western patients tended to be warm and conversational, while those with non-Western patients tended to be short and end with prescribing medication.

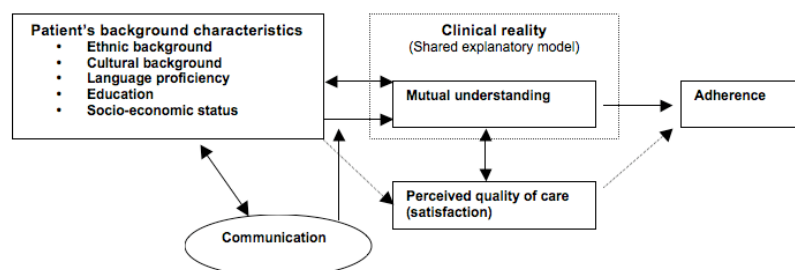
In our second pilot study, we constructed a measure for Kleinman's shared clinical reality that we called mutual understanding (van Wieringen et al., 2002; Harmsen et al., 2003). According to Helman (Helman, 1998), clinical reality is mostly determined by opinions about the origination and cause of health complaints, its meaning and severity for life, and its effect on life expectancy. We asked both physicians and patients questions about the nature and duration of

the health complaint, cause and severity, self diagnosis and desired cure.

Answers were compared by two researchers and measured in the degree to which they expressed good or poor mutual understanding. The two researchers discussed the consultations about which they disagreed until agreement was reached (or otherwise a third screener was consulted). Mutual Understanding (MU) is the understanding on both sides of each other's opinion on the health and illness issues. In 34% of the consultations with ethnic minority patients and in 13% of the consultations with Dutch patients there was poor MU. This turned out to be the best predictor of non-adherence (or non-compliance) to advised therapy. In other words, MU was a better predictor for adherence to therapy than patient's ethnicity: when adjusted for MU ethnicity disappears as predictor for non-adherence to therapy (tested in a logistic multivariate model). In this relatively small study (87 consultations), Kleinman's theory was validated (Harmsen et al., 2003). Later we developed a more sophisticated and objectivable measure for MU.

Still it remains complicated how to interpret adherence to advised therapy. Certainly the greater the degree to which quality of care is perceived, the greater the likelihood that the patient will adhere to the therapeutic regime. This perception of quality is probably a result of good MU, which in turn may be the result of communication. However, it is arguable that a perceived good relationship is the grounds for good communication or the other way round good communication provides good relationships. This is indicated in the figure 1 below.

Figure 1. Model for intercultural patient-physician communication and consultation outcomes



What this study also shows is that variables of influence like education and language proficiency influence MU directly or at least indirectly by communication.

Another factor of influence is of course the role of the physician, as the important and probably ‘leading actor’ in the conversation. In our large 2000 study (Harmsen et al., 2008), we divided the patient perception of the quality of care into two categories: perceived quality of the experienced relationship (Process Quality or PQ); and the quality of the experience mediated by the ethnicity of the actors involved (the specific Ethnic Quality or EQ). Less than 7% of the variance in Process Quality (PQ) and less than 1,5% of the variance in Ethnic Specific Quality (EQ) was explained by the difference between physicians.

Of course, different physicians will operate differently, but in relation to our scales we attempted to pick out information that would show if physicians communicate for the most part with the same rate of success, firstly, and secondly, whether there are other factors distinguishing clinical interaction that may override physician communication (idiosyncratic patient factors, the perceived severity of the presented health complaint, etc). Both PQ and EQ were measured on validated scales (El Fakiri & Weide, 2000). When patients were asked to give an overall global mark for the perceived quality of the conversation, 9% was explained by inter-physician variance. Thus, the global feeling of satisfaction of the consultation by patients is more physician-related than the more specified opinion

about physician/patient relationship asked according to our two other scales. The perceived ethnic/cultural related attentiveness is barely related to the particular physician by patients, making the communicative relation through which the patient and the clinician achieve mutual understanding (MU) during the consultation even more confusing.

But even if the quality of personal communication seems to be an opaque factor in the achievement of MU, still, the degree of MU using our rough scales does predict adherence to advised therapy best, which in turn is related to the perception of the quality of delivered care. To understand the concept of mutual understanding, we must have a better grasp of how it is constructed in real time medical communication. First, it evidently requires that the physician understands the patient's opinion (and way of expressing an opinion) about the health complaint, its cause and perceived severity, the patient's hoped for cure, and what the patient expects from the development of the therapy. Second, the patient must also have an understanding of the physician's opinion (and the way the physician expresses himself) about this complex of factors. Analytically, these two poles of the dialectic of MU require understanding on both sides: one side – the patient or the physician – cannot bear the entire burden of understanding. Consultation is a mutual performance.

2. DEVELOPMENT OF A MUTUAL UNDERSTANDING SCALE

In our trial we refined the construction of the measure of MU to make it more objective and theoretically transparent than in the pilot study. We did this by asking patient and physician alike similar questions about the consultation afterwards (Harmsen et al., 2005). The questions were organized to correspond to the four phases in the consultation as they have been developed in medical education and training (Tange, 1996; Werf, 1996): 1) salutation and presentation of the health complaint, called the subjective aspect (S); 2) gaining

objectivity about the presented health complaints from transcribing the complaint and physical examination (O); 3) the diagnosing or analysing aspect (A); and 4) the prescription of a treatment, the giving of advice or the therapeutic plan (P). Because in Kleinman's theory a person's clinical reality also depends on his view about the causes of health complaints and illness, we added questions about the cause of the health complaint, which we labelled the (C) aspect. Thus five consultation aspects (C-S.O.A.P.) were used to assess MU. We tried to ensure that similar questions about these aspects were posed to both the patient and the GP. We used an open question format in regard to the C.S.A. aspects (again, for both patients and physicians) while questions about the phases O and P were answered with yes/no from a list of alternatives. We assessed the MUS (mutual understanding scale for health care) by comparing the answers of the physician and patient to questions about all C-S.O.A.P. aspects. Two screeners assessed the level of MU reflected in the open questions, following instructions from an expert panel. The closed questions (yes/no) were compared by computer. In both cases we sought blind comparisons for physician, patient and consultation characteristics. And by comparing all the answers (of physician and patient) of all the questions together, we were able to construct a more realistic scale (Harmsen et al., 2005).

2.1. PATIENT BACKGROUND CHARACTERISTICS

We asked the patients as well to answer questions about their background characteristics, for which we developed a measure. In order to assess the language proficiency, ethnicity, income and education of patients, we asked for this information 3-5 days after the consultation, in a home interview (Harmsen et al., 2005). We asked for the patient's self-assessment of language proficiency in Dutch; we also asked for the self-assessment of ethnicity and the parental country of birth. We categorized ethnicity under the broad binaries of Dutch/non-Dutch, and Western/non-Western. Patients from: Europe, USA and Canada, Australia were considered to have a Western

background and patients originating from other countries we assigned to the non-Western category.

Education was assessed by highest accomplished education. We also asked for self-assessment of income.

Because we expected that ethnicity would only give us an imprecise measure of the patient's cultural background, we developed a separate measure for it.

2.2. DEVELOPMENT OF A PATIENT CULTURAL BACKGROUND SCALE

We asked all patients questions on topics that were coded for cultural variation. We relied on earlier studies in the Netherlands to generate the questions that covered cultural-specific views and norms to fill out our cultural background categories (Dagevos, 2001; Martens, 1999). This generated a list of items about the general orientation toward society in four dimensions: male/female role patterns, individualism, secularisation, and alternative opinions. We then constructed and validated a scale using the modern-traditional binary to categorize views and opinions, which we called the Patient Cultural Background scale or PCB-scale (Harmsen et al., 2006).

2.3. RELATION BETWEEN PCB, DEGREE OF MUTUAL UNDERSTANDING, AND PERCEIVED QUALITY OF CARE.

Because we expected the person of the physician to influence the outcomes, all analyses were done as multilevel regressions, taking the influence of the physician into account. We analysed all patients (Dutch and non-Dutch) together.

In order to discover which patient background characteristics were of influence on MU, we performed stepwise multilevel multivariate regression techniques to assess them. For MU we found that patient's educational level, patient's language proficiency, patient's ethnicity (defined by the Western/non-Western binary) and the patient's cultural background (PCB scale score) were the salient influencing background characteristics. In our analyses for MU we discovered that it was a matter of indifference whether we put the pa-

tient's ethnicity or PCB-scale score in the model: both gave almost the same score (Harmsen et al., 2005; Harmsen et al., 2006).

With regard to the patient's perceived quality of care, we used the process scale (PQ: regarding the perceived physician-patient relationship). This scale was assessed for all patients (Dutch and non-Dutch). We found the following factors had the most influence on the perceived quality of the physician-patient relationship: the patient's age, language proficiency and cultural background (PCB scale score) (Harmsen et al., 2006; Harmsen et al., 2008).

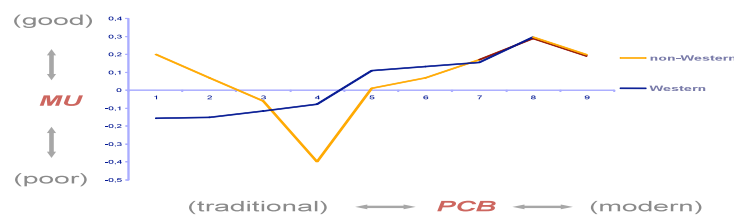
Thus, our general finding about the patient side of clinical communication – in so far as it is modelled by MU – is that the patient's language proficiency and cultural defined views play an important role in consultation, while the patient's educational level and age play a somewhat lesser one. In this framework, the patient's gender and income had no significant effect.

That the patient's language proficiency is important is obvious, but this was not the primary aim of our study, since we are concerned with the influence of the cultural difference separating the physician and patient in the instant of consultation. However, I will have more to say about the influence of language proficiency later on in this paper.

2.4. RELATIONSHIP BETWEEN MUTUAL UNDERSTANDING AND PATIENT'S CULTURAL BACKGROUND (MU AND PCB)

We found that this relationship was different for Western as opposed to non-Western patients. As can be seen in figure 2 below, the most traditional non-Western patients scored as well in their consultation with the physician on MU as the most modern non-Western and Western patients. However, the 'intermediate cultural group' of the non-Western patients (partly traditional/partly modern) scored the most poorly on MU in their consultations with the physician. For the Western patients the relationship between MU and the PCB scale was more or less linear.

Figure 2. Relationship between Mutual Understanding and Patient Cultural Background scale for Western and non-Western patients separately



For all the members of the most ‘modern oriented patients’ (regardless of the Western/non-Western distinction), the score on MU with the physician was similar but declined somewhat. The reason why this happened is unclear, we can only speculate about it. Maybe when physician and patient are of the same cultural and educational level they both assume MU too easily or disagree more on viewpoints. More research should clear this phenomenon.

To explain these findings, we observe the following regarding the consultations of the non-Western group of patients. The ‘intermediate cultural group’ (partly traditional and partly modern) consists of migrants who have lived for a longer period (>10 years) in the Netherlands, as well as second generation migrants, who were born in the Netherlands. One might assume that this experience would lead to a lessening of the distance between the models of understanding employed by the patient and the physician, but this turns out not to be so. Why? Perhaps further study will show that in these cases, the physicians made pre-emptive decisions concerning the closeness of the patient’s explanatory model to their own, and adapted their communication to that intuition. Justifications for this hypothesis come from the fact that we found a similar trend for Western and non-Western patients for their PCB score in age and education. Younger people appeared to be more ‘modern’ than elder ones and educated people more ‘modern’ than less educated. But compared with Western patients, non-Western patients scored within each comparable age or educational category as more traditional on the PCB scale. In other words, those patients who scored highest on the

highest on the non-Western scale have more traditional views, although the trend with age and educational level is similar to Western patients. So probably the physician took them (the second generation migrants and patients that stayed for a longer period in the Netherlands) to be more modern than they were, in fact, and adapted his (her) communication to a too 'modern level'.

Another reason for miscommunication for this 'in-between cultural group' may be the phenomenon that people tend to use their primary modes of understanding when they are under stress. Medical issues are often stress related and cultural level of functioning could very well regress to an older level under this 'medical stress related issues'.

Whatever the reasons, the fact remains that the 'intermediate cultural group' (partly traditional and partly modern) of the non-Western patients is the group most prone to present and receive explanatory models in their interactions with the physician that have a lower MU score – which means, as well, that physicians on the other side of the communication channel have a lower MU score for these patients. Thus, physicians should be very attentive to the assumptions they make about this kind of patients in the course of clinical communication.

To conclude: second generation and somewhat more acculturated patients are the patients for whom there is a greater risk of non-adherence to the therapeutic regime and lower perception of quality of care due to a lower degree of MU. Physicians should pay attention to this fact. At present, nothing in our findings allows us to definitely point out the mechanism driving this complex issue. More research is called for.

3. HOW TO IMPROVE MUTUAL UNDERSTANDING IN MEDICAL CONSULTATIONS?

Given our findings, we now are in a position to throw some light upon the complicated mechanism of Kleinman's theory, such as we

presented it in figure 1 (Kleinman et al., 1978; Kleinman, 1980; Kleinman, 1983). The question is not merely theoretical, having a bearing on how to improve therapeutic outcomes in a multi-cultural practice. To effectively improve the exchange of explanatory models between physician and patient, intervention to improve the communicative channel in consultations should be undertaken to educate both sides, physician and patient. After all you cannot communicate alone. In the end, the patient and physician have a largely shared interest and responsibility that is encoded in the efforts to achieve successful communication. However, one should remember where the power lies in the clinic: it is the physician who mostly directs the communication and must be regarded as the most powerful party, due to the hierarchy of medical institutions, the advantage in educational level and medical knowledge, and by the fact that he (she) is the person who determines the variables (time, place, methods) of the consultation.

The main emphasis of any intervention should therefore be raising the communicative consciousness of the physicians. Additionally the physician is the only person who stays the same in all his (her) consultations, while patients are an informal and disparate group, one that is harder to reach.

In our study we chose to study the consultations of General Practitioners (GP) or Family Physicians. Characteristically, patients are given short consultations by their GP, although short visits may occur frequently over long periods. This structure ensures that GPs will generally possess a more informed sense of the background and context knowledge of patients than other, specialized physicians, while patients will acquire the same kind of contextual sense of their physicians. We performed a randomised controlled trial with a double intervention (both GP and patient) (Harmsen, 2003; Harmsen et al., 2005). The intervention for the GP's consisted in a 2½ day course on intercultural communication, based on Pinto's 'three step method' (Pinto, 2000; Pinto, 2004). In the first step, the GPs were encouraged to reflect on their own culturally-defined norms, views and communication style. Second, we aimed to improve sensitivity and knowledge about culturally-determined differences in views and

behaviour (including communication style) in patients originating from non-Western countries or having other than Western cultural contexts. Third, we taught GPs to train themselves (using self chosen strategies) to solve the gaps in views and culturally-defined communication style. Two weeks later (in a final training session), problems that the trained GPs encountered were discussed and supplementary advice was given.

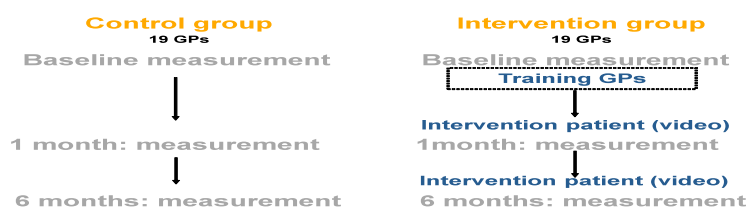
The patient intervention consisted of a 12-minute videotaped instruction in the waiting room for all patients immediately before the consultation; the videos were available in the language of the major ethnic minority groups (Moroccan-Arabic, Moroccan-Berber, Turkish and Dutch). The main message conveyed was to instruct patients to communicate directly and to express freely any misunderstanding and disagreement. In the video, two scenarios were shown, one with unsatisfactory and indirect communication, and one with satisfactory and direct communication.

To measure the effectiveness of these interventions, we conducted home interviews of the patients and had the GPs fill out questionnaires. Blinding the GPs for the intervention was impossible; after all it was a training. However, we did ensure that interviewers, experts and research assistants, who did preliminary data processing, were blinded for the intervention assignment and for patient or physician characteristics. Patients were not informed about their group assignment. GPs with a practice population of at least 25% patients with a non-Western country of origin were invited to participate, by letter and by one repeat request by telephone. Inclusion criteria for the patients were a visit to their GP for a consultation on random days in February, May and November 2000 (in which months each general practice was visited once for measurement); we excluded adolescents aged 12 and 17 years due to problems having to do with parental consent and the nature of our questions. As I indicated above, from our measurement we constructed background characteristics of patients and assessed MU.

First (February) we measured at our baseline, and then we performed the intervention for the GP's in the intervention group. Before the second and third measurement, we made sure that the pa-

tients of the intervention group received the video-instruction directly before the measurement was made (see figure 3 below).

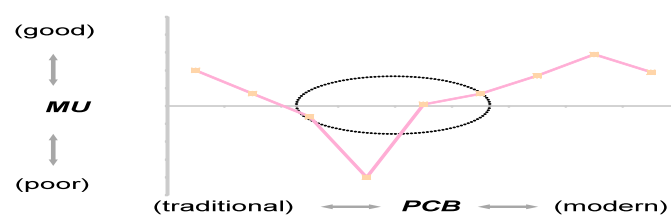
Figure 3. Design of the intervention study



We found that the intervention was not most effective directly after the GP intervention at the second measurement, but rather six months later at the third measurement, when we observed that consultations with non-Western patients saw a significant improvement in MU (13%) from baseline measurement in comparison with the control group, where no improvement was seen. We attribute the gap in the improvement curve (improvement appears only 6 months after the GP intervention) to the fact that changes in attitude and communication need time for implementation, as new insights have to be adopted and new skills practiced. That improvement occurred only in the non-Western patient group is in line with the nature of the intervention.

Significantly, the biggest improvement occurred in the intermediate cultural group of patients (partly traditional and partly modern), which was the patient group with the poorest MU with their GP (see figure 4 below).

Figure 4. Improvement of MU for intermediate cultural group



The MU measured with regard to the consultations of this intermediate group of patients improved 19%.

Thus, our result is that intervening in the physician-patient communication is effective and results in a better MU, entailing a better quality of the consultation.

A corollary result is that the perceived quality of care by patients improved in the same way.

3.1. INTERPRETED CONSULTATIONS

Because MU and perceived quality of care are strongly related to the patient's language proficiency, it is evidently necessary to pay attention to lack of language proficiency. When there is insufficient common language during the consultation, an interpreter should always be called in. But, on a cautionary note, in these cases, we should expect complications and many communication pitfalls, since a third party always adds quantitatively to the complexity of the conversation.

Interpreters can be formal (qualified, trained interpreters) and informal (bilingual family-members or friends, etc.). In our study we included some interpreted consultations, mostly with informal interpreters, which are quite common in GP consultations. But it is obvious that in general formal interpreters guarantee a higher level of translation quality than informal interpreters. Informal interpreters are mostly preferred for practical reasons (for instance, the comfort

the patient feels with a close associate or family member), which is why they are so common in general practice consultations, despite the fact that generally formal interpreting (often by phone) is easy and freely accessible in the Netherlands. However, sometimes, especially with unusual languages, availability of formal interpreters is a problem.

The double function of the informal interpreter as both translator and supporter is sometimes confusing for the interpreter and can bring about conflict of interests, especially when the issues involved are complicated or sensitive for family members (as in sexual and relational or marital problems and end of life issues). Next to personal and cultural dilemmas, it is sometimes difficult to find equivalent terms or concepts for both the terminology of the patient and of the physician. One should also keep in mind that the proficiency in the language of the country of origin of the second generation is sometimes not fully adequate. Also in a three-party conversation, side talk between two parties (interpreter physician or interpreter patient) tends to complicate the consultation. Formal interpreters are trained to minimize side talk, but informal interpreters tend to fall into this trap. As our study shows, side talk activity was a risk factor for poor MU.

3.2. PATIENT PARTICIPATION DURING THE CONSULTATION

Another finding of the trial was that the duration of consultations with non-Western patients was shorter than consultations with Western patients. Analyzing the videotaped consultations (with the Roter Interactional Analyzing System or RIAS) (Roter, 1991), we found that the average speaking time of the physician was the same in consultations with Western and non-Western patients (Meeuwesen et al., 2006), but that the speaking time of patients differed a lot, as non-Western patients took less time to express themselves than Western patients. Also, they did not argue or converse as much as Western patients (Meeuwesen et al., 2006). This finding points to a further factor to be aware of on the part of the physician, who should ask and stimulate non-Western patients to put their questions,

express their anxieties, and to speak up when they don't understand or disagree. But on the other hand this may not be 'cultural customary' and may be perceived adversely by the patient. Other factors that should be on the mind of GPs with a multi-cultural practice is to look out for the sometimes deficient knowledge of body functions on the part of non-Western patients, mainly due to a high percentage of illiteracy. As contemporary medicine has turned more and more towards prevention, which requires strong patient participation, a level of education in basic physiological facts should be assumed by the physician given indications of lack of comprehension during the consultation, with the aim of bringing patients up to a level at which they can negotiate equally with the physician.

This places the physician before a difficult choice: on one hand he (she) wants to reach good MU with the patient and may therefore fall into the role of unilaterally directing the patient in his (her) communication, and on the other hand there may be the wish to deliberate more with the patient and ask for the patient's opinion on issues posed to him (her). This may often be too big a challenge for the parties in the consultation space, which points to the need to employ other methods outside the consultation time proper to enlarge patient participation during the course of his or her consultations. Educational programs that can reach the non-Western migrants easily could be used for this purpose. Also the use of migrant link workers can help in this perspective (Bruijnzeels et al., 1999; Shapiro & Lenahan, 1996; Uitewaal, 2003). Because migration has become a social fact for our time and, in all probability, will remain so in the future, efforts to improve MU for physician and patient, requiring qualitative research to distinguish best practices, is and will be necessary to bring care for non-Western migrants to an acceptable level. The finding in this paper that should be underlined is that the more acculturated (e.g. second generation) migrants are not necessarily prepared to achieve a higher degree of MU than their parents or other, newer migrants, and that this presents us with a problem that must be solved through better awareness and education. This is as well an ethical item as a matter of public health, because there are enough (recent and older) studies proving poorer

objectifiable health conditions for non-Western migrants (Uitewaal, 2003; Agyemang et al., 2005; Mackenbach & Stronks, 2004; Porsch-Oezcuernomez et al., 1999; Reijneveld, 1998; van Steenberg et al., 2001; Swart et al., 2002). Perhaps, after all, consultation should be neither a duel nor a duet: rather, it should be informed, caring, and solution oriented. Programs that aim towards this goal will serve patients and the community best.

©Hans Harmsen (2010)

REFERENCES

- AGYEMANG, C. et al. (2005). Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among Black Surinamese, South Asian Surinamese and White Dutch in Amsterdam, The Netherlands: the SUNSET study. *J Hypertens*, 23(11), 1971-1977.
- BROWN, CM. & SEGAL, R. (1996). The effects of health and treatment perceptions on the use of prescribed medication and home remedies among African American and white American hypertensives. *Soc Sci Med*, 43(6), 903-917.
- BRUIJNZEELS, MA., VOORHAM, AJJ., DE HOOP, T. (1999). Migrantenverlichting in de huisartspraktijk. Een procesevaluatie. *Huisarts en Wet*, 42, 307-310.
- CECIL, DW. & KILLEEN, I. (1997). Control, compliance, and satisfaction in the family practice encounter. *Fam Med*, 29(9), 653-657.
- CEGALA, DJ., MARINELLI, T., POST, D. (2000). The effects of patient communication skills training on compliance. *Arch Fam Med*, 9(1), 57-64.
- CLEMES, MD., OZANNE, LK., LAURENSEN, WL. (2001). Patients' perceptions of service quality dimensions: an empirical examination of healthcare in New Zealand. *Health Mark Q*, 19(1), 3-22.
- COOPER, LA. et al. (2003). Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Ann Intern Med*, 139(11), 907-915.
- COOPER-PATRICK, L. et al. (1999). Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *J Amer Med Assoc*, 282(6), 583-589.

- DAGEVOS, J. (2001). *Perspectief op integratie. Over sociaal-culturele integratie van etnische minderheden in Nederland*. Den Haag: ed. W.R.v.h. Regeringsbeleid, p. 20-30.
- EDWARDS, A., EVANS, R., ELWYN, G. (2003). Manufactured but not imported: new directions for research in shared decision making support and skills. *Patient Educ Couns*, 50(1), 33-38.
- EL FAKIRI, FS., & WEIDE, HJ. (2000). *Kwaliteit van huisartsenzorg vanuit migrantenperspectief: ontwikkeling van een meetinstrument* [Quality of primary care from migrant's perspective: Development of a measuring instrument]. Utrecht: NIVEL.
- FERGUSON, WJ., CANDIB LM. (2002). Culture, language, and the doctor-patient relationship. *Fam Med*, 34(5), 353-361.
- FLORES, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev*, 62(3), 255-299.
- HARMSSEN, JAM. et al. (1999). Allochtone kinderen op het spreekuur. Communicatie tussen huisarts en allochtone ouders [GP consultations with ethnic minority children. Communication between parents and the general practitioner]. *Huisarts Wet*, 42(5), 211-215.
- HARMSSEN, J. (2003). "When cultures meet in medical practice. Improvement in intercultural communication evaluated". In: *General practice*. Rotterdam: Erasmus MC, University medical center, p. 153.
- HARMSSEN, JAM. et al. (2003). When cultures meet in general practice: intercultural differences between GPs and parents of child patients. *Patient Educ Couns*, 51, 99-106.
- HARMSSEN, JA. et al. (2005). Assessment of mutual understanding of physician patient encounters: development and validation of a Mutual Understanding Scale (MUS) in a multicultural general practice setting. *Patient Educ Couns*, 59(2), 171-181 [Epub 2004 Dec 21].
- HARMSSEN, H. et al. (2005). The effect of educational intervention on intercultural communication: results of a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*, 55(514), 343-350.
- HARMSSEN, JAM. et al. (2006). Cultural dissimilarities in general practice: Development and validation of a patient's cultural background scale. *J Immigr Health*, 8(april), 115-124.
- HARMSSEN JAM. et al. (2008). Patients' evaluation of quality of care in general practice: what are the cultural and linguistic barriers? *Patient Educ Couns*, 72(1), 155-62 [Epub 2008 May 15].
- HARTELOH, PP., VERHEGGEN, FW. (1994). Quality assurance in health care: from a traditional towards a modern approach. *Health Policy*, 27(3), 261-270.

- HELMAN, CG. (1998). *Culture Health and Illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- HOFSTEDE, G. (1991). *Cultures and Organisations: software of the mind*. London: McGraw-Hill.
- JACOBS, E. et al. (2006). The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda. *Milbank Q*, 84(1), 111-133.
- KLEINMAN, A., EISENBERG, L., GOOD, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med*, 88(2), 251-258.
- KLEINMAN, MA. (1980). *Patients and Healers in the context of culture*. London: University of California Press.
- KLEINMAN, A. (1983). The cultural meanings and social uses of illness. A role for medical anthropology and clinically oriented social science in the development of primary care theory and research. *J Fam Pract*, 16(3), 539-545.
- MACKENBACH, JP. & STRONKS, K. (2004). The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *Int J Equity Health*, 3(1), 11.
- MARTENS, E. (1999). *Minderheden in beeld. De SPVA-98* [Minorities in view. The SPVA-98]. Instituut voor Sociaal-Economisch Onderzoek (ISEO).
- MEEUWESSEN, L. et al. (2006). Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? *Soc Sci Med*, 63(9), 2407-2417 [Epub 2006 Aug 22].
- MURRAY-GARCIA, JL. et al. (2000). Racial and ethnic differences in a patient survey: patients' values, ratings, and reports regarding physician primary care performance in a large health maintenance organization. *Med Care*, 38(3), 300-310.
- PACHTER, LM. (1994). Culture and clinical care: folk illness beliefs and behaviors and their implications for health care delivery. *J Amer Med Assoc*, 271(9), 690-694.
- PAYER, L. (1990). *Medicine and culture. notions of health and sickness in Britain, the U.S., France and West Germany*. London: Victor Gollancz Ltd.
- PENN, NE. et al. (1995). Ethnic minorities, health care systems, and behavior. *Health Psychol*, 14(7), 641-646.
- PHINNEY, JS. (1996). When we talk about American ethnic groups, what do we mean? *American-Psychologist*, 51(9), 918-927.
- PINTO, D. (2000). *Intercultural communication. A three-step method for dealing with differences*. Leuven: Garant.
- PINTO, D. (2004). *Interculturele Communicatie, Conflicten en Management (ICCM)*. Houten: Bohn Staleu van Loghum.

- PORSCH-OEZCUERUEMEZ, M. et al. (1999). Prevalence of risk factors of coronary heart disease in Turks living in Germany: The Giessen Study. *Atherosclerosis*, 144(1), 185-98.
- REIJNEVELD, SA. (1998). Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *J Epidemiol Community Health*, 52(5), 298-304.
- ROTTER, D. (1991). *The Roter Method of Interaction Process Analysis. RIAS manual*. Baltimore Maryland: The John's Hopkins University.
- ROTTER, D., HALL, JA. (1992). Doctors talking with patients/Patients talking with doctors. Westport: Auburn House.
- SHAPIRO, J. & LENAHAAN, P. (1996). Family medicine in a culturally diverse world: a solution-oriented approach to common cross-cultural problems in medical encounters. *Fam Med*, 28(4), 249-255.
- STEENBERGEN VAN, JE. et al. (2001). Evaluation of the hepatitis B antenatal screening and neonatal immunization program in Amsterdam, 1993-1998. *Vaccine*, 20(1-2), 7-11.
- SWART, W., BLEEKER, J. DE HAES, W. (2002). The Rotterdam Local Health Information System 1987-2000: from Rebus and the health barometer to the health monitor. *Scand J Public Health Suppl*, 59, 63-71.
- TANGE, H. (1996). How to approach the structuring of the medical record? Towards a model for flexible access to free text medical data. *Int J Biomed Comput*, 42(1-2), 27-34.
- TESSER, PTM., MERENS, JGF., VAN PRAAG, CS. (1999). *Rapportage minderheden* [report on ethnic minorities]. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- UITENWAAL, P. (2003). *Type 2 Diabetes Mellitus and Turkish Immigrants: an educational experiment in general practice, in Department of Health Policy and Management*. Rotterdam: Erasmus MC (University Medical Centrum Rotterdam), p. 135.
- VAN WIERINGEN, JCM., HARMSSEN, JAM., BRUIJNZEELS, MA. (2002). Intercultural communication in general practice. *Eur J Public Health*, 12(1), 63-68.
- WERF, GVD. (1996). Probleemlijst, SOEP en ICPC [Problem oriented registration, S.O.A.P. and I.C.P.C.]. *Huisarts Wet*, 39(9), 265-270.

Entre clinicien et patient : ce que la barrière linguistique empêche, ce qu'elle permet

Omar GUERRERO

Centre de soins Primo Levi, Paris

LES « BARRIERES LINGUISTIQUES », FIL CONDUCTEUR du présent volume, se trouvent au cœur de la clinique du Centre de soins Primo Levi, à Paris. Son équipe est pluridisciplinaire : des médecins généralistes, des psychologues cliniciens qui sont psychanalystes, un assistant social, une juriste, une accueillante et une kinésithérapeute qui interviennent auprès des mêmes patients, articulant le savoir-faire de chaque spécialité avec les autres dans une visée thérapeutique.

Les patients accueillis au Centre de soins sont des personnes victimes de la torture et de la violence politique, ils les ont subies dans leurs pays d'origine. De ce fait, le traumatisme est souvent le déclencheur de la demande de soins, même s'il laisse la place à d'autres problématiques qui apparaissent plus tard, dans le déroulement du suivi. Il est important pour nous de souligner qu'il s'agit de « personnes victimes » et non pas « victimes », c'est l'un des piliers éthiques de notre travail : nous préférons utiliser « victimes » comme un adjectif, pour ne pas réduire ces personnes à un statut qui ne fut que ponctuel, qui ne les définit pas essentiellement. Certaines langues latines différencient d'ailleurs pour le verbe « être » ce qu'il en est de l'essence et ce qui concerne un état. En traitant ce statut de « victimes » comme un état, les cliniciens du Centre Primo Levi reconnaissent à ces personnes l'humanité que les bourreaux tentèrent de nier.

Dans ce contexte, un tiers des patients suivis au Centre ne peuvent pas s'exprimer en français. Certains intervenants parlent les langues locales des pays concernés, ou bien des langues tierces, comme

l'anglais, qui permettent une relation thérapeutique « classique », à deux. Mais un quart des personnes qui consultent ne trouvent pas un clinicien qui parle leur langue ou une langue commune. C'est alors que nous faisons appel à des interprètes professionnels.

Quels sont alors les enjeux lorsque la traduction fait intervenir un tiers, incarné par l'interprète, dans l'intimité duelle de la relation thérapeutique ?

1. SE FAIRE SOIGNER DANS UNE LANGUE ETRANGERE

Trois éléments sont à articuler autour du problème : le récit du patient, le transport du traducteur et l'intervention du thérapeute. Le premier élément, du côté du patient, peut se présenter comme une plainte ou comme un témoignage, adressé à un soignant qui est censé pouvoir en faire quelque chose, apporter quelque chose. L'attente du patient est, en tout cas, multiple : une ébauche de réponse à des questions souvent figées, un savoir sur le patient lui-même et sur son histoire, un accompagnement dans la compréhension, un soutien. Que le patient ait subi un traumatisme ou non, cette adresse au thérapeute débute très souvent par un récit historique, il pose volontiers un cadre chronologique, un scénario, avant de pouvoir, quand c'est possible, avancer un questionnement subjectif et une analyse de sa position de sujet. Dans les situations que nous rencontrons au Centre de soins Primo Levi, nous remarquons déjà que l'adresse du patient est modifiée par la langue : il parle à quelqu'un qui est censé savoir, mais qui ne parle pas la même langue et il arrive donc souvent qu'il s'adresse à l'interprète, qu'il le regarde, en oubliant ce thérapeute dont le savoir supposé peut parfois être entamé par l'ignorance de la langue, du savoir de la langue.

Ensuite le thérapeute, pour le dire très simplement, va accueillir le récit du patient, son témoignage ou sa plainte qui lui sont adressés, par le canal du transfert, c'est-à-dire cette confiance ou bien cette supposition de savoir que fait le patient sur le thérapeute.

Tout en évitant de répondre de cette place – du savoir –, le thérapeute prendra en compte le matériel amené par le patient, le reformulera et le lui restituera en supposant, à son tour, un savoir inconscient chez le patient. Il coupera autrement le texte du patient. Coupure, ponctuation. Parfois on appelle cela une interprétation, puisque le thérapeute propose un sens, une lecture inattendue. Qui est donc l'interprète dans ce cadre ? Le patient pourra ensuite, avec ce qui lui est rendu, avec la lecture qui lui est proposée, faire quelque chose. Il faut mesurer déjà la difficulté qui s'annonce lorsqu'il faut faire ce trajet entre deux langues – au moins – avec toutes les suppositions, les malentendus, les non-dits, etc. Notons enfin le fait que le patient s'adresse à deux personnes là où généralement, quand l'interprétariat n'est pas nécessaire, il n'y a en a qu'une seule. Il suppose et s'adresse à un savoir double : un savoir sur l'inconscient et un savoir de la langue.

L'intervention d'un traducteur interprète est la façon que nous avons trouvée de faire avec cet impossible, de gérer cette perte : nous essayons, en travaillant avec un traducteur, de cerner, de situer cet impossible. Véritable « passeur » qui transporte le récit d'un patient et les interventions d'un thérapeute, d'une rive à l'autre, l'interprète occupe une place centrale. Comment intervient-il ? Est-il alors un « co-thérapeute » ? Je dirais que la place de l'interprète, plus que celle d'un « co-thérapeute », serait celle d'un « agent », c'est-à-dire cet intervenant qui permet l'échange et l'articulation du patient et de son thérapeute. Pour mieux agencer les discours qu'il transporte, l'interprète privilégiera une traduction simultanée, qui donnera l'occasion au thérapeute d'agir sur la ponctuation du patient, de lui proposer une autre formulation de ce qu'il dit, de le questionner, de l'arrêter sur un point précis.

Une traduction consécutive empêcherait ce travail, donnant plus d'importance à l'histoire racontée qu'à la façon de la raconter, alors que cette façon est le sujet même.

Une interprète qui était impressionnée par un patient beaucoup plus âgé qu'elle et qui, buvant ses paroles, n'osait pas l'interrompre, ne me permettait pas d'accéder au discours du patient. Même si elle prenait des notes et qu'elle racontait la même histoire que lui, je ne

pouvais plus remarquer la façon qu'il avait de ponctuer ses phrases, la manière et les gestes qu'il associait à certains mots. La suite de notre travail me permit de situer quelques enjeux essentiels pour ce patient, grâce à cette même interprète qui, traduisant simultanément, laissait entendre la structure du discours et me permettait de l'arrêter à certains endroits. Le patient arrêta de raconter de longues histoires, très imaginées, où il n'apparaissait pas, pour se mettre enfin à parler, s'interroger, pleurer, se tromper.

L'interprète est donc cet « agent » de la coupure, quitte à la prendre au sens propre, comme le fit une autre interprète : elle expliquait que dans sa culture, qu'elle partageait donc avec le patient, une femme ne pouvait pas couper la parole à un homme ...

2. L'INTERPRETE COMME « AGENT » THERAPEUTIQUE

Malgré leurs étymologies différentes, les termes d'agent (du latin scolastique pour « *agir, l'être qui agit* ») et d'agencer (du latin aussi pour « *organiser, disposer en bon ordre* ») peuvent nous aider à mieux situer le rôle de l'interprète dans le travail clinique.

Quel est donc ce rôle de l'interprète en tant qu'agent ? Disons qu'il doit agencer les propos qu'un sujet adresse à un autre, dans la mesure où il doit les disposer différemment dans une autre langue. C'est un travail de création et donc, comme Freud le dit pour la psychanalyse, d'invention. Puis, avec les outils que la linguistique lui a fournis, Lacan avance, ce qui est un constat clinique, que ce travail est à l'œuvre à l'intérieur même d'une langue et il met ainsi sur le même plan la traduction, la transcription et ... l'interprétation.

C'est au fond comme si chacun parlait sa langue et que le moindre échange relevait d'une traduction (ce qui a souvent été décrit comme un hiatus propre à la relation de couple, mais d'autres types de rapports, aux virulents enjeux de pouvoir, nous le montrent aussi bien). Mais alors, étant donné que nous n'avons pas le même jeu de pièces d'une langue à une autre, et qu'ainsi le réseau de l'une ne recoupe pas celui de l'autre, fût-ce sa langue cousine la plus proche,

l'interprète est donc invité à produire, à construire, à faire des choix et disposer des mots pour que l'autre les apprécie. Il en résulte un tissage nouveau. Cet agencement cherche à transmettre une parole, une émotion, avec des contraintes de mesure, de rythme, et constitue bien un travail poétique.

Comment font alors ces « poètes de l'immédiat » qui, en quelques secondes, doivent trouver une façon de restituer, par exemple, le vouvoiement dans une langue qui n'a pas cette formule rhétorique ? Et de quelle manière, dans cet aller-retour, traduire par tutoiement ou par vouvoiement le discours d'un patient, alors que sa langue ne connaît guère cette différence ? Nous rencontrons les mêmes problèmes lorsqu'il s'agit de liens de parenté ou de la relation homme-femme : s'il n'y a pas plus de précision, le traducteur doit trancher pour pouvoir traduire beau-père dans une langue où les différents sens de ce mot se disent par des mots distincts, il doit aussi pouvoir saisir la nuance sémantique entre « *une* » femme et « *ma* » femme, qui sont pourtant le même mot. Le travail des interprètes se tisse alors, comme celui des écrivains, d'une trouvaille à l'autre, laissant dans chacune les traces de leur inconscient.

Dans cet entre-deux, vient ensuite le clinicien qui ne peut intervenir sur le texte du patient qu'après l'intervention créatrice de cet interprète qui lui prête sa plume, sa voix, avec tous les effets de césure, de ponctuation que cela implique. Et si nous parlons du « texte » du patient, c'est parce que ses propos relèvent bien d'un code : la grammaire, par exemple, et toutes ses structures et combinaisons qui répondent à une logique mathématique (conjugaisons, accords qui répondent à des règles bien précises). Mais ce texte n'est pas moins « textile » dans la mesure où il est pris en même temps dans le tissage signifiant, c'est-à-dire un réseau de mots, de sens. Un tissage, certes, dont la chaîne et la trame ne sont cependant pas les mêmes d'une langue à une autre. Entendons cette chaîne et cette trame comme dans un métier à tisser : il y a une ficelle horizontale sur laquelle vont venir se nouer des ficelles verticales pour constituer, selon le type de nouage, un tissu qui tient, un ensemble. Autrement dit, deux éléments hétérogènes qui essayent, par un nouage, de cerner cet objet qui leur échappe, comme essaient les mots par des

nouages poétiques. Dans le passage à une autre langue, nous avons donc des ficelles différentes – on n'y peut rien, c'est comme ça –, et puis un nouage à reconstituer. La traduction mot à mot est stérile et, dans ce cas, nous avons à traduire ce que font les mots, le nouage. Un bon exemple de cette difficulté est le passage, dans une même langue, de l'oral à l'écrit : comment traduire l'excellent titre de *Libération* le lendemain de la mort du président socialiste « *Mitterrand passe, larmes à gauche* » ? Comment cela arrive-t-il dans le suivi thérapeutique ? Quand un patient nous dit qu'il est « *stressé* » ou « *angoissé* », nous l'invitons à nous en dire un peu plus pour savoir ce qu'il met, lui, dans ce fourre-tout que sont les mots. Ses explications tissent un réseau de signifiants, d'homophonies, de renvois, de souvenirs qui nous sont adressés – ce qui les oriente déjà d'une certaine façon – et qui nous permettent de souligner, de mettre en relief une signature du sujet. Si ces explications doivent effectuer un autre transport, dans une autre langue, nous mesurons la perte de tous ces éléments et l'apparition d'autres, issus de la première relation patient-interprète. C'est sûrement l'enjeu le plus remarquable qui démarque la situation clinique entre deux langues d'une situation clinique banale, dans une même langue, qui relève aussi d'un travail de traduction.

Est-ce que l'interprète peut renoncer à la part poétique de son travail ? Il le fait certainement lorsqu'il se met, par exemple, à résumer ce que dit le patient, utilisant à ce moment-là un discours indirect (« *il dit qu'il est fatigué...* »), nous accédons à l'histoire, à une séquence d'événements, au fait divers. Or nous ne pouvons pas en faire grand chose.

L'énoncé du patient nous donne l'un des éléments qui constituent son discours, sous forme d'information, souvent par des affirmations. Mais cela ne nous permet pas de saisir la relation qu'établit le sujet avec ces faits qu'il évoque, avec cette histoire. Une scène de violence peut alors être racontée sans le moindre affect, comme une description scientifique : A puis B donc C ; ce n'est qu'un constat. L'autre élément, qui vient se tresser avec l'énoncé – nous l'appelons énonciation – signe la position du sujet par rapport à ce qu'il dit, c'est « *sa façon d'en parler* ». Pour pouvoir y accéder, le discours

direct (non pas « *il dit qu'il était fatigué ...* », mais tout bonnement « *j'étais fatigué ...* ») est une voie vraisemblablement plus riche, pas exclusive. Ce mode de traduction est donc plus subjectif : l'interprète emprunte d'une certaine façon les habits de l'énonciateur, il « *chausse* » – grammaticalement parlant – ses dires, ce qui l'engage beaucoup plus dans l'action créative, poétique. Il n'est pas rare, d'ailleurs, que certains de nos interprètes parlent avec une voix différente, un ton plus bas, et qu'ils accompagnent leur déclamation de gestes bien à eux. Leur souffle, aussi bien, ponctue le nouveau texte et lui donne le rythme, la scansion, que l'interprète aura imprimés.

Nous évoquerons plus loin la question du souffle, avec sa valeur de ponctuation, de rythme que nous avons esquissé dans le premier volet de ces réflexions sur le travail avec l'interprète. Ponctuer est une coupure qui produit un sens : lorsque j'entends « *la voir est impossible* », je peux entendre également « *l'avoir* », et ceci dans le sens « *d'un avoir* » ou encore de « *l'avoir ... elle* ». Une première coupure du traducteur en permet une autre, contiguë, du clinicien – dont il est attendu un effet de vérité, un effet thérapeutique. Le patient, l'interprète et le clinicien s'orchestrent pour rendre audible une apparition – ou une partition – de l'inconscient.

Mais alors, ne dit-on pas toujours que le traducteur doit être neutre ? On dit partout qu'il faut qu'il soit invisible, qu'il ne laisse pas de trace, qu'il doit être discret. De quelle neutralité s'agit-il ? Parlons-nous d'une neutralité subjective ? Politique ? Prend-il position ? Pourquoi beaucoup de nos patients tchéchènes russophones demandent que l'interprète ... ne soit pas russe ! De même, souvent, pour les patients kurdes de Turquie qui ont tendance à se méfier du traducteur turc.

Nous remarquons premièrement que nos patients qui, pour des raisons ethniques, religieuses ou politiques, ont subi la violence politique, victimes souvent de torture ou de persécution, ont été mis à la place du mauvais objet, de celui qu'il fallait exclure, dont on pouvait jouir pour ensuite le jeter. Dans l'échange du sujet avec l'autre, la dissymétrie – souvent concrétisée par une arme, la force ou le nombre – est extrême et ces personnes sont réduites à une qualité d'objet

simple, un corps (Primo Levi se demande, en passant justement par une création poétique, si cela est encore un homme). Celui qui a exercé cet abus de pouvoir se fait souvent, se dit souvent représentant de la loi du pays (police, armées régulières ou non... uniformes), une loi totale qui est relayée par une langue, par une religion, par un bord politique. Ceci est le contenu, le volet « informatif » du récit, l'énoncé.

Le traumatisme fait que ce contenu est souvent caché, refoulé, on en a honte, on n'y croit guère. On l'a dit par rapport aux camps nazis : cela ne pouvait être vrai !

Un autre – un État, la justice, un médecin – peut recevoir mon histoire et me confirmer que cette dissymétrie, que cet abus est contraire à la loi. Je suis alors reconnu à nouveau comme sujet et invité à refaire confiance à cette loi. Alors, si ce constat, qui passe par l'autre, rend « humain » celui que le bourreau avait transformé en « objet », il est néanmoins insuffisant et peut même constituer une violence pour cet individu, à qui il manque une reconnaissance en tant que « sujet ». Donc, pour notre travail thérapeutique, nous devrions aller plus loin que cet énoncé, malgré les effets bénéfiques d'une première reconnaissance et d'une articulation des faits qui le remettent dans le circuit social. Néanmoins, le travail des cliniciens ne peut pas en rester là. Si à partir de ce premier récit, posé comme scène traumatique, nous prenons en compte l'énonciation du patient, la « façon qu'il a de dire », nous l'invitons alors à habiter à nouveau une place de sujet. Et pour articuler cette place de sujet à la référence à la loi, nous pourrions dire qu'il est invité à occuper une place de sujet de cette loi, comme on dit sujet d'un roi, assujéti. Un patient congolais, après plusieurs mois de suivi, fait un lapsus – qui a réussi à passer d'une langue à l'autre – où il était question de place dans sa famille : « *J'ai dit à mon frère d'arrêter, euh, à mon père, et donc je...* » Le simple fait d'avoir arrêté, de signaler ce lapsus et d'avoir essayé de l'interroger, permirent à ce patient de questionner sa place par rapport à l'autorité, dans les générations de sa famille et d'évoquer enfin sa difficulté permanente maintenant de tolérer toute position de loi, dont il ne percevait que le versant autoritaire. Terminons ces quelques réflexions par la question de la traduction.

Pour traduire l'énoncé nous mettons l'accent sur une précision lexicale et le respect de la logique espace-temps (l'ordre), sans trop nous soucier de ce qu'on appelle les petites « *scories du langage* », donc nous pouvons faire une traduction consécutive, c'est-à-dire des coupures plus espacées. Or, pour traduire l'énonciation, c'est la grammaire du sujet que nous voulons faire entendre, celle qui navigue sur les homophonies, qui ponctue, qui coupe, qui ne termine pas ses phrases, celle qui passe du coq à l'âne ... Et pour la faire entendre, il faut passer par une traduction simultanée où les coupures plus rapprochées qui rythment le récit dépendent ... du poète. Les interprètes engagent leur subjectivité dans leur travail de « *transport* ». D'ailleurs Jacques Lacan, dans une délicate affaire de validation entre psychanalystes, comparait l'interprète au comédien en disant que c'était son énonciation [de l'interprète] qui était mise en branle par les signifiants de l'auteur¹. Nous pouvons alors interroger, comme pour nous-mêmes, le rapport de l'interprète à sa langue maternelle.

À ce propos, le psychanalyste Charles Melman a proposé plusieurs définitions de la langue maternelle et il y en a une qui concerne de près le travail de traduction : il dit que celle-ci se résume à la musique – et nous pouvons constater que même en maîtrisant une langue étrangère, l'accent, la musicalité restent ceux de la langue maternelle. Il est ainsi question de musique et donc de rythme, de coupure et ce sont justement ces coupures, ce rythme qui vont définir une traduction simultanée ou bien consécutive – voire entre les deux ! – puisque nous parlons de la subjectivité des interprètes, rythme personnel donc, à accorder avec le clinicien. Avec Henri Meschonnic², poète et linguiste, nous pouvons esquisser ce lien entre la ponctua-

¹ « L'insu que sait s'aile à mourre », Jacques Lacan, Séminaire leçon du 8 février 1977.

² Se référer notamment à ses ouvrages *La poétique du traduire* (1999, Editions Verdier), qui pose les bases éthiques et poétiques d'une traduction, ainsi que *De la langue française* (2001, Hachette), qui nous questionne sur ce que transmet chaque langue et les effets que cela peut avoir.

tion et le souffle, pour le développer une autre fois. En quoi le souffle relève de la ponctuation ? Nos interprètes savent très bien que la ponctuation écrite, nos points et nos virgules, n'est que la représentation du souffle plus ou moins long qui vient rythmer la parole. Ils savent saisir ces coupures, et les traduisent.

Disons, pour conclure, que le travail de l'interprète, qui permet celui des cliniciens, devrait être conçu comme le tressage de l'énoncé et son énonciation, le dit et le dire, ce qui permettrait, même dans les conditions si délicates du travail avec les victimes de torture et de violence politique, d'accéder à la chaîne et à la trame de leurs propos. Ce nouage, ce tissu inconscient dans lequel l'horreur, l'irruption du malheur, de l'insensé, pourront être articulées. Ainsi, grâce au travail de création poétique des traducteurs et grâce à leur engagement, nous pouvons, dans le suivi thérapeutique, entendre derrière le voile omniprésent du traumatisme, les difficultés subjectives de chacun.

3. LIMITES ET APPORTS DE LA « BARRIERE » LINGUISTIQUE

Quand un psychanalyste accueille la demande de son patient, lorsqu'il reçoit ce sujet qui se plaint, s'installe un circuit de parole qui va permettre ce qu'on pourra appeler une thérapie. Cela veut dire que les effets de ce circuit, en tout cas ce qu'on en attend, donnent la possibilité au patient de s'y prendre autrement avec ses problèmes.

Ce circuit rhétorique s'appuie, pourrions-nous dire, dans le cadre d'une psychanalyse, sur trois éléments, paradoxalement trois absences : ce que le patient ne dit pas parce qu'il ne peut pas dire ; ce qu'il n'entend pas de son dire ; et la troisième absence qui concerne la personne à qui il s'adresse via le psychanalyste.

Alors, si cette demande de soin a lieu dans un cadre institutionnel, c'est-à-dire, lorsque le patient s'adresse au thérapeute d'un hôpital, d'un centre de soins, est-ce le même circuit qui s'installe ? Et si, de plus, ce patient vous dit sa souffrance dans une langue qui vous est

parfaitement étrangère, les enjeux d'une telle prise en charge thérapeutique sont-ils les mêmes ?

Avant de risquer quelques hypothèses à titre de réponses, il faut expliquer un peu ces éléments absents, opaques, non pas pour les sortir de leur opacité et les rendre transparents, cristallins – même si la transparence, l'absence de pudeur sont aujourd'hui des valeurs, voire des impératifs pour notre société occidentale –, mais pour en comprendre le mode opératoire.

Ce qu'on ne dit pas, parce qu'on ne peut pas, parce qu'il y a des choses, des souvenirs, des mots, des idées, qui sont frappés par un interdit. Nous avons des interdits qui viennent « *border* » notre conduite sociale : le premier de ceux-ci est l'interdiction de porter atteinte à la vie d'autrui. Cela paraît aller de soi mais il a souvent fallu écrire cet interdit pour fonder un pays, pour revivre ensemble après une guerre.

Il y a donc des choses qu'il ne faut pas dire ... Des « *gros mots* » qu'on ne peut pas laisser sortir n'importe quand, n'importe où. Il y a des pensées que je vais mettre à l'écart parce que je ne peux pas tout dire à mon interlocuteur, je ne suis pas transparent. Et puis, nous pouvons avoir la prétention de contrôler ce qu'on ne dit pas ou ce qui est « *socialement accepté* ». Or cela nous échappe en général et une bonne partie de ce non-dit est inconsciente.

Ajoutez maintenant le fait que d'une langue à l'autre cet interdit n'est pas le même. Comme d'une famille à une autre, les nuances, entre ce qui est permis et ce qui ne l'est pas, évoluent dans les marges imposées par le social. Et si l'on accepte ensuite de suivre Freud et la psychanalyse, nous trouverons comme élément constant, mis sans cesse à l'écart, tout ce qui concerne le sexe. Pensez alors à la tâche de l'interprète qui doit reconnaître ce qui borde l'indiscrétion dans une langue pour le reconstruire dans l'autre. Le château sur la plage de sable : le reconstituer sur la plage de galets. C'est impossible et c'est pour cela que cet impossible à dire, il doit le dire autrement, c'est-à-dire faire de la poésie.

Voilà une première chose que le travail des interprètes nous apprend sur notre travail, même quand nous travaillons en français : ce que le patient a « *oublié* », ce qui lui fait honte, par exemple, il va le dire

autrement. Ce qu'il a rêvé, cette séquence d'images, il va le réciter, il en fera un récit.

Ce qu'il n'entend pas de son dire. Car une fois que le patient a articulé son propos à l'intention de son thérapeute, il pourra constater avec l'aide de celui-ci, que cela peut être lu de différentes manières. Freud, encore, reconnaît la facture de ce texte et montre à son patient la signature de l'inconscient. Il « *est dit par* » son inconscient. Ce message issu du patient est porteur de vérité, la vérité de chaque sujet. Et c'est justement une modification de la relation du sujet à sa vérité que nous pouvons attendre, comme effet thérapeutique, pour que le patient se débrouille autrement avec ses difficultés.

Curieusement, l'intervention de l'interprète n'empêche absolument pas de faire entendre ce qui se cache derrière ce que nous croyons dire, au contraire. Bien souvent, les allers et retours d'une langue à l'autre viennent souligner ce contenu, le mettent en relief. Tel ce patient qui entend pour la première fois que son nom de famille peut être aussi un nom commun et que ce nom le détermine d'une certaine façon : il a suffi d'une hésitation de l'interprète, d'un fugace échange de regards pour que le patient « *entende* » son nom lui coller autrement à la peau.

Troisième absent : la personne à qui s'adresse le patient, via le psychanalyste. Puisque nous parlons toujours à quelqu'un, nous avons une façon bien précise d'articuler notre parole pour faire entendre des choses différentes. Je ne m'adresse pas de la même façon à mon interlocuteur si je lui suppose un savoir, ou bien si je le suppose ignorant, si je le soupçonne d'être abusif ou bien si je veux obtenir quelque chose de lui.

Et la particularité du travail référé à la psychanalyse est que le thérapeute, même si on s'adresse à lui parce qu'il aurait un savoir sur la situation, ne répond pas de cette place ; même s'il est là, en chair et en os, il s'efforce, comme l'interprète par moments, de disparaître, d'être discret, de ne pas encombrer le champ visuel ou verbal.

Dans cette relation thérapeutique, il y a toujours trois places. Il y a la place du patient qui apporte sa souffrance, son symptôme, ses difficultés. Puis il y a cet Autre à qui il s'adresse, lui supposant un savoir sur ce qui lui arrive. Celui-ci pourrait lui dire comment faire pour se

débarrasser de ces cauchemars qui le hantent, de ces migraines qui l'habitent, de ce compagnon, etc. Et nous savons bien que s'il reçoit une réponse sur la marche à suivre, c'est voué à l'échec. Enfin, la place plutôt mince qui reste est celle du praticien qui ne répond pas d'une place de pouvoir ou de maîtrise, mais au contraire, d'une place qui encourage le patient à assumer sa parole et les effets de celle-ci.

Avant de faire une remarque sur la configuration de la prise en charge avec interprète, il faut signaler, comme nous l'évoquions au départ, que le cadre institutionnel modifie un peu cette relation : le patient ne s'adresse pas seulement à Monsieur Untel, il s'adresse d'abord à l'hôpital Sainte-Anne, par exemple, ou bien au centre de soins Primo Levi. Le patient fait confiance à cette institution et s'en remet à elle pour lui adresser sa demande, sa plainte. Ceci va aussi déterminer le type d'adresse, le type de discours que le sujet articule à l'intention de l'institution, ainsi que ses attentes.

Terminons ces quelques réflexions par une double remarque clinique. Premièrement, si le dispositif thérapeutique prévoit trois places et si l'on ne peut communiquer avec le patient qu'en passant par sa langue maternelle, c'est-à-dire en faisant appel à un tiers, pourquoi ne pas concevoir que ce tiers, ici présentifié bien que habituellement absent, ait bien sa place ? Je veux dire qu'au lieu de vivre l'interprète comme un obstacle, nous pourrions « *l'utiliser à bon escient* », c'est-à-dire de sorte que sa place produise des effets thérapeutiques. Un exemple me paraît bien illustrer ce jeu de places. Un petit garçon de quatre ans venait d'arriver en France ; il ne parle pas français. Il reste mutique pendant plusieurs mois et je vois se succéder au moins quatre interprètes, toutes des femmes, très gentilles et très professionnelles. Lui, pas un mot. Il vient avec sa mère ; toute la famille a été assassinée. Grâce aux interprètes, la maman parle de ses difficultés et, après une période où elle n'interdit rien à son fils, elle s'autorise à lui poser des limites et à le cadrer à la maison. Lui, quelques jurons, pas de conversation. Un jour, un interprète homme remplace ses collègues et cela change tout : le petit garçon se met à parler, même en français, adressant sa parole et son regard d'admiration à cet homme qui parle sa langue. Il y a eu

d'autres évolutions pour lui, mais ce passage me suffit pour expliquer ce que j'entends par « *utilisation* » de ces trois places. Et ceci me permet de conclure le deuxième point : le constat que ce fonctionnement, avec une place rendue davantage visible par la présence de l'interprète, est le même que celui que nous mettons à l'œuvre lorsque nous recevons des patients francophones d'origine étrangère, voire des patients français.

Ce circuit rhétorique et ces trois places nous permettent de continuer à dire autrement l'impossible, qu'il s'agisse de la torture subie, de l'abandon puis du placement d'un enfant, de la détresse suite à la naissance d'une petite sœur, de tous ces différents bouleversements avec lesquels nous avons à composer.

©Omar Guerrero (2010)

**The challenges and opportunities of
interpreter-mediated psychotherapy,
theoretical considerations, research results
and clinical experience**

Hanneke BOT

*Institute for Mental Healthcare De Gelderse Roos
dept. Phoenix, the Netherlands*

IN MENTAL HEALTH CARE, at least in the Netherlands, there is a general hesitation to start psychotherapy with foreign patients, especially when asylum seekers, refugees and other migrants from non-western countries are concerned. Language barriers are usually mentioned to rationalise this reluctance. The evidence that interpreters can help carrying out psychotherapeutic treatment is not widely known and even less acted upon. This is a problem, as in this way a large group of patients who do not speak Dutch on a sufficient level, cannot profit from a treatment that may have been useful to them (Rohlof, 2006).

I first go into the question that precedes the involvement of interpreters: shouldn't patients speak the *lingua franca* and is psychotherapy a useful thing to offer to patients who are apparently inadequately integrated in society? After that, I say something about the type of interpreters I'm working with in the Netherlands and who this paper is about. I then continue describing the practice of interpreting in therapeutic dialogue and its specific challenges. I conclude with describing how therapists and interpreters can adapt their strategies in order to optimise the therapeutic character of the dialogue.

1. SHOULDN'T PATIENTS SPEAK *THE LINGUA FRANCA* AND IS PSYCHOTHERAPY USEFUL AND/OR NECESSARY FOR (RECENT) MIGRANTS?

In the Netherlands, and I think I can say in most European countries, the trend is to expect from migrants that they learn to speak the *lingua franca* as soon as possible. Understanding and speaking the *lingua franca* in general also meets a therapeutic goal. It helps people to become independent of others when acting in the public sphere and as such is an anti-regressant and enhances emancipation. It also has a anti paranoid function: understanding half, or even less, of what was said can make people very suspicious. In the developmental psychological approach of migration, as described by Akhtar (1995, 1999), learning the *lingua franca* is an important factor that enables people to build a healthy relationship with their country of arrival. But in the consultation room, one is sometimes confronted with patients with whom one does not have a language in common. Asking from them to speak the language is not appropriate at that moment. Investigating why the patient does not (yet) speak the language, how this affects him or her, can and should be part of such a therapeutic contact. Is there psychological resistance? Is there a learning problem? Is there maybe a narcissistic problem, and does the patient not allow himself to make mistakes? Is the person not allowed to go to school? What does this mean to the person? It is quite possible that this results in the patient starting to learn the language. But it also possible that patient and therapist accept that at this moment this is not appropriate.

Migrants usually face problems that are unknown, or less known, to non-migrants. Migration itself is a major life-event, with at its core 'the sudden change from an average expectable environment to a strange and unpredictable one' (Akhtar, 1999: 5). Most migrants are confronted with discrimination and exclusion. Asylum seekers usually face, on top of that, traumatisation through war and other organised violence, fear and uncertainty because of long asylum procedures. There is a fair chance that this implies that migrants are more

in need of psychotherapeutic help than non-migrants¹. So there seem to be sufficient reasons to offer a psychotherapeutic treatment to foreigners, also when they do not speak the language of the therapist yet. It is clear though, that this can not happen without the help of an interpreter.

2. THE INTERPRETERS AND THEIR ROLE

In the Netherlands the Ministry of Health has contracted the Dutch Interpreter & Translation Centre (TVcN) to provide interpreter and translation services in healthcare. This means that health workers can make use of interpreters, in person or via the telephone, at no costs to themselves or their institution. The Ministry of Health foots the bill; when asylum seekers are concerned, it is the Ministry of Justice. TVcN is a private company and a mediating office: the interpreters are all self employed. At this moment, TVcN mediates about 1200 interpreters and translators in about one hundred and thirty languages.

The level of professionalisation of interpreters has been a matter of concern for decades to the government, users of interpreting services and interpreters themselves. For a long time, many interpreters have been professional mainly in the sense that they were paid for their services and had a Code of Conduct to adhere to and a pledge of secrecy to keep. Most of them were completely self-taught.

A leap forward has been envisaged with the *Wet beëdigd tolken en vertalers* (Wet/Law btw; Law certified interpreters and translators) which came into effect on January 2009. The Law btw stipulates a Register of Certified Interpreters and Translators. 'Registered interpreter / translator' has thus become a legally protected profession. Interpreters and translators can register when they fulfil the necessary requirements and have sworn an oath. The law broadly defines

¹ See the study by Veling (2008) which shows that the highly increased prevalence of schizophrenia amongst Dutch Moroccans is related to migration related stress factors.

which competencies interpreters and translators should have to qualify for registration: language competencies, background knowledge of the countries involved, attitude and skills. Moreover, they have to show evidence of good behaviour. If interpreters have followed specialised courses and training, this can be published in the Register as well. After five years, re-registration has to be done, depending on permanent education credits and a minimum number of working hours per year. This law has been prepared and designed by the Ministry of Justice. The law also contains the important clause that for legal professionals and the police the use of certified interpreters and translators is mandatory except in cases where there are no certified professionals available. Unfortunately this mandate does not include healthcare. It is thus possible, that unregistered, read: less qualified, interpreters will be more employed in healthcare.

This law is not going to change the level of professionalisation overnight. One of the biggest problems is the large number of 'exotic' languages, for which there are no testing faculties available and for which exemptions have to be made.

Apart from the legal and organisational background of interpreting in the Netherlands, interpreters in healthcare generally work in the following way.

They interpret in the consecutive mode. Some of them actually master simultaneous interpretation, but usually patients, and most therapists too, find that very difficult to cope with.

They interpret everything the therapist and his patient say. They are not supposed to answer questions for the patient; they should not give opinions; they should not give 'cultural information' and they should not befriend the patient.

Their attitude is one of modesty, leaving the therapist and patient the floor, asking clarifying questions only, not too much expressed emotion.

The emphasis in the interpreters Code of Conduct is on giving equivalent translations, neutrality and non-partisanship and this has resulted in the above described way of working. In the Code of Conduct, the complexity of these concepts is not emphasised. And, as

most interpreters still have little training, most of them do not reflect in detail upon their role and attitude. The users of interpreter services have usually no training at all in the ins and outs of interpreter mediated talk. The result of this is that interpreters and their users have little insight in the subtle ways in which interpreter mediated conversation is in fact three party talk. Actually, most interpreters and their users alike, act as if interpreters are translation machines while in fact, interpreting is interaction, as Wadensjö (1998) put it so nicely. This is a pity as, I think, based on my own clinical experience and empirical data, the (therapeutic) quality of interpreted interaction improves when all participants acknowledge and act upon this interactive reality. This is not to say that I disapprove of the above described way of working – it is only that even while working along these lines, the interpreter does have an influence on the way the conversation proceeds and this is often neglected.

3. INTERPRETING IN PSYCHOTHERAPEUTIC DIALOGUE

On the basis of the literature and my involvement with interpreting and mental healthcare as researcher and clinician, I have identified a number of characteristics of therapeutic talk that are problematic for the, unprepared, interpreter and the therapist working with interpreters. I describe them as: the therapeutic relationship; the structure of the session; translational difficulties; and the role of norms, values and beliefs.

3.1. THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP

In most therapies, there is a heavy emphasis on the therapeutic relationship as a very specific and important factor, responsible for the successful outcome of therapeutic treatment.

The relationship between therapist and patient is an intimate one: the patient talks about issues he may never have shared before; he may talk about shameful or guilt ridden events and feelings. The therapist

on the other hand, does not disclose anything much about his own personal life. The therapist will explain his way of working, so the patient knows what he can expect. But the therapist will not disclose opinions, judgements about patients' stories or personal information. There is a wealth of literature about this topic in psychotherapeutic literature. The difference between 'boundary crossing' and 'boundary violation' (Gutheil & Gabbard, 1993) is an important one in this respect. A 'crossing' is a descriptive term, neither laudatory nor pejorative and is used to describe any divergence from the therapeutic rules. A 'violation' is a harmful boundary crossing. Proffering an opinion for example, is always a boundary crossing but does not have to be a boundary violation. It all depends on the situation: the patient, the diagnosis, the phase of the treatment. Therapists are supposed to be able to judge the situation and know what to do. It is my experience that interpreters, who have been trained to be neutral and impartial, have a hard time recognising when a boundary crossing is allowed. An example from my own clinical experience is the following.

I was working with a female patient from Chechnya with a paranoid psychosis, focussed at 'the Russians'. As there was no interpreter in Chechen available, I had to work with an interpreter in the Russian language. The patient asked the interpreter, in Russian, where she came from. The interpreter asked me whether she could answer the question. This was fine with me, as I knew she was Dutch and I hoped this would alleviate the patients' mistrust. The interpreter told the patient she was Dutch and had studied Russian here at the university. But then a discussion followed between interpreter and patient. The interpreter told her that she had been in Russia several times, that just recently she had received a present by mail from Russian friends, et cetera. I asked her what the discussion was all about and asked her to stop the conversation.

I discussed the event with the interpreter. For me it was absolutely clear that telling her Dutch origin, was enough information. The 'golden' rule to 'never volunteer information' that my supervisor had 'indoctrinated' me with during my training, resounding in my ears. The interpreter however, noticing that she had some room for a

personal conversation, did not draw that line. By giving more personal information, she drew attention to her personal life, inviting more questions from the patient, with the risk that a discussion about the interpreter was going to emerge, resulting in ‘interesting talk’ instead of therapeutic work.

In this case, there was no real harm done: a single mistake rarely means the therapy is at a loss. Still, it is an important issue. The distance between therapist and patient makes it easier for the patient to disclose difficult material, which he would never tell a friend (Takens, 2001). For that reason, distance has to be kept. Interpreters who befriend the patients they work for – and this happens not rarely – hamper proper therapeutic work.

Another aspect of the therapeutic relationship concerns the concepts of transference and countertransference. These are complicated psychoanalytic concepts that have found their way in general therapeutic thinking. Transference refers to patients’ feelings regarding the therapist, but which have their origin in patients’ own core feelings; while countertransference feelings are therapists’ own feelings regarding the patient. (Counter)transference thus does not deal with behaviour, but with (often unconscious) feelings and fantasies about one’s interlocutors. In interpreter mediated therapy, the interpreter is part of these (counter)transference feelings. The patient will have feelings regarding the interpreter and vice versa; the therapist has to be aware of these and has to be able to contain them. On top of that, the therapist has to be able to deal with the ‘narcissistic blow’ of having to share the transference with the interpreter, in a professional way. In some therapies, (counter)transference feelings are explicitly discussed between therapist and patient. The question is, whether this should also be done including the interpreter. Haenel (2001) describes how (counter)transference feelings between patient and interpreter can help or hamper the therapy. He describes how a young asylum seeker is very quiet and hardly speaks when the session is mediated by a older male interpreter from the patients’ country. When this interpreter is not available and is replaced by a motherly female interpreter, Haenel observes: ‘mit spürbarer Erleichterung sprudelten jetzt die Worte förmlich aus ihm heraus, als

wäre ein Bann gebrochen and als dürfte das, was zuvor beenzt zurückgehalten werden musste, sich jetzt vorbehaltlos ergießen' (2001: 312). Haenel concludes that the male interpreter had seemed like the patients' stern father, while the young patient had found his empathic mother in the second one. It remains unclear though, from Haenel's article, whether these are his own inferences or whether these feelings have been mentioned by the patient or even maybe have been discussed in the therapy and possibly with the interpreter. The main issue regarding (counter)transference feelings including the interpreter is not whether they exist, there is no denying of that, but how to deal with them. It is clear that interpreters do not have it in their job description to discuss these feelings, nor are they trained to recognise and how to word them. It is for these reasons that I myself am prudent in this matter and will not draw the interpreter in the discussion.

Another important issue in the attitude of interpreters which concerns the relationship is on whose side they are. In the Netherlands, interpreters come from an independent agency, for them the patient and the professional user are both their clients. I think this means that they are on both sides: when interpreting patients' words, they are on the patients' side; when interpreting therapists' words, they are on the therapists' side: a sort of 'shifting partisanship'. This implies that the interpreter should agree with the approach the therapist chooses; he/she should shadow the attitude of the therapist. But he/she should not form a bloc with the therapist that could be perceived as 'two against one' by the patient. And the same applies in the relationship between interpreter and patient.

On basis of the above, I have developed the following preferences for the cooperation with an interpreter.

If a patient words his feelings towards the interpreter, and usually this is in a critical way and about his/her behaviour e.g. the interpreter is not quick enough, the interpreter does not translate well (patients usually speak some Dutch), I will pay attention to it. I will say for example: 'well, apparently it is difficult for you to wait for the translation', or 'the interpreter needs some time to do his/her work, can you try to be patient'. Or 'can you try to say it again,

maybe in different words, so the interpreter understands?'. Or 'it must be difficult to feel dependent on someone who does not translate it as you like' all depending on what type of patient and problem is at hand. In fact, this shows how an interpreter as a third party brings in the 'outside world' in the sessions and how this can be used by the therapist to further some therapeutic issues, like: can the patient cope with feelings of dependency or as an exercise of problem solving procedures.

My experience is that both patients and interpreters appreciate dealing with these potential face threatening situations in such an explicit way.

I do not ask the patient nor the interpreter about their (counter)transference feelings regarding each other. But I do pay attention to possible signs of these feelings and keep them in mind as hypotheses about what is going on with the patient.

In general, I feel most at ease when the interpreter reflects the emotions that emerge during the session in a modest way. When patient and therapist laugh, the interpreter smiles. When the patient cries, the interpreter keeps a low profile. When the patient is very angry and utters 'bad words', the interpreter may show some shock. I have noticed sometimes that the interpreter laughed about something the patient said, even before he had translated it. In that way, the interpreter set the mood: he decided that it was something to laugh about. I prefer the interpreter to follow the reaction of the primary speakers: after it has been translated, the participants can decide whether it is to laugh about or not, and the interpreter can follow. All this implies that interpreters have to be sensitive to the subtleties in therapeutic behaviour. Some training in the specifics of therapeutic talk, may be necessary to help them to achieve this.

3.2. THE STRUCTURE OF THE SESSION AND SEATING ARRANGEMENT

Working with an interpreter does influence the structure of the session to a great extent. The interpreter needs time to translate and he/she needs the turns to be kept limited. Although therapists mostly do understand that shorter turns make it easier for interpreters to

translate well, I notice a tendency amongst them not to stop the patient when he makes long turns. This is especially true for trauma treatment – when one is usually happy when a patient starts to talk about what has long been hidden. There is a dilemma here: stop the patient with the risk of discouraging him to continue his story, or let the patient talk and risk inadequate translations?

In my research data there was a very clear example of a patient who was difficult to stop, resulting in a lot of overlapping talk and in a large percentage of mistranslations finally ending in a complete misunderstanding which, by the way, was not explicitly noticed by the speakers involved. The patient felt offended, the therapist could not understand what was wrong and the session ended unsatisfactorily, meandering from one subject to the other, never really touching ground again. I concluded that 'as trauma treatment deals with patients who often have a history of being unheard, misunderstood and not respected, this is a very unfortunate thing to happen' (Bot, 2005: 253).

I concluded from this case, that it would be better to stop the patient, than to misunderstand, as I felt the general misunderstanding / alienation that arose from that session, would hamper proper therapeutic work. Stopping the patient, interrupting his flow, is however quite an intervention: the patient has to be able to bear it. In some cases, the patient will continue talking and one has to accept that the quality of the translation will drop. Being able to stop talking, to cut the trauma story in pieces and thus control it, requires skills that not every trauma patient possesses but that he may learn during the treatment. At the same time, the external pressure due to the interpreter to control the story may also help the patient to do so.

Another structural aspect of the session is the seating arrangement: where should the interpreter sit vis-à-vis the therapist and the patient? There is hardly any research evidence on this aspect. From the interpreter's point of view, both therapist and patient are his clients, and the interpreter should thus sit at an equal distance from both. Therapists sometimes favour a position of the interpreter behind themselves, or behind the patient, to be of least influence on the session. From a theoretical point of view I usually relate this aspect

to Bion's basic assumptions theory (Bion, 1961). Bion points at the fact that the formation of sub-groups ('pairs') within a group can have disruptive effects on the functioning of the group as a whole: more specifically he assumes that it hampers the formation of a 'working group' which is his terminology for a group which members cooperate properly towards a mutual goal.

In my own research I have analysed two sessions in which the interpreter sat close and a little behind the therapist, the two of them at a relatively large distance from the patient. The objective for this arrangement was to allow the patient to see the therapist and interpreter in one glance. This would allow direct contact between the therapist and the patient and it would show that 'interpreter and therapist form one front' – the therapists' words (Bot, 2005). The seating arrangement did not have the effects that were envisaged, which I concluded from the fact that both patient and therapist were talking about one another in the 3rd person pronoun and the general alienation that dominated in the sessions that I described in detail in my dissertation. I concluded that on the contrary, the seating arrangement might even have contributed to the estrangement. In terms of Bion's theory, therapist and interpreter forming 'one front' may imply that the therapist and the interpreter form a 'pair', which would make it difficult for the three of them to function as a 'working group'.

Wadensjö (2001) found that it is helpful for the patient to see the therapist and the interpreter in one glance – comparing it to a situation in which the patient has to look away from the doctor to see the interpreter. But she also states that 'the interpreter – placed centrally between the parties – forms part of a communicative radius shared by all those present' (2001: 81) and that this makes the encounter into a 'much more focused communicative event' (2001: 80) which she feels positively influenced the proceeding of that session.

The little research there is points at the importance of equal distances between the three parties. Therapy has to take place in a safe environment: treating each other as equals; being able to see one another seems to be one of the prerequisites for that.

3.3. TRANSLATING THERAPEUTIC TALK

Psychotherapy is the 'talking cure' – it is largely about words. This makes it impossible to ignore the translation aspect of interpreting in psychotherapeutic sessions. There is a lot to say about translation and translational difficulties in psychotherapeutic sessions. I necessarily limit myself to mentioning just a few characteristic difficulties.

All corpus research points at large percentages of somehow inadequately translated turns by interpreters. In my corpus, I noticed that percentages of up to 40% of the turns of a session were inadequately translated. Not all these inadequate translations had dramatic results: some problems were solved in closely following turns, sometimes redundant information was omitted without changing the general therapeutic line.

Problems were often solved by a certain tenacity of the therapists as I show with the following example:

Therapist: [...] what does it mean to you, that you do not have this yet?
Interpreter: *what kind of problem does it cause to you*

The patient has mentioned feeling worried because his residence permit has expired. The therapist, who has explored the practical and realistic aspects of this issue, concludes that at this moment there is no real reason for worry and then he asks the above question, now focussing on the feelings the patients has. The interpreter however, translates it in practical terms – 'problems' – and the patient thus answers with, again, mentioning his practical worries. Important here is that this therapist does not take this as an indication that the patient does not want to talk about psychological aspects, but he explores further, probing for meaning. After several turns, he says 'but you still do not trust it, it seems' after which the patient starts talking about his basic mistrust in people and the world and a therapeutic theme emerges.

It is important that therapists understand that an unexpected reaction from the patient may well have to do with some translation problem.

The patient above answered very adequately to the question he heard from the interpreter. If the therapist had concluded, that this patient apparently was not psychological minded – he would have done injustice to the patient.

Another translation problem relates to questions formulated by the therapists. Often these questions have a rather ambiguous character, or a second question only differs in a subtle way from the foregoing. Often questions are translated as statements, or the subtle differences are missed which leads to a repetition of the same translation. This changes the therapeutic character of the dialogue: the therapist is here changed from someone who encourages the patient to explore his inner self with the help of these questions, into someone who knows what is going on with the patient.

Also, it was remarkable that a large number of the utterances in which the speaker included some relationship between himself and the other primary speaker, was left untranslated. I herewith mean introductions such as ‘I heard you say’, ‘do I understand you well’, or a patient’s ‘I told you earlier already’. Apparently, the interpreters did not see such remarks as essential information that needed to be rendered. The interpreter here introduces a specific point of view into the dialogue; a view in which remarks of this kind are thought to be unimportant and not worth translating. This is problematic as psychotherapy essentially is a treatment that takes shape in the relationship between the therapist and the patient. It is my experience and that of many other colleagues that this is a difficult issue in the treatment of asylum seekers and refugees. They often expect that being treated means ‘someone doing something to you’, instead of doing something together. The interpreter, apparently sharing patients’ ideas more than therapists’ ideas, sieving this kind of interventions out, is thus contributing to the difficulty of doing psychotherapy with foreign patients.

Sometimes, interpreters made systematic mistakes. In one of my sessions, the interpreter systematically leaves out all reference to religion, whether it be idiomatic phrases like ‘god forbid’ or the patient talking about practicing religious rites. When discussing the transcripts, the interpreters, those who participated in this study and

others, told me that they do this because it would sound ridiculous and exaggerated when translated into Dutch. The idea behind it is that people from countries in which religion is part and parcel of public life use this type of expression frequently and as a collective cultural norm, i.e. without specific concomitant individual religious ideation or belief. In Dutch however, it is not the custom to use such terms in daily life. The interpreters believe that translating these terms would lead Western European therapists to, wrongfully, interpret them as expressions of intense religiosity. In this particular session however, this systematic omission led to serious communicative problems: the therapist did not come to understand the intense and active religious feelings of the patient which led him to ask questions which offended the patient a great deal. What in fact happened during these sessions is a misrepresentation of part of the patient's identity. By leaving out the religious inspired figures of speech used by the patient and most of the references to religious practice and ideation, the therapist has not been able to understand the fact that religion is very much alive to this patient.

It seems defensible that when a person uses figures of speech like 'God give' or 'God forbid' from time to time, little harm is done when they do not get a close translation. However, this applies to everything – as I have shown in other parts of my dissertation. Divergent renditions can easily go unnoticed, especially when they are haphazardly distributed, and may not have disruptive effects. However, here we see that an accumulation of a certain type of divergence leads to an almost complete disappearance of this issue, the patient's religious feelings, from the dialogue. And this leads to a communicative breakdown in the end. We thus see that not rendering these terms is, wrongfully, interpreted by the therapist as an absence of religiosity.

The interpreter here adopted a target oriented translation strategy – while I think in interpreting there should always be a source – orientation. Only when the interpreter is faithful to the source – both patient and interpreter – the two primary speakers can sort out their (communicative) problems and differences.

3.4. THE UNCONSCIOUS, NORMS, VALUES AND BELIEFS

In my dissertation I concluded that, in the sessions that I analysed, interpreters' renditions usually took the form of 'reported speech' ('he said I have a headache') and even of 'constructed dialogue' (by changing, omitting, adding information to the renditions). The examples I described in the paragraph above, show that in this (re)construction, the interpreter's worldview enters the therapeutic dialogue. This relates to a statement made by Yahyaoui in which he rejects working with an interpreter as '*au bout du compte on ne sait plus si ce qu'on traite est le vécu du patient ou celui de l'interprète*' (1988: 60). Englund-Dimitrova, in considering cognitive processes involved in consecutive interpretation, argues for 'the inclusion of a decision component in these processes (of diverging from the original utterance, HB)' (1995: 73). She refers to decisions on leaving certain (parts of) utterances unrendered or on adding information based on 'the interpreter's subjective evaluation of the situation and the utterance at hand [...]' which 'is not necessarily congruous with the intentions of the speaker' (1995: 75). Both Englund-Dimitrova and Yahyaoui indicate that interpreters introduce something of their own, either consciously or unconsciously.

I have shown that systematic and/or repetitive divergence can lead to situations in which for example part of the identity of the patient is misrepresented (secularised). In the same way the intentions of the therapist can become misconstrued. This happened for example when a therapist emphasised the importance of 'talking about one's problems', the interpreter emphasised the positive effect of 'not talking about one's problems' to the people close to the patient. I have thus seen interpreters' translations sometimes steering the dialogue away from the therapeutic perspective. The conclusion that an interpreter forms an integral part of this type of psychotherapy cannot be escaped. This implies that interpreter-mediated psychotherapy is inherently different from monolingual psychotherapy.

It is important for therapists conducting interpreter-mediated psychotherapy to be aware of the fact that the dialogues are influenced by the interpreter: through the act of translation – the differences

between the two linguistic systems; deliberate choices to diverge in the renditions and through the interpreters own cognitions and emotions and the thus emerging non-deliberately made divergent renditions. This means that the therapist should take care in attributing what happens in the session to the interaction with the patient alone. But also, the knowing therapist can adapt his interventions in such a way that they are more easily understood by interpreters: by phrasing grammatically correct; by phrasing questions as questions, sometimes by explaining better why they say what they say. For example, when talking about the importance of talking about traumatic experiences, I now say something like 'I understand that it is difficult for you to speak about this in your family and of course you do not want your children to know these terrible things. But if they have no idea of what happened to you, they can never understand why you are sometimes so irritable or angry. Could you find a way of telling them about these things, adapted to their age and understanding?' In this way it not only becomes clearer to the patient, but also to the interpreter.

4. COOPERATION BETWEEN INTERPRETERS AND THERAPIST

For an optimal cooperation between therapists and interpreters it is important that therapist and interpreter approach the patient in the same way. This does not imply that they form a bloc: the interpreter is there for the patient, just as well. In general, the interpreter shadows the emotions that reign in the session – the interpreter does not take the lead.

To optimise translational quality it is important that therapists learn to phrase their interventions clearly. Sometimes this means that interventions have to be explained: not only to help the patient understand the rationale of the intervention, but also to help the interpreter to translate well.

The interpreter brings in the ‘outside world’ into the therapeutic session. This can help to make some therapeutic themes more explicit. For example dependency issues, trust and mistrust of compatriots, play a role right in the session and thus become more easily accessible. I have heard ex-patients say that the necessary cooperation with the interpreter helped them to become more trustful of their compatriots – a therapeutic experience. The structure that working with an interpreter imposes on the session – keeping the turns short, allowing space for the interpreter – can help the patient to structure his own thoughts and it can help him to control his storytelling. Irritations that arise between patient and interpreter can lead to an immediate exercise in problem-solving behaviour. The group dynamics that arise in interpreter mediated psychotherapy can thus be used to further the treatment.

Only if therapists and interpreters recognise the interactional reality of interpreter mediated psychotherapy, they will be able to cooperate optimally, each in their own roles and be able to fully use its potential.

5. FINALLY

I have the impression that it is not only language barriers that keep psychotherapist from treating migrants, especially asylum seekers and refugees. Both patients and (potential) therapists see the difficult position in society as an impediment to psychotherapeutic treatment. The situation of the average asylum seeker – serious traumatic experiences in their home country, forced migration without belongings and usually without family, insecurity about the asylum procedure, unable to speak the language and no right to schooling nor to work, discrimination – is very distant from the situation of the average psychotherapist. The confrontation of these very different existential positions leads to strong feelings of unease with the therapist (Hafkenschied, 2004). I noticed that the often massive traumatisation of patients leads to shock or even terror, disgust and

compassion with many therapists; to the idea to be of no use as psychotherapist as real sadness and mourning are concerned. The traumata that patients have suffered are often of such a magnitude that therapists can hardly believe that someone could learn to cope with them. The fear of being sent back to one's country of origin and to be imprisoned again – or worse – may be so real that advocacy may seem more useful than therapy. On top of that, in the discussion about migrants in healthcare, the 'exotic' is often emphasised – this also gives therapists the impression that their usual techniques are of no use. It seems that these ideas and feelings exist even before the migrant patient has entered the consultation room. When it turns out that he in addition does not speak the language, the decision to turn him down for psychotherapeutic treatment is easily made.

©Hanneke Bot (2010)

REFERENCES

- AKHTAR, S. (1995). A third individuation: immigration, identity, and the psychoanalytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43, 1051-1084.
- AKHTAR, S. (1999). *Immigration and identity, turmoil, treatment and transformation*. New Jersey/London: Jason Aronson Inc.
- BION, WR. (1961). *Experiences in groups*. London: Tavistock.
- BOT, H. (2005). *Dialogue interpreting in mental health*. Amsterdam/New York: Rodopi Publishers.
- ENGLUND-DIMITROVA, B. (1995). "Omissions in consecutive interpretation: Evidence of a decision component". In: *Acta Universitatis Stockholmiensis, Stockholm Slavic Studies* (24). Stockholm: Almquist & Wiksell International, p. 73 -82
- GUTHEIL, TG. & GABBARD, GO. (1993). The concept of boundaries in clinical practice: theoretical and risk-management dimensions. *American Journal of Psychiatry*, 150(2), 188-196.

- HAFKENSCHIED, A. (2004). Het onbehagen van de psychotherapeut in de behandelrelatie met getraumatiseerde vluchtelingen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 368-381.
- HÄNEL, F. (2001). "Ausgewählte Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern". In M. Verwey (ed): *Trauma und Ressourcen/Trauma and Empowerment*. Berlin: VZW Verlag, p. 307-315.
- ROHLOF, H. (2006). Review of Bot, H. Dialogue interpreting in mental health. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 779-781.
- TAKENS, RJ. (2001). *Een vreemde nabij, enkele aspecten van de psychotherapeutische relatie onderzocht*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- VELING, W (2008). Schizophrenia among ethnic minorities. Proefschrift: Rotterdam Erasmus Universiteit.
- WADENSJÖ, C. (1998). *Interpreting as interaction*. London/New York: Longman.
- WADENSJÖ, C. (2001). "Interpreting in crisis, the interpreter's position in therapeutic encounters". In I. Mason (ed): *Triadic exchanges, studies in dialogue interpreting*. Manchester UK/ Northampton MA: St Jerome Publishing, p. 71-85.
- YAHYAOUI, A. (1988). « Consultation familiale ethnopsychanalytique : le cadre interculturel ». In : *Troubles du Langage et de la Filiation*. Grenoble : La Pensée Sauvage, p. 49-67

Du métissage culturel au métissage linguistique chez les familles migrantes

Saskia VON OVERBECK OTTINO

*Psychiatre-psychothérapeute FMH pour enfants,
adolescents et adultes, psychanalyste SSPsa – IPA,
ethnopsychanalyste*

1. D'UNE LANGUE A L'AUTRE

QUI N'A PAS EU L'OCCASION D'ASSISTER aux bricolages linguistiques propres aux familles migrantes ? Alors que certains membres de la famille parlent préférentiellement dans la langue du pays d'origine, d'autres parlent plus facilement dans la langue du pays d'accueil. Souvent, la communication se fait dans un mélange des deux, mais le choix de l'idiome ne s'opère pas au hasard. Selon le sujet, l'une ou l'autre langue est privilégiée. Les propos plus chargés d'émotion ou les sujets sensibles sont habituellement exprimés dans la langue d'origine alors que les sujets quotidiens, techniques, se disent plutôt dans la langue du pays d'accueil. Souvent aussi, les enfants, qui l'apprennent plus vite, jouent en parlant la langue du pays d'accueil alors que les parents les interpellent dans la langue d'origine. Ils en usent pour parler entre eux en « secret », sachant que les parents ne les comprendront pas. De leur côté, les parents peuvent utiliser des idiomes que leurs enfants maîtrisent mal pour une discussion plus « privée ». Les enfants sont aussi souvent utilisés comme interprètes par les adultes, que ce soit par les parents ou par les intervenants du pays d'accueil, ce qui n'est pas sans conséquences psychiques.

Ces quelques exemples, un peu caricaturaux mais bien visibles, ne sont que la partie émergente de ce que l'utilisation de la parole et de la langue peut exprimer des relations complexes, et de leurs poten-

tielles dérives, qui existent entre enfants et parents en situation migratoire.

Je me propose ici d'explorer plus en profondeur ce qui peut se nicher derrière ces aspects langagiers et comment des conflits inconscients en lien avec l'exil et le déracinement culturel peuvent se retrouver derrière des paroles d'apparence banale, en particulier entre les adolescents et leurs parents.

2. LE LANGAGE ET SES FONCTIONS

Le langage est une forme d'expression utilisée, en principe, à des fins de communication. Communication avec l'autre mais aussi communication avec soi-même, ou encore communication avec soi-même en présence de l'autre. Par exemple, quand on raconte un événement douloureux à quelqu'un, on se le raconte aussi, dans un cadre où la présence de l'autre a son importance. Ceci est particulièrement vrai dans le développement de l'enfant. C'est en montrant, en disant à ses parents, que peu à peu, l'enfant (puis l'adolescent et l'adulte) « apprend » à « se » dire des choses le concernant. La capacité de se dire quelque chose est un point central du travail de représentation. Avec la mise en mots, la parole favorise un travail de liaison entre fantasmes, conflits intérieurs et affects. Un événement douloureux, par exemple, devient ainsi représentable et les affects/les émotions qui lui sont liés peuvent s'exprimer. Si tout se passe bien, cela débouche sur un sentiment de soulagement et participe à l'élaboration/à la "digestion" de cet événement. Nous vivons cela tous les jours en racontant à nos proches les menus événements de notre quotidien.

Ce travail est activement favorisé dans les différents modes de thérapies verbales, « nos » psychothérapies, mais aussi dans tous les modes d'aide, d'ici ou d'ailleurs, qui favorisent l'expression verbale.

Il arrive cependant que le langage, censé être au service du travail de représentation, échoue dans sa mission. Il peut devenir l'otage d'un

travail d'anti-représentation quand le psychisme, pour une raison ou une autre, se défend de prendre conscience de certains conflits. Une « résistance » s'introduit jusque dans la parole, empêchant l'émergence de fantasmes ou d'affects jugés trop menaçants pour l'intégrité psychique. Cette résistance peut se manifester par du silence, ou par un discours qui camoufle, évite ou noie le sujet. Parfois aussi, c'est « l'autre » qui est défaillant dans sa capacité d'écoute et qui introduit un obstacle à la bonne marche du travail de représentation en sa présence. Pour se représenter un événement douloureux/conflictuel en présence de l'autre, il faut que l'autre soit dans une proximité référentielle suffisante pour créer une sorte d'espace potentiel où chacun a le sentiment de « parler la même langue », en d'autres termes, de comprendre l'autre. Dans le cas contraire, le risque, c'est le dialogue de sourds et l'impasse du travail de représentation. Ce peut être le cas d'un enfant en face d'un parent « absent », absorbé par ses soucis ou par des troubles psychiatriques, mais aussi celui d'un enfant qui ne parle plus la même langue, au sens figuré, que ses parents.

Cependant, dans ces deux formes de résistance au travail de représentation, le langage continue malgré tout à « travailler ». A défaut d'être l'instrument d'un travail de représentation, le langage tente au moins de « refléter » l'impasse psychique.

Nous verrons comment, en thérapie avec des familles migrantes, certaines phrases étranges ou particulièrement percutantes peuvent être l'expression, à la fois d'une impasse du travail de représentation et d'une tentative de dépasser cette impasse. Une impasse qui se situe bien en deçà du langage, mais dont le langage se fait le vecteur, l'ambassadeur en quelque sorte.

3. LANGUE, CULTURE ET INCONSCIENT ETHNIQUE

La langue véhicule bien plus que seulement des mots. La langue maternelle en particulier, « porte » en elle les premières expériences de la vie, les premiers émois, les premières expériences relationnel-

les et affectives. En elle sont aussi gravées des inscriptions familiales et culturelles/ethniques. De ce fait, c'est elle, la langue maternelle, qui sera le plus en contact avec la réalité psychique et l'appartenance culturelle d'un individu. En famille, c'est elle aussi qui sera un des meilleurs vecteurs de transmission de ces ingrédients originaires. Au contraire, une langue apprise, même si une perfection technique semble acquise, restera toujours une langue de deuxième main et risque donc d'être plus éloignée des expériences archaïques qui façonnent chaque être humain. Nous savons aujourd'hui, grâce aux neurosciences, que l'apprentissage d'une langue au moment de l'acquisition du langage ne se fait pas de la même manière qu'un apprentissage plus tardif.

Ainsi, les expériences précoces et l'acquisition du langage évoluent dans un bain composé d'éléments individuels et familiaux, mais aussi d'éléments ethniques. Comme l'environnement familial, l'appartenance ethnique marque, bien au-delà des apparences, le développement psychique du petit d'homme. Dès avant sa conception celui-ci est « façonné » par des ingrédients en lien avec l'histoire singulière de sa famille, mais aussi par des ingrédients issus du groupe d'appartenance d'origine. Ces ingrédients, ces projections culturelles (comme on parle de projections parentales), participent à son développement psychique, en particulier en ce qui concerne les valeurs morales, les idéaux et les interdits. Plus encore, un groupe culturel donné « détermine » quels fantasmes peuvent être exprimés et lesquels doivent être refoulés. Ainsi, les individus d'un groupe ethnique partagent non seulement un certain nombre de valeurs et d'interdits, mais aussi un certain nombre de fantasmes inconscients avec les membres de leur communauté (Devereux, 1956 ; Devereux, 1972 ; Nathan, 1988 ; Moro, 1994 ; von Overbeck Ottino, 2008). Les normes, les tabous sexuels, par exemple, varient beaucoup d'une culture à l'autre. Banalisée et encouragée chez nous, l'expression des désirs et des fantasmes sexuels est taboue ou strictement réglementée dans d'autres sociétés. Les choses peuvent aussi se renverser d'une période historique à une autre. Oscar Wilde, par exemple, a été condamné à des travaux forcés. Son crime ? Celui

d'être homosexuel, un « statut » alors condamnable par les mœurs et par la loi. Nous sommes à l'aube du XXème siècle.

Ce n'est pas que les conflits intrapsychiques concernant la gestion des pulsions soient différents ici ou ailleurs, hier ou aujourd'hui, quant au fond. Ce qui diffère essentiellement, c'est la manière dont les fantasmes sont exprimés ou réprimés.

Lorsque deux personnes de cultures différentes se rencontrent, elles mettent aussi en présence deux systèmes de valeurs. Ce qui est tabou pour l'un est familier pour l'autre. Ce qui est refoulé dans la culture du premier est exprimé dans celle du second. A cause de cette différence de « référentiel interne », cette rencontre, même si elle peut être sympathique et prometteuse, risque aussi de rencontrer des zones de différence ou d'incompréhension irréductibles. Un peu comme lorsqu'un croyant et un athée tentent de s'accorder sur la notion de foi. Ils pourront s'entendre sur une définition théorique, encore que... mais ils ne partageront jamais le même vécu. Ce qui est pour l'un, n'est pas pour l'autre. Cette différence de fond débouchera sur des références différentes pour chacun. Il y aura toujours une zone irréductible, un sentiment de ne pas appartenir au même référentiel, différence qui peut mener jusqu'à l'expérience d'inquiétante étrangeté (Freud, 1919).

Lorsque nous communiquons en famille ou dans notre pays, beaucoup de mots, ou même le langage infraverbal, constituent un espace partagé de communication dont nous ne prenons même pas conscience. Au contraire, dans une langue apprise ou à l'étranger (et nous en faisons parfois la pénible expérience en voyage), le risque d'être limité à une communication concrète de piètre qualité est grand et ceci non seulement en raison d'une mauvaise maîtrise de la langue. De même, au sein d'une famille migrante, parents et enfants peuvent en arriver à se sentir suffisamment « étrangers » pour que cela nuise à la complexité potentiellement féconde de leur communication.

4. LANGUE, LANGAGE ET COMMUNICATION

Chez nous à la maison, on ne parle pas, on ne communique pas, parce que mes parents ne savent pas le français et moi je ne sais pas le ... somalien, le turc, l'albanais ...

Cette phrase ahurissante, je l'entends de manière répétée de la part d'adolescents migrants, qui ont grandi dans leur famille, mais en Suisse.

Que dissimulent donc ces quelques mots, prononcés avec le plus grand aplomb, généralement au moment d'aborder les questions touchant aux origines de la famille.

« Passez, il n'y a rien à voir », semblent me répondre mes interlocuteurs.

Il s'agit pourtant d'une phrase très « parlante », porteuse de plusieurs réalités. Dans certaines familles migrantes, en effet, la communication est très difficile, parfois réduite au strict factuel, voire apparemment inexistante.

C'est que beaucoup de parents, pour des raisons multiples, maîtrisent mal le français tout comme certains enfants, pour des raisons tout aussi multiples, maîtrisent mal la langue d'origine des parents. Mais de là à penser qu'il n'y a vraiment pas de communication, que les parents ne savent pas du tout le français et que les enfants ne sont pas en mesure de communiquer dans leur langue d'origine, ce serait se priver de découvrir ce qui se dit derrière ces affirmations.

Les hypothèses se situent à différents niveaux. Au niveau conscient, le silence peut être une manière de tenter d'éloigner du registre émotionnel des conflits (personnels, familiaux, sociaux ...) laissés au pays, ou tout simplement la nostalgie du « chez soi ». Le silence, la non réactivation des souvenirs fait aussi partie des symptômes de stress post-traumatique. Dans ces situations, une famille peut être amenée à tout faire pour éviter de parler des traumatismes vécus, même si, au fond, chacun y pense jour et nuit. Si parler des souvenirs peut être traumatique, parler d'autre chose, pire, blaguer, expose au sentiment de perte de choses précieuses. Et nombreuses sont les familles qui s'entendent pour garder le silence, un silence qui fixe un

clivage, une séparation entre avant et après, là-bas et ici. Au risque, en éloignant les souffrances, d'éloigner aussi les ressources, les bonnes choses du pays et les bienfaits de la communication (von Overbeck Ottino, 1999, 2007, 2009).

Chez un adolescent, le silence peut aussi être une manière de maintenir ses parents à distance dans son processus d'autonomisation. Dans cette période de relativisation du modèle parental, ce mouvement n'est pas anormal tant qu'il n'est pas trop radical. Le risque serait, dans ce cas, que la communication se réduise au point d'être vidée de tout échange émotionnel.

Au niveau inconscient, la clinique nous donne de bonnes raisons de penser que ce silence, cette barrière linguistique affichée, a aussi ses mobiles.

Si un jeune vient me dire, à moi thérapeute « d'ici », une telle phrase avec tout ce qu'elle a d'indigeste, c'est aussi pour me faire sentir son vécu interne. Il exprime ainsi son sentiment, son vécu presque physique, touchant jusqu'aux fonctions cognitives, qu'il n'est pas du même monde que ses parents. Dans le travail clinique, nous découvrons que cette perception est une réalité qui va bien au-delà de la langue, une réalité qui va toucher aux questions d'identité culturelle. La « séparation » des langues reflète alors le sentiment d'être au bord d'un gouffre inter-culturel (Moro, 1994 ; von Overbeck Ottino & Ottino, 2001)

Les questions qui se posent au-dessus de ce gouffre sont nombreuses : comment, pour une jeune Somalienne, être une fille « bien », en répondant à la fois aux critères du pays d'origine et à ceux du pays d'accueil ? Comment pour des parents, reconnaître, entourer des enfants qui ne semblent pas faits de la même pâte qu'eux et dans un univers qui leur est totalement étranger ?

Parfois des phrases viennent illustrer le déchirement identitaire et le contenu de l'irréductible.

Une jeune fille tchétchène d'une vingtaine d'années, indépendante financièrement, n'en pouvant plus d'être toujours privée de sortie, décide de prendre un studio. Après avoir tout fait pour la décourager, sa mère lui lance un jour : « Prends-le ton studio et comme ça tu auras tous les amants que tu veux ... ». Et pourtant l'idée de la fille

n'est pas de vivre une succession d'aventures, mais d'avoir un espace à elle pour y voir plus clair dans sa vie, déchirée qu'elle est entre les attentes et les valeurs de sa famille et l'envie qu'elle a de vivre une vie « comme ici ». Dans ce contexte, l'exclamation de la mère a un effet traumatique. Comme si celle-ci lui avait dit : « si tu prends un studio, tu n'es plus des nôtres, tu es une pute », mettant en forme les fantasmes les plus noirs de la jeune femme : elle craint évidemment, en « désobéissant » à ses parents et en voulant être « comme ici », d'être une « mauvaise fille » à leurs yeux et aux yeux de toute sa communauté, et en fin de compte, à ses propres yeux.

Du côté de la mère, ce qui est intéressant, c'est qu'elle est passée de la répression sexuelle (sur sa fille, mais aussi sur elle-même) à l'expression de son débordement : c'est soit pas de sexe, soit trop de sexe. On dirait bien que le projet de la fille met la mère face à ses propres fantasmes, ses propres désirs, mais du coup aussi à ses propres angoisses de ne pas arriver à maîtriser des mouvements sources d'excitation. Pour un certain nombre de parents, la projection sur notre société de tous les maux de la terre (sexualité débridée, divorce, non respect des parents ...) reflète aussi des angoisses de débordement pulsionnel qui peuvent émerger face à la confrontation avec du matériel habituellement refoulé dans leur culture. On dirait que la confrontation à un référentiel culturel qui n'a pas les mêmes tabous, les mêmes refoulements collectifs, les mêmes moyens de canaliser les débordements, expose à une excitation traumatique, une sorte de « retour du refoulé », qui attire mais qui effraie aussi, et qui suscite des angoisses de perte de contrôle. Ces mouvements peuvent expliquer en partie des comportements éducatifs excessivement rigides (souvent bien plus rigides qu'au pays) que nous sommes amenés à constater chez certaines familles migrantes.

Concernant notre sujet, la communication, nous pouvons ainsi voir ce qu'une petite phrase lancée sur le pas de la chambre d'une jeune fille peut contenir de significations différentes.

Les « ne pas parler la même langue », les « faire silence », peuvent donc être une manière d'ériger un mur contre des tentations diverses et contre des angoisses de débordement concomitantes, du côté des parents comme du côté des enfants. La communication

« innocente » qui reste risque alors d'être vidée de tout contenu et de se résumer à des points factuels, des valeurs sûres : « travaille ! Réussis tes études ! Fais des 6 ! Ne sors pas ! Reste comme nous, tout en nous servant d'interprète ! ... ». Au risque de ne plus autoriser de place pour les jeux langagiers, l'humour, les fantasmes, au risque enfin de menacer l'espace psychique de chacun et l'espace relationnel de tous.

La barrière de la langue peut donc tenter de faire obstacle à une émergence pulsionnelle perçue comme dangereuse, tenter de tenir à distance des conflits d'avant l'exil, comme elle peut permettre à un enfant de se protéger des souffrances de ses parents ou à un adolescent de tenir ceux-ci à distance dans son processus d'autonomisation. Cette forme de protection peut être utilisée dans des processus normaux (autonomisation de l'adolescent) comme elle peut être le symptôme d'une souffrance psychique à soigner (on fait silence face aux angoisses de mort, d'effondrement ou de désorganisation). Elle reflète aussi la crête qui sépare deux mondes représentationnels, une ligne irréductible avec laquelle doivent composer parents et enfants en situation d'exil.

5. CONTENUS DE PAROLES

Un énoncé verbal exprime, nous l'avons vu, plusieurs niveaux : conscient, inconscient, individuel, culturel, affectif, défensif ... Il s'agit, dans une perspective complémentariste (au sens de Devereux, 1972), de donner à chacun de ces discours une importance égale. Cette attention portée à la complexité de l'énoncé lui offre toutes les chances de réussir dans sa mission d'être le porteur d'un travail d'élaboration. De l'élaboration des petites tribulations quotidiennes à l'élaboration de conflits psychiques plus complexes. Chez les familles migrantes, certains accroc linguistiques, tels ceux donnés en exemple, ne sont souvent que la partie émergente de conflits personnels, familiaux ou culturels beaucoup plus complexes.

En se ralliant au silence ou au dialogue de sourds, les différents membres d'une famille se protègent d'émergences pénibles, mais au prix d'une amputation des fonctions vitales de la communication. Quand la parole vient malgré tout, elle peut montrer ce qui a été retenu, comme nous avons pu le voir avec la maman de notre jeune Tchétchène. En thérapie, de tels énoncés nous donnent à vivre le désarroi interne, le sentiment d'impasse vécu par un parent ou un enfant. Ils peuvent aussi être entendus dans leur valence dynamique, comme une tentative de changement, une occasion d'entamer un travail d'élaboration. Il s'agit alors de saisir la chance d'une ouverture vers des solutions autres que des polarisations de type juste/faux, bon/mauvais, l'abstention, le silence ou le renoncement à soi-même. Comme pour ce garçon, venu avec sa famille sévèrement traumatisée par la guerre. Avec l'adolescence, les questionnements identitaires et l'accession à la puissance physique et sexuelle réactivent les terreurs passées liées à la violence et à la destructivité. Chez lui, les remous de la gestion pulsionnelle, la relativisation du modèle parental propres à cet âge de la vie, « travaillent » sur les braises du passé et entre deux univers culturels. Après un long travail psychothérapique où l'élaboration des traumatismes vécus prenait le devant de la scène, des conflits plus « courants » se déploient : rivalités avec son frère cadet, conflictualité naissante avec son père, remaniements oedipiens avec sa mère ... Mais jouer, fantasmer reste potentiellement dangereux et mon jeune patient oscille entre une position soumise-châtrée face à son père et une position plus agressive en s'identifiant aux punks du coin.

Bien sûr, en famille, c'est le silence, la guerre reste un sujet tabou. Il s'agit de ne pas sentir, mais de ne pas oublier non plus, et tous de rester accrochés au passé. Même le corps du jeune adolescent tarde à grandir.

Séquence d'entretien

E : « J'ai rêvé de mon frère. Il avait un accident de tram (il dit ça un demi-sourire aux lèvres). Ça m'a réveillé, ça m'a fait peur, je suis allé vérifier s'il était là, vivant. »

- S : Tu as pensé que d'avoir des mauvaises pensées dans la tête pouvait lui faire vraiment du mal.
- E : « Au fait, c'est quoi, les rêves ? »
- S : Qu'est-ce que tu penses ?
- E : « C'est mon frère qui m'a demandé. Je lui ai dit que c'était une petite TV qu'on avait dans la tête. Mais c'est bizarre, parce que ce n'est pas logique; ma mère m'a raconté un de ses rêves, c'était à moitié au pays, à moitié en Suisse, ça mélangeait les gens des différents endroits. »

A ce stade, nous pouvons évoquer avec lui comment les rêves sont lus par sa mère. Comme dans beaucoup de cultures, ils sont compris par elle comme des messages : la « visite » d'un mort insatisfait, la prédiction d'un accident, sont autant de mauvais présages. On comprend que notre rêveur a de quoi être doublement inquiet, car si la lecture culturelle du rêve laisse présager des événements dramatiques, sa lecture analytique met en scène son désir inconscient d'évincer son frère.

- S : Tu te demandes si ça vient de toi ou d'ailleurs?
- E : « Moi, je pense que ça vient de ma tête, mais comment ça se fait ? Est-ce que la terre est ronde ? (Sans me laisser le temps de répondre) Moi, je crois pas, je crois qu'elle est plate. Parce que si elle était ronde, les gens qui sont la tête en bas, ils tomberaient. D'ailleurs, mon père m'a dit que la terre était plate.»
- S : C'est un peu comme ta question sur les rêves et sur ce qui se passe dans ta tête. Tu te demandes comment toutes les choses qui sont dedans peuvent tenir ensemble, même les choses très différentes, même les choses inquiétantes.
- E : « Mais comment on peut savoir ? Mon maître me dit qu'elle est ronde, je sais que c'est lui qui a raison, elle est ronde ... Mais quand mon père dit qu'elle est plate ..., c'est quand même mon père ... »

Cette séquence, très raccourcie, est à entendre comme une figuration du monde interne de notre jeune rêveur. On peut y lire, entre autres, des angoisses de débordement pulsionnel face à la rivalité avec son frère. Mais elle montre aussi des interrogations de nature identitaire

culturelle. Dans quel système de représentation doit-il avancer ? Ce jeune migrant sait un certain nombre de choses, mais il a besoin de les re-découvrir avec moi, de les (re)dire avec moi. Il a besoin aussi de me mettre en présence de son dilemme : comment lire les rêves de sa mère, et que faire de ce que lui dit son père, sans tomber sur la tête ou avoir le sentiment que quelque chose ne tourne pas rond ? Sans avoir à choisir entre ses parents et son maître ?

Il continue à dessiner la terre, d'un côté des fragments, puis, de l'autre côté de la feuille, séparé par un gros trait, un globe géopolitique qu'il dessine avec beaucoup de précision.

E : « Les continents, comment ça se fait; c'est de la terre et de l'eau, pourquoi ça reste séparé ? Pourquoi ça ne devient pas de la boue ? »

Il continue à peaufiner son globe.

Le dessin vient au secours de la parole pour figurer le clivage interne que vit cet enfant dans ses processus identificatoires. Il montre l'oscillation entre des angoisses de morcellement et des angoisses de confusion. Comment donc intégrer deux mondes représentationnels apparemment si distincts ?

E : « T'as vu comme j'ai dessiné la terre ... (ronde). Mais je ne crois pas qu'elle est ronde. »

S : Tu n'es pas sûr, mais on dirait qu'à l'intérieur de toi, c'est quand même une représentation comme ça que tu as de la terre, puisque tu la dessines comme ça

E : « Oui, mais j'ai pas bien dessiné... »

S : C'est difficile de penser autrement que ton père, mais sur ton dessin j'ai tout de suite vu que c'était la terre que tu dessinais...

E : « Oui, c'est vrai, on voit que c'est la terre »

Quelques temps plus tard :

« Ça va un peu mieux, j'ai moins peur; c'est parce que je pense à mes baskets. Je me dis que je dois les soigner, je risque de les déchirer. »

J'apprends qu'il a acheté de nouvelles baskets avec son père. Il les a aux pieds et me les montre. Quand je le complimente, il n'a pas l'air convaincu.

S : Ce n'est pas celles que tu voulais ?

E : « Si, si, elles sont bien, ce sont des Nike. Il y en a des mieux, mais celles-là sont bien. Mon père voulait que j'en prenne d'autres, des plus solides. Moi, je ne les trouvais pas bien, elles n'étaient plus à la mode. J'en ai choisi une autre paire, je les ai montrées à mon père, mais ça lui plaisait pas, il trouvait que ça faisait fille; alors je les ai rendues et j'ai pris celles-là. Mais maintenant, il faut que je les soigne, il ne faut pas que je les abîme. J'ai les pieds bizarrement faits, j'abîme les chaussures, j'ai les mêmes pieds que mon père. »

S : Quand tu as envie d'avoir des baskets de mec d'ici, quitte à contredire ton père, tu as aussi peur de le perdre, de rester tout seul et de devenir fragile. Un peu comme ici, quand tu as envie de me montrer ce que tu sais, mais que tu me laisses dire les choses en premier, pour ne pas avoir à me contredire.

E : « Avant, mon père, je lui disais toujours oui, je n'osais jamais le contredire. Même cette fois, j'y suis allé avec l'aide de ma mère. Mais je dois faire attention de ne pas les abîmer, mon père m'a dit qu'elles seraient tout de suite fichues... »

S : Tu es très soucieux de ne pas les abîmer pour montrer à ton père que tu l'écoutes, mais peut être aussi parce que tu as dû te battre contre lui pour les avoir et qu'il est important qu'elles tiennent le coup.

La question n'est pas, je crois, de s'offusquer du fait qu'il y aurait encore des gens pour penser que la terre est plate, ou de rassurer l'enfant sur le fait qu'il a raison d'écouter son maître. Il s'agit avant tout de prendre ce matériel comme une représentation du véritable casse-tête auquel peut être confronté un jeune migrant. Cela revient

à dire: « mon père, les miens, pensent dans une autre langue que les gens avec qui je vis ici et je ne sais pas comment me positionner face à cela ».

Ce genre de confrontation, inévitable pour les adolescents migrants comme pour leurs parents, demande un travail d'élaboration très complexe. Ce travail se fait apparemment souvent à bas bruit, inconsciemment même, puisque beaucoup de familles évoluent favorablement sans soutien particulier. Il s'agit de garder les pieds en terre d'accueil sans perdre ce quelque chose d'indispensable de l'apport des origines, pour mon jeune adolescent, de l'apport paternel. Petit à petit, celui-ci pourra écouter son maître sans pour autant avoir à disqualifier son père. Il apprendra aussi à recevoir de bonnes choses de celui-ci et à se mesurer à lui sur d'autres terrains, où rivalité et ambivalence peuvent se jouer sans risque (sans abîmer les chaussures ...).

Il s'agit d'un travail de liaison, à plusieurs niveaux, idiosyncrasique, culturel, conscient, inconscient ... Ce qui était fossé se transforme en espace potentiel où il devient possible de jouer pour se représenter son monde et se construire. Ce travail de métissage est toujours friction, voire transgression. Il est potentiellement créateur, parfois douloureux, tant pour le parent, qui peine à se retrouver chez son enfant qui n'est plus tout à fait de la même pâte que lui, que pour l'enfant, pour toujours un peu autre.

6. CONCLUSION

Arrivés en terre étrangère, enfants et parents migrants ne s'installent pas de la même manière. Les parents, mieux ancrés dans leur identité culturelle, continuent à se sentir turc, kurde, albanais, somalien ... La plupart des valeurs de leur culture d'origine restent des valeurs de référence pour eux. Les enfants, de leur côté, grandissent, se développent, entre deux mondes, entre deux systèmes de valeurs, celui de leurs parents et celui du pays d'accueil. Dans l'enfance, ils semblent pouvoir se partager sans trop de difficulté : à la maison, ils

sont comme au pays, à l'école, comme « d'ici ». A l'adolescence, les mouvements de remaniement identitaire touchent aussi l'identité culturelle. Cette étape de différenciation, d'autonomisation, demande une relativisation du modèle parental et de se tourner vers des objets d'investissement extérieurs. Avec l'accession à la force physique et à la puissance sexuelle, elle demande aussi un réaménagement pulsionnel. Dans les familles migrantes, relativisation du modèle parental rime souvent avec relativisation de leur appartenance culturelle, tendant à augmenter la distance entre culture d'origine et culture d'accueil. De même, le réaménagement pulsionnel appelle des modèles d'identification, qui sont souvent fort différents d'une culture à l'autre, augmentant encore plus la tension ambiante. Nos jeunes patients ont donc la tâche délicate : ils ont à explorer les différents modèles de références, pour trouver leur voie. Souvent, ce travail introduit une crise dans tout le système familial, qui se voit acculé à se confronter aux différents modèles ethniques en présence, parfois pour le meilleur, mais nous voyons plutôt ceux qui souffrent. Cliniquement, il est très fréquent de voir ce travail psychique se refléter jusque dans le langage. Une jeune fille, par exemple, présentait un mutisme « doublement électif » : elle était mutique à l'école et en français. Nombre de parents, même après des années de séjour, ne parlent pas la langue du pays d'accueil. Beaucoup d'enfants rechignent à investir la langue du pays d'origine. Parfois, ce sont des phrases « toutes faites » qui portent les questions transculturelles. Derrière les « on ne parle pas », les « tu auras tous les amants que tu veux » ou les « mon père m'a dit que la terre était plate », nous pouvons donc entendre, au-delà du discours manifeste, l'intensité des conflits intérieurs que peuvent vivre les différents partenaires d'une famille migrante.

Ne pas parler peut être une première tentative de séparer, de cliver, des mondes jugés inconciliables ou de mettre à distance des vécus trop douloureux. Ne pas parler la même langue peut accentuer cette tentative de séparation. Des mouvements de défense extrêmement coûteux, nous l'avons vu.

Parler rime avec poser des questions identitaires, soulever des sujets tabous ou des questions auxquelles il est difficile de répondre. On ne

peut pas penser à la fois que la terre est plate et qu'elle est ronde. Comme on ne peut être à la fois catholique et athée ... Même si un Vaudois vit vingt ans au Kenya, il ne deviendra jamais un vrai Masai ...

Parler n'est donc pas facile. Parler, c'est accepter de s'approcher d'un fossé vertigineux qui expose à la peur de l'effondrement ou au débordement pulsionnel. Penser, parler, être autrement, c'est aussi s'exposer à des angoisses de séparation, « nous ne sommes plus du même monde ». Parler, écouter, s'ouvrir aux deux langues, c'est s'exposer à l'inconnu, à l'excitation potentiellement traumatique ou au déchirement identitaire.

Nous avons bien à repérer, puis à décrypter ce discours caché, à travailler les questions qu'il pose si nous voulons aider nos patients à trouver leur voie, leur langage, leur issue singulière.

Que la terre soit plate ou ronde, là n'est pas vraiment l'enjeu. L'enjeu, c'est de pouvoir préserver des investissements précieux, son père pour notre jeune homme, tout en s'autorisant à penser que la terre est ronde même si l'autre pense qu'elle ne l'est pas.

D'ailleurs, hier la terre *était* plate, aujourd'hui elle *est* ronde, mais demain, qui sait comment elle *sera* ?

©Saskia von Overbeck Ottino (2010)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- DEVEREUX, G. (1956/71). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.
- DEVEREUX, G. (1972/85). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion.
- FREUD, S. (1919/85). *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Paris : Gallimard.
- MORO, M.-R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris : PUF.
- NATHAN, T. (1988). *Le sperme du diable*. Paris : PUF.

- VON OVERBECK OTTINO, S. (1999). Violences collectives et travail psychothérapique : Nécessité d'une intégration des aspects individuels, familiaux et culturels. *Psychothérapies*, 19(4), 235-245
- VON OVERBECK OTTINO, S. & OTTINO, J. (2001). Avoir ou Etre. Tribulations identitaires chez les adolescents migrants. *L'autre, cliniques cultures et sociétés*, 2(1), 95-108.
- VON OVERBECK OTTINO, S. (2007). Violences extrêmes : le poids de la réalité à l'épreuve de la causalité psychique. *Psychothérapies*, 27(3), 127-138.
- VON OVERBECK OTTINO, S. (2008). Inconscient et culture : psychothérapie complémentariste. *Actualités psychosomatiques*, 11, 109-128.
- VON OVERBECK OTTINO, S. (2009). « Entre jeu et réalité : psychothérapies d'enfants exposés à des violences collectives ». In B. Goguikian Ratcliff & O. Strasser (éds) : *Clinique de l'exil : chroniques d'une pratique engagée*. Chêne-Bourg : Georg, p. 73-86.

Langue première et langue seconde dans l'activité médico-préventive : un éclairage

Pascal SINGY, Céline BOURQUIN, Orest WEBER,
Brikela SULSTAROVA, Patrice GUEx
Service de Psychiatrie de Liaison, DP-CHUV

L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE COMPTE parmi les moyens mis en œuvre pour permettre aux migrants allophones d'accéder pleinement aux systèmes de soin dans un certain nombre de pays, essentiellement occidentaux. Cette approche qui veut que l'agent de santé s'exprime dans la langue première du « patient » migrant est précisément celle qu'a soutenue en Suisse l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) s'agissant de la prévention du VIH/sida auprès des migrants d'origine subsaharienne (OFSP, 2010a). Au travers des résultats d'une étude récente (Singy & Guex, 2008), la présente contribution vise au questionnement de certains des fondements de l'approche dite communautaire en regard du profil de ceux qu'elle vise à prévenir.

1. UNE PREVENTION CIBLEE DU VIH/SIDA

Depuis plusieurs années maintenant, les données épidémiologiques font apparaître les migrants d'origine subsaharienne résidant en Suisse comme une population particulièrement vulnérable s'agissant du VIH. Ainsi, en 2008 un tiers environ des infections liées à des rapports hétérosexuels (345) les concerne (OFSP, 2010b), quand bien même ils ne représentent pas plus de 2.7% de la population globale (Efionayi-Mäder, 2009). Cette très forte incidence, qu'il faut mettre en relation avec la prévalence observée dans leurs pays d'origine, constitue un des éléments largement intégrés dans le Pro-

gramme National VIH et Sida (PNVS) 2004-2008 (OFSP, 2003) ; reconduit jusqu'à fin 2010.

Elaboré par l'OFSP et ses partenaires, ce programme reconnaît qu'en Suisse l'épidémie de VIH doit être endiguée par une prévention qui se focalise là où les risques sont concentrés, c'est-à-dire au sein des groupes à forte prévalence dits aussi groupes « cibles ». Pour le groupe cible issu de la migration subsaharienne, plusieurs champs d'activités de prévention spécifiques ont été définis dans le cadre d'un plan d'intervention (Zuppinge et al., 2000) qui s'inscrit par plusieurs aspects dans une logique communautaire. Ce plan – dont la réalisation incombe notamment au projet national Afrimedia – prévoit en effet des interventions de sensibilisation et d'information se déroulant principalement dans les lieux de rencontre formels (par exemple, les associations) ou informels (salons de coiffure, bars, etc.) des communautés subsahariennes, prises en charge par des agents de préventions issus du groupe cible qui recourent chaque fois qu'il est possible aux langues premières des migrants.

2. L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE DU VIH/SIDA QUESTIONNÉE

L'approche communautaire de la prévention du VIH auprès des migrants d'origine subsaharienne, telle qu'elle est entendue ici, présente a priori l'avantage de maintenir le caractère dyadique des échanges agent de santé/patient migrant. Cependant, elle autorise un certain questionnement, en particulier lorsque les migrants concernés ont le français à leur répertoire linguistique, ce qui est le cas pour une large part des subsahariens vivant en Suisse (Efionayi-Mäder, 2009).

Divers travaux, nos propres recherches et une enquête exploratoire permettent de formuler au moins trois questions, pointant autant de facteurs susceptibles de limiter la portée d'une prévention du VIH/sida de type communautaire, qui sont comprises en termes de

confidentialité (Cochand et al., 2003 ; Pollak, 1988), de *stigmatisation* (Lydié, 2007 ; Guex & Singy, 2003) et de *tabouisation* (Harris et al., 2003 ; Burck, 2004 ; Morsly, 1998 ; Weber et al., 2010).

On peut ainsi d'abord se demander si les migrants subsahariens ne sont pas susceptibles d'éprouver certaines craintes touchant à la confidentialité quand il s'agit de parler ouvertement devant des agents de prévention issus de leur communauté, et qui ne sont pas, au sens strict, tenus au secret de fonction. Par ailleurs, n'est-on pas fondé à penser que les migrants subsahariens peuvent se sentir stigmatisés ou disqualifiés en recevant une prévention (a) conçue explicitement pour eux et (b) prise en charge par des représentants extérieurs à la population locale, généralement non issus du domaine des soins ? Enfin, face à une prévention qui vise à privilégier systématiquement le recours aux langues premières, il convient de poser la question de savoir dans quelle mesure cette prévention ne se prive pas de certains avantages que pourrait apporter le français en termes de stratégies communicationnelles.

Ces questions à valeur heuristique – il ne s'agissait pas d'y répondre en termes absolus – à propos de l'approche communautaire, ont largement conditionné le design de l'étude au cœur de cette contribution. Menée au Département de psychiatrie du CHUV, elle visait, plus largement, à dégager les attentes d'un certain nombre de migrants d'origine subsaharienne dans le domaine de la communication préventive directe.

3. DESIGN DE L'ETUDE

De nature intensive ou qualitative, l'étude en question a été conçue dans l'esprit des recherches actives (de Ketele & Roegiers, 1999). Aussi un groupe d'accompagnement, formé d'experts et d'acteurs de terrain, a suivi l'intégralité du processus de recherche. Les représentations relatives à la problématique de recherche ont été investiguées au travers d'entretiens semi-dirigés. Le collectif soumis à l'étude comprenait 46 migrants subsahariens. Il a été construit de

manière à rendre compte en termes indicatifs de la diversité de la population subsaharienne francophone installée en Suisse romande. Comme l'indique le tableau 1 ci-dessous, cinq variables de contrôle ont été prises en compte.

Tableau 1. Echantillon

SEXE	Femmes	23	Hommes	23
ORIGINE	Guinée	7	Cameroun	6
	Congo-Kinshasa	7	Rwanda/Burundi	6
	Sénégal	6	Togo/Bénin	8
	Autres pays	6		
STATUT LEGAL	Naturalisés ou établis (permis C)			6
	Permis de travail ou d'étudiant (permis B)			21
	Requérants d'asile (permis N) et sans-papiers			19
FORMATION	Universitaire	11	Obligatoire	19
	Post-obligatoire	14	Illettré	2
RELIGION	Chrétiens	30	Musulmans	14
	Autre	2		

Transcrits, les discours produits par les enquêtés ont été soumis à une analyse de type thématique, d'une part, et formelle, d'autre part, laquelle s'est focalisée sur divers éléments discursifs comme les figures de style (par exemple, les métaphores) ou les termes et tournures privilégiés dans l'argumentation.

Ce travail d'analyse a été fait en accord avec le modèle théorique de l'imaginaire linguistique. Développé par Houdebine (2003), ce modèle propose une catégorisation des représentations linguistiques qui sont comprises comme des évaluations qui peuvent porter sur les usages ou sur les langues. Concrètement, ces évaluations insistent par exemple sur l'efficacité ou la justesse de tel ou tel usage linguistique ou sur des aspects esthétiques, identitaires ou affectifs mis en rapport avec ces usages.

4. AUTOUR DE LA STIGMATISATION

La première série de résultats présentés dans ces lignes concerne les effets potentiellement excluants et disqualifiants que laisse entrevoir une approche communautaire de la prévention du VIH/sida.

Dans leurs entretiens, plusieurs enquêtés ont critiqué cette approche de manière plus ou moins véhémente, ce avant même que le thème soit introduit par l'enquêteur. Ainsi, l'approche communautaire suscite la méfiance de certains d'entre eux, en ce sens qu'ils la perçoivent comme discriminante dans l'accès à la connaissance. C'est le point de vue de cet enquêté irrité à l'idée qu'il y ait rétention d'information à l'endroit des personnes d'origine africaine :

Je ne suis pas d'accord. Je ne serai jamais d'accord. Tout ce qu'on dit aux Suisses c'est ce qu'ils doivent nous dire aussi. C'est la même chose.

Quand ils sont mis en relation avec la conception du stigmatisme développée par Goffman (1963), les propos que formulent un certain nombre d'enquêtés au sujet d'une prévention communautaire du VIH/sida soit réfèrent clairement à l'existence d'un stigmatisme visible, soit dénoncent un *artefact* de stigmatisme invisible.

Pour ce qui est du stigmatisme visible, il apparaît qu'ils sont plusieurs à percevoir les stratégies communautaires de la prévention comme attirant un discrédit et une disqualification collectifs sur les migrants subsahariens en raison de leur couleur de peau. C'est le cas de ce Sénégalais lorsqu'il s'insurge contre cette association délétère entre sida et Afrique :

C'est aussi caricatural de faire une campagne exclusivement ciblée sur les Africains [...] Donc, c'est moi, finalement, le black, qui est vecteur du sida. Le sida vient d'Afrique [...] Je trouverais ça raciste.

S'agissant de l'artefact de stigmatisme invisible cette fois, c'est la crainte que l'on associe manque d'instruction, voire d'intelligence, et prévention réservée à des Africains qui conduit d'autres enquêtés à rejeter cette prévention, à l'instar de ce Béninois :

C'est de la même façon qu'on peut leur parler de ce problème, de ce fléau, je pense. C'est des gens qui sont aussi intelligents, qui comprennent, je pense.

Bien évidemment, tous les membres du collectif ne partagent pas ces points de vue. Interrogés au travers d'une question projective ces derniers apparaissent divisés quant au bien-fondé de l'approche communautaire de la prévention. Trois positions se dessinent : 13 enquêtés sur 46 se déclarent résolument opposés à cette approche, 20 y sont favorables et considèrent qu'il s'agit d'une très bonne initiative, alors que le solde du collectif adopte une position que l'on peut qualifier de pragmatique, dans la mesure où ils reconnaissent le potentiel stigmatisant de ce type de stratégie préventive, mais estiment qu'au vu des enjeux sanitaires, ses avantages doivent prévaloir sur ses inconvénients.

Il est une donnée ici que l'on ne peut pas passer sous silence. Celle-ci concerne le point de vue que défendent certaines des personnes favorables à l'approche communautaire et qui émerge, par exemple, des propos de cette femme sénégalaise :

Je pense que ce que j'attendrai d'un médiateur c'est qu'il me donne l'information mais je ne pense pas que je lui parle [...] Le médiateur il est là pour véhiculer l'information.

Au plan strictement sanitaire, le contenu de tels propos ne laisse pas d'inquiéter. En effet, il témoigne d'une conception en quelque sorte unidirectionnelle de la prévention du VIH/sida. Or, pareille conception porte en elle un effet limitatif possiblement très dommageable, attendu cette variabilité sémantique, maintes fois relevée (Labov, 1976 ; Bourdieu, 1982 ; Singy, 2004), qui bat en brèche l'idée selon laquelle les locuteurs d'une langue donnée témoignent d'une adhésion commune au sens de tous les mots qu'ils emploient (Coulon, 2002).

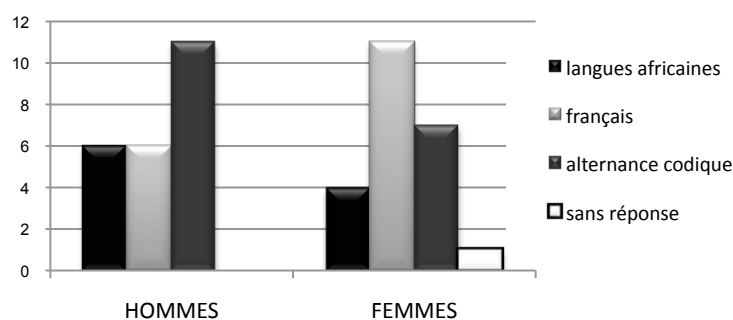
5. PREVENTION ET PLURILINGUISME

L'autre série de résultats développés pour illustrer notre questionnement de l'approche communautaire d'une prévention du VIH/sida en direction des migrants subsahariens francophones concerne cet avantage au bénéfice des seuls locuteurs plurilingues : pouvoir être « prévenu » dans l'une ou l'autre des langues qui forment leur répertoire linguistique.

Les réponses à la question de savoir dans quelle langue, les membres du collectif souhaiteraient voir se dérouler une prévention ciblée en direction de leur communauté apparaissent partagées : 18 enquêtés se prononcent pour un usage alterné des langues africaines et du français, un nombre presque équivalent pour le français exclusivement, alors que seule une dizaine opte pour les seules langues africaines.

Fait notable à relever ici, on note une dissension de genre importante. En effet, le segment féminin du collectif se porte deux fois plus sur le français que le segment masculin (voir figure 1).

Figure 1. Langues souhaitées pour la prévention, par sexe



L'analyse des raisons avancées par les enquêtés qui souhaiteraient voir une prévention ciblée conduite en français ou alors en français et en langues africaines porte au jour un élément argumentatif récurrent. Cet élément peut être mis en perspective avec ce qu'il est convenu d'appeler un effet de distanciation (Burck, 2004) ou

d'objectivation que permet, en l'occurrence, le français pour les migrants qui l'ont à leur répertoire linguistique. Pratiquement, le français, qui a été pour eux la langue de l'oppression, leur permet paradoxalement de se libérer du poids de certains tabous linguistiques, pour ainsi dire. Cet enquêté sénégalais ne semble pas dire autre chose quand il déclare qu'en prévention le français permet d'aborder plus directement des contenus qu'en wolof :

Parce qu'en wolof, le message n'est pas tellement direct. Il y a des contours. Si bien que le message que tu veux faire passer peut être détérioré, mal compris ou mal perçu, quoi. Alors qu'en français tu peux en parler directement [...] Il y a beaucoup de tabous.

Les tabous linguistiques liés au domaine de la sexualité, domaine au centre de la prévention du VIH/sida, ont été largement thématiques par plusieurs membres du collectif. Certains d'entre eux évoquent même les conséquences plus ou moins douloureuses de leur transgression, à l'instar de cette enquêtée du Burundi qui confie son incapacité à parler de sexualité dans sa langue première :

Moi, je sais que si je parle de sexe, je parle en français. Si c'est quelqu'un qui connaît ma langue maternelle, je ne peux pas oser dire mon sexe en kirundi, c'est la cata, c'est honteux, non, je ne peux pas.

Cet effet de distanciation du français est nettement plus souvent thématique au sein du segment féminin de notre échantillon, qui, on l'a vu en termes quantifiés, est davantage réservé à l'endroit d'une prévention communautaire faite en langues africaines. Tout indique que cet état de fait reflète une différence entre hommes et femmes africains devant la question des tabous linguistiques (Morsly, 1998). C'est en tout cas ce que pressent clairement cette femme du Burundi :

Je pense que les hommes parlent en kirundi et ils disent tous les mots sans problèmes [...] Les femmes ne peuvent pas parler de ça. Mais les hommes, ils peuvent même insulter, ils peuvent jurer par le sexe, les femmes jamais.

6. ET LA QUESTION DE LA CONFIDENTIALITE

Oui, c'est ça le problème, moi je peux parler mais je ne sais pas si lui, il peut garder ça pour lui. Ben, il peut raconter ça à quelqu'un d'autre, souvent les Africains c'est comme ça. Moi, je te dis quelque chose pour moi, oui, je garde pour moi et il voit l'autre et dit tu sais Marie m'a parlé de ça et après ça fait des histoires, maintenant ce n'est plus un secret et tout le monde va le savoir ce que Marie a dit à Robert ou André.

La question du respect de la confidentialité que soulève une approche communautaire de la prévention du VIH/sida constitue sans conteste une préoccupation pour la totalité ou presque des migrants interrogés dans le cadre de notre étude. Des nombreux résultats qui mériteraient d'être déclinés à propos de cette question, le plus topique d'entre eux peut s'inférer du verbatim livré en ouverture de cette section. Comme on peut le lire, ce verbatim reflète l'importance de se préserver de toute rumeur ou bruit au sein de sa propre communauté quand il s'agit de sa santé ou, plus généralement de sa sphère privée. C'est d'ailleurs ce qui conduit plusieurs enquêtés, dont l'auteur de ces propos, à rejeter une approche communautaire exercée par des médiateurs au profit d'une approche médicale plus classique assurée par des soignants tenus au secret professionnel.

7. CONCLUSION

Au plan sanitaire, les résultats présentés méritent attention. En effet, ils montrent que, sous certains aspects, l'approche communautaire de la prévention du VIH/sida paraît problématique aux yeux même de certains de ceux à qui elle est destinée. De fait, des réticences exprimées en termes d'exclusion et de stigmatisation, une certaine conception unidirectionnelle de la prévention, tout comme une nette dissension autour d'un recours systématique ou privilégié aux langues premières représentent des éléments qui questionnent. Et qui questionnent tant le mode relationnel, le profil et le statut de l'agent

de prévention que l'instrument servant à la transmission des messages préventifs. On ne manquera pas de relever que certains des aspects évoqués à l'instant, tel le mode relationnel et les enjeux compris en termes de profil ou de statut rejoignent les préoccupations attenantes à l'introduction dans les consultations avec des patients allophones d'un tiers traduisant et qui sont au centre de plusieurs des contributions rassemblées dans ce volume.

On terminera en insistant sur une des limites de l'étude évoquée dans ces pages. De nature intensive, elle ne permet effectivement pas d'aboutir à des constats à portée générale. Une étude quantifiée devrait donc être mise en route en vue de vérifier la validité de ces premiers constats au sein d'un échantillon large et représentatif de la population d'origine subsaharienne qui réside en Suisse romande.

©Pascal Singy, Céline Bourquin, Orest Weber,
Brikela Sulstarova, Patrice Guex (2010)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BOURDIEU, P. (1982). *Ce que parler veut dire*. Paris : Fayard.
- BURCK, C. (2004). Living in several languages: implications for therapy. *Journal of Family Therapy*, 26(4), 314-339.
- COCHAND, P., SINGY, P., WEBER, O., DENNLER, G. (2003). Prise de risque VIH et discours médico-préventif : étude qualitative auprès de jeunes homosexuels en Suisse romande. *Médecine et Hygiène*, 2423, 305-309.
- COULON, A. (2002). *L'ethnométhodologie*. Paris : PUF.
- DE KETELE, M.-J. & ROEGIERS, X. (2002). *Méthodologie du recueil d'informations : fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents*. Bruxelles : De Boeck Université.
- EFIONAYI-MÄDER, D. (2009). *L'Afrique en mouvement*. SSEA/UNIL/UNINE.
- GOFFMAN, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood, NJ: Prentice-Hall.
- GUEx, P. & SINGY, P. (éds). *Quand la médecine a besoin d'interprètes*. Genève : Médecine & Hygiène.
- HARRIS, C., AYCICEGI, A., GLEASON, J. (2003). Taboo words and reprimands elicit greater autonomic reactivity in a first language than in a second language. *Applied Psycholinguistics*, 24(4), 561-579.
- HOUEBINE, A.-M. (2003). *L'imaginaire linguistique*. Paris : L'Harmattan.
- LABOV, W. (1976). *Sociolinguistique*. Paris : Editions de Minuit.
- LYDIE, N. (2007). *Les populations africaines de l'Ile de France face au VIH/sida*. Paris: INPES.
- MORSLY, D. (1998). « Femmes algériennes et insécurité linguistique ». In P. Singy (éd) : *Les femmes et la langue*. Lausanne et Paris: Delachaux et Niestlé, p. 75-97.
- OFSP (2003). *Programme national VIH/sida 2004-2008*. Berne : OFSP.
- OFSP (2010a). http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05484/index.html?lang=fr
- OFSP (2010b). http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05490/05749/05750/index.html?lang=fr
- POLLAK, M. (1988). La diffusion différentielle de l'épidémie de sida. *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale*, 3, 243-262.
- SINGY, P. (2004). *Le sida au cabinet médical*. Genève : Médecine & Hygiène.
- SINGY, P. & GUEx, P. (éds) (2008). *Communication et médecine*. Limoges : Lambert-Lucas.

- WEBER, O., SULSTAROVA, B., SINGY, P., GUEx, P. (2010).
« Contacts de langues et tabous sexuels: étude de l'imaginaire linguistique de personnes plurilingues d'origine subsaharienne vivant en Suisse romande ». In M. Iliescu, H. Siller-Runggaldier, P. Danler (éds) : *Actes du XXVe Congrès International de Linguistique et de Philologie Romanes*. Tübingen : Niemeyer, vol. 1, p. 451-460.
- ZUPPINGER, B., KOPP, C., WICKLER, H.-R. (2000). *Plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne*. Berne : Institut d'Ethnologie/OFSP.

Sommaire

P. Singy, C. Bourquin & O. Weber	<i>Foreword</i>	1
	<i>Présentation</i>	5
C. Roberts	<i>Communicating decisions with a multilingual patient population</i>	9
M. Dominicé Dao	<i>Expériences de difficultés culturelles et linguistiques à la consultation transculturelle des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</i>	27
B. Goguikian Ratcliff	<i>Du bon usage de l'interprète, entre neutralité et implication émotionnelle</i>	39
M. Rudvin	<i>Interpreters and Language Mediators in the Italian health-Care Sector. Institutional, Theoretical and Practical Aspects of Role and Training</i>	57
P. Hudelson & S. Vilpert	<i>Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices</i> ...	73
J.A.M. Harmsen	<i>Intercultural communication in healthcare: a duel or a duet?</i>	95
O. Guerrero	<i>Entre clinicien et patient : ce que la barrière linguistique empêche, ce qu'elle permet</i>	117
H. Bot	<i>The challenges and opportunities of interpreter-mediated psychotherapy, theoretical considerations, research results and clinical experience</i>	131
S. von Overbeck Ottino	<i>Du métissage culturel au métissage linguistique chez les familles migrantes</i>	151
P. Singy, C. Bourquin, O. Weber, B. Sulstarova & P. Guex	<i>Langue première et langue seconde dans l'activité médico-préventive : un éclairage</i>	169
	Sommaire	181

