



Article scientifique

Article

2004

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Le rôle de l'interprète dans la construction de l'interculturalité dans un
entretien ethnopsychiatrique

Goguikian, Betty; Changkakoti, Nilima

How to cite

GOGUIKIAN, Betty, CHANGKAKOTI, Nilima. Le rôle de l'interprète dans la construction de l'interculturalité dans un entretien ethnopsychiatrique. In: L'Autre, 2004, vol. 5, n° 2, p. 255–264. doi: 10.3917/lautr.014.0255

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:178382>

Publication DOI: [10.3917/lautr.014.0255](https://doi.org/10.3917/lautr.014.0255)

Le rôle de l'interprète dans la construction de l'interculturalité dans un entretien ethnopsychiatrique

Betty Goguikian Ratcliff, Nilima Changkakoti

DANS **L'AUTRE** 2004/2 (VOLUME 5), PAGES 255 À 264
ÉDITIONS **LA PENSÉE SAUVAGE**

ISSN 1626-5378

ISBN 285919200X

DOI 10.3917/lautr.014.0255

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-l-autre-2004-2-page-255.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour La Pensée sauvage.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Le rôle de l'interprète dans la construction de l'interculturalité

dans un entretien ethnopsychiatrique

Betty Goguikian Ratcliff* et Nilima Changkakoti**

La diversité linguistique et culturelle croissante de la population consultante fait que, dans le monde de la santé, on évoque de plus en plus souvent la nécessité de la traduction, voire de la médiation culturelle. L'entretien étant en soi un processus complexe, le recours à un interprète provoque parfois de la part des cliniciens une attitude ambivalente et soulève des interrogations quant à la gestion de l'interaction au sein de la triade thérapeutique. Les questions que se posent souvent les cliniciens concernent l'établissement de l'alliance thérapeutique, le contrôle de la situation lorsque la signification d'une partie importante des échanges verbaux et non-verbaux leur échappe, la crainte des distorsions et déformations, la banalisation de propos teintés affectivement, la normalisation de propos incohérents (Weiss et Stuker 1998).

Diverses tendances se dessinent lorsqu'il s'agit du recours à la traduction dans le monde de la santé, que nous allons présenter ici de manière schématique (pour une revue détaillée, voir Guex & al. 2000; Jalbert 1998; Weiss & al. 1998). Une première approche plutôt technique préconise une traduction mot à mot, proche de la version classique de l'interprétariat ou de la traduction simultanée. Dans cette perspective, le recours à l'interprète est vu comme un mal nécessaire, pour combler le fossé des langues. Ce qui est recherché ici, est plutôt *la transparence et la neutralité de l'interprète* dans une tentative d'éviter les éventuels tiraillements pouvant surgir entre les différents membres de la triade.

Une autre tendance, actuellement minoritaire en Suisse romande, considère la présence de l'interprète non plus comme un problème, mais comme une chance. Elle préconise d'accorder une place centrale et plus active à l'interprète, l'utilisant non seulement comme traducteur, mais également comme médiateur culturel. Dans cette perspective, certains

* Docteur en Psychologie, enseignante et chercheuse à l'Université de Genève. Travaille comme psychothérapeute avec des populations migrantes.

** Psychologue, docteur en Sciences de l'Éducation et chercheuse à l'Université de Genève. Travaille comme psychothérapeute avec des populations migrantes.

vont jusqu'à considérer l'interprète comme un *co-thérapeute* (Métraux & al. 1995; Nathan & al 1994; de Pury 1998). Dans cette conception, la fonction de l'interprète est double. Il lui revient d'une part, de renseigner le soignant occidental sur les représentations et pratiques culturelles traditionnelles - en particulier celles relatives à la maladie et à la guérison - et d'autre part, de participer activement à la co-construction de l'interculturalité en séance, c'est-à-dire à la création d'un espace intermédiaire où coexistent des représentations du pays d'accueil et du pays d'origine. Plus question ici ni de transparence ni de neutralité de l'interprète! On lui demande, au contraire, de s'engager activement sur le plan émotionnel, d'écouter les difficultés du patient comme quelqu'un qui « est déjà passé par là », bref de jouer le rôle de *porteur* entre deux mondes.

C'est de ce dernier courant que se réclame l'ethnopsychiatrie (pour une présentation théorique du modèle, voir Nathan 1986, 1988). Lorsque les interventions thérapeutiques selon un modèle occidental s'avèrent inopérantes pour un patient migrant, cette approche propose une médiation entre la culture du pays d'origine et celle du pays d'accueil, appartenances souvent vécues comme antagonistes et mutuellement exclusives. Le travail de réaffiliation du patient à sa culture d'origine, s'opère par un déplacement du niveau psychologique au niveau anthropologique de la maladie. Cela permet de jeter des ponts entre ici et là-bas, de façon à ce que le patient puisse, à terme, bénéficier des soins donnés par les institutions existantes, sans nécessairement rejeter les savoirs thérapeutiques disponibles dans sa culture. Pour ce faire, il devra s'engager dans un long processus de redéfinition et de réappropriation de ses appartenances culturelles à l'issue duquel il sera amené à faire sa propre synthèse.

La Consultation d'ethnopsychiatrie de Genève¹ est une consultation de groupe qui fonctionne selon le modèle de Nathan (1989). Une dizaine de co-thérapeutes, d'origines culturelles diverses, disposant d'une formation clinique à l'occidentale tout en ayant un intérêt marqué pour les problématiques culturelles et les techniques d'intervention traditionnelles, sont réunis autour d'un patient. Un interprète-médiateur culturel, installé entre le patient et le thérapeute principal, constitue le troisième pôle du setting.

Présentation de l'étude

L'étude présentée ci-dessous se propose d'analyser la dynamique complexe de la participation d'un interprète dans une prise en charge de type ethnopsychiatrique. La situation retenue est une première séance de consultation. Nous avons cherché à savoir quelles sont les différentes facettes du rôle de l'interprète et quelles sont les difficultés rencontrées dans l'exercice de cette fonction. Plus précisément, nous avons voulu décrire :

1. Dans quels types d'activités s'engage l'interprète ?
2. Comment s'effectue la création commune d'un récit entre patient, interprète et thérapeute(s), visant à donner un sens aux événements de la vie du patient ?

1. Médecin-responsable Dr F. James.

3. Comment s'opère une négociation entre patient, interprète et thérapeute(s) autour de l'intervention thérapeutique à entreprendre ?

Vignette clinique

Il s'agit d'un patient tunisien de 28 ans, marié à une suisse, vivant en Suisse depuis trois ans, comprenant et s'exprimant en français de manière très approximative. Le patient (Monsieur M.) a effectué un séjour en hôpital psychiatrique suite à un épisode de violence conjugale survenu après la naissance de son premier enfant. A sa sortie, il est suivi par un psychiatre en ambulatoire pour des idées de méfiance à l'égard de sa femme. Après avoir tenté de voir le couple ensemble, puis Monsieur M. seul, le psychiatre se sent rapidement démuni face au fonctionnement psychologique de son patient et, faisant l'hypothèse de facteurs culturels intervenant dans le tableau clinique, l'adresse à la consultation d'ethnopsychiatrie.

L'interprète est un jeune Berbère de Tunisie âgé de 26 ans, célibataire, en Suisse depuis trois ans, suivant une formation d'interprète à l'Université de Genève. C'est la première fois que nous avons recours à ses services ; il ne connaît pas le patient, ni aucun autre membre du groupe. Il dit entretenir des contacts réguliers avec des membres de sa communauté d'origine. En plus de traduire, on lui dit qu'il sera sollicité en tant que référent culturel pour nous renseigner sur les coutumes, usages et représentations populaires ou traditionnelles en Tunisie.

Procédure

Avec l'accord du patient, nous avons effectué un enregistrement audio de la première séance dans son intégralité. Nous avons ensuite retranscrit cet entretien, et numéroté les tours de parole des différents intervenants². Nous avons par la suite découpé la séance en cinq phases, présentées dans le Tableau I. Enfin, nous avons effectué une analyse de contenu afin de dégager les différents thèmes abordés et leur évolution.

Tableau I : PHASES D'UNE PREMIÈRE SÉANCE D'ETHNOPSYSCHIATRIE

Phase 1 : présentations	Présentation du travail de la consultation, puis présentation des membres du groupe.
Phase 2 : explicitation de la demande, récolte d'informations (anamnèse rapportée)	La thérapeute principale demande au référent externe (médecin, travailleur social ou psychologue) d'expliciter sa demande, l'impasse de sa prise en charge et ses hypothèses (<i>pourquoi avez-vous pensé nous adresser M ou Mme ?</i>). Le référent rapporte ce qu'il sait de l'histoire du patient.

² Les interventions du patient et de l'interprète en arabe ont été traduites en français par l'une d'entre nous, d'origine libanaise.

Phase 3 : exploration clinique et anamnèse en direct	La thérapeute principale interroge le patient par rapport à certains points de cette anamnèse. Elle sollicite des informations complémentaires auprès de l'interprète. Le groupe intervient assez peu à ce stade.
Phase 4 : formulation d'hypothèses étiologiques traditionnelles	Certaines pistes sont explorées, cette exploration impliquant le groupe et l'interprète de façon active. Le " résultat " des délibérations du groupe est reformulé et restitué au patient, qui réagit, etc.
Phase 5 : clôture	La thérapeute principale fait une synthèse de la séance, en résumant le sentiment du groupe et le sien. En fonction de l'hypothèse retenue à ce stade, elle fait une prescription ou une recommandation, qu'elle fait traduire au patient.

Le découpage de la séance en cinq phases fournit une indication « temporelle » sur l'usage que le groupe fait de l'interprète, étant donné sa double fonction de traducteur et de médiateur culturel. Il permet de voir si la position de l'interprète se modifie durant la séance et indique quelles compétences sont sollicitées à quel moment de la séance.

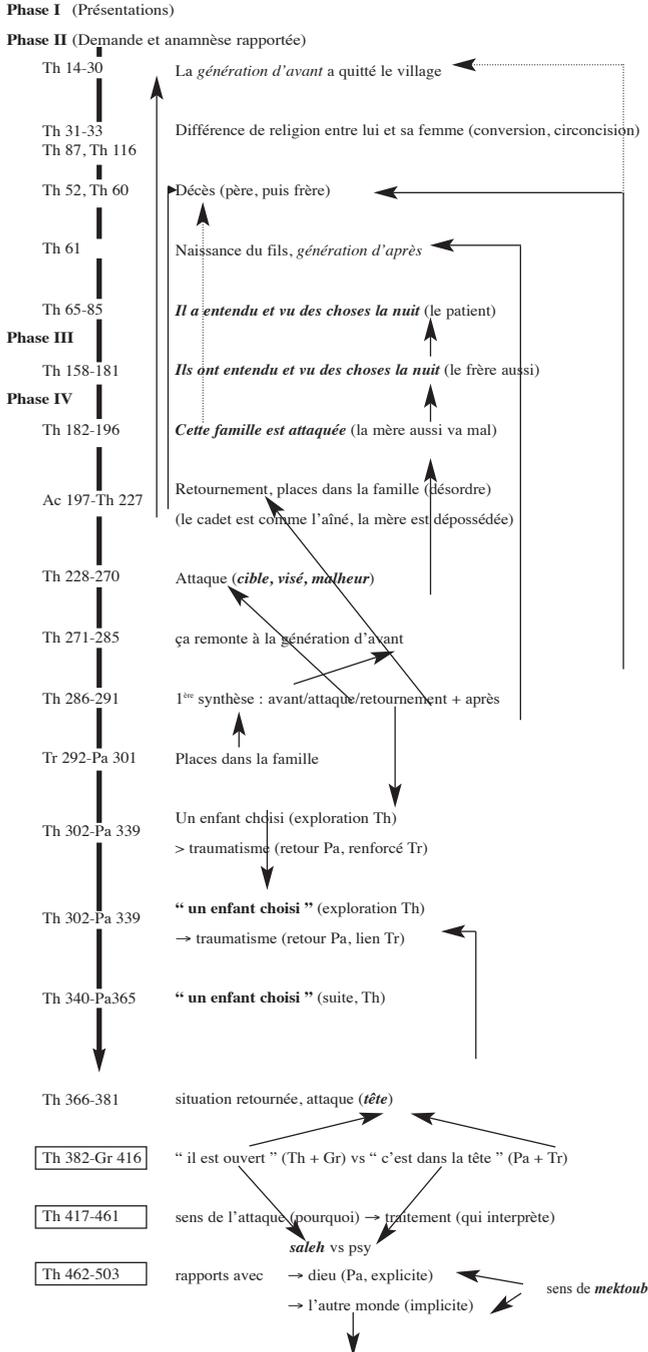
La figure 1 schématise la progression et l'imbrication des thèmes au cours de la séance. La numérotation correspond aux tours de parole, précédée par les initiales de l'intervenant qui introduit le thème : **T**hérapeute, **A**ccompagnant, **G**roupe, **T**raducteur, **P**atient. Les flèches ascendantes indiquent les thèmes repris, déjà apparus dans la séance, qui constituent des points d'achoppement de la séance. Les flèches descendantes correspondent aux interventions qui tentent d'ouvrir sur de nouvelles représentations, d'introduire une dynamique permettant au patient d'aller au-delà de la description des faits. Les termes en italiques correspondent à des citations, les termes en gras à des concepts-clef en ethnopsychiatrie.

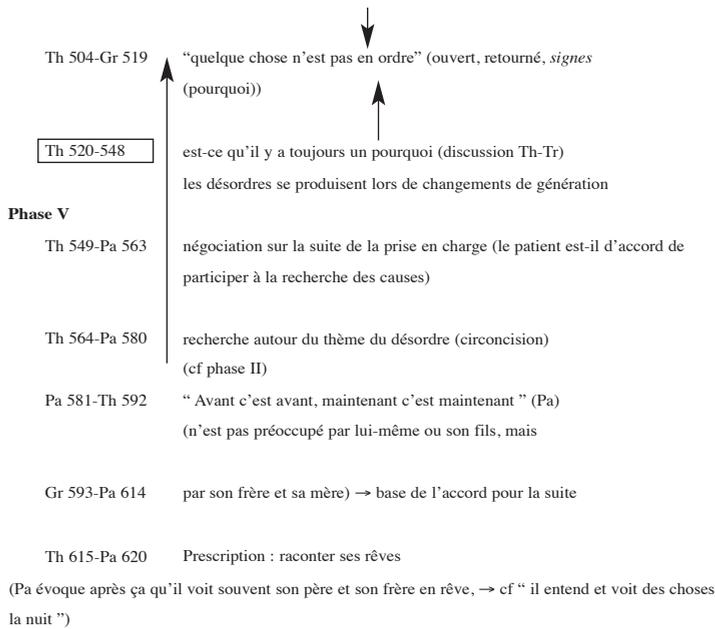
Construction d'un récit à cheval entre le psychologique et le culturel

Lors de la phase II (anamnèse rapportée)³ c'est l'accompagnant extérieur, en l'occurrence le psychiatre qui nous adresse le patient, qui tient le fil du récit, interrogé par la thérapeute principale. Les thèmes indiqués sur la Fig. 1 constituent les premiers points d'accrochage du récit en construction. La première négociation de sens se fait lors des interventions 65-85. A partir du diagnostic d'« hallucinations auditives » rapporté par le psychiatre, on assiste à un changement de catégorie de la thérapeute principale aboutissant à la thématisation « *il a entendu et vu des choses la nuit* », qui comporte une étiologie traditionnelle sous-jacente (appel de l'autre monde). Le patient reprend à son compte ce thème en ajoutant un

³ La Phase I concerne les présentations et ne sera pas commentée ici.

Figure 1 : CONSTRUCTION THÉMATIQUE D'UN RÉCIT AU COURS DE LA PREMIÈRE SÉANCE DE PRISE EN CHARGE EN ETHNOPSYCHIATRIE





élément nouveau : son frère aussi est malade, il voit aussi des choses la nuit, et sa mère aussi va mal, ce qui l'inquiète beaucoup. La similitude entre les états de santé des différents membres de la famille est soulignée et le thème de l'attaque contre la famille (182-196) est introduit par la thérapeute principale. Ce thème organisateur de cette première partie de l'entretien, va être développé en différentes variantes par les membres du groupe. On note que le focus thérapeutique se déplace et s'élargit au fur et à mesure : il s'agit d'abord du patient seul, puis du frère et du père décédés de manière inattendue, puis d'un autre frère et de la mère. Progressivement, le thème de l'attaque est adopté par tous : les co-thérapeutes, l'interprète ainsi que le patient y contribuent. Par contre, seuls les thérapeutes poursuivent la piste transgénérationnelle («*cela avait commencé avant vous et se poursuit dans la génération suivante* », 271-285).

La première synthèse constitue un tournant important à partir duquel commencent à apparaître des hypothèses étiologiques traditionnelles. La thérapeute principale explore l'enfance du patient en suggérant une enfance particulière (*thème de l'enfant choisi*, 302-339). En réponse, le patient relate un événement suite auquel il s'est senti radicalement différent : un accident de voiture à l'âge de 15 ans où il aurait subi un traumatisme crânien. Depuis lors, il rougit en public et pense que les gens le croient homosexuel. Cette information nouvelle permet à la thérapeute principale et au groupe de localiser l'attaque dans la tête (366-381) et de proposer une nouvelle description traditionnelle de l'état du patient, non plus en termes psychiatriques, mais en termes traditionnels « *on lui a*

ouvert la tête » (382-416), formulation qui explique de manière allusive sa métamorphose à l'âge de 15 ans par l'action maléfique de djinns « entrés » au moment de cet accident.

On assiste à une deuxième négociation autour du sens à donner à cette expression (*on lui a ouvert la tête*), l'interprète ayant de la peine à la comprendre et à la traduire (et probablement à adhérer au contenu implicite auquel elle renvoie).

Ceci nous amène à aborder le thème du traitement adéquat : « *que fait-on lorsque quelqu'un a la tête ouverte et présente une souffrance qui n'est pas détectée par les scanners ?* » (417-461). C'est à ce moment-là que la séance bascule. Alors que le groupe de thérapeutes cherche du côté des guérisseurs et voit émerger une étiologie traditionnelle qui intègre les différents éléments de l'histoire individuelle et familiale du patient dans une pensée culturelle au sujet de la maladie, le patient et l'interprète se montrent réticents, penchant pour une explication soit neurologique (traumatisme crânien pour le patient), soit psychologique (état de choc pour l'interprète). Ils récusent ouvertement l'idée que dans ces cas là on va voir un *saleh* et considèrent plus pertinent de consulter un psy. A noter que malgré son désaccord, l'interprète continue de jouer ici son rôle de médiateur culturel puisque c'est lui qui fournit le mot de *saleh* (guérisseur), explicitant ainsi pour le patient, ce qui dans le discours de la thérapeute principale restait allusif.

A partir de ce moment, le conflit entre pratiques thérapeutiques modernes ou traditionnelles, envisagées comme incompatibles, sera vécu de manière plus aiguë par l'interprète que par le patient. Le patient en vient même à un moment à traduire pour l'interprète qui ne voit pas de quoi on parle ! Il faudra de l'humour et une discussion serrée (462-548) pour dépassionner le débat, rassurer l'interprète et lui faire sentir que notre démarche ne s'appuie ni sur des croyances magiques ni sur une vision stéréotypée et caricaturale de sa culture d'origine.

Interventions de l'interprète dans le déroulement de la séance

Au cours de deux premières phases de la séance, l'interprète intervient surtout en qualité de traducteur. Par contre, dès la phase III, où le récit commence à se nouer, il se montre plus entreprenant. Jusqu'à la première synthèse, il explore activement la situation avec la thérapeute, allant jusqu'à poser spontanément un certain nombre de questions dans le but de mieux cerner la situation. Toutefois, lorsque des hypothèses étiologiques sont formulées par le groupe, il est surpris et mal à l'aise ; ses résistances surgissent faisant écho à celles du patient. Ce mouvement atteint son paroxysme lorsque l'interprète se trouve confronté à deux modèles antagonistes de la maladie et surtout des soins : un modèle scientifique (qui cherche à remédier à la maladie par des actes techniques, ou par une explication psychologique) et un modèle traditionnel (où rien n'est fortuit et qui voit dans la maladie le signe d'un désordre social qu'il faut réparer). Il interpelle alors personnellement le groupe et met en question la

démarche, voire les « croyances », des thérapeutes sortant ainsi momentanément de sa position d'intermédiaire (520-548).

Tout se passe comme si le fait de passer par le niveau anthropologique lorsqu'il s'agissait de remédier à une situation précise - et non plus dans l'abstrait -, avait surpris l'interprète et éveillé sa méfiance. Comment des soignants d'ici, formés à l'occidentale peuvent-ils prôner une thérapeutique traditionnelle ? Il exprime alors ouvertement le besoin de comprendre (voire d'adhérer) à notre modèle théorique sous-jacent pour poursuivre son activité de traduction. Interpellé dans ses propres repères culturels, il présente un mouvement transférentiel qui allie défense du patient et de sa culture, et où il se montre paradoxalement plus occidentalisé que les membres du groupe.

Discussion

Par cette analyse détaillée, nous avons voulu montrer que la position de l'interprète est mouvante et parfois inconfortable. Notons tout d'abord que de par ses études, l'interprète dont il est question ici s'est trouvé pris dans un conflit entre son idéal professionnel de neutralité et l'engagement personnel que le groupe attendait de lui en tant que médiateur culturel.

Plus généralement, de par sa position et son rôle, l'interprète se trouve confronté à un double statut, à un double « *Nous* » qui fait écho à sa double appartenance culturelle :

- *Nous*, traducteur et patient appartenant à la même culture,
- *Nous*, traducteur et soignant(s) appartenant au même setting thérapeutique.

Dans le travail clinique et dans cette position incarnant l'entre-deux, l'interprète doit à la fois centrer son attention sur les aspects langagiers et sur les contenus évoqués dans le discours, dans la mesure où ces derniers vont induire chez lui une activité de jugement (vrai/faux) et une prise de position personnelle (accord/désaccord) par rapport aux propos traduits.

Dans la séance présentée ici, on a vu l'interprète pris à partie dans ses repères personnels et culturels : son identité de migrant interpellée, sa synthèse culturelle et son propre positionnement interculturel questionnés, ses clivages opposant le traditionnel/primitif au moderne/scientifique mis à mal.

Suivant les moments de la séance, on a pu observer que l'alliance interprète-thérapeute(s) s'est estompée au profit de l'alliance interprète-patient, faisant front commun, car se sentant probablement menacés par les propos du groupe. Il apparaît donc qu'intervient de manière décisive dans l'acte de traduction aussi bien la représentation que l'interprète a des thérapeutes et de leurs connaissances (ou théories) culturelles, que sa représentation du patient et de son univers. Ces processus qui sous-tendent l'acte de traduction se révèlent actifs sur le plan clinique, comme le soulignent Moro *et al.* (1994). C'est cette activité représentative, souvent passée sous silence, qui rend possible l'acte de traduction consistant à jeter des ponts entre deux univers conceptuels.

La triade thérapeute(s)⁴-patient-interprète est donc composée de trois dyades [thérapeute(s)-patient; patient-interprète; interprète -thérapeute(s)] dont les rapports varient en fonction de l'idée que les différents protagonistes se font du sujet et du but des interventions réciproques. Cela donne lieu à une dynamique faite de différents moments d'équilibre et de déséquilibre. Loin de chercher à imposer son discours à l'autre, le clinicien doit être particulièrement attentif à ces mouvements-là cherchant à expliciter les malaises, les interrogations, voire les désaccords de l'interprète. En effet, des réactions émotionnelles, transférentielles et contre-transférentielles telles que celles qui ont été décrites plus haut ne doivent pas être considérées à titre anecdotique, mais constituent un matériel clinique primordial qui atteste de la difficulté de l'interprète, mais aussi du patient et des thérapeutes, à construire un espace réellement interculturel.

BIBLIOGRAPHIE

- Guex P, Singy P. *Migrants et réseaux de soins : pour une adaptation interculturelle*. Rapport final du P.N.R. 39 : « Migrations et relations interculturelles »; 2000.
- Jalbert M. Travailler avec un interprète en consultation psychiatrique. *P.R.I.S.M.E* 1998; 8 : 94-111.
- Métraux JC, Alvir S. L'interprète : traducteur, médiateur culturel ou co-thérapeute. *Interdialogos* 1995; 2 : 22-26.
- Moro MR, de Pury Toumi S. Essai d'analyse des processus interactifs de la traduction dans un entretien ethnopsychiatrique. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1994; (25-26) : 47-85.
- Nathan T. *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris : Dunod; 1986.
- Nathan T. *Le sperme du Diable : Eléments d'ethnopsychothérapie*. Paris : PUF; 1988.
- Nathan T. Epistémologie et technique de la consultation d'ethnopsychiatrie. *Médicographie* 1989; (119) : 29-33.
- Pury S de. *Traité du malentendu. Théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique*. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo; 1998.
- Weiss R, Stuker R. *Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins*. Neuchâtel : rapport de recherche N°11, Forum suisse pour l'étude des Migrations; 1998.

RÉSUMÉ

Le rôle de l'interprète dans la construction de l'interculturalité dans un entretien ethnopsychiatrique

Nos sociétés étant de plus en plus métissées, le recours à un interprète s'avère souvent indispensable lors du travail clinique avec des migrants tant pour des raisons de communication, que pour avoir accès aux représentations culturelles de nos patients. Cette démarche soulève encore néanmoins de nombreuses craintes et résistances chez les cliniciens,

4 Pour simplifier l'exposé, on considérera ici que le groupe de thérapeutes est homogène et uniforme, ce qui n'est bien sûr pas le cas.

dans la mesure où elle entraîne une importante complexification du cadre thérapeutique et de l'interaction. A partir de l'analyse intégrale des échanges verbaux au cours d'une première séance d'ethnopsychiatrie, les auteurs tentent de montrer comment l'interprète participe activement à la construction de l'interculturalité en se forgeant une représentation des univers du patient et du thérapeute, processus fécond et trop souvent ignoré. La position inconfortable de l'interprète est également soulignée, puisque le matériel traduit questionne la prise de position de celui-ci face à sa double appartenance culturelle.

Mots-clés :

Interprète, interculturalité, ethnopsychiatrie, traduction, représentation.

ABSTRACT

The place of the interpreter in the construction of interculturality in clinical work with migrants

In our societies working with interpreters in clinical practice is indispensable both for communication and in order to access cultural representations of our patients. Clinicians still tend to fear or resist to this since it complexifies the therapeutic setting and interactions. Based on a complete analysis of verbal exchanges in a first session in transcultural psychotherapy, the authors show how the interpreter participates in the construction of interculturality through the explanation of socio-cultural values and norms implicate in language on both sides. The uncomfortable position of the interpreter is also mentioned since what is translated questions his own position concerning his double belonging.

Key words :

Interpreter, interculturality, ethnopsychiatry, cultural mediation, migration, alterity.

RESUMEN

El papel del interprete en la construcción de la interculturalidad en una sesión etnosiquiátrica

Nuestras sociedades volviéndose de mas en mas mestizadas, hacer recurso a un interprete se revela a menudo indispensable para un trabajo clínico con los migrantes tanto por razones de comunicación que para tener acceso a las representaciones culturales de nuestros pacientes. Este modo de hacer crea todavía pese a todo numerosos temores y resistencias entre algunos terapeutas, en la medida en que comporta una complejidad más al cuadro terapeutico y a la interacción. Partiendo del análisis intergral de los intercambios verbales durante una primera sesión de etnosiquiátrica, los autores tratan de mostrar la manera en que el interprete participa activamente a la construcción de los universos del paciente y del terapeuta, proceso fecundo y a menudo ignorado. Es igualmente subrayada la posición incómoda del interprete, ya que el material traducido cuestiona el posicionamiento de este frente a su pertenencia cultural doble.

Palabras claves :

Interprete, interculturalidad, etnosiquiátrica, traducción, representación