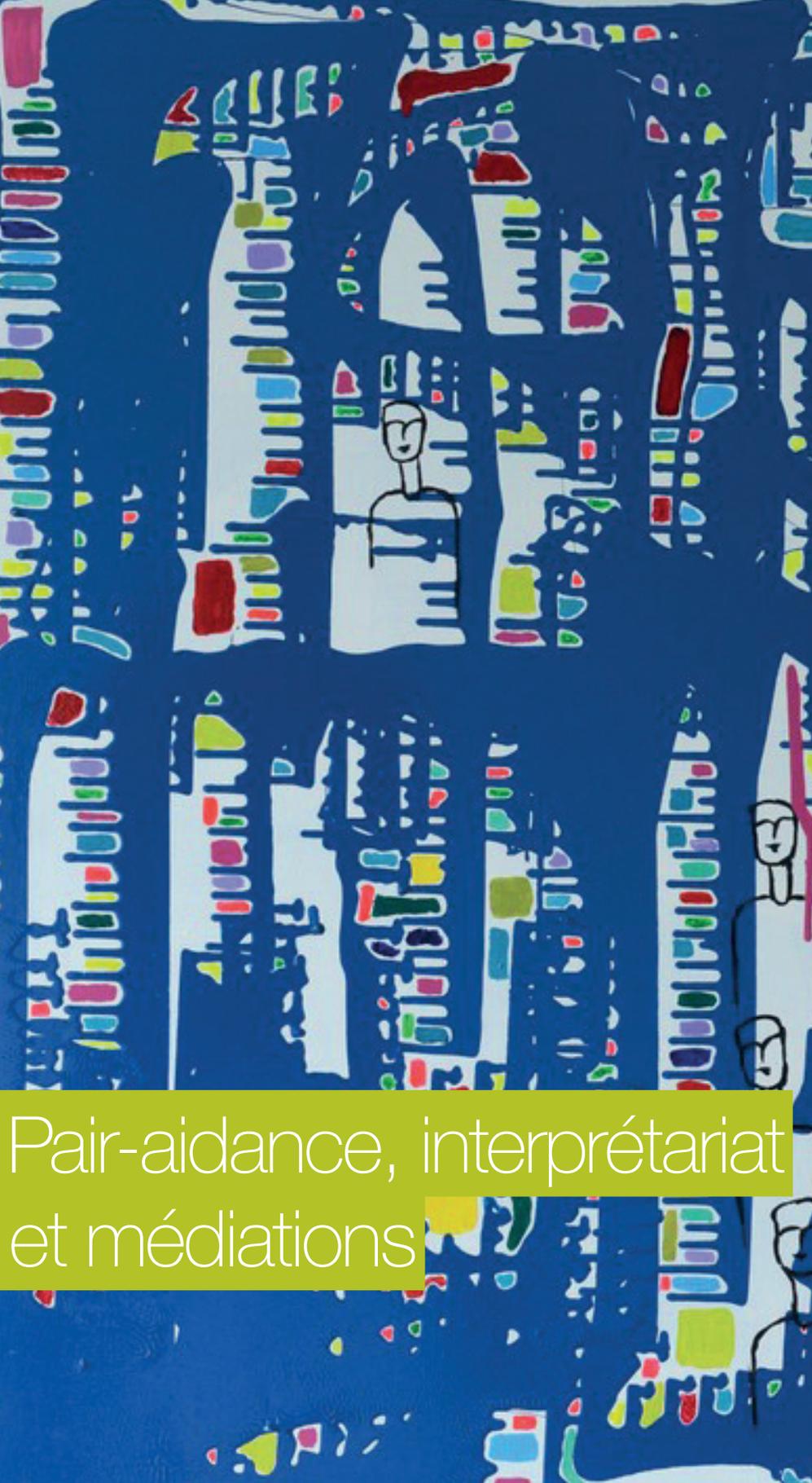


Santé mentale  
& précarité

# les CAHIERS de RHIZOME

# 75-76

Mars 2020



Pair-aidance, interprétariat  
et médiations

---

## DIRECTEUR DE PUBLICATION

Nicolas CHAMBON

---

## ASSISTANTE DE RÉDACTION

Natacha CARBONEL

---

## COMITÉ DE RÉDACTION

**Jean-Marie ANDRÉ**,  
professeur de l'École des hautes études en santé publique (Rennes)

**Marianne AUFFRET**,  
vice-présidente de l'association « Élus, santé publique et territoires » (Paris)

**Arnaud BÉAL**,  
psychologue social, GRePS (Lyon)

**Pascale ESTECAHANDY**,  
médecin, Dihal (Paris)

**Benoît EYRAUD**,  
sociologue, Centre Max-Weber (Lyon)

**Sandra GUIGUENO**,  
psychiatre (Rouen)

**Jean-François KRZYZANIAK**,  
membre du Conseil national de santé mentale (Angers)

**Christian LAVAL**,  
sociologue (Lyon)

**Antoine LAZARUS**,  
président de l'OIP et professeur de santé publique (Paris)

**Édouard LEAUNE**,  
psychiatre, CH Le Vinatier (Lyon)

**Philippe LE FERRAND**,  
psychiatre (Rennes)

**Gwen LE GOFF**,  
directrice adjointe Orspere-Samdarra, membre du comité de lecture (Lyon)

**Fidèle MABANZA**,  
poète, formé à la philosophie (Villefontaine)

**Jean-Pierre MARTIN**,  
psychiatre, CH Sainte-Anne (Paris)

**Alain MERCUEL**,  
psychiatre, CH Sainte-Anne (Paris)

**Éric MESSENS**,  
directeur de l'association Terres rouges (Bruxelles)

**Marie-Noëlle PETIT**,  
chef du pôle Avignon Nord, CH de Montfavet (Avignon)

**Bertrand RAVON**,  
professeur de sociologie, Centre Max-Weber (Lyon)

**Aurélié TINLAND**,  
médecin de santé publique et psychiatre (Marseille)

**Nadia TOUHAMI**,  
aumônière des hôpitaux (Marseille)

**Nicolas VELUT**,  
psychiatre (Toulouse)

**Benjamin WEIL**,  
psychiatre (Lille)

**Halima ZEROUG-VIAL**,  
psychiatre, directrice Orspere-Samdarra (Lyon)

---

## CONTACT RÉDACTION

### ORSPERE-SAMDARRA

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

[orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr](mailto:orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr)

---

## RELECTURE, CRÉATION & RÉALISATION

Mariane Borie

---

## ABONNEMENT

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

[www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra](http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra)

Dépôt légal : 2302  
ISSN : 1622 2032  
N° CPPAP : 0910B05589  
Tirage : 3 500 exemplaires

## Artiste : Tallafe, artiste peintre

Né le 29 décembre 1981 à Abéché, deuxième plus grande ville du Tchad, Tallafe est très tôt attiré par la peinture. Dès ses 14 ans, il explore la couleur en empruntant des bombes de peinture à son père carrossier. À partir de ce moment, il sait qu'il veut être artiste. Jeune adulte, il quitte son pays natal pour les Pays-Bas. Il y reste deux ans avant de rejoindre l'Angleterre où il intègrera, en 2004, l'Oldham School of Arts à Manchester. Au cours de sa formation, Tallafe explore différents moyens et formes plastiques (le collage, la sculpture en pâte à modeler). Il choisit alors de s'orienter vers l'acrylique sur toile comme un retour aux sources. Pour le style, il se forme à l'art du portrait et à l'abstraction. Son inspiration se porte sur ses rêves, dessinant des formes abstraites animées par des couleurs chatoyantes. Parallèlement, il découvre à travers les médias britanniques les drames des enfants soldats et de la corruption en Afrique. Il décide d'approfondir ses recherches sur ces sujets et c'est naturellement qu'il commence à les exprimer dans son travail artistique. Dès lors, émergent au sein des couleurs de Tallafe des silhouettes longilignes qui présentent, par leur anonymat, une abstraction qui questionne le public. En 2008, son diplôme d'artiste professionnel en poche, il revient au Tchad. Un an plus tard, à la recherche de nouvelles inspirations, il décide de s'installer en France, à Massy en région parisienne. Depuis, ses œuvres ont été accueillies dans plusieurs centres d'exposition en France, à la Maison de l'UNESCO, mais aussi en Allemagne, en Belgique et en Suisse. Son tableau *Confluences* obtient le Prix de la ville de Sainte-Geneviève-des-Bois au Salon de l'Hurepoix 2012. En 2013, Tallafe est mis en avant dans le cadre de la communauté de l'association Singa.

Liens pour découvrir le travail et les engagements de l'artiste : <https://tallafe.com/> [atallafe@yahoo.fr](mailto:atallafe@yahoo.fr)



*Rhizome* est une revue interdisciplinaire consacrée aux problématiques à l'interstice des champs de la santé mentale et de la précarité. Elle est portée et éditée par l'Orspere-Samdarra, observatoire national, santé mentale, vulnérabilités et société, depuis sa création en avril 2000. Les thématiques, variées, sont déterminées en fonction de problématiques pratiques, politiques et/ou cliniques. *Rhizome* a l'ambition de soutenir les pratiques, la décision politique et de contribuer à la controverse scientifique.

Tel un rhizome, ses contributeurs et ses lecteurs participent à l'élargissement du réseau de personnes concernées par les questions psychosociales, que ce soit sous l'angle de la souffrance, de la clinique, de l'intervention... Plus largement, la revue contribue à interroger l'individualisation contemporaine, ses caractéristiques, ses effets et les réponses apportées par des institutions, dispositifs, collectifs, usagers, intervenants...

*Rhizome* est un espace de dialogue entre les sciences, notamment entre les sciences humaines, sociales et médicales, entre les pratiques, entre les personnes concernées par le trouble et/ou la précarité et les personnes intervenantes auprès d'elles. En référence à la théorie du rhizome élaborée par Gilles Deleuze et Félix Guattari, ce réseau se veut non-hiérarchique.

Une attention est portée à la diversité des contributions, et ce, au niveau national et international. *Rhizome* est en effet financé par la direction générale de la Santé et la direction générale de la Cohésion sociale et diffusé gratuitement à un large lectorat composé d'intervenants sociaux, en santé, d'étudiants, et de personnes d'horizons divers. Disponible sur la plateforme Cairn et sur le site de l'Orspere-Samdarra, la diffusion de la revue est libre. Elle se décline sur deux formats, les *Bulletins de Rhizome* (3 numéros par an) et les *Cahiers de Rhizome* (1 numéro par an). Chaque numéro des *Cahiers* est construit à partir d'une thématique spécifique en lien avec une recherche menée par l'Orspere-Samdarra. Un appel à contributions est diffusé en début d'année. Le format est de plus de 100 pages et les articles, qui peuvent avoir un format plus long, sont sélectionnés en fonction de leur qualité, mais aussi de la concordance avec la thématique et la problématique du numéro.

# SOMMAIRE

7

## MÉDIATEURS, PAIRS, INTERPRÈTES... AU SECOURS DU SOIN

Nicolas Chambon  
Véronique Traverso  
Halima Zeroug-Vial

17

## LE PAIR-AIDANT PROFESSIONNEL : UN NOUVEL ACTEUR POUR DE NOUVELLES RÉPONSES

Camille Niard  
Philippe Maugiron  
Nicolas Franck

27

## PATIENTS INTERVENANTS, MÉDIATEURS DE SANTÉ-PAIRS : QUELLES FIGURES DE LA PAIR- AIDANCE EN SANTÉ ?

Aurélien Troisœufs

37

## LES PRATIQUES DES MÉDIATEURS DE SANTÉ-PAIRS EN SANTÉ MENTALE

Lise Demailly

47

## MODALITÉS DE MÉDIATION DANS DES GROUPES D'ENTRAIDE POUR PERSONNES VIVANT AVEC LE TROUBLE BIPOLAIRE EN BELGIQUE FRANCOPHONE

Émilie Charlier

56

## « ON EST DES (EX-) QUELQUE CHOSE »... DE LA MOBILISATION DES SAVOIRS EXPÉRIENTIELS DANS LE TRAVAIL PAIR

Laëtitia Schweitzer

67

## L'INTERPRÈTE COMME « MACHINE À TRADUIRE » ET LA NÉGOCIATION DE LA SIGNIFICATION EN INTERACTION : DEUX PRATIQUES EN TENSION ?

Elizaveta Chernyshova  
Anna Claudia Ticca

77

## QUELS MOTS POUR DIRE LES MOTS DE L'AUTRE ? LES DÉSIGNATIONS D'ÉMOTIONS ET LEUR TRADUCTION DANS LES INTERACTIONS EN SANTÉ MENTALE

Vanessa Piccoli  
Véronique Traverso

86

## UN DIALOGUE À TROIS VOIX : THÉRAPEUTE, PATIENT ET INTERPRÈTE

Anne-Marie Cervera

90

(SE) FAIRE CONFIANCE : ENJEUX  
D'UNE COLLABORATION ET  
D'UNE TRANSFORMATION  
DU CADRE CLINIQUE EN  
PÉDOPSYCHIATRIE

Iona Atger  
Djamel Khouas  
Stéphanie Larchanché

99

LA FORMATION DES  
INTERPRÈTES POUR LEURS  
INTERVENTIONS EN SANTÉ  
MENTALE : DÉVELOPPEMENT  
D'UN DOSSIER PÉDAGOGIQUE

Orest Weber  
Florence Faucherre

110

QUELLES MEDIATIONS DANS LES  
PRATIQUES D'INTERPRÉTARIAT ?

Ada Luz Duque

120

ÉLÉMENTS POUR UNE APPROCHE  
ÉCOLOGIQUE DU TRAVAIL DES  
INTERPRÈTES AUPRÈS DE  
MIGRANTS : PENSER CETTE  
PRATIQUE DANS CE  
QU'ELLE A DE RISQUÉ

Anne-Sophie Haeringer

132

LA TRADUCTION COMME  
MÉDIATION CRÉATRICE À  
MAYOTTE, UN ESPACE À  
RÉFLÉCHIR

Amandine Bachini  
Élodie Berenguer

141

« FAIRE CAS » DU  
TRAUMATISME DANS UNE  
CONSULTATION D'EXPERTISE  
MÉDICALE AUPRÈS DE  
DEMANDEURS D'ASILE

Nicolas Chambon  
Roman Pétrouchine

151

ÊTRE ACCOMPAGNÉ PAR UN  
INTERPRÈTE : ENTRE BESOIN  
DE RECONNAISSANCE ET  
STRATÉGIES DE RÉSISTANCE

Gwen Le Goff  
Natacha Carbonel

164

LES DÉFIS ASSOCIÉS À LA  
FONCTION DE MÉDIATEUR DE  
SANTÉ PAIR : ENJEUX POUR  
LEUR FORMATION INITIALE ET  
CONTINUE

Olivia Gross

174

LE « LOGEMENT D'ABORD » :  
DES ACTIVITÉS DE MÉDIATION  
AU SERVICE D'UN PROCESSUS  
DE PERSONNALISATION DE  
L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Élodie Gilliot  
Mathilde Sorba

184

ACCOMPAGNER SES PAIRS  
N'EST PAS UNE ACTIVITÉ DE  
MÉDIATION, POURTANT ILS  
SONT APPELÉS « MÉDIATEURS  
DE SANTÉ-PAIRS »...

Christian Laval  
Ève Gardien

193

« FACILITER » UN GROUPE  
D'ENTRAIDE DU REV FRANCE,  
L'EXPÉRIENCE DE MONTPELLIER

Graziella Golf  
Thomas d'Hauteville  
Magali Molinié

Nicolas Chambon

Véronique Traverso

Halima Zeroug-Vial

# MÉDIATEURS, PAIRS, INTERPRÈTES... AU SECOURS DU SOIN

Une transformation plus ou moins tranquille traverse aujourd'hui les structures sanitaires et sociales. D'un côté, les *métiers* représentés au sein des établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux se retrouvent « fragilisés ». Des psychologues s'interrogent par exemple sur la pertinence de l'évolution de la psychiatrie publique – diffusion du concept de « rétablissement », développement de la réhabilitation psychosociale –, et sur leur place dans ces évolutions. Des soignants et des intervenants sociaux alertent également sur le manque de moyens pour mener à bien leur mission dans des structures en « crise ». D'un autre côté, se développent des métiers plus ou moins nouveaux (médiateur de santé-pair, interprète...) dont le nombre augmente chaque année. Ce développement est quantitatif, mais surtout qualitatif, puisque les formations qui sont proposées impliquent une « montée en compétences » de ces intervenants.

Si ces deux dynamiques ont pu apparaître comme concurrentielles, elles tendent aujourd'hui à s'enrichir mutuellement. Les voix qui s'insurgeaient hier contre la présence des médiateurs de santé-pair dans les services de soins ou qui revendiquaient le fait de pouvoir travailler avec les personnes allophones sans interprète grâce à la mobilisation de référentiels théoriques sont de moins en moins audibles aujourd'hui. Dans les faits, elles sont surtout contredites par la réalité des pratiques dont les cadres normatifs se fragilisent, mais dont l'essence demeure intacte. La profusion des demandes d'intervention des « psys », notamment sur les terrains de la précarité, en témoigne. Par ailleurs, les métiers de la médiation participent du soin dans une perspective collaborative avec les personnes dont la profession pouvait revendiquer, par le passé, l'exclusivité de l'exercice de cette mission. En donnant voix à ce dernier argument, ce numéro de *Rhizome* documente les situations relevant des domaines de la santé mentale ou de l'intervention sociale, au sein desquelles des tiers de différents types interviennent.

Une grande variété de cas de figure et de pratiques se déclinent au fil des articles, mais ces derniers révèlent surtout une diversité de points de vue, de regards et de perspectives. Ils participent à l'élaboration d'un prisme réflexif sur des questions qui apparaissent ainsi dans toute leur complexité. De la triangulation des instances dans le cadre des consultations avec interprète à la dissolution des catégories dans les situations de pair-aidance institutionnalisée, les différents articles nous invitent à lire des témoignages et des questionnements, notamment d'acteurs-chercheurs, sur les notions de « professionnalisation » et de « formation » – posées de l'extérieur et de l'intérieur –, des analyses et des réflexions, notamment sur l'expérience. Les perspectives sont plus ou moins objectivantes, subjectives, analytiques ou générales. Les observations faites se fondent un matériau expérientiel, introspectif ou déclaratif – dans le cas de travaux réalisés à partir d'entretiens –, sur des situations d'autoconfrontation ou sur des pratiques *in situ*. Soulignons deux éléments de contexte qui enracinent le développement de la médiation sanitaire, linguistique et sociale.

---

## De la pluralité des individus à la nécessité de la médiation

Le processus contemporain d'individualisation, que ce soit dans une version positive – avec le mouvement continu d'émancipation –, ou négative – avec le processus de fragmentation sociale –, a accéléré l'hétérogénéisation de la société. Il suffit de se rendre aux urgences d'un hôpital ou dans n'importe quelle administration pour s'en convaincre. Ce mouvement, qui ne peut que s'amplifier, touche aussi les domaines d'intervention auprès de populations précaires ou migrantes. Les catégories administratives (demandeur d'asile, titulaire du revenu de solidarité active [RSA]...) sont culturellement et socialement hétérogènes.

Le nombre de migrants primo-arrivants en France, par exemple, n'a cessé d'augmenter ces dix dernières années. Les demandes de soins des personnes migrantes sont nombreuses, notamment dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et auprès des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). Une controverse a émergé dans les institutions de soin quant à la prise en compte des spécificités du public migrant et à la nécessité de mettre en place – ou non – des dispositifs spécifiques *ad hoc*, comme l'ethnopsychiatrie dans le champ de la santé mentale. Si les tensions étaient fortes entre différents courants théoriques (rattachés à autant de structures) à la fin du xx<sup>e</sup> siècle, elles tendent à s'estomper devant les attentes d'une prise en charge effective en santé et face à la multiplication d'initiatives pour proposer un soin adapté aux personnes migrantes, notamment grâce à la présence de médiateurs et/ou d'interprètes. Les acteurs de la puissance

publique s'accordent aujourd'hui à dire que les personnes migrantes ne sont pas forcément un public spécifique, mais plutôt un public à besoins spécifiques. Ce recours aux tiers médiateurs paraît être une possibilité pour proposer un soin adapté et personnalisé sans mettre en place un soin spécialisé à telle ou telle catégorie administrative ou ethnique. D'ailleurs, la puissance publique promeut aujourd'hui le recours aux interprètes et médiateurs<sup>1</sup> dans les équipes de soin et cherche à favoriser la professionnalisation et la spécialisation de ces acteurs.

De manière générale, l'individu paraît fragile tout en étant acteur de sa propre reconnaissance et est de moins en moins réductible à son statut institutionnel. Dans le paradigme d'action actuelle, que ce soit dans le champ sanitaire ou social, l'intervention se déploie dans une perspective de reconnaissance sociale des personnes en difficulté ou en souffrance. Pour ce faire, le recours à des instances, à des activités ou à des personnes à même de faire de la médiation est de plus en plus nécessaire. Il ne s'agit donc plus seulement d'homogénéiser les profils individuels pour proposer un « traitement » sanitaire ou social. Dans un contexte de promotion de l'autonomie de l'usager ou du patient et de sa participation au processus de soin, et alors que tous les modes d'intervention sont de plus en plus personnalisés, ces médiations paraissent d'autant plus primordiales. L'injonction à devoir s'appuyer sur les forces, les compétences et les ressources des individus impacte les modalités de rencontre entre les accompagnants et les accompagnés, les soignants et les patients, qui peuvent nécessiter de recourir à des médiateurs (pairs) ou à des interprètes.

## L'efficacité des pairs

Si la « pair-aidance » se développe rapidement ces dernières années, c'est surtout qu'elle apparaît d'une grande aide aux personnes qui en bénéficient. Il est difficile de se retrouver seul et le recours aux professionnels « non-pairs » n'est parfois pas suffisant. Le partage de ressources, de repères, d'idées, de questions et de savoirs est très utile et souvent efficace (Gardien, 2019). Ces savoirs ont été fréquemment appris ou construits sur la base de l'expérience de la vulnérabilité sociale et/ou de troubles de santé mentale. Ce partage d'expérience peut amener des « patients » ou des « usagers » à découvrir un savoir autre que celui du professionnel.

Différentes figures du pair peuvent se confondre ou coexister au sein des dispositifs, et elles interrogent le rapport au savoir ou à l'expérience en fonction des problèmes pratiques rencontrés – nécessité d'être compris ou traduit, besoin de rencontrer des personnes ayant les mêmes troubles. Si dans le domaine de l'intervention sociale des

<sup>1</sup> Selon l'article 90 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé français présente « la médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités ».

acteurs font la promotion des médiateurs-pairs, leur présence dans les dispositifs de soins destinés aux migrants pose d'autres problèmes, notamment eu égard à la reconnaissance – ou non – de l'inscription communautaire. En fonction de quelles compétences sont-ils choisis ? Comment interviennent-ils dans la relation ? De quoi sont-ils pairs ? Le savoir ainsi constitué est-il transférable ou objectivable ? Ces questions nous renvoient au débat autour de la formalisation et la formation des médiateurs, pairs et interprètes, thématique à travers les articles à suivre.

---

## Médiateurs, pairs, interprètes

Nous avons fait le choix, dans l'appel à contributions de ce numéro, de décloisonner les domaines de la pair-aidance telle qu'elle se rencontre dans le champ sanitaire, social et de l'interprétariat auprès des personnes migrantes, et ce pour deux raisons. La première est d'abord scientifique. Dans le cadre du projet de recherche « Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé » (Remilas), dont une partie du travail mené est restitué dans ce numéro en s'appuyant sur une perspective d'observation détaillée des pratiques *in situ*, nous avons effectivement constaté que la distinction historique et théorique entre « médiateur » et « interprète » est mise à l'épreuve des pratiques. En s'intéressant aux activités effectivement réalisées par les intervenants dans les consultations auxquelles ils prennent part, on remarque tout d'abord à quel point la notion de médiation – souvent réduite à l'idée d'apport d'informations culturelles qui pourraient apporter des éclairages ou à celle d'accompagnement dans la réalisation de démarches administratives – correspond en fait à une somme de multiples petites actions réalisées dans les situations (choix d'un mot, minute supplémentaire accordée après la séance, posture). Les articles montrent amplement que les interprètes s'apparentent *de facto* à des médiateurs. Le fait que ces champs d'activité dialoguent ensemble et que le lecteur puisse faire résonner les différentes contributions les unes avec les autres nous semble ainsi relever d'une dimension heuristique.

La seconde raison est plutôt d'ordre stratégique et politique. Fidèle à la ligne éditoriale de *Rhizome*, il importe moins de penser une psychiatrie, une psychologie ou une sociologie du « précaire », du « migrant » ou du « malade », que de questionner en quoi la prise en compte de ces publics recalibre les modalités d'intervention sociale ou en santé. Il s'agirait donc d'étudier ces dernières en les envisageant comme un laboratoire de pratiques qui sont amenées à se développer à mesure de l'évolution de la société, de son individualisation et de son anormalisation. En effet, nous faisons de plus en plus le constat que le savoir purement technique est insuffisant. À partir de là, les médiations humaines sont appelées à se développer, en particulier pour les personnes en situation de précarité et/ou de migration.

---

## Pair-aidance et rétablissement

Ce numéro de *Rhizome* commence et se termine par deux articles avec une écriture singulière, où les auteurs rendent compte de leurs expériences. En écho à l'individualisation évoqué précédemment, le numéro reflète deux positions : l'une cherche à trouver des récurrences et des similarités, soit des éléments pouvant être généralisés à l'ensemble des pratiques, et l'autre mettant l'accent sur l'unique, le cas, ce qui échappe au commun. Cela pourrait aussi être perçu comme une tension entre le singulier et le général.

Camille Niard, Philippe Maugiron et Nicolas Franck lient le développement de la pair-aidance à celui du concept et des pratiques de rétablissement. Ce qui est défendu par les médiateurs, c'est le fait qu'ils amènent l'espoir, qu'ils démontrent que le « rétablissement est possible » et qu'il est possible « d'avoir un projet de vie malgré la maladie ». La perspective portée par les médiateurs recouvre, à notre sens, celle de nombreux cliniciens. Camille Niard évoque une « écoute profonde, sensorielle et une attention particulière à la communication non verbale ». Elle se définit aussi comme « passeuse ». Elle affirme notamment : « On ne se décrète pas pair de quelqu'un. On le découvre lors de la rencontre. [...] Par sa posture de tiers, à la fois professionnel au sein d'une équipe et concerné, le médiateur pair encourage à dépasser les étiquettes, à sortir du cadre établi, de manière sécurisée. » Ces témoignages font d'ailleurs écho de ce que les intervenants en santé mentale disent généralement de leurs pratiques.

Les articles d'Aurélien Troisœufs et de Lise Demailly impriment la valorisation des savoirs expérientiels. Un véritable changement de paradigme traverse ainsi les structures sanitaires. L'expérience de la souffrance, de la maladie, de l'hospitalisation, du rétablissement et des « petits trucs » peuvent être partagés sans qu'ils ne correspondent forcément à un savoir académique ou scientifique. Émilie Charlier présente un groupe de parole en Belgique avec des « experts du vécu », facilitateurs « garants du cadre ». Les uns peuvent s'identifier aux histoires des autres. Encore une fois, ce type d'analyse peut faire écho à ce que certains psychologues disent de leurs activités, notamment en mobilisant des théories analytiques et groupales.

---

## Statuts en tension

Laëtitia Schweitzer nous propose un écrit, dissonant ou, du moins, empreint d'une forte réflexivité. Elle affirme qu'« il ne faut pas céder à une vision positiviste du travail pair qui produirait des effets en soi, dans un absolu débarrassé de toute

contingence et de toute caractéristique situationnelle ». Le développement du travail pair s'inscrit d'ailleurs dans une forme de précarisation des champs du travail social et sanitaire. Elle note aussi qu'il existe une « confusion entre travail pair et la participation des personnes accompagnées : les travailleurs pairs seraient implicitement les représentants de celles-ci, dont ils porteraient la voix dans les instances d'organisation de l'accompagnement médico-social, au nom de leur parité avec elles ». De manière générale, les articles sur les médiateurs-pairs ne portent pas tant sur les pratiques que sur les questions liées à leurs statuts.

Quant à la série d'articles qui portent sur les situations avec interprètes, ils relèvent de témoignages sur leur pratique propre, de réflexions sur la base d'entretiens ou d'analyses de consultations. Les grandes questions qui traversent ces contributions, notamment celles de la neutralité de l'interprète, sa place dans l'interaction en tant que participant, la confiance que les autres protagonistes lui font ou non, reçoivent des réponses étonnamment convergentes, auxquelles le prisme des points de vue et des éclairages donne de l'épaisseur. Émane ainsi de tous les articles le constat que l'interprète effectue bien un travail de médiation et qu'il ne se conforme pas à la norme de neutralité pourtant enseignée et répertoriée comme bonne pratique. Toutefois, les articles montrent également que la question n'est pas si binaire : l'interprète étant un participant engagé dans une situation, il adapte sa pratique à ce qui se passe, comme le font aussi ses interlocuteurs. Cela explique donc les changements, les fluctuations, les oscillations et les balancements repérés par les auteurs.

---

## L'interprète neutre et transparent ?

L'article d'Elizaveta Chernyshova et d'Anna Claudia Ticca porte sur une consultation de psychiatrie en présence d'un interprète et questionne l'image de « l'interprète machine » qui est souvent avancée comme le modèle idéal de la neutralité. Sur la base d'une analyse détaillée de deux extraits, l'article met en évidence comment l'analyse du déroulement « pas à pas » de l'interaction montre que l'interprète oscille entre deux postures, celle de la *translation machine* (Bot, 2005) et celle du participant à part entière, s'affirmant comme interlocuteur ayant une voix et une présence dans l'interaction, voire comme un cothérapeute. L'article montre aussi très clairement que la qualité de l'interprétation n'est pas la responsabilité exclusive du tiers, mais qu'elle est le résultat d'une entreprise collective.

La même question de la neutralité, ici pourrait-on dire la transparence de l'intervention de l'interprète, se retrouve dans l'article de Vanessa Piccoli et de Véronique Traverso. Leur contribution s'inscrit dans l'idée qu'au-delà des particularités, des

spécificités et des cas, il est possible d'identifier des pratiques discursives récurrentes dans les consultations avec interprètes, dont la description détaillée constitue un apport pour la formation, la réflexion sur les bonnes pratiques et les standards. À cette fin, l'article décrit un procédé observé dans les consultations de psychologie avec des personnes migrantes, qui consiste pour l'interprète, dans sa traduction de la description que le patient fait de son état affectif (passé ou présent), à commenter les choix lexicaux du patient et la non-équivalence entre les langues. Par ce procédé, l'interprète déroge à la fameuse neutralité et égratigne l'illusion de la transparence du langage.

C'est encore cette question que l'on entend dans la contribution d'Anne-Marie Cervera, qui, sur une base introspective, reconstitue les processus de réflexion qu'en tant qu'interprète elle est appelée à mettre en œuvre dans sa pratique professionnelle. Elle montre, dans la reconstitution de ce parcours intérieur, à la fois les difficultés liées à l'établissement de la confiance du patient ainsi que la complexité de la traduction en santé mentale qui se dissimule sous une apparente simplicité du langage. De plus, et surtout, l'article dévoile l'enchaînement de décisions qu'elle est amenée à prendre à chaque instant de l'interaction, non seulement pour choisir le sens et traduire, mais aussi pour revenir, par différents procédés, sur une traduction déjà produite lorsque la suite de l'interaction montre qu'elle ne correspondait pas à ce que le patient voulait dire initialement.

---

## L'interprète : un participant à part entière

Si la question de l'interprète comme participant à part entière était déjà présentée à travers la mise en cause de la neutralité, celle-ci se retrouve, dans une seconde série d'articles, au centre des réflexions à travers les questions de la confiance, des modalités de collaboration et de l'adaptation continue des modes d'intervention de l'interprète aux contingences de la consultation.

Iona Atger, Djamel Khouas et Stéphanie Larchanché rapportent une recherche-action dont l'objectif était d'améliorer la collaboration entre professionnels de santé mentale et interprètes professionnels. L'article discute, à partir de cette expérience, un grand nombre des difficultés mentionnées par les professionnels pour travailler avec des interprètes, soit les questions de confiance, de perte de contrôle ou de temps, ainsi qu'une fois encore, de la neutralité. Sur ce dernier point, à l'unisson des précédents articles, les auteurs considèrent que, si celle-ci demeure toujours une quête pour l'interprète, « elle devient chimère » dans le champ de la santé mentale et ils avancent l'idée selon laquelle la position de l'interprète devient optimale quand elle

est mouvante. Leur expérience les conduit à postuler que le passage d'une posture de méfiance à une posture de confiance nécessite une formation ou un accompagnement simultané de l'interprète et du professionnel. Ils ouvrent enfin une perspective nouvelle sur la question du temps de consultation, censé être allongé par la présence de l'interprète, en y voyant un moment pour réfléchir, pour s'observer, pour deviner le sens des propos dans la langue de l'autre.

Orest Weber et Florence Faucherre présentent le dossier pédagogique en ligne qu'ils ont élaboré à partir d'analyses – combinant approches cliniques et discursives – d'enregistrements vidéo de consultations d'investigation psychiatriques avec interprètes. L'article identifie six défis pour les interprètes. Ces difficultés apparaissent de façon récurrente (telles que les mentions d'émotion, les productions peu audibles), puis les auteurs montrent comment les défis sont abordés dans le dossier pédagogique, sur la base d'extraits de consultation qui les illustrent, de leur analyse et de la formulation de conseils et de stratégies pouvant être efficaces dans ces cas.

En résonance avec les articles d'Elizaveta Chernyshova et d'Anna Claudia Ticca ainsi qu'avec celui d'Anne-Marie Cervera, Anne-Sophie Haeringer problématise la question des choix de traduction de l'interprète, cette fois sous l'angle des risques qui leur sont inhérents. Elle observe, en effet, comment une solution trouvée pour pallier une difficulté rencontrée à un certain moment est susceptible de créer un problème par la suite.

Amandine Bachini, Élodie Berenguer, Hachimia Abdallah, Sitti Demassi, Zaliffa Gue et Moinamaoulida Kassim rapportent la situation dans un centre médico-psychologique (CMP) à Mayotte où la traduction est assurée par des agents de service hospitalier (ASH) mahoraises, qui ne bénéficient d'aucune formation spécifique ni de reconnaissance institutionnelle pour leurs compétences d'interprète. L'article montre bien que la triangulation de la relation thérapeutique opérée par la présence des interprètes amène des moments de pause propices à la réflexion, crée une autre temporalité avec des temps de respiration et d'échanges qui fédère une secondarisation des processus psychiques. Parallèlement, il soulève la question de la place et du statut des ASH qui interprètent, ainsi que de l'invisibilisation de leur rôle dans le soin, tout en mettant en évidence la hiérarchie existant entre les savoirs (savoirs académiques cliniques des professionnels de soin francophones et savoirs expérientiels et culturels, véhiculés par les langues locales). Ce questionnement est mis en parallèle avec celui de l'héritage colonial, les auteurs avançant le terme d'ambivalences « cicatricielles » quant à la reconnaissance du statut socio-professionnel des ASH-traductrices mahoraises dans le service.

L'article d'Ada Luz Duque, basé sur son expérience d'interprète professionnelle, part quant à lui du constat que faire appel à un interprète est généralement le résultat d'une nécessité de compréhension linguistique plutôt que d'une réelle volonté de constituer un accompagnement pluridisciplinaire. À partir de là, elle questionne la place de l'interprète dans la triade soignant-patient-interprète, insistant sur celle de l'interprète comme participant, voire cothérapeute, qui apporte aussi – et pourrait-on dire inévitablement – son interprétation et ses affects. L'auteure montre également que le caractère fluctuant et nécessairement improvisé de la pratique de l'interprète est toujours adapté à ce qui se passe, alors qu'il est parfois analysé de manière trop figée. Elle regrette ainsi que la possibilité de construire ensemble les pratiques et le soin dans la triade, et de manière non standardisée, soit rarement considérée.

Nicolas Chambon et Roman Pétrouchine s'intéressent eux, à travers une analyse de cas, à la manière de rendre compte, d'objectiver et de traduire un « événement traumatique dans une situation d'expertise médicale en présence d'une interprète professionnelle ». L'activité de médiation est envisagée dans des enjeux globaux, où les savoirs que partagent la patiente et ses tiers (interprète et intervenante sociale), concernent d'autres logiques que celle du médecin, qui se doit cependant d'en tenir compte.

---

## Expériences et concernement

L'article de Gwen Le Goff et de Natacha Carbonel reprend différentes questions récurrentes soulevées par les situations avec les interprètes en les abordant du point de vue des personnes migrantes. Elles mettent en évidence aussi bien leurs attentes vis-à-vis des interprètes, y compris en termes affectifs ou relationnels, et les stratégies de résistance (rejet de la dépendance induite, absence de confiance) mises en œuvre pour s'affranchir de la nécessité de recourir à eux. Il est frappant, et sans doute serait-il intéressant de faire savoir et comprendre aux professionnels, ce reflet inversé de leurs propres inquiétudes et difficultés. L'article thématise également ce désir de vouloir partager l'expérience du vécu à d'autres, notamment en devenant interprète.

On retrouve cette même volonté dans l'article d'Olivia Gross qui questionne les motivations des candidats à la fonction de « médiateur santé-pair », particulièrement parce qu'elle leur permettrait « de mobiliser diverses compétences et de trouver du sens à leur parcours de vie ». L'auteure invite à la réflexivité sur le cadre de l'exercice des médiateurs. Ce questionnement peut rejoindre celui de nombreux

professionnels qui s'interrogent sur l'exercice et les frontières de leur métier, et plus précisément sur le sens de l'intervention. Cette réflexion, abordée par Élodie Gilliot et Mathilde Sorba, est au cœur de l'évolution des pratiques dans l'orientation prise par des structures dans le cadre de la politique dite de « logement d'abord ». Elles interrogent « les conséquences pratiques d'une nouvelle répartition des rôles entre l'institution, les intervenants sociaux et les personnes accompagnées ». Elles défendent ainsi l'idée que « l'activité de médiation qui en résulte, et se déploie de façon très pragmatique, n'est pas réduite à un rôle de pacification des relations entre institutions et usagers, mais elle se présente plutôt comme une activité qui consiste à permettre une rencontre, ou à adapter des réponses institutionnelles d'ordre techniques, juridiques, matérielles, un environnement social à une personne qui désire, espère... »

Christian Laval et Ève Gardien défendent quant à eux l'importance de l'entraide et de l'échange de savoirs entre pairs et le risque d'une dilution de ce savoir « pair » au profit d'une fonction de médiation, qui se prête mieux à être reconnue par la puissance publique. Ce numéro se conclut d'ailleurs par une présentation, par Graziella Golf, Thomas d'Hauteville et Magali Molinié, d'un groupe du « Réseau sur l'entente de voix » (REV) qui thématise les apports de l'entraide pour des personnes qui partagent des expériences sensibles parfois communes, et problématise alors la fonction de facilitateur de ces groupes. Ils affirment que « la rencontre entre pairs permet de sortir de son isolement, de se réapproprier son expérience, de lui chercher un sens ».

Nous vous invitons alors à lire ou relire ce *Rhizome* comme un espace de rencontre qui offre la possibilité de nous (re)questionner collectivement sur ce que sont le soin et ses pratiques. ▶

## BIBLIOGRAPHIE

---

Bot, H. (2005). *Dialogue interpreting in mental health*. Amsterdam/New York : Rodopi (Utrecht Studies in Language and Communication, 19).

Gardien, E. (dir.) (2019). *L'accompagnement par les pairs. Une approche transversale aux champs de la santé, de la santé mentale et du handicap*. Actes de la Journée d'étude Expairs. Rennes, 7 novembre 2018.

**Camille Niard**

*Médiatrice de santé-paire  
Centre ressource de  
réhabilitation psychosociale  
et de remédiation cognitive  
Lyon*

**Philippe Maugiron**

*Médiateur de santé-pair  
Président de l'Association  
francophone des médiateurs  
de santé-pairs (AFMSP)  
Paris*

**Nicolas Franck**

*Psychiatre  
Centre ressource  
de réhabilitation  
psychosociale et de  
remédiation cognitive  
Lyon*

# LE PAIR-AIDANT PROFESSIONNEL : UN NOUVEL ACTEUR POUR DE NOUVELLES RÉPONSES

« La souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même par la douleur mentale, mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir faire, ressentie comme une atteinte à l'intégrité de soi » (Ricoeur, 1990).

## Philippe : l'origine de mon engagement en tant que pair-aidant professionnel

Je suis devenu médiateur de santé-pair parce que je vis avec une maladie chronique en lien avec la santé mentale. C'est au sein de groupes d'usagers que j'ai entendu parler, pour la première fois à la fin des années 1980, de rétablissement en santé mentale, bien avant que des professionnels des champs sanitaire et social ne s'approprient le sujet sous la forme de concepts. Depuis plus d'une vingtaine d'années, je me rétablis en participant à des groupes d'usagers. En effet, ce n'est pas à la sortie de l'hôpital, lorsque l'on est « stabilisé », que tout s'arrête. Au contraire, c'est là que mon parcours de rétablissement commence, en reprenant du pouvoir sur la maladie, et qu'un champ de possibles s'offre à moi. Le processus d'identification réciproque à mes pairs et l'espoir qu'ils ont suscité en moi ont largement favorisé mon passage à l'action pour oser intégrer un processus de transformation, à la fois intérieur et extérieur, et ainsi passer du mal-être au mieux-être, mais aussi pour pouvoir élaborer un projet de vie, reprendre une place au sein de la cité et faire respecter mes droits. À ce jour, les cinq dimensions du rétablissement définies par Rob Whitley et Robert Drake (Whitley et Drake, 2010) sont la dimension clinique, fonctionnelle, sociale, physique et existentielle.

Je me rétablis dans tous les domaines de ma vie qui sont identifiés, en partie, par ces cinq dimensions :

- je connais une rémission de mes symptômes ;
- je travaille et je suis autonome ;
- je suis en lien avec ma famille, j'ai des amis, une relation affective et une vie sociale satisfaisante. Je m'affirme en tant que citoyen. J'ai une place dans la cité ;
- ma santé physique s'est améliorée, je pratique une activité physique ;
- ma vie a un sens.

Ces cinq dimensions du rétablissement mettent en lumière une tension entre l'institution, qui est orientée vers la qualité des soins, et les attentes des patients, qui ont pour objectif une meilleure qualité de vie et une plus grande autonomie. Nous verrons que les pairs-aidants professionnels peuvent contribuer à sortir de ce dilemme.

Pour moi, « être » en rétablissement, c'est « re-naître » ou « être à nouveau » et pouvoir vivre avec la maladie, malgré les symptômes, tout en ayant accès à un projet de vie ainsi qu'à une meilleure qualité de vie. Le rétablissement s'entend plus en termes de bien-être que de maladie. Nous parlons de rétablissement physique, mental, social et spirituel.

En 2012, je me suis engagé dans ma première expérimentation des médiateurs de santé-pairs parce que j'avais, moi-même, goûté aux bénéfices de la pair-aidance au sein d'associations d'usagers. C'est grâce à ces groupes que j'ai pu maintenir une « stabilisation » qui m'a permis de reprendre une place dans la cité. Aujourd'hui, j'ai la conviction que si j'avais pu bénéficier d'un accompagnement lors d'une hospitalisation avec un pair, cela m'aurait fait gagner du temps dans mon parcours de rétablissement. Cela aurait, probablement, pu avoir un impact positif sur la diminution du nombre de mes rechutes. Ma motivation consiste à transmettre ce que j'ai reçu de mes pairs, mon engagement à témoigner que le rétablissement est possible. La transformation des pratiques au sein des équipes n'a pas été une motivation initiale, mais une conséquence subtile de mon intégration au sein d'une équipe de soins. Ces partages d'expériences entre pairs m'ont donné accès à un savoir qualifié « d'expérientiel ». C'est une espèce de connaissance intime qui naît en éprouvant la maladie et dont la nature n'appartient qu'aux usagers.

---

## Pratiques et savoir expérientiel : l'exemple d'Antoine

Nous allons décrire le parcours d'Antoine<sup>1</sup>, rencontré au sein d'un hôpital de jour/unité de soins psychosociaux (USPS) spécialisé en remédiation cognitive avec une philosophie de soins orientés rétablissement. En 2012, j'ai intégré l'équipe pluridisciplinaire de cet hôpital de jour en tant que médiateur de santé-pair.

<sup>1</sup> Le nom de cette personne a été modifié afin de respecter son anonymat.

Antoine a reçu un diagnostic de trouble schizophrénique. En 2015, durant sa première hospitalisation, à l'âge de 22 ans, il est orienté par son médecin vers l'hôpital de jour. Ce sera pour lui l'occasion de faire un bilan cognitif, de créer des liens sociaux auprès d'autres patients et de réfléchir à son projet de vie.

J'ai accompagné Antoine depuis son arrivée à l'unité de soins psychosociaux (USPS) en 2015, jusqu'à son départ, en 2018, lié à un déménagement et à un projet de retour à l'emploi par le biais d'une formation. Antoine consommait du cannabis, ce qui pouvait fragiliser sa stabilisation et favoriser une rechute. Lors d'une réunion d'équipe, il fut convenu que je le rencontrerais lors d'entretiens individuels pour parler de sa consommation et lui transmettre de l'information sur le cannabis. Lors de notre premier entretien, je lui ai demandé s'il connaissait ma fonction. Il avait entendu dire par d'autres patients que j'étais médiateur de santé-pair sans pour autant savoir le définir. Ce fut l'occasion de lui présenter cette nouvelle fonction, mais aussi de lui dévoiler ma problématique addictive, notamment à la nicotine, mais aussi au cannabis. Il fut agréablement surpris par cette proposition d'accompagnement atypique dans un lieu de soins. Immédiatement, cela a fait sens pour lui. Il a rapidement pu se rendre compte de mes connaissances pratiques et intimes sur le sujet. Nous partageons un langage commun spécifique; une espèce de jargon propre aux consommateurs de cannabis. Nous parlions de la même chose et de la même manière. C'est plus par l'expression orale que par le récit d'expériences qu'un processus d'identification a débuté. Cela a favorisé une relation de confiance qui s'est installée rapidement, mais aussi une expression authentique de la part d'Antoine. J'ai le sentiment que ce processus d'identification permet de gagner du temps pour établir une relation. Dans un premier temps, j'ai demandé à Antoine si sa consommation avait des conséquences négatives sur sa vie et sur son mental. Il s'agissait de l'encourager à mesurer la place que tenait le cannabis dans sa vie. C'est en analysant le déroulement d'une journée ordinaire qu'il a rapidement pu identifier que sa consommation augmentait lorsqu'il jouait sur internet à un jeu en réseau, qu'il avait tendance à jouer davantage durant les week-ends et que la période entre 17 heures et le dîner était difficile pour lui. Plus il jouait, plus il fumait. Antoine n'était pas dépendant, mais il a pu verbaliser les conséquences de sa façon d'agir, notamment l'isolement social, lié au temps passé à jouer ainsi qu'à sa consommation de cannabis. Ces entretiens destinés à orienter vers un changement comportemental s'appuyaient sur la motivation. Les ressorts de l'espoir et de l'identification ont largement contribué à initier le passage à l'action d'Antoine dans son processus de changement. Ce fut aussi l'occasion de lui transmettre de l'information sur le cannabis, qui ne fait pas bon ménage

avec un traitement antipsychotique, et la dépendance aux jeux. C'est cette réalité scientifique qui lui a permis de commencer à prendre conscience des conséquences possibles et des risques liés à sa consommation. Ces échanges peuvent se rapprocher d'une forme d'éducation thérapeutique du patient en individuel qui serait déformalisée, avec des particularités liées à l'intervention et aux compétences spécifiques du pair-aidant professionnel. Il n'a jamais été question de le juger ni de le faire culpabiliser, mais de lui permettre de mieux définir ce qui est bon pour lui, pour prendre soin de lui, et d'envisager si cela est compatible avec ses propres désirs. Dans un premier temps, Antoine, qui a toujours été volontaire, a souhaité essayer de ne plus fumer du jour au lendemain. Cela a duré dix jours. Mon expérience m'a montré que les choses ne fonctionnent pas ainsi. Nous avons essayé de comprendre ce qui s'était passé. Antoine s'est rendu compte qu'il n'avait rien préparé et qu'il n'avait pas suffisamment analysé la situation. Il fallait qu'il essaie pour constater la nécessité de se préparer avec des objectifs à atteindre. Fort de mon expérience, je lui ai suggéré d'essayer de moins jouer le soir en semaine et de pratiquer une activité physique. Je lui ai toujours demandé s'il se sentait capable de mettre en pratique ce que je lui suggérais en lui précisant que cela n'était pas une obligation. Il fallait trouver une activité qui allait combler le temps à ne plus jouer. Antoine aime le sport et il avait repris le tennis avec sa sœur et le vélo avec son père. D'autres patients de l'hôpital de jour jouaient au tennis ensemble. Je l'ai orienté vers ce petit groupe où il fut immédiatement intégré. Durant cette période et à sa demande, nous nous voyions au moins une fois par semaine. Nous avons convenu qu'il pouvait demander à me voir en entretien en cas de besoin. De plus, nous échangeons fréquemment de manière informelle. Petit à petit, il a réussi à moins jouer sur internet, à moins fumer et à privilégier sa vie sociale. Je sais par expérience qu'entretenir des liens sociaux, notamment par la pratique d'une activité physique vous éloigne des produits.

L'un de mes objectifs professionnels consiste à aider les personnes à prendre ou à reprendre une place dans la cité. Durant les trois ans de son engagement à l'USPS, la création et le renforcement de liens sociaux au sein de l'hôpital de jour, mais également dans la cité furent encouragés et soutenus par la participation d'Antoine à différents groupes. Le groupe « Cultures du cœur » fut le premier que j'ai proposé à l'équipe. Cette association permet d'obtenir des invitations et d'avoir accès à la vie culturelle, d'ouvrir les patients à l'autonomie en dehors des structures de prise en charge. Ce groupe donne la possibilité aux participants de se rendre au théâtre ou à des expositions avec des membres de leur famille, des amis ou des personnes qui fréquentent l'hôpital de jour.

La culture nous apparaît comme un médium universel qui facilite les échanges et qui permet de parler de soi ; de ses goûts, de ses émotions et de sa relation à ce que l'on trouve beau. C'est un langage non stigmatisant qui facilite la prise de parole, l'affirmation de soi et les rencontres. La culture et le beau nous rassemblent. Ils nous aident à grandir et à nous ouvrir à soi, vers l'autre et au monde. De plus, la culture est accessible au sein de la cité. Il faut sortir de chez soi pour aller à sa rencontre. Ces invitations procurent surtout ce type d'occasions. Pour Antoine, ce fut également la possibilité de moins jouer sur internet et de renforcer ses liens sociaux. Lorsque nous avons appris dans le groupe « D'art, d'art » que sa grand-mère était artiste peintre, nous lui avons proposé d'organiser une sortie pour la rencontrer et découvrir son œuvre. Il a pris en charge l'organisation de cette sortie qui fut un vrai succès. À la suite de sa participation aux groupes « Sport » et « Inclusion sociale », Antoine s'est inscrit à un club de foot et il a recommencé à jouer au tennis avec sa sœur et des personnes qui fréquentaient l'USPS. Le groupe « Rétab » est un autre groupe dont je fus à l'initiative. Il a pour objectifs de transmettre de l'espoir, de favoriser le passage à l'action pour entrer dans un processus de changements. La participation d'Antoine à ce groupe lui a permis de mieux comprendre ce qu'est le rétablissement et d'entendre des personnes venues de l'extérieur témoigner de leur récit de vie. Ces temps de partage favorisent l'identification et la prise de conscience de leur propre cheminement et de toutes les dimensions du rétablissement. Ces messages, qui sont toujours intenses et puissants, encouragent chacun, par l'espoir qu'ils suscitent, à développer un projet de vie malgré la maladie. Dans une certaine mesure, le groupe « Rétab » présente des similarités avec l'éducation thérapeutique du patient (ETP) pratiquée en groupe. En fait, cette variante de l'ETP se rapproche plus d'une information à la santé et au rétablissement. Nous abordons aussi les addictions, la citoyenneté, le travail, les associations d'usagers, les structures de prise en charge, la vie sociale, les besoins, les désirs. Mais aussi les rêves. Ce groupe offre une réalité de champs de possibles et la certitude que le rétablissement est accessible à tous. Grâce à ce groupe, Antoine a acquis la conviction intime que lui aussi pouvait se rétablir et avoir un projet de vie. Il a favorisé son passage à l'action dans une démarche d'autonomisation et de retour à l'emploi par le biais d'une formation professionnelle. C'est lors d'un séjour thérapeutique organisé par cinq patients avec trois membres de l'équipe que nous avons pu mieux nous découvrir. C'est parce que nous étions à l'extérieur des murs d'un lieu de prise en charge institutionnelle que ce séjour thérapeutique nous a appris à nous connaître et à nous rencontrer. Les uns quittant leur costume de patient et les autres leurs lunettes à visée symptomatique. C'est grâce à cette authenticité

que nous avons tous pu dévoiler un peu plus qui nous étions. À notre retour, cela avait changé quelque chose pour tous les participants. Nous nous étions rencontrés en dehors du strict statut des uns et de la fonction des autres. Nous n'étions plus uniquement des « soignants » ou des « soignés », des « sachants » ou des « apprenants », mais des hommes qui se parlent un peu plus et qui s'écoutent un peu mieux sur un axe qui tend vers l'horizontalité.

À présent, Antoine a quitté l'hôpital de jour. Il continue à nous donner de ses nouvelles à une fréquence qui diminue. Il va bien. Antoine se concentre sur son retour à l'emploi par le biais d'une formation qu'il suit. Son passage par l'USPS lui fut bénéfique à plus d'un titre. Cela lui a permis de nouer de nouveaux contacts sociaux, de rompre son isolement. Cela lui a également servi de tremplin pour élaborer et se faire accompagner dans son projet de vie.

---

### **Camille : une pratique et une posture professionnelles tierces, issues du savoir profane**

Selon mon prisme de personne concernée, à l'instar de Claude Deutsch (2015), « la question n'est pas de savoir si la folie est une maladie ou pas, mais de s'interroger sur la situation des personnes désignées comme folles ». Je soutiens également la thèse selon laquelle « aussi vrai que la folie existe, "le fou" n'existe pas » (Deutsch, 2015). Ma pratique de médiatrice de santé-paire en découle : je soutiens le rétablissement et le pouvoir d'agir de mes pairs, en les accueillant dans leur globalité, en tant que personnes qui ont des aspirations, des valeurs et des sentiments universels. Dans ma pratique, je cherche à développer une écoute profonde, sensorielle et je porte une attention particulière à la communication non verbale, partant du constat expérientiel, vécu, que souvent le problème est plutôt « qu'on ne sait pas qu'on sait ». Au-delà des mots, l'attitude, l'énergie dégagee révèlent quelque chose dépassant la façade de chacun et nous permettent de nous connecter. Cette écoute favorise la rencontre, la reconnaissance du dénominateur commun qui fait de l'autre un pair. Ce dénominateur peut être positif ou négatif, de l'ordre du ressenti, de la pensée, du comportement, des valeurs, de l'aptitude, de la vulnérabilité ou de l'histoire vécue. Travaillant dans une relation de proximité, je le cherche pour favoriser le dialogue et la détente. Par cet échange, alors décontracté, j'essaie de reconnecter la personne à elle-même et/ou à son univers social. Ce soutien ponctuel ne dure qu'un temps, plus ou moins long. Je ne cherche pas à m'établir dans la durée. Je rejoins alors la définition du passeur vu comme allié stratégique qui agit à la fois sur la composante personnelle et structurelle de l'obstacle qui bloque le mieux-être (Le Bossé, 2016).

Pour que cela soit efficient, la démarche doit rester volontaire et non contrainte. Si la personne n'est pas favorable à la rencontre avec le pair-aidant, celle-ci est inopérante. On ne se décrète pas pair de quelqu'un. On le découvre lors de la rencontre. C'est toute la subjectivité de cette approche. Cependant, par le croisement des savoirs profanes, théoriques, pratiques accumulés et le développement d'outils spécifiques qui en découle, la pair-aidance peut se professionnaliser, s'institutionnaliser. La relation de proximité est cultivable, à défaut d'être universelle.

Le médiateur transmet-il l'envie d'agir ? Et comment ? Pour ma part j'ai choisi de favoriser l'éveil, à soi et aux autres ; d'être une médiatrice de la (re)connaissance, pour les personnes concernées et pour les professionnels, en place et en devenir. Je m'investis donc dans la psychoéducation, l'enseignement et la sensibilisation aux pratiques orientées vers le rétablissement.

## **Pertinence du positionnement du pair-aidant en psychoéducation**

La psychoéducation gagne à être animée par des pairs-aidants professionnels et des soignants, en complémentarité et sur un pied d'égalité. L'approche psychoéducative pourrait être définie comme un dispositif proposant au patient et/ou à ses proches de devenir acteur des soins par une meilleure connaissance des troubles l'affectant et des stratégies pour y faire face. L'acquisition de ces savoirs théoriques et expérientiels passe par l'échange avec les thérapeutes animateurs du dispositif, qui est souvent groupal, et le partage entre personnes concernées à l'intérieur du dispositif psychoéducatif. Aller vers la psychoéducation vient nourrir le besoin de comprendre, de rationaliser, de se rassurer, de s'émanciper du stigmaté.

En insérant dans les thérapeutes-animateurs une personne ayant traversé la problématique et ayant trouvé sa stratégie d'adaptation, son chemin vers le mieux-être, la citoyenneté et la connaissance de soi – bref, plus avancé sur son parcours de rétablissement –, le chemin entre théorie et pratique est facilité. Les rôles, les cultures, les stratégies et les vocabulaires se complètent. Les qualités d'écoute également. Ainsi, dans ce cadre mouvant, le métissage entre l'accueil inconditionnel du soignant, les techniques de questionnement, de mise en sens de tout animateur et le partage expérientiel du travailleur pair catalysent l'émulation et l'identification qui permettent à la psychoéducation d'atteindre ses objectifs premiers, soit :

- accepter la maladie ;
- la dépasser (retrouver une distinction entre soi et la pathologie) ;

- connaître ses symptômes, les traitements et les stratégies adaptées pour y faire face et éviter les rechutes ;
- favoriser l'amélioration de l'estime de soi, la déstigmatisation, le dévoilement ;
- favoriser l'alliance thérapeutique en encourageant les patients à s'affirmer en tant que personne à part entière auprès des médecins et autres professionnels ;
- accéder à la pleine citoyenneté ;
- améliorer la compréhension des aidants à la problématique de leur proche concerné (psychoéducation pour les proches aidants) (Koubichkine, 2018).

À partir de ces objectifs et d'une posture facilitatrice, non jugeante, peuvent éclore l'espoir et le pouvoir d'agir. Le pair-aidant amène une détente qui permet à chacun de s'autoriser à aller vers la connaissance et la remise en question. La solitude se rompt, les barrières soignants-soignés diminuent et la singularité de chacun se déploie.

En tant que médiatrice de santé-paire, je cherche à transmettre ce que le temps, les rechutes, les rémissions m'ont appris en réflexivité et en stratégies pratiques pour faire face à des symptômes récurrents. Cette volonté a été également aidée par les savoirs et les outils acquis en formation et sur le terrain avec les psychiatres et les infirmiers du service de réhabilitation psychosociale dans lequel je travaille. Ces différents savoirs, je les utilise dans le but de partager plutôt une façon d'être au monde apaisée, mais pouvant être atypique, pour inspirer les participants à cultiver la leur, à la partager au sein du groupe ainsi que développer leurs astuces personnelles pour « vivre avec ». Dans cette mission qui consiste à favoriser la connaissance de ses troubles et de soi (forces et vulnérabilités), la pair-émulation est de première intention. C'est d'ailleurs ce qui est recherché par le travail groupal : l'émulation collective. Chacun nourrit et se nourrit des échanges, des attitudes de chacun, de ses doutes et de ses victoires. Cela correspond bien à l'horizontalité que recherche dans sa pratique le pair-aidant.

Selon moi, donc, le médiateur de santé-pair est un passeur, un regard différent, un outil incarné. L'incarnation du rétablissement. De ce processus, ce chemin, il acquiert un savoir. Le savoir du voyageur. Celui qui a ressenti ces bouleversements, ces troubles psychiques et leurs conséquences sur la trajectoire globale de vie. Celui qui s'est redressé, qui a dompté, ou du moins fait avec, et a recommencé à agir pour sa vie. Par de petits pas, synonymes de grandes révolutions, il est arrivé au mieux-être. En reconnaissant ses faiblesses, en cicatrisant ses blessures. Il arbore désormais son stigmate comme une arme, un outil, une force nouvelle.

Cette matière première sert au médiateur de santé-pair à pétrir une posture particulière pour atteindre son objectif d'aidant : favoriser le déploiement du pouvoir d'agir du pair aidé afin qu'il se ressaisisse de son intégrité. Cela lui permet également de reconnaître et/ou d'assumer son identité particulière, plutôt que de rentrer dans une case. Par sa posture de tiers, à la fois professionnel au sein d'une équipe et concerné, le médiateur-pair encourage à dépasser les étiquettes, à sortir du cadre établi, de manière sécurisée.

Pour ne pas conclure, lorsque deux pairs se rencontrent, leurs territoires respectifs s'agrandissent. La mutualisation des expériences permet d'enrichir le savoir. Par le vecteur du médiateur-pair, celui-ci passe, et permet à d'autres personnes concernées d'y accéder, ainsi qu'aux autres professionnels d'en reconnaître la valeur et de le relayer.

## Formation à la pair-aidance

Former à la pair-aidance des personnes qui ont vécu l'épreuve des troubles psychiques et s'en sont rétablies consiste à les rendre capables d'accompagner d'autres personnes traversant le même type d'épreuve vers leur propre rétablissement (Franck et Cellard, 2020). Être formé à la pair-aidance signifie parvenir à exploiter son savoir expérientiel au bénéfice d'autrui, être en mesure de pratiquer une évaluation psychosociale et une action psychoéducative ainsi qu'être apte à soutenir la construction d'un plan de rétablissement. Pour ce faire, il faut connaître les principes et les outils du rétablissement, les principaux outils thérapeutiques en faveur de la santé mentale, savoir adopter un positionnement empathique, savoir conduire des entretiens individuels et animer des groupes. Une formation à la pair-aidance doit apporter des connaissances théoriques et pratiques sur les troubles psychiques et le rétablissement, les droits des personnes, les outils sur lesquels le pair-aidant peut s'appuyer lorsqu'il intervient (dont la psychoéducation), ainsi que sur les métiers et les acteurs de la santé mentale.

Il existe actuellement en France deux formations diplômantes à la pair-aidance : la licence « Sciences sanitaires et sociales, parcours «Médiateurs de santé-pairs» (MSP) », proposée par l'université Paris 13 en partenariat avec le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS)<sup>2</sup>; et le diplôme d'université « Pair-aidance en santé mentale », porté par l'université Lyon 1 en partenariat avec le Centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive<sup>3</sup>. ▶

<sup>2</sup> <http://www.ccomssantementalelille.france.org>

<sup>3</sup> <https://centre-ressource-rehabilitation.org/du-de-pair-aidance-en-sante-mentale>

## BIBLIOGRAPHIE

---

Deutsch, C. (2015). Je suis fou, et vous ? Dans C. Hazif-Thomas et C. Hanon (dir.) *Profanes, soignants et santé mentale : quelle ingérence ?* (p. 31-48). Montrouge : Éditions Doin.

Franck, N. et Cellard, C. (2020). *Pair-aidance en santé mentale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

Koubichkine, A. et Schoendorff, M. (2018) *Psychoéducation dans les troubles bipolaires et apparentés*. Dans N. Franck (dir.), *Traité de réhabilitation psychosociale* (p. 506-519). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Le Bossé, Y. (2016). *Soutenir sans prescrire. Aperçu synoptique de l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (DPA-PC)*. Québec : Ardis.

Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.

Whitley, R. et Drake, R. (2010). Recovery: a dimensional approach. *Psychiatric Services*, 61(12), 48-50.

---

**Aurélien Troisœufs***Anthropologue**Centre de recherche en santé mentale et sciences sociales**GHU-Paris, Psychiatrie et neurosciences**Paris*

---

# PATIENTS INTERVENANTS, MÉDIATEURS DE SANTÉ-PAIRS : QUELLES FIGURES DE LA PAIR- AIDANCE EN SANTÉ ?

En France, il existe actuellement un important mouvement de valorisation des savoirs expérientiels liés à une maladie, un handicap ou un traitement, mené aussi bien par des associations, les pouvoirs publics que la recherche en sciences humaines et sociales. Du fait de l'enthousiasme des parties prenantes, ce mouvement s'est accéléré au cours de ces cinq dernières années et s'est diversifié à travers ses activités et les conditions de participation des personnes concernées par une maladie ou un traitement. Les nombreuses appellations existantes pour désigner l'acteur ou son activité en sont une illustration : pair émulateur, pair-praticien, pair-chercheur, formateur-pair, pair-aidant, patient expert, patient-intervenant (PI), patient-ressource, patient-enseignant...

Deux figures sont particulièrement mises en avant pour rendre compte de l'intervention des personnes concernées en tant que pair-aidantes dans le système de santé. Dans le champ de la santé mentale, le diplôme de « médiateur de santé-pair » (MSP) a été créé en 2012, afin de permettre à des usagers d'intervenir au sein de l'institution hospitalière (Roelandt et Steadel, 2016). Ce statut est généralement cité comme l'une des premières formes, en France, de professionnalisation d'usagers dans le domaine de la santé (Sarradon-Eck *et al.*, 2012). Dans le champ des maladies chroniques somatiques, c'est la figure du « patient intervenant (PI)/expert » qui est mise à l'honneur à travers une variété de formations et de diplômes, comme ceux proposés depuis 2009 par « l'Université des patients » (Tourette-Turgis, 2015).

Généralement, ces statuts sont étudiés séparément dans l'optique d'identifier les éléments facilitateurs ou les contraintes pouvant favoriser ou, au contraire, entraver les interactions avec les professionnels de la santé, les pouvoirs publics, voire avec les chercheurs. Le propos de cet article est de prolonger la réflexion sur ce phénomène de professionnalisation. C'est dans le cadre d'un travail anthropologique mené actuellement auprès de personnes reconnues « patients-intervenants » en neurologie, dans la maladie de Parkinson (Troisœufs *et al.*, 2019), qu'une attention est portée aux interactions entre celles et ceux qui endossent ces différents statuts, ces différentes fonctions et ce, dans des domaines de santé différents.

---

## Une attention scientifique grandissante pour le savoir expérientiel

Une abondante littérature en sciences humaines et sociales est en train de se constituer sur le thème de la participation des usagers du système de santé. La sociologie, l'anthropologie et les sciences de l'éducation représentent des disciplines majeures dans ce domaine de recherche. Il s'agit de trois approches distinctes, mais qui s'interinfluent pour appréhender les enjeux relationnels, identitaires, sociaux et culturels liés à l'acquisition de nouveaux rôles, des nouvelles fonctions attribuées aux personnes faisant l'expérience d'une maladie ou aux nouvelles responsabilités prises par ces dernières. En effet, la place et le rôle des personnes et des aidants dans leur rapport à l'expérience vécue de la maladie ainsi que de sa gestion font l'objet, depuis les années 1950, d'études approfondies réalisées par les sciences humaines et sociales. Cette question a d'abord été appréhendée sous l'angle spécifique des relations soignants-soignés (Strauss, 1992). L'anthropologie dans le domaine de la santé, par exemple, s'est attachée à décrire les modèles explicatifs, interprétatifs des personnes expérimentant une maladie, en insistant sur les éléments sociaux et culturels qui imprègnent leurs expériences de maladie, de guérison et de soin (Laplantine, 1986). Une attention fut également portée aux dynamiques collectives telles qu'elles sont apparues dans le milieu associatif en santé, à partir des années 1970 en France, avant de se démocratiser dans les années 1980-1990 avec des mobilisations comme celles dans le domaine du sida (Epstein, 2001).

À travers cette attention croissante pour le point de vue de celles et ceux qui expérimentent une maladie et le système de santé, des chercheurs français ont cherché à démocratiser certains concepts anglo-saxons issus des croisements entre démarches scientifiques et processus militants. On peut faire référence

ici aux concepts d'*empowerment* et de *recovery* mobilisés dans le champ de la psychiatrie nord-américaine et adaptés par des chercheurs français (Greacen et Jouet, 2019). On peut également citer le concept de *capability* (Le Gales et Bungeger, 2015). Ces approches visent à interroger le système de pensée biomédicale pour rendre compte du point de vue des personnes et les forces issues des expériences directes de la maladie ou des traitements, dans un contexte donné. Depuis les années 2000, plusieurs travaux en sciences humaines et sociales se donnent pour objectif de montrer la pertinence de la prise en compte de l'expertise des personnes, issue de leur expérience de la maladie, des traitements, mais aussi des savoirs biomédicaux ou expérientiels acquis tout au long de leur vie (Gross, 2017 ; Gardien, 2017b ; Greacen et Jouet, 2019).

Les sciences de l'éducation ont fortement contribué à conceptualiser, à promouvoir et à développer cette forme de participation dans les espaces de production de savoirs ou de connaissances (Jouet *et al.*, 2010 ; Tourette-Turgis, 2015 ; Gross, 2017). Cette dynamique prend aujourd'hui des formes variées. Des chercheurs valorisent l'accès à la formation (Tourette-Turgis, 2015 ; Gross *et al.*, 2016 ; Greacen et Jouet, 2019) tandis que d'autres chercheurs en sciences sociales montrent les intérêts méthodologiques de la participation des usagers à la production/coproduction de savoirs scientifiques (Godrie, 2017 ; Gardien 2017a).

Cette attention a favorisé l'usage de différents termes pour qualifier les personnes et leur rôle : le patient-formateur (Flora, 2012 ; Jouet *et al.*, 2010), le patient-chercheur (Godrie, 2017), le médiateur de santé-pair (Roelandt et Steadel, 2016), le patient-expert (Tourette-Turgis, 2015), le patient-enseignant (Gross, 2017) ; le patient partenaire (Pomey *et al.*, 2015). Au niveau international, de multiples initiatives de participation et de professionnalisation des usagers en santé existent depuis plusieurs années – à l'image du modèle de Montréal (Pomey *et al.*, 2015) ou du programme de patient expert en Angleterre (Rogers *et al.*, 2008).

Ces éléments de la littérature font émerger deux constats. Premièrement, il existe relativement peu de travaux menés sur les effets de la professionnalisation de la pair-aidance du point de vue de la personne concernée et des collectifs associatifs qui la représentent. En d'autres termes, les attentions actuelles des chercheurs et des acteurs de terrain consistent davantage à tester ou à prouver les effets d'une systématisation de la pair-aidance dans le système de santé/médico-social/social, que d'illustrer les effets de cette institutionnalisation pour les personnes et les collectifs de personnes directement concernées.

Deuxièmement, il apparaît que les acteurs faisant la promotion (Tourette-Turgis, 2015 ; Gross, 2017 ; Charoud, 2017) ou émettant des réserves (Reach, 2009 ; Grimaldi, 2010) au sujet de la professionnalisation de la pair-aidance sont généralement des acteurs impliqués sur le terrain de la formation, de l'éducation thérapeutique ou du soin, et qu'il n'existe encore qu'un faible investissement de la part de la sociologie ou de l'anthropologie de la santé sur ces questions (Godrie, 2017 ; Gardien, 2017a,b ; Troisœufs, 2019).

L'objectif de cet article est d'ouvrir une réflexion sur les articulations entre les différents statuts donnés ou pris dans le domaine de la pair-aidance en santé et de porter une attention aux façons dont les personnes directement concernées s'en saisissent.

### « Médiateur de santé-pair » et « patient intervenant » : des racines communes

« Médiateurs de santé-pairs (MSP) » et « patients-intervenants (PI)/experts » sont considérés, aujourd'hui, comme des références pour illustrer le processus d'institutionnalisation d'une forme de pair-aidance en santé. Il existe bien d'autres statuts ; toutefois, ces deux derniers sont généralement présentés comme les plus anciennement inscrits dans le paysage français de la santé.

Il est intéressant de constater que ces deux statuts semblent partager une histoire commune. Que soit le métier de MSP ou la fonction de « patient intervenant (PI)/expert », ces activités sont associées à la « pair-aidance » telle qu'elle se serait d'abord développée en Amérique du Nord au cours du  $xx^e$  siècle, avec comme référence idéologique et pratique les formes de *self-care* telles qu'elles ont pu se formaliser, entre autres, chez les Alcooliques anonymes (AA). C'est à travers les mobilisations collectives nord-américaines, dans le domaine du genre, des minorités culturelles, de la précarité, de la psychiatrie, du handicap (*disability studies*) et des épidémies comme le sida que va émerger une reconnaissance de l'aide entre pairs, accompagnée d'une philosophie de prise en compte des acquis expérimentiels qui s'exprime à travers la diffusion de concepts comme l'*empowerment*, le *recovery*, le *self-help*. Ces approches vont commencer à être reprises en France dans les années 1980-1990, à travers des formes de mobilisations associatives dans le champ du sida et de l'hémophilie puis, dans les années 2000, dans celui de la psychiatrie. C'est à travers ces mouvements sociaux que seront reprises et traduites la conceptualisation et la revendication de « savoirs » issus de l'expérience d'une maladie ou d'un traitement. Que ce soit les porteurs du statut de MSP et de celui de « patient intervenant (PI)/

expert », l'histoire de cette forme de pair-aidance sur le territoire français continue d'avoir ce socle commun. Dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, le projet Emilia (*Empowerment of mental illness services users : lifelong learning, integration, action* - 2005-2010), dirigé, en France, par Emmanuelle Jouet et Tim Greacen, est considéré comme étant l'une des premières expérimentations scientifiques françaises étudiant la reconnaissance des savoirs expérientiels des personnes concernées directement par un trouble psychique. Dans cette même philosophie, le programme expérimental « Un chez soi d'abord » (2012-2016) a interrogé le pouvoir d'agir des personnes ainsi que la pair-aidance dans le contexte de la grande précarité et de l'accès au logement (Girard, 2010). Il s'avère que les auteurs retraçant cette histoire commune font également référence à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) comme un support ayant permis, dans certaines conditions, de formaliser et de diffuser la reconnaissance de savoirs expérientiels ainsi que l'expertise qui en découle (Jouet *et al.*, 2010; Fournier et Troisœufs, 2018).

Si un socle historique commun semble faire consensus chez les chercheurs et les acteurs de terrain de ce domaine, la dénomination de ces deux statuts rend compte aussi de distinctions dans lesquelles sont inscrits celles et ceux qui endossent ces statuts.

---

## Expert et catégorisation diagnostique

À l'image de la psychoéducation qui est considérée comme une spécificité de la psychiatrie dans le domaine de l'éducation thérapeutique, le médiateur de santé-pair est un statut associé aux personnes faisant l'expérience de troubles psychiques. Le patient-expert renvoie, quant à lui, au domaine plus large des « maladies chroniques » et du champ du handicap. Bien qu'il soit revendiqué que les médiateurs de santé puissent être compétents dans toutes les pathologies (Roelandt et Steadell, 2016), les personnes formées expliquent se sentir prioritairement concernées par celles et ceux qui partagent une expérience plus ou moins similaire à la leur. Bien que le « patient-intervenant » renvoie à un large spectre de situations de santé, les formateurs, les personnes formées et les équipes soignantes s'accordent pour considérer actuellement qu'il faille faire correspondre l'aidant et l'aidé à un même diagnostic, à un même traitement. Mais, plus généralement, cette séparation des rôles renvoie à la séparation entre un spécialiste du corps et un spécialiste de l'esprit, entre l'environnement somatique et psychiatrique très proche de l'organisation actuelle de notre système de santé. Des réflexions sont actuellement menées, par les acteurs de terrains, quant aux possibles transversalités de la pair-aidance entre différents domaines de santé. Les débats engagés questionnent l'étendue du sens

accordé au terme « pair » ou à celui d'« expérience ». Mais il révèle aussi les enjeux théoriques, méthodologiques et idéologiques des acteurs de terrains (professionnels, chercheurs, pairs aidants) de chaque domaine de santé quant à la question d'élargir leur approche de la pair-aidance ou au contraire quant à celle de préserver des spécificités.

---

## Répartition de l'expertise dans différents espaces de soin

Une des spécificités de l'expérimentation des MSP a été de vouloir intégrer, dès le début du processus, les personnes formées dans des services d'hospitalisation. Ce choix a conduit à des résistances de la part de certaines équipes soignantes (Roelandt et Steadel, 2016). Certains collectifs d'usagers de la psychiatrie ont également exprimé leurs craintes concernant l'intervention des MSP en intrahospitalier plutôt que dans les services médico-sociaux. Que ce soit pour protéger ou pour justifier, l'enjeu du débat était de rendre significative ou non la présence de la pair-aidance au plus près d'une activité médicale, des actes de soins. Dans l'activité des « patients intervenants(PI)/experts », la démarche est différente car la cohabitation avec les professionnels de la santé se fait, *a priori*, dans un espace dédié à l'information et aux partages de connaissance, l'éducation thérapeutique du patient (ETP). L'espace n'est pas pour autant complètement neutre car la plupart des programmes d'ETP se font dans les enceintes de l'hôpital.

Dans les propos comme dans les écrits des acteurs de terrains, ces deux types de professionnels n'investissent pas les mêmes espaces de la santé. Le MSP serait *a priori* destiné à intervenir principalement dans des lieux de soins, alors que le patient-expert/patient-intervenant apparaît davantage comme un nouvel acteur du champ de la chronicité et du médico-social. Le débat sur les espaces d'intervention de ces nouveaux acteurs est un sujet récurrent et questionne la place et le rôle des savoirs expérientiels dans notre système de santé. Dans les interactions entre les MSP et les PI se manifestent aujourd'hui une intégration et une appropriation de cette séparation, aiguë/chronique, jusque-là réservée à l'organisation professionnelle.

---

## Travail rémunéré ou travail bénévole ?

Lorsqu'un débat public est proposé sur le thème de la pair-aidance, force est de constater que le thème du dédommagement, c'est-à-dire du financement, est systématiquement débattu. Le médiateur de santé-pair est salarié de l'hôpital dans lequel il travaille. Comme l'ont décrit les acteurs de l'expérimentation et les chercheurs associés, le financement de ces postes a été particulièrement critiqué

par les professionnels de la santé. Au sein des associations, des discussions ont également été engagées concernant les effets d'un financement sur le processus de l'entraide. Certaines personnes ont exprimé leur crainte concernant la liberté d'action et d'expression, d'autres valorisent au contraire un support d'équité pour légitimer la place et la parole des MSP dans l'institution. Du côté des patients intervenants (PI)/experts, la diversité des situations, des acteurs et des institutions ne permet pas, à ce jour, de rendre compte d'une règle commune. Toutefois, dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient, les intervenants sont le plus souvent invités à effectuer un travail bénévole, dans la continuité de leur engagement associatif. Mais simultanément, des dispositifs comme l'Université des patients promeuvent une reconnaissance du « travail du patient » à travers l'acquisition de diplômes universitaires (Tourette-Turgis, 2015). Ainsi, si le support historique et théorique est commun aux deux statuts, une distinction survient dans l'expression de cette reconnaissance. Cette différence questionne tout autant les professionnels, les chercheurs et la communauté des personnes concernées par la pair-aidance. Des débats entre pairs-aidants s'organisent actuellement questionnant les effets du salariat sur le « savoir expérientiel », mais interrogeant aussi la légitimité du travail bénévole dans le système médical et médico-social. Ces débats, ces rencontres entre pairs ont également pour effet de faciliter le transfert de pratiques, de représentations et de revendications. Suite à la rencontre avec des médiateurs de santé-pairs, certains patients intervenants (PI)/experts remettent, aujourd'hui, en question leur statut de bénévole et réclament que leur activité puisse s'inspirer des MSP. Si cette différence constatée peut être source d'inspiration, il est essentiel de considérer qu'elle peut également ouvrir à des relations concurrentielles entre pairs. La question des degrés du diplôme acquis en est un exemple.

---

## Expérience vécue et expérience acquise en formation

Les acteurs à l'initiative de ces deux statuts (et des autres) revendiquent un processus de légitimation des savoirs expérientiels à travers une formation, qu'elle soit universitaire, associative ou dispensée à travers diverses structures de formation. Ainsi, dans la transformation que connaît actuellement la pair-aidance en santé, la formation apparaît à la fois comme point commun à la professionnalisation et une condition de catégorisation, de spécialisation des activités, des métiers. La formation de médiateur de santé est dispensée à l'université Paris 13 (Bobigny), dans le cadre d'une licence en sciences sanitaires et sociales, parcours « Médiateurs de santé-pairs » (240 heures) et ouvre éventuellement à la réalisation d'un master au sein du même laboratoire de recherche (Leps). Bien que les médiateurs aient également une formation d'éducation thérapeutique dans leur programme, il existe néanmoins d'autres

espaces de formation universitaire comme celui de l'Université des patients dans laquelle des personnes peuvent obtenir un diplôme universitaire (DU), une licence, un master ou une thèse dans le domaine de l'éducation thérapeutique. En parallèle de ces enseignements universitaires, les associations, les centres de formation, les unités transversales pour l'éducation du patient (Utep) proposent une formation de 40 heures et lorsque celle-ci est dispensée à des personnes se déclarant malades, elle se transforme en formation de patient intervenant (PI)/expert. Les participants à ces formations pourront alors utiliser le titre générique de « pair aidant » ou l'un des qualificatifs liés à une activité spécifique, de la même manière que celles et ceux qui valident un diplôme universitaire.

Les équivalences, les critères de recrutement, les références de compétences sont des thèmes questionnés et qui questionnent les professions médicales. Toutefois, la multiplicité des diplômes et des intentions pour protéger cette reconnaissance professionnelle ne doit pas faire oublier les personnes engagées sous ces statuts. Sous cet angle se pose aussi bien la question de l'expérience vécue de ce statut qu'une approche collective s'interrogeant sur les effets de ces statuts dans les mouvements d'usagers en santé. Il existe un phénomène, encore assez récent, qui peut être observé, encore une fois dans les événements publics portant sur le thème de la pair-aidance. Au cours de colloques ou de séminaires scientifiques ou médicaux, il est de plus en plus courant d'assister à l'intervention de personnes affichant, avec fierté, leur statut et leur formation de médiateur ou de patient intervenant (PI)/expert. L'intention de reconnaissance d'un statut implique parfois une mise en avant des spécificités par rapport aux autres diplômes ou statuts parallèles. Il arrive ainsi que des personnes mettent en avant la durée de l'enseignement, quand d'autres insistent sur la légitimité de la structure de formation (médicale, universitaire, associative) ou encore sur la nature des connaissances acquises. Les relations entre pairs n'ont jamais reposé uniquement sur une expérience de la maladie, extraite de toutes considérations sociales, culturelles et personnelles. La professionnalisation a tendance à rendre plus visible ce phénomène. Il arrive que des acteurs de la pair-aidance diplômés revendiquent une légitimité plus importante par rapport à celles et ceux qui auraient « uniquement » une formation aux 40 heures d'éducation thérapeutique. Mais cette institutionnalisation des rapports entre pairs conduit également à de nouvelles formes de mobilisation. L'expression de l'une d'elles est de considérer que les enseignements des professionnels conduisent à uniformiser les singularités. Dans un souci d'appropriation du mouvement en cours, cette forme de mobilisation, parmi d'autres, insiste sur l'idée que le savoir se trouverait d'abord dans les expériences mêmes de la vie avec une maladie et dans celle des relations de soutien, avant d'être un objet à acquérir ou à transmettre formellement.

---

## Conclusion

Nous entrons dans une nouvelle ère de la pair-aidance en santé. Si l'institutionnalisation en est une spécificité, sa démocratisation dans les différents domaines de santé et la diversification d'application dans des champs professionnels hétérogènes sont des conditions essentielles à prendre en compte. Les travaux en cours sur l'accompagnement en sont un exemple et interrogent une reconnaissance et la valorisation de l'aide des pairs et des membres de leur entourage, parfois professionnalisés. L'attention sociétale étant actuellement portée sur l'expérience individuelle, et plus spécifiquement celle de la maladie (parmi celles que détiennent les personnes concernées), les dynamiques collectives, sociales, associatives qu'engagent ces nouvelles activités en termes de relations, d'identités, de savoirs, sont relativement peu visibles. Les éléments présentés ici ouvrent une réflexion sur les conditions d'interactions entre pairs (et les collectifs concernés) que peuvent produire ces nouvelles activités, ces nouveaux métiers, mais aussi la contribution de ces derniers dans notre système de santé et plus largement au sein de la société. Si aujourd'hui il est de moins en moins nécessaire de justifier l'intérêt de la pair-aidance et la pertinence du savoir expérientiel, il reste indispensable de rendre compte des effets de ces nouveaux rôles pour les personnes qui sont directement concernées et comment (si) elles se les approprient. ▶

## BIBLIOGRAPHIE

- Charoud, M. (2017). L'engagement des associations de patients atteints de maladies chroniques : du savoir patient aux stratégies de communication. *Politiques de communication*, 2(9), 37-62.
- Epstein, S. (2001). *La grande révolte des malades. Histoire du sida 2*. Paris : Éditions Le Seuil.
- Flora, L. (2012). *Le patient formateur : élaboration théorique et pratique d'un nouveau métier de la santé* (Thèse de doctorat de sciences sociales, spécialité Sciences de l'éducation). Université Vincennes Saint-Denis – Paris 8.
- Fournier, C. et Troisœufs, A. (2018). Éduquer le patient ou transformer l'action publique : un espace d'expression pour les patients : Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 36(2), 33-41.
- Gardien, E. (2017a), Qu'apportent les savoirs expérientiels à la recherche en sciences humaines et sociales ?. *Vie sociale*, 4(20), 31-44.
- Gardien, E. (2017b). *L'accompagnement et le soutien par les pairs*. Grenoble : PUG.
- Girard, V. (2010). Petite histoire du rétablissement et des médiateurs en santé mentale à Marseille. *Rhizome*, (40), 9.
- Godrie, B. (2017). Rapports égalitaires dans la production des savoirs scientifiques. L'exemple des recherches participatives en santé mentale. *Vie sociale*, 4(20), 99-116.
- Greacen, T. et Jouet, E. (2019, 1<sup>re</sup> édition 2012). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*. Toulouse : Érès.
- Grimaldi, A. (2010). Les différents habits de l'« expert profane ». *Les Tribunes de la santé*, 2(27), 91-100.
- Gross, O., Sannié, T. et al. (2016). Scientifiser son malheur : Discussion sur le caractère émancipatoire d'une formation de pairs aidants dans l'éducation thérapeutique. *Recherches & éducations*, (16).
- Gross, O. (2017) *L'engagement des patients au service du système de santé*. Paris : Éditions Doin.
- Jouet, E., Luigi, F. et Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients : Note de synthèse. *Pratiques de Formation - Analyses*, (58-59).
- Laplantine, F. (1986) *Anthropologie de la maladie*. Paris : Éditions Broché.
- Le gales, C., Bungener, M. et le groupe Capabilités (2015). *Alzheimer : préserver ce qui importe. Les « capabilités » dans l'accompagnement à domicile*. Rennes : PUR.
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V. et al. (2015). Le Montréal Model : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de santé. *Santé publique*, S1(HS), 41-50.
- Reach, G.(2009). Une critique du concept de patient éducateur. *Médecine des Maladies métaboliques*, 3(1), 89-94.
- Roelandt, J. L. et Staedel, B. (dir.) (2016). *L'expérimentation des médiateurs de santé-pairs. Une révolution tranquille*. Paris : Éditions Doin.
- Rogers, A. et al. (2008). The United Kingdom Expert Patients Programme: results and implications from a national evaluation. *Med J Aust*, 189(S10), 21-24.
- Sarradon-Eck, A., et al. (2012). Des médiateurs de santé pairs dans une équipe mobile en santé mentale. Entre rétablissement et professionnalisation, une quête de légitimité. *Lien social et Politiques*, (67), 183-199.
- Strauss, A. et al. (1992). L'hôpital et son ordre négocié. Dans I. Baszanger, *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan.
- Tourette-Turgis, C. (2015). *L'éducation thérapeutique du patient. La maladie comme occasion d'apprentissage*. Paris : De Boeck.
- Troisœufs, A., Fournier, C. et Bungener, M. (2019). Soigner les relations pour rapprocher. Le rôle de l'éducation thérapeutique autour de la stimulation cérébrale profonde dans le traitement de la maladie de Parkinson. Dans S. Desmoulin-Canselier, M. Gaille et B. Moutaud (dir.), *La stimulation cérébrale profonde de l'innovation au soin. Les neurosciences cliniques à la lumière des sciences humaines et sociales*. Paris : Hermann.
- Troisœufs, A. (2019). Éducation thérapeutique et anthropologie : regards croisés. *Afdet Santé Éducation*, 29, 20-28.

Lise Demailly

Université de Lille  
 Clerse UMR  
 CNRS 8019  
 Lille

# LES PRATIQUES DES MÉDIATEURS DE SANTÉ-PAIRS EN SANTÉ MENTALE

Les « médiateurs de santé-pairs », selon leur appellation publique, sont le plus souvent pairs-aidants salariés dans les équipes de psychiatrie publique. Ils ont, du fait même de leur présence physique dans les services, des effets sur les pratiques des équipes ainsi que sur la manière dont les soignants parlent des patients. Au-delà de sa simple présence, les médiateurs développent des pratiques d'accompagnement spécifiques, qui ont un impact sur les usagers et sur les équipes.

D'après les observations que j'ai pu mener lors de l'évaluation de l'expérimentation menée par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) aboutissant à une première promotion de « médiateurs de santé-pairs » (MSP)<sup>1</sup> et d'après les discussions informelles que j'ai eues depuis avec plusieurs médiateurs, « anciens » ou formés plus récemment, leurs pratiques présentent des ressemblances, mais sont diverses. Elles dépendent de trois facteurs : i) les savoirs expérientiels du médiateur, ii) les attentes de l'équipe où il travaille et iii) la construction personnelle et singulière qu'il fait d'une professionnalité spécifique. Quelques grandes constantes peuvent être dégagées, communes à l'ensemble du groupe. Je m'appuierai surtout, pour développer ces points, sur l'observation *in situ* de rencontres entre des médiateurs et des usagers, d'observations de réunions d'équipe auxquelles participe un médiateur, d'entretiens ( $n = 74$ ) menés avec des usagers qui ont été suivis par un médiateur (Demailly, *et al.*, 2014 ; Demailly, 2014 ; Demailly et Garnoussi, 2015)<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Initialement sur des CDD renouvelables de la catégorie C de la fonction publique, puis sur des postes de titulaires.

<sup>2</sup> Le présent article reprend des éléments de ces textes, complétés par quelques observations et réflexions plus récentes.

## La base des pratiques : le savoir expérientiel

Le pari de l'innovation MSP est que le « savoir expérientiel », tout en n'étant ni savant, ni académique, ni scientifique, ni scolaire, est cependant précieux et utile dans le travail thérapeutique et permet d'améliorer la qualité des soins. L'expérience peut être définie comme un « savoir », d'un type particulier, une forme

de connaissance pratique, dynamique, évolutive, dispersée. L'expérience altère le sujet en l'exposant à une événementialité forcément singulière. La subjectivité participe à l'effectivité de l'expérience. L'expérience livre un savoir qui est singulier et qui, en tant que tel, ne s'enseigne pas, mais a des effets sur la relation à autrui et donc sur autrui.

D'après nos interviews et observations *in situ*, les savoirs d'expérience mobilisés dans le travail des MSP constituent le cœur de leurs savoir-faire et de l'originalité de ceux-ci. Car les formations initiales des MSP (diplôme universitaire [DU] ou licence professionnelle) sont trop courtes pour installer des savoirs professionnels, des connaissances théoriques ou des techniques éprouvées. Que les savoir-faire des MSP soient pour l'essentiel construits par l'expérience, c'est justement cela qui est intéressant et permet d'envisager des processus d'invention clinique. Les MSP sont amenés à puiser dans trois répertoires d'expérience.

### **Le « savoir expérientiel » de la maladie, du système de soins et du rétablissement**

Ce premier domaine de l'expérience est triple. Il suppose d'avoir été malade, avoir été patient et s'être au moins un peu rétabli, soit :

- *avoir été un malade* : vécus dépressifs, délirants, vécus de symptômes « plus forts que soi », vécus de dépendance et de manque par rapport à des substances psychoactives, rapport spécifique au corps, techniques de soi, expérience des moments de catastrophe, déclin du désir de vivre, vécu du passage à l'acte, souvenirs d'affects et d'émotions, expérience de son propre refus de soins, de la honte, de l'abandon, des problèmes de vie consécutifs au trouble (contacts avec la justice, la police, la prison, la rue, le chômage, la précarité), expérience de la violence sexuelle ou de la violence de la rue ;
- *avoir été un patient* : vécus de l'institution psychiatrique, vécu de différentes formes et niveaux de contrainte, éventuellement de l'hospitalisation sans consentement et de l'isolement, vécu des médicaments, de leurs effets et effets secondaires, vécu des relations au psychiatre d'hôpital public, émotions liées au fait d'avoir été traité, le cas échéant, comme un cas, un organe ou une moyenne, plutôt que comme une personne, intuition des modes de défenses des soignants, vécu de la distance aux soignants, vécu des relations entre patients, éprouvé de ce qui apporte de l'aide, de la compliance, de la confiance, apprentissage des négociations avec les infirmiers. Ces savoirs expérientiels peuvent constituer un « métier de patient » ;

- *s'être rétabli* : avoir vécu le fait de « s'en sortir ». Avec quoi? Avec quelle aide? En s'appuyant sur quelles ressources? À quel rythme? Avec quels signes? En mettant en jeu quelle mobilisation personnelle? Et quels moyens thérapeutiques? Cela concerne éventuellement l'usage de la religion, de formes de sagesse, du sport, de l'activité esthétique, d'activités associatives, de la volonté, etc.

On peut comprendre le « savoir expérientiel » des MSP dans ses trois dimensions – l'épreuve de la maladie, celle du soin psychiatrique et celle du rétablissement – comme un « savoir-y-faire » avec la domination. Ce savoir-y-faire se construit dans l'expérience de la maladie et les différents processus – de déréliction, de stigmatisation, de négociation avec les institutions, de désaffiliation, de combat avec les autres et soi-même – qui l'accompagnent, en tant, bien sûr, qu'il s'est agi d'une expérience formative, instructive, en ce qu'elle a été pensée, et non pas d'une pure sidération, d'un pur traumatisme non élaboré. Le savoir-y-faire avec la domination se construit dans les moments difficiles de vie dont les futurs MSP se sont sortis, les épreuves qu'ils ont suffisamment surmontées, réussissant donc là un certain *empowerment* personnel, qui les a poussés à poser leur candidature pour devenir pairs-aidants salariés et permis leur recrutement dans le programme. Ils ont développé une *métis*, intelligence rusée, par laquelle la personne apprend à la fois à « compter sur ses propres forces » et à s'appuyer sur le potentiel des situations sociales rencontrées. Cela constitue une expertise intuitive profane, une autoclinique de la résilience et de la reconquête de l'autonomie.

### Les savoirs d'expérience antérieurs

Ils concernent l'éventuelle profession antérieure, la pauvreté, la classe sociale, les rapports de genre, le statut marital, le travail, les formations professionnelles antérieures, tout un parcours de vie perturbé par la maladie, par exemple, la perte de l'emploi et la difficulté à retrouver du travail en luttant à la fois contre ses propres limites et contre la stigmatisation sociale que produit la maladie mentale dans le monde professionnel. Ces savoirs jouent un rôle important dans l'insertion des MSP, notamment ceux qui sont liés aux professions antérieures ou aux pratiques associatives – entrer en contact, soutenir une conversation, mettre de la bonne humeur, savoir écrire un projet, mobiliser des ressources locales, connaître une ville, savoir prendre contact avec des organisations et des administrations, avoir des réseaux, avoir déjà développé des styles relationnels ou créatifs particuliers, « compétences relationnelles » acquises avant la maladie, mais que les MSP pourront réinvestir dans la pratique professionnelle.

Les MSP qui ont des spécialités techniques ou des savoir-faire relationnels liés à une profession antérieure<sup>3</sup> réussissent plus vite leur insertion. Ceux qui en sont dépourvus ont plus de difficulté à se faire admettre dans l'équipe qui ne sait pas trop, au début, quelles tâches leur confier. Il s'agit aussi des savoir-faire liés à la vie domestique antérieure, avant ou pendant la maladie – comment régler des problèmes d'argent, de loyer et de budget, le rapport avec les administrations –, souvent délaissés par les infirmiers psychiatriques, car ces soucis n'ont pas de rapports directs à la maladie et au soin. Les MSP y trouvent un créneau d'action en fournissant un accompagnement dans ces domaines, notamment aux malades socialement défavorisés. Enfin, ils peuvent connecter les usagers à différents points de la ville, à diverses ressources.

### Les savoirs d'action acquis en cours de fonction

On nommera les savoirs acquis en cours de fonction des « savoirs d'action », pour éviter la confusion avec le « savoir expérientiel » lié à la maladie et au rétablissement, mais ce sont bien aussi, en termes cognitifs, des savoirs d'expérience. Il s'agit, par exemple, de techniques acquises par les MSP en regardant leurs coéquipiers travailler, en écoutant leur langage, leur jargon de métier, leurs discussions d'équipe, en observant leurs méthodes, les critères avancés pour les diagnostics, les médications et leurs dosages ou en étant admis dans des formations continues en compagnie des infirmiers.

Les MSP apprennent ainsi « sur le tas », après éventuellement quelques échecs, des techniques pour se présenter à un malade, à animer un groupe de parole ou à faire une visite à domicile. Cet apprentissage est divers selon les lieux concrets d'intégration – l'intrahospitalier, les dispositifs de l'ambulatoire ou l'accompagnement en ville n'offrent pas les mêmes opportunités.

Enfin, le travail salarié produit ses effets de socialisation professionnelle, acquise parfois au prix d'un certain nombre de heurts en apprenant à respecter des horaires, des règles, des hiérarchies et les secrets des collègues, mais aussi, à ne pas heurter, à rendre compte de ce que l'on fait, à signaler systématiquement ses déplacements, à remplir des plannings ainsi qu'à distinguer vie privée et vie professionnelle. Ces apprentissages, parfois difficiles, peuvent ensuite être mobilisés par les MSP dans leur accompagnement de malades chômeurs de longue durée qui désirent retrouver un emploi. Ils peuvent sur ce point collaborer avec les psychologues sur la levée des obstacles cognitifs et comportementaux à la reprise d'un travail.

<sup>3</sup> Commerce, informatique, techniques de soins corporels, par exemple, dans la première promotion.

## La conversion des savoirs expérientiels en savoir-faire

Un savoir expérientiel peut bien sûr être utilisé de manière spontanée et informelle dans une relation d'entre-aide entre usagers. C'est une situation courante. Mais pour qu'un pair-aidant salarié ressente une certaine légitimité à affronter la situation de travail, il est nécessaire que son savoir expérientiel soit converti, ou se convertisse progressivement en savoir-faire, ce qui implique qu'il en soit conscient. Pour cela, par exemple, l'effet de la communication de l'expérience passée à l'usager pourrait être imaginé et réfléchi. La manière dont le MSP s'offre, soit comme étant un support d'identification positive – donnant espoir, diminuant la honte, en montrant que l'on peut s'en sortir, voire retravailler – pourrait être consciente et assumée. Le MSP pourrait se constituer un panel de techniques d'aide, sur la base d'une philosophie vitaliste (en trouvant son projet, ses passions), comportementaliste, ou de thérapies alternatives (telles que des pratiques corporelles faciles à appliquer au quotidien ou des « astuces » pour améliorer la vie ordinaire – rapport à la musique, attention à l'apparence corporelle, discipline physique et alimentaire ou respect de la prise de médicaments).

Cela implique parallèlement que le médiateur soit conscient de ce que sa propre pathologie (passée, voire encore présente) induit comme émotions dans la rencontre avec des personnes en souffrance – sentiment d'identification, de répulsion (pour une pathologie trop différente qui éventuellement sera involontairement stigmatisée, même si le pair-aidant est en principe un agent de déstigmatisation), de peur (pour une pathologie inconnue et inquiétante), d'empathie pour toute souffrance, de colère et d'« envie de secouer le patient qui ne se bat pas pour aller mieux ». Il faut aussi qu'il soit conscient des émotions que suscite chez lui le rapport à l'institution psychiatrique – désir de revanche, soumission, rébellion, alliance... Il est souhaitable qu'il puisse en parler, qu'il dispose donc d'un lieu de supervision extérieur au service pour élaborer ces émotions. Il est indispensable que les MSP disposent aussi d'un lieu de formation continue collective, pour échanger sur leurs pratiques et sur les savoir-faire qui peuvent être développés.

Au sein de cette construction de savoir-faire et de savoir-être, qui vont constituer finalement un métier, la question d'une distance spécifique aux soignés se pose. La distance pratiquée par le MSP est en général spontanément plus faible que celle des autres soignants. Par exemple, dans un centre médico-psychologique (CMP), le MSP a donné spontanément son numéro de portable aux usagers qu'il suivait. Cela a pu choquer, inquiéter ou perturber l'équipe. Puis, selon les cas, cette pratique est acceptée. « *En y réfléchissant, ce n'est pas si grave que cela.*

*Et après tout, pourquoi pas ?* », me dit finalement la psychiatre. Les rencontres avec les soignés ont tendance à se faire au rythme d'une fois par semaine ou d'une fois tous les quinze jours. Au début, certains MSP ont pu choisir un accompagnement plus soutenu, deux fois par semaine, puis ont fait marche arrière : « *Mais on a eu peur, cela devenait trop affectif pour eux et pour moi aussi.* » Déroutés par les phénomènes de transfert, les MSP de la première promotion les évitèrent (en partie) et reconstruisirent une distance par la baisse de la périodicité des rencontres. Ou bien ils ont redécouvert, après avoir beaucoup touché leurs patients pour les encourager ou les consoler, certaines vertus de la distance physique : « *Je lui faisais la bise et, après, j'ai eu du mal à reprendre une distance.* » Les MSP des promotions suivantes peuvent bénéficier des savoirs d'action construits par la première promotion.

Globalement, la distance professionnelle que manient spécifiquement les MSP se caractérise par l'horizontalisation de la relation, ce qu'on pourrait peut-être nommer parfois une forme de « camaraderie » avec les usagers, leurs pairs, pour mettre ces derniers en lien, en confiance, en mouvement.

---

## Les caractéristiques du travail et les attentes de l'équipe

Les pratiques des MSP sont très dépendantes de l'établissement qui les emploie. Je laisserai de côté les cas où l'insertion du nouveau MSP dans l'institution se passe mal. Alors, l'opposition est frontale. Lors de la première promotion, des équipes qui n'avaient pas été consultées par le directeur d'hôpital ou le chef de secteur ont pris ensuite les moyens de décourager le MSP, de l'empêcher de travailler ou de le pousser à la démission. Encore aujourd'hui, quand un chef de pôle ou d'un sous-ensemble s'engage dans une négociation sur la venue possible d'un MSP, il peut s'exposer à des réactions d'incompréhension et de refus, comme j'ai pu en avoir connaissance pour des unités intrahospitalières où je menais une enquête. Les soignants se sont sentis mis en cause dans leurs compétences par l'éventualité de l'arrivée d'un MSP dans le service.

Restons-en aux situations où le MSP s'insère effectivement dans l'équipe (ce qui n'exclut pas quelques tensions, mais pas plus que celles que l'on peut parfois observer entre catégories professionnelles ou entre deux personnes). Dans ces cas, la nature et le cadre organisationnel des unités de psychiatrie dans laquelle travaillent les MSP influencent la forme et le contenu des pratiques – par leurs règles, leurs coutumes, l'autonomie laissée par l'équipe au MSP, par le style clinique des autres professionnels.

Le type de patientèle est évidemment très déterminant : les MSP travaillent aussi bien dans des services qui reçoivent des populations extrêmement défavorisées (une équipe mobile psychiatrie et précarité [EMPP], par exemple) que dans ceux où existe une mixité sociale, ceux qui acceptent toute demande et ceux où la relation avec le service s'engage sur la base d'un contrat de soins avec le patient. Les caractéristiques organisationnelles du service et du type d'unité déterminent également le cadre des rencontres (certains MSP rencontrent fréquemment les usagers seul à seul, d'autres jamais, car ils sont toujours en coïntervention ou en animation de groupes). Le cadre des activités est divers : entretiens en face-à-face dans un centre médico-pédagogique ou visites à domicile (VAD), interventions dans un espace collectif comme un hôpital de jour, animation de groupes de parole, animation d'une commission institutionnelle des usagers, développement d'ateliers thérapeutiques ou ateliers d'éducation thérapeutique. Cependant, on peut noter une constante organisationnelle : les rencontres MSP/patients sont en général prescrites par les psychiatres et/ou décidées par l'équipe soignante, mais toujours avec un avis positif du patient.

La normativité des MSP est en général plus faible que celle de l'équipe, que ce soit celle des psychiatres « *qui font la morale* » (disent les usagers) ou celle des infirmiers, parfois en position éducative lors des VAD, par exemple, sur la propreté des locaux, le ménage, la cigarette, les « bêtises » ou le temps passé dans la rue. Cette moindre normativité des MSP peut être due à un savoir de la maladie par l'expérience, à une moindre intériorisation des préoccupations de santé publique et, plus globalement, au décalage entre leur éthos et les normes du monde hospitalier. Les équipes tolèrent différemment ces décalages et peuvent, ou non, faire rectifier leurs interventions.

Enfin, il est en général admis que le MSP puisse prendre son temps pour rencontrer les soignés ; dans des secteurs surchargés, c'est un privilège de rencontrer ce type de soignants. Les entretiens ou visites, d'une durée parfois supérieure à une heure sont plus longs avec un médiateur qu'avec les autres professionnels. L'une des qualités différentielles du médiateur réside dans sa disponibilité et, plus généralement, dans son accessibilité : la dimension quantitative du temps qu'il peut consacrer aux individus est généralement associée par les soignés à la facilité à entrer en relation avec celui-ci et à l'aisance, la non-censure qu'il autorise dans la communication. « *On se sent à l'aise* » avec le médiateur, remarquent souvent les soignés. Cela leur permet de « *parler de tout* ».

Mais des différences se font jour, en fonction de la « culture » de l'équipe, de ses traditions organisationnelles, de sa philosophie du soin et aussi de son projet. Car l'arrivée d'un MSP, quand elle est voulue, coïncide le plus souvent avec la volonté de changer quelque peu les pratiques, de modifier leur éthique dans le sens d'un plus grand respect des soignés et d'une philosophie des soins plus orientée sur le rétablissement. Or, si le rétablissement et la réhabilitation psychosociale deviennent aujourd'hui progressivement de nouvelles normes du soin psychiatrique, il reste que la mise en forme pratique de ces orientations, tant sur le plan clinique que sur le plan organisationnel, peut prendre plusieurs figures<sup>4</sup>. Le travail concret du MSP s'en trouve impacté. Si, généralement, les médiateurs s'imposent dans l'éducation thérapeutique, le travail de compliance et d'adhésion aux soins, le travail de soutien relationnel ordinaire, le développement de la parole et de l'entraide entre pairs, le contenu de ces tâches est affecté par les traditions de l'équipe, son mode d'organisation et son projet.

## Une aventure qui reste singulière

Enfin, les pratiques sont aussi dépendantes des choix et goûts personnels du MSP, de l'image qu'il se fait du processus de rétablissement et des facteurs qui ont contribué et contribuent encore à son propre rétablissement.

Or, les histoires de vie que nous avons recueillies sont fort diverses. Tels MSP se sont reconstruits une santé dans le « faire » et non dans le « dire » ; ils déclarent que pour eux le principal est de stimuler les soignés (« *je ne suis pas trop dans la consolation* ») pour les pousser à sortir de leur isolement social et relationnel, à trouver des activités pour s'occuper ou à repérer l'activité qui les passionnerait. Ils vont donc « aller chercher » les soignés pour les « bousculer ».

Tels autres MSP estiment que le recours à la psychothérapie a été le principal facteur de leur propre rétablissement et accordent l'importance centrale dans leur pratique à l'écoute, la parole, le respect de la demande (laisser l'utilisateur venir vers soi). D'autres sont spontanément « comportementalistes », cherchant des techniques pour contrer les pensées ou les conduites négatives.

<sup>4</sup> Selon une recherche en cours : « L'évolution des pratiques de soin dans les pôles de psychiatrie publique en France » (Lise Demailly, Ireps/F2RSMPSy).

Certains sont passés par les Alcooliques anonymes et importent dans leur travail le mélange d'esprit d'entraide et de normes comportementales caractéristiques de ce type d'association, avec un certain rigorisme par rapport à l'addiction ; alors que d'autres MSP se montreront laxistes sur l'usage du cannabis à des fins anxiolytiques, pour eux-mêmes et pour les malades, refusant le principe

d'abstinence. Puis, ceux qui ne peuvent pas donner l'exemple d'une conduite normalisée pourront présenter le sevrage total que comme un idéal difficilement accessible qu'eux-mêmes cherchent à rejoindre.

Pour certains, le rapport au patient est orienté par une proposition d'identification, leurs interventions orales sont sous-tendues par ce schéma : « *Je comprends ce qui vous arrive, je suis passé par là, c'était très difficile, mais je m'en suis sorti. Regardez-moi, vous voyez que je m'en suis sorti, vous pouvez garder espoir, faites comme moi.* » Ils accordent une importance centrale à l'espoir comme facteur de rétablissement, plus qu'aux dires, aux faire, aux techniques ou aux activités. Un grand nombre valorisent une approche globale de la « personne », tandis que d'autres tentent d'agir sur un problème particulier du patient, social ou matériel. Certains entrent en relation avec tous les patients qu'ils rencontrent ou qu'on leur affecte, pratiquant ce qu'on pourrait appeler un « accueil inconditionnel » ; d'autres font des tris *a priori*, selon les comportements ou les pathologies, en fonction de ce qu'ils pensent relever de leurs compétences.

Les pratiques des MSP contribuent à diffuser la philosophie du « rétablissement » (*recovery*) auprès des usagers, auprès de ceux qui sont découragés aussi bien qu'auprès de ceux qui ont espoir de « guérir ». Parfois, c'est surtout par son exemple personnel que le MSP contribue à accréditer que le rétablissement est possible. Il arrive que, par les discussions, l'usager apprenne qu'il ne doit pas espérer ou viser la guérison, mais le rétablissement, autrement dit, qu'il restera probablement malade, mais pourra mener une vie correcte. Mais d'autres MSP restent attachés à l'idée de guérison, d'une possibilité pour le malade de sortie plus ou moins (en principe) définitive de la dépendance à l'institution psychiatrique.

Quant aux anthropologies spontanées qui animent leur pratique, plusieurs MSP contribuent à diffuser une représentation positiviste de la personnalité, de la maladie, et de l'intercompréhension entre êtres humains. Les soignés retiennent alors des rencontres que seuls peuvent comprendre la maladie et l'état de malade ceux qui l'ont connue sous son étiquette diagnostique, étroite (bipolarité, schizophrénie) ou large (toxicomanie, psychose). Les autres professionnels, par leur formation, ne peuvent que la « connaître ». Affirmer qu'un être humain ne peut « comprendre » (par intuition, empathie...) ce qu'il n'a jamais vécu, valoriser ainsi le rapport au même, s'oppose à une conception de l'être humain dans laquelle se reconnaissent d'autres MSP, où chacun peut avoir connu au cours de sa vie les mouvements dépressifs, les crises anxieuses, les dérapages, les

organisations névrotiques et les noyaux psychotiques, et où toutes les potentialités de la souffrance, de la crise ou du blocage psychiques, l'altérité interne, font partie de la vie psychique de chacun d'entre nous.

Les MSP se situent enfin différemment dans leur rapport à l'institution psychiatrique. Certains, surtout de la première promotion, sont plus en rébellion ou plus militants contre tous les manques de respect dont pourraient être victimes les usagers (et eux-mêmes). Certains remettent fortement en cause le monopole de l'interprétation des situations cliniques qui serait le privilège des soignants, ainsi que leurs outils d'objectivation (catégories diagnostiques, échelles, tests, médecine des preuves, etc.). À l'inverse, d'autres évitent la critique du savoir et du pouvoir médical. Ils se rendent compte que la critique n'est pas pour eux une position tenable et ils peuvent être capables d'expliquer aux soignés les contraintes institutionnelles. Enfin, d'autres, plus en recherche de légitimité, sont plus soumis à l'institution et sont amenés à mimer les manières de faire des infirmiers ou des éducateurs, en euphémisant leur propre passé.

## Conclusion

On voit que les pratiques des pairs-aidants salariés dans les services psychiatriques sont diverses et dépendent à la fois des caractéristiques organisationnelles de ces services et des histoires de vie des intéressés. De manière relativement constante cependant, quelle que soit leur position subjective, on peut constater que les MSP encouragent les soignés à s'exprimer, à poser des questions aux psychiatres sur les soins, à leur faire part d'effets secondaires de médicaments qu'ils supporteraient mal, à parler de leurs projets de vie et des besoins qui en découlent. Les MSP contribuent donc à la mise en place d'une coconstruction du soin. On peut retenir ce point comme la caractéristique principale de leurs pratiques et du changement clinique qu'ils contribuent à mettre en place. ▶

## BIBLIOGRAPHIE

Demailly, L., Bêlart, C., Déchamp Le Roux, C., Dembinski, O., Farnier, C., Garnoussi, N. et Soulé, J. (2014). *Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée* (Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental).

Demailly, L. (2014). Les médiateurs pairs en santé mentale. Une professionnalisation incertaine. *La Nouvelle Revue du travail*, (5). Repéré à <https://journals.openedition.org/nrt/1952>

Demailly, L. et Garnoussi, N. (2015). *Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style. Sciences et actions sociales*, 1.

---

**Emilie Charlier**

*Docteure en sciences psychologiques et de l'éducation  
Université de Mons, service de sciences de la famille  
Mons, Belgique*

---

# MODALITÉS DE MÉDIATION DANS DES GROUPES D'ENTRAIDE POUR PERSONNES VIVANT AVEC LE TROUBLE BIPOLAIRE EN BELGIQUE FRANCOPHONE

En Belgique, de nombreuses personnes souffrent d'une vulnérabilité psychique, ce qui fragilise bien souvent leur participation sociale (Van Audenhove, 2015). Depuis quelques décennies, l'organisation des soins, en particulier des soins de santé mentale, connaît des transformations allant dans le sens d'une plus grande place accordée à la participation des malades et de leurs proches.

---

## **Le soutien par les pairs en Belgique**

Le mouvement des droits des patients est apparu dans les années 1990, sous l'impulsion de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La législation se tourne alors vers une responsabilisation des individus (Volckrick, 2008). En 2005, différentes associations d'usagers ont participé à la réflexion ayant abouti à la note politique visant à réorganiser les soins en réseau. En 2010, la réforme des soins oriente ces derniers vers le communautaire et le rétablissement (Jacob, Macquet et Natalis, 2014). Ainsi, les individus et leur entourage sont reconnus comme des partenaires de soins. Leur participation est considérée comme essentielle et se traduit de plusieurs manières : via des organes de concertations, regroupements d'usagers, expertise... De nombreuses pratiques participatives se développent depuis le début des années 2000 et, parmi elles, des initiatives renvoyant au soutien par les pairs (Dujardin, Jamouille et Sandron, 2017).

Le soutien social correspond à l'échange de ressources – qu'elles soient d'ordre émotionnel, instrumental ou d'information – par des non-professionnels, dans le cadre de groupes sociaux ou d'interaction avec des membres d'un même réseau social (Caron et Guay, 2005). Le soutien par les pairs se caractérise par des pratiques formelles, d'une part, et informelles, d'autre part.

L'embauche de travailleurs-pairs n'en est qu'à ses balbutiements sur le territoire (Mormont, 2016). Il n'existe pas de statut légal : le métier n'est pas reconnu et, malgré le développement récent de quelques formations en la matière, elles ne donnent pas accès à un diplôme officiel. Souvent qualifiés de médiateurs de santé/pairs en France, ces travailleurs sont plus volontiers désignés comme « experts du vécu » ou « pairs-aidants » en Belgique francophone. Par exemple, le gouvernement fédéral emploie dans ses services publics une vingtaine d'experts du vécu en matière de pauvreté et d'exclusion sociale, dans le cadre d'un projet pilote soutenu par le Fonds social européen (FSE) qui a vu le jour en 2004. L'idée de « médiation » n'est pas absente du projet, ceux-ci étant envisagés en tant que « chaînon manquant » entre l'administration et ses citoyens (Casman, Diercks et Vranken, 2010).

Les pratiques informelles de soutien par les pairs sont plus anciennes et plus nombreuses. Elles correspondent à l'aide apportée de manière spontanée *via* des programmes mis en place par des pairs ou *via* des groupes d'entraide (Basset, Faulkner, Repper et Stamou, 2010). Le Meeting Point Self-Help Groups in Belgium définit ces derniers en tant que groupes de personnes qui ont un vécu similaire affectant leur qualité de vie et qui décident d'agir ensemble afin de se sentir moins impuissants quant à leur situation. Ils se fournissent mutuellement des informations et un soutien émotionnel (Damen, Mortelmans et Van Hove, 2000). Les Alcooliques anonymes (AA) en représentent sans doute la forme la plus populaire, avec plus de 200 groupes répartis sur le territoire. Cependant, les problèmes traités par ces types de dispositifs sont extrêmement diversifiés : maladie, handicap, dépendance, trouble du comportement, deuil, sexualité, événement de vie... En matière de santé mentale, il existe des groupes pour usagers et/ou des dispositifs à destination de leurs proches (AIGS, 2016).

---

## Une recherche sur les enjeux et défis des groupes de parole

Nous nous sommes intéressés aux groupes de parole dans le cadre d'un doctorat, ceci au travers de deux recherches : la première ciblait spécifiquement

les groupes non thérapeutiques destinés aux aidants proches de personnes confrontées à des événements de vie (Charlier, 2018), la seconde s'intéressait aux impacts, enjeux et défis associés à l'ensemble des groupes de parole implantés en Belgique francophone. Pour cette deuxième recherche, nous avons recueilli les avis de 67 acteurs de groupes (animateurs, participants, référents et intervenants ponctuels) de dispositifs variés par le biais d'un questionnaire en ligne, dont les données ont été complétées par des entretiens asynchrones en ligne avec 20 des répondants.

Dans ce cadre, nous avons notamment bénéficié de l'éclairage de participants et d'animateurs de groupes d'entraide destinés aux personnes vivant avec le trouble bipolaire et à leurs proches. Ce trouble de l'humeur se caractérise par des fluctuations importantes en intensité et/ou en durée, ce qui génère des altérations du fonctionnement des personnes et/ou la souffrance de celles-ci. Trois formes de trouble peuvent être distinguées : i) le trouble bipolaire I, qui se caractérise par des épisodes dépressifs ainsi qu'une phase maniaque (humeur élevée de manière sévère) ou mixte ; ii) le trouble bipolaire II, qui correspond à une alternance entre épisodes dépressifs et épisodes hypomanes (c'est-à-dire une humeur élevée de manière modérée) et iii) la cyclothymie, qui se caractérise par de nombreuses périodes dépressives modérées ou d'hypomanie sur une courte durée de temps. Le trouble bipolaire touche près de 2 % de la population belge, certaines études suggérant que cette proportion peut atteindre les 6 % si l'ensemble des formes de bipolarité sont prises en compte (Jeuniaux, 2008).

Dans cette contribution, nous nous penchons sur les formes de médiation déployées par les intervenants de groupes d'entraide pour personnes souffrant d'un trouble bipolaire, en prenant appui sur les témoignages de quatre facilitateurs et anciens participants. Afin de préserver leur anonymat, nous les désignerons par des prénoms d'emprunt. Pierre est impliqué dans plusieurs groupes de parole issus d'une même association d'usagers. Dans ce cadre, cela fait trois ans qu'il tient le rôle de facilitateur d'un dispositif. Maëlle est facilitatrice d'un groupe depuis deux ans. Avant de prendre en charge l'animation, elle en a été participante pendant une année. Gautier est quant à lui impliqué dans la création d'un groupe hybride – c'est-à-dire, dont la gestion est à la fois prise en charge par des pairs et par un ou plusieurs intervenant(s) professionnel(s) – qu'il anime depuis quelques années. Il a par ailleurs fréquenté d'autres groupes de parole. Enfin, Étienne est animateur d'un groupe dont il a d'abord été participant pendant plusieurs mois.

## Les différentes facettes de la fonction de facilitateur

Les quatre répondants se définissent plus volontiers en tant que facilitateurs qu'animateurs, ceci de manière à mettre en évidence le caractère non hiérarchique des relations au sein de leurs groupes respectifs. Mais en quoi la facilitation de l'entraide entre pairs consiste-t-elle ? Différents rôles sont associés à cette fonction : il s'agit d'encourager la prise de parole et les échanges entre participants, de « réguler » ceux-ci au besoin, de présenter et de faire respecter le cadre, etc. Cela nécessite de la part du facilitateur de trouver un équilibre entre son statut de pair concerné par la thématique et la nécessité de laisser une place à chacun dans le groupe.

Plusieurs figures adoptées face aux pairs se dégagent du discours des répondants. Celles-ci ne sont pas étanches et peuvent entretenir des liens plus ou moins étroits. Il s'agit d'adopter préférentiellement l'une ou l'autre, en fonction du contexte, des demandes et de la dynamique en place. Pierre rappelle ainsi : « *Chaque groupe est différent et a sa propre énergie.* »

Il est important pour les participants de se sentir concernés par la thématique du groupe, de s'identifier – partiellement, du moins – aux histoires d'autrui. La diversité des situations représente en ce sens autant un atout qu'une potentielle menace pour la pérennité du groupe. La première figure qui peut être identifiée est celle de la figure identificatoire : compte tenu de son statut de pair, le facilitateur permet aux participants de s'identifier plus aisément à la thématique du groupe de parole. Il rassure également les participants sur sa capacité à comprendre leur vécu, parce qu'il est lui-même « *passé par là* », et encourage ainsi à raconter son histoire – ceci en opposition avec la figure de l'expert professionnel traditionnel qui cristallise les inquiétudes, la peur d'être jugé, diagnostiqué, pris de haut. Si les facilitateurs font figure d'experts profanes (Alary, 2016), c'est en raison de leurs savoirs expérientiels et/ou de leur connaissance du réseau. Ainsi, Étienne explique qu'être directement concerné par le trouble bipolaire représente un atout : « *Ne pas être perçu comme un professionnel peut aider. J'ai déjà eu l'un ou l'autre retour en disant : "Moi je n'ai pas l'impression d'être analysé par toi", qui est plutôt un peu l'expérience qu'ils peuvent avoir avec les professionnels dans leur parcours.* » Néanmoins, Maëlle rapporte une expérience différente : en tant que participante, elle était craintive, au départ, à l'idée de s'engager dans un groupe animé uniquement par des personnes elles-mêmes atteintes du trouble bipolaire et la présence d'un professionnel la rassurait.

Se présenter en tant que pair tout en assumant une fonction de facilitateur – distincte pour autant de celle de participant – n'est pas chose aisée. Maëlle considère que cela implique d'être capable de « *faire don de soi* » ; de s'effacer au profit de « *celui qui vient chercher du réconfort ou des réponses à ses questions* ». Ce constat n'est pas sans faire écho aux résultats de notre précédente recherche (Charlier, 2018), portant sur les groupes de parole non thérapeutiques animés par des intervenants professionnels et destinés aux aidants proches de personnes confrontées à des événements de vie difficiles : l'animatrice-pair d'un groupe de parole destiné aux parents d'enfants avec autisme confiait qu'elle estimait devoir conserver une certaine distance avec son vécu de maman pour « *ne pas s'effondrer* » ; qu'elle ne pouvait se considérer comme participante malgré son expérience commune avec les membres du groupe afin de laisser la place à ces derniers et de conserver une certaine maîtrise sur le cadre.

Cela nous amène à la seconde figure, celle de la figure d'autorité. En effet, les facilitateurs sont les garants du cadre. Ci-après, Étienne explique comment il conçoit sa fonction : il s'agit « *de pouvoir instituer ce cadre sécurisant, d'être attentif à la parole de chacun pour la faire circuler, de pouvoir identifier les points où l'animateur doit décider d'intervenir un petit peu pour faciliter cette parole ou vraiment avoir une attitude en retrait* ». Les facilitateurs ont à cœur de proposer un cadre spatial et émotionnel rassurant et bienveillant. Ce sont eux qui offrent un espace de parole, font circuler cette dernière, encouragent les participants à se raconter s'ils le souhaitent, suscitent les échanges et les réflexions au sein du groupe en instaurant un climat propice. Pour Étienne, il est dispensable de faire preuve de souplesse ; de s'adapter aux ressources, aux besoins et aux difficultés des individus. Ce facilitateur porte également une attention à « *l'ouverture aux nouveaux venus* » dans le groupe, l'enjeu étant de faciliter leur intégration sans fragiliser la dynamique déjà à l'œuvre. Il s'agit aussi d'intervenir en cas de besoin et de rappeler les règles liées au respect de la parole et de chacun. Pour Gautier, faciliter le groupe consiste notamment à « *poser le cadre* » en début de séance : les membres sont tenus de respecter les autres et d'adopter une discussion qui soit neutre, c'est-à-dire sans recommandations à appliquer. En outre, la fonction implique de structurer la séance ; d'en être le garant du temps.

La figure désignée comme « parentale » par Étienne apparaît dans le prolongement de cette figure d'autorité. Ce facilitateur considère que la présence d'au moins deux animateurs par séance est indispensable : d'abord, pour assurer une certaine stabilité au groupe de parole, ceci même en cas de mauvaise passe pour l'un des intervenants ; ensuite, pour faciliter l'identification, évoquée ci-dessus et,

de manière plus concrète, multiplier les chances que des affinités se tissent entre facilitateurs et participants ; enfin, le cas de la coanimation par un animateur masculin et une animatrice féminine permet pour Étienne d'offrir des figures parentales aux participants : « *Je pense aussi que cela a la vertu que les gens peuvent peut-être plus s'identifier à l'un ou l'autre dans les discussions et ça se voit dans la manière dont ils nous interpellent l'un ou l'autre. [...] On s'est rendu compte qu'il y avait peut-être une figure maternelle chez elle parfois et une figure un peu plus paternelle de mon côté.* »

Pour les anciens participants, devenir facilitateur d'un groupe d'entraide permet d'endosser la figure du rétablissement. Gautier considère que « *les groupes peuvent contribuer à retrouver une stabilité, voire la rémission* » ; Maëlle exprime quant à elle qu'elle a retrouvé « *un équilibre* ». Les facilitateurs deviennent des modèles pour les membres du groupe ; ils donnent de l'espoir en témoignant qu'il est possible de s'en sortir. Comme le soulignent plusieurs écrits scientifiques à propos du principe de l'aidant (*helper-therapy principle*), prodiguer de l'aide à autrui s'avère thérapeutique – parfois plus qu'en recevoir. Adopter un rôle gratifiant est d'autant plus intéressant pour les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale étant donné qu'elles ont souvent moins d'opportunités que les autres d'endosser des rôles non stigmatisants (Brown et Lucksted, 2010). Étienne confie qu'apporter son soutien à d'autres personnes au travers du groupe de parole s'inscrit de manière plus générale dans une volonté de se sentir utile : « *L'idée de contribuer au mieux de la société et des personnes avec un trouble bipolaire est aussi quelque chose qui m'anime.* »

Dans la continuité de la figure du rétablissement, Maëlle fait apparaître celle de « l'appui stable » : pour cette facilitatrice, la fonction renvoie à quelqu'un qui écoute les participants, capable de recevoir ce qu'ils expriment et sur lequel s'appuyer malgré la résonance d'une souffrance commune. L'idée qui se retrouve ici est celle de l'animateur capable de contenir les émotions du groupe sans s'effondrer. C'est aussi la stabilité du groupe qui entre en jeu. Étienne apporte une nuance, en rappelant qu'il n'est pas nécessaire pour les facilitateurs d'être tout le temps stables ; la coanimation permet d'avoir des moments de « bas » sans représenter une menace pour l'organisation des séances. Loin de remettre en cause la crédibilité des facilitateurs, ces périodes peuvent rassurer les participants qui constatent que les « rechutes » font partie du processus de rétablissement. Selon Maëlle, le revers de la coanimation est que celle-ci implique de prendre le temps de se coordonner et de tisser des liens solides au sein de l'équipe d'animation. Les facilitateurs doivent trouver les moyens de communiquer entre eux et de gérer les éventuels conflits, tensions et désaccords qui pourraient survenir, ceci afin d'éviter une implosion de l'équipe. La stabilité passe

également par le cadre : régularité des séances, ponctualité, etc. Pierre résume ces différentes facettes en considérant que les facilitateurs doivent être stabilisés, avoir suivi une formation à l'animation de groupe, être ponctuels et proactifs.

## Les différentes formes de médiation

À la lueur de ces témoignages, le facilitateur réalise ainsi une médiation entre les participants, au sens d'un tiers pouvant tantôt rester neutre, tantôt prendre un rôle plus actif. Gautier rapporte des situations où des participants maîtrisent mal le français : il s'agit alors pour ce facilitateur d'endosser un rôle d'interprète en plus de celui de médiateur ; en veillant à ce que les échanges entre les membres soient, autant que possible, accessibles à tous.

Certains dispositifs, comme celui d'Étienne, accueillent à la fois les personnes souffrant d'un trouble bipolaire et leur entourage. En effet, les répercussions ne se cantonnent pas à l'individu seul, mais concernent également la famille, les amis... Eux aussi peuvent chercher le soutien et la possibilité de s'exprimer au travers d'un groupe. Par ailleurs, ils jouent parfois un rôle important dans le processus d'engagement de la personne vivant avec un trouble bipolaire, notamment en allant « prospecter » sur le terrain et/ou en prodiguant des encouragements concernant cette démarche. Pour Étienne, les proches peuvent constituer un réel moteur de l'engagement des participants. Ils peuvent faire office d'intermédiaires entre le groupe et le futur participant. Ainsi, lorsque l'entourage et les participants bipolaires se côtoient au sein d'un même groupe, les facilitateurs peuvent être amenés à faire une médiation à deux niveaux ; entre les deux individus et entre ce duo et le reste des participants.

La médiation peut également s'exercer entre le groupe d'entraide et l'extérieur ; entre les pairs qui le composent et les intervenants professionnels issus d'institutions, d'une part, et entre le dispositif et le grand public, d'autre part.

Développer des collaborations et/ou des partenariats avec différents acteurs du secteur de la santé mentale fait partie des pistes d'action envisagées par les facilitateurs afin de renforcer la fréquentation. Groupes d'entraide et accompagnements individualisés sont envisagés comme des pratiques complémentaires par Étienne, les premières constituant « *une possibilité de prolonger le travail thérapeutique* ». Ce facilitateur espère que les personnes diagnostiquées avec un trouble bipolaire puissent être orientées vers son groupe de parole par les soignants. Pour Gautier, le *networking* est essentiel ; il favorise la visibilité des groupes d'entraide et, par-là, une

meilleure reconnaissance de ces derniers. Pour cela, des relations positives doivent avoir été établies au préalable avec les professionnels. Il est attendu de leur part de jouer le rôle de médiateurs entre leurs patients et le dispositif : ils informent et rassurent les participants potentiels de la légitimité de ce genre de pratiques – qui demeurent, selon les facilitateurs, encore trop peu connues et reconnues à l'heure actuelle. Gautier a déjà initié des collaborations informelles avec des médecins travaillant au sein de structures hospitalières.

La collaboration avec des soignants peut également se traduire par des interventions au sein même des groupes. Étienne s'interroge par exemple sur l'intérêt d'inviter ponctuellement un psychologue ou un psychiatre au sein du groupe – « *Est-ce que ça vaudrait la peine de faire appel à un professionnel sur le fond du problème ?* » – sans y apporter toutefois de réponse définitive faute d'avoir mis en pratique ce type d'intervention.

Enfin, un dernier rôle des facilitateurs associé à l'idée de médiation est celui du relais entre le groupe et le grand public. Gautier rappelle que diffuser largement l'information et utiliser des termes adéquats – « *Je trouve le mot "psychiatrie" dépassé, c'est une relique d'une autre époque et il doit être remplacé par des termes plus convenables comme "psychopathologie" ou "troubles mentaux"* » – contribue à combattre la stigmatisation associée au trouble bipolaire. La participation de plusieurs facilitateurs à notre recherche s'inscrit d'ailleurs dans cette idée, comme Gautier le formule explicitement : « *Vous aussi – par votre métier et votre thèse en particulier – vous pourriez contribuer à augmenter la visibilité des associations comme la nôtre.* » Étienne souhaiterait garder une trace et diffuser les témoignages qui sont partagés durant les séances. Ceci pourrait aider les personnes souffrant d'un trouble bipolaire qui ne souhaiteraient, n'oseraient ou ne pourraient pas s'engager dans un groupe, d'une part, et contribuer à déstigmatiser ce trouble de l'humeur, d'autre part.

---

## Quelques mots pour conclure

Les groupes d'autosupport ou d'entraide visent à faciliter le soutien mutuel entre pairs et sont autogérés. Pour autant, les interactions entre soignants et membres de tels groupes ne sont pas nécessairement absentes. Les différentes figures adoptées par les facilitateurs ainsi que les formes de médiation qu'ils pratiquent dans et en dehors du groupe font apparaître une certaine tension entre les expertises professionnelles et les expertises profanes. Rappelons le cas de Maëlle, qui souligne les réticences et ambivalences qui peuvent persister à l'idée d'être pris en charge par des pairs : celle-ci s'est, dans un premier temps, dirigée vers un groupe

hybride, rassurée par le fait qu'il soit animé par un psychologue. Si les savoirs expérimentiels sont valorisés et recherchés tant par les participants que les animateurs, le statut de professionnel est associé à une certaine capacité de recul et à des compétences qui rassurent les participants. Si être considéré comme un pair – et non comme un soignant – constitue un atout selon Étienne, celui-ci explique par ailleurs viser une « *organisation professionnelle* » de l'association au sein de laquelle les groupes d'entraide pour personnes bipolaires et leurs proches sont mis en place. La formation, jugée indispensable par Pierre, soulève les questionnements liés à la formalisation des pairs (Shaw, 2014), souvent relayés dans le cadre de l'embauche de pairs-aidants (Godrie, 2014) : un pair formé, voire professionnalisé est-il finalement encore pleinement un pair ? ▶

## BIBLIOGRAPHIE

- Alary, P. (2016). Perspectives démocratiques en santé mentale de la rhétorique à la pratique : le patient, usager ou partenaire ? *Pratiques en santé mentale*, 62(2), 5-14.
- Association interrégionale de guidance et de santé (AIGS) (2016). *Projet participation des usagers et des proches à la réforme des soins en santé mentale* (Rapport d'activité 2016). Repéré à <http://www.psy107.be/images/rapport%20d'activit%3%a9s%20fr%202016.pdf>
- Basset, T., Faulkner, A., Repper, J. et Stamou, E. (2010). *Lived experience leading the way: Peer support in mental health*. Repéré à [https://www.slamrecoverycollege.co.uk/uploads/2/6/5/2/26525995/lived\\_experience\\_peer\\_support\\_in\\_mental\\_health.pdf](https://www.slamrecoverycollege.co.uk/uploads/2/6/5/2/26525995/lived_experience_peer_support_in_mental_health.pdf)
- Brown, L. D. et Lucksted, A. (2010). Theoretical foundations of mental health self-help. Dans L. D. Brown et S. Wituk, *Mental health self-help* (p. 1-15). New York: Springer.
- Caron, J. et Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : Concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15-41.
- Casman, M.-T., Diercks, D. et Vranken, J. (2010). *Experts du vécu en matière de pauvreté et d'exclusion sociale. Acteurs d'innovation au sein des services publics fédéraux belges*. Anvers, Belgique : Garant.
- Charlier, É. (2018). Groupes de parole non thérapeutiques pour proches : Expériences vécues des acteurs. *Approches inductives*, 5(2), 11-40.
- Damen, S., Mortelmans, D. et Van Hove, É. (2000). Self-help groups in Belgium: their place in the care network. *Sociology of Health & Illness*, 22(3), 331-348.
- Dujardin, F., Jamouille, P. et Sandron, L. (2017). La pair-aidance dans le domaine de la santé mentale et de la précarité en Belgique francophone : Apport, enjeux et formation. *L'Observatoire*, (92), 5-9.
- Godrie, B. (2014). *Savoirs d'expérience et savoirs professionnels : un projet expérimental dans le champ de la santé mentale* (Thèse de doctorat en sociologie). Montréal : Université de Montréal.
- Jacob, B., Macquet, D. et Natalis, S. (2014). Une réforme globale des soins en santé mentale basée sur une approche communautaire : l'expérience belge. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 209-242.
- Jeunieux, L. (2008). Le trouble bipolaire : le connaître pour mieux le reconnaître. Repéré à [http://www.espace-socrate.com/pdfs/a\\_letroublebipolaire.pdf](http://www.espace-socrate.com/pdfs/a_letroublebipolaire.pdf)
- Mormont, M. (2016). Une formation pour outiller et stimuler la pair-aidance. *Alter Échos*, (434). Repéré à <http://www.alterechos.be/alter-echos/une-formation-pour-outiller-et-stimuler-la-pair-aidance/>
- Shaw, C. (2014). *Peer support in secure services* (Final report). Repéré à <http://www.together-uk.org/together-scopes-potential-for-peer-support-in-secure-settings-2/>
- Van Audenhove, C. (2015). *Le rétablissement par soi-même : Vivre plein d'espoir avec une vulnérabilité psychique*. Louvain, Belgique : Lannoo Campus.
- Volckrick, M.-É. (2008). Médiation et santé : l'expérience belge. Dans C. Guy-Écabert et O. Guillod. *Médiation et santé*. Berne, Suisse : Éditions Weblaw.

Laëtitia Schweitzer

Docteure en sciences de l'information et de la communication

Chargée de mission, plateforme « Promotion et développement du travail pair en Auvergne-Rhône-Alpes »,  
association Le Relais Ozanam

Grenoble

---

# « ON EST DES (EX-) QUELQUE CHOSE »... DE LA MOBILISATION DES SAVOIRS EXPÉRIENTIELS DANS LE TRAVAIL PAIR

Si la pair-aidance s'institutionnalise petit à petit dans plusieurs champs (santé mentale, accès au droit, précarité, logement, handicap, etc.) à la faveur de lois qui redéfinissent les relations entre les publics et les institutions qui les accompagnent, elle reste un objet nébuleux, polymorphe, difficile à circonscrire. La multiplicité des titres sous lesquels les pairs exercent (« travailleurs pairs », « intervenants pairs », « médiateurs pairs », etc.), la diversité de leurs activités, des contextes organisationnels dans lesquels ils évoluent, de leurs statuts et de leurs conditions de travail n'aide pas à clarifier la question. C'est que le travail pair, version rémunérée (généralement salariée<sup>1</sup>) de la pair-aidance, est un « drôle de travail », qui repose sur la similitude de vécu, de parcours, de trajectoire de vie entre un professionnel et la personne qu'il accompagne. Celui-ci se situe donc sur la remise en question d'une frontière symbolique : celle qui sépare soignants et patients, sachants et profanes, travailleurs sociaux et personnes accompagnées. Ainsi, à l'envers d'un recrutement classique valorisant diplômes et parcours professionnel, c'est le savoir expérientiel métabolisé à partir d'un parcours de vie « accidenté » qui qualifie *a minima* les travailleurs-pairs. C'est ce que souligne l'appellation « experts du vécu » utilisée en Belgique pour désigner ces travailleurs. Dans le travail pair, c'est donc ce que l'on cache ordinairement dans un CV qui est pris en considération et recherché : un « vécu de plusieurs formes de domination » (Demailly, 2014), d'une certaine position dans le rapport social constitutif d'une expérience du stigmate que le recrutement « renverse » *a priori*.

<sup>1</sup> Il existe aussi des travailleurs pairs rémunérés en chèques emploi service universel dans des associations comme des autoentrepreneurs prestataires de services.

Le travail pair s'inscrit dans la filiation des pratiques de pair-aidance qui se sont élaborées collectivement dans les groupes d'entraide mutuelle (GEM) et les groupes

d'« autosupport » autour du vécu d'une maladie, d'une addiction, d'un handicap, d'un trouble en santé mentale, d'une condition douloureuse réelle et symbolique. Cette parité de condition semble opérer comme un levier puissant des processus de déstigmatisation qui accompagnent et rendent possible le rétablissement des personnes. La pair-aidance peut d'ailleurs être appréhendée comme un ensemble de pratiques procédant d'une éthique du rapport social fondée sur la « ré-affiliation » des personnes en « désaffiliation », qui se vivent comme des « surnuméraires » (Castel, 1995). Si les institutions s'emparent aujourd'hui de la pair-aidance<sup>2</sup> en reprenant symboliquement à leur compte les mots d'ordre des personnes accompagnées (participation, autodétermination, non-jugement, etc.), c'est parce que se construit depuis plusieurs décennies, depuis la marge, une prise de conscience des effets de réalité du pair-accompagnement qui, en s'appuyant sur la spécularité de la relation entre pairs (effet « miroir »), gage de confiance dans cette relation, favorise le pouvoir d'agir des personnes.

Pour autant, les réalités du déploiement de la pair-aidance dans des structures médico-sociales montrent, s'il en était besoin, à quel point il ne faut pas céder à une vision positiviste du travail pair qui produirait des effets en soi, dans un absolu débarrassé de toute contingence et de toute caractéristique situationnelle. La « plus-value » du travail pair dans l'intervention médico-sociale est toujours fonction des contextes organisationnels, de la marge de manœuvre octroyée aux pairs, de leur condition statutaire ou précaire, de la clarté ou du flou de leurs missions, des outils dont ils disposent, des espaces qu'ils investissent et qu'on leur laisse investir. Bref, de la place, réelle et symbolique, qu'on leur fait et qu'ils se font, dans un dispositif organisationnel donné.

<sup>2</sup> Le dispositif « Un chez soi d'abord » prescrit, par exemple, dans son cahier des charges, l'embauche de médiateurs de santé-pairs.

<sup>3</sup> Initialement financée par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal), cette plateforme est actuellement par l'Agence régionale de santé (ARS), la Direction régionale et départementale jeunesse et sport cohésion sociale (DRDJSCS), la Métro grenobloise et le Grand Lyon.

C'est notamment pour clarifier les enjeux de l'institutionnalisation du travail pair qu'a été créée, il y a trois ans, la Plateforme pour la promotion et le développement du travail pair, d'abord dans le bassin grenoblois puis en région Auvergne-Rhône-Alpes<sup>3</sup>, au sein de laquelle je suis chargée de mission. Avec un collègue, nous y « accompagnons ceux qui accompagnent » dans des structures associatives ou institutionnelles, autour de projets de mise en œuvre du travail pair, nous sensibilisons aux enjeux de ce type de médiation, et nous contribuons à la mise en réseau des acteurs qui se lancent dans ces projets, comme des travailleurs pairs entre eux à l'échelle de la région. Notre position nous permet de disposer d'un point de vue surplombant sur le déploiement du travail pair, et d'observer des tendances : le développement tous azimuts de formations autour de la pair-aidance, la répartition des travailleurs pairs dans des secteurs en fonction des territoires – plutôt en psychiatrie à Lyon, dans l'hébergement et l'accès au droit à Grenoble, etc. En outre, notre activité

nous plaçant « du côté des organisations » (nous côtoyons essentiellement des travailleurs pairs, leurs équipes, leurs employeurs, et certains financeurs institutionnels ou privés), elle implique un point de vue situé que l'on ne saurait faire l'économie de mettre à jour, dans la mesure où il engendre des « angles morts ». Ainsi, nous ne sommes pas en mesure d'observer la façon dont le travail pair se construit avec les publics, comme nous pourrions le faire avec les méthodes de l'ethnographie ou de la clinique du travail, au-delà des discours tenus sur ce travail. L'organisation en flux tendus de notre activité, au fil des sollicitations que nous recevons sur le territoire régional, nous prive du temps nécessaire à un travail d'observation et de mise à jour de ce que font concrètement les pairs avec les publics qu'ils accompagnent. Nous accédons donc à ce qu'ils font au filtre de ce qu'ils disent<sup>4</sup>.

## Tenter de défaire l'asymétrie des rapports sociaux

Le travail pair s'ancre dans une logique de prise en considération de la condition globale des personnes accompagnées. Il a vocation à devenir la pierre angulaire de la refonte des pratiques d'intervention médico-sociale. C'est ce que laisse entendre la réflexion menée actuellement par des groupes de travail réunissant, dans chaque région, des acteurs de l'intervention et de la formation médico-sociale, travailleurs pairs compris, et des personnes accompagnées dans le cadre du plan Pauvreté. L'objectif étant de repenser, « hybrider » et « métisser » les formations d'intervenants médico-social à venir, en prenant en compte le point de vue des publics concernés. Dans cette perspective, les travailleurs pairs, pourvus de leurs savoirs expérientiels les fondant à poser un regard critique sur les pratiques classiques des intervenants médico-sociaux, sont appréhendés comme la cheville ouvrière du décloisonnement disciplinaire et de l'horizontalisation des relations entre les publics et les professionnels, dans des univers marqués par l'asymétrie de position entre les uns et les autres.

Il y a d'ailleurs souvent, dans les discours que mon collègue et moi entendons sur le travail pair au sein des équipes où nous intervenons, une certaine confusion entre travail pair et participation des personnes accompagnées : les travailleurs-pairs seraient implicitement les représentants de celles-ci, dont ils porteraient la voix dans les instances d'organisation de l'accompagnement médico-social, au nom de leur parité avec elles. Or les travailleurs pairs ne sauraient se substituer à des dispositifs de participation. Cette confusion les installe dans une position paradoxale, où ils sont à la fois « du côté des professionnels » et « du côté des publics ».

*« On se perd un peu. On sait plus trop qui est qui, c'est comme si y avait pas de différence entre nous et les personnes accueillies. »*

<sup>4</sup> Les propos cités entre guillemets dans cet article sont ceux de travailleurs pairs salariés dans des institutions et des associations de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Il s'agit d'extraits d'entretiens individuels, d'interventions publiques de pairs, de réunions d'équipe ou de réunions de travailleurs pairs en 2018 et 2019.

Quoi qu'il en soit, il s'agit désormais de coconstruire avec les personnes leur accompagnement vers le rétablissement, une stabilisation de leur condition, une plus grande autonomie, de sortir de la normativité qui prévaut dans les formes traditionnelles d'accompagnement pour laisser la place à des modes d'intervention moins prescripteurs, moins injonctifs, plus souples et transversaux. Il s'agirait donc, et surtout, que les propositions d'accompagnement soient centrées sur les besoins des personnes, tels qu'elles les expriment et non tels qu'on les diagnostique et les énonce à leur place, depuis un point de vue situé qui ignore et méconnaît souvent leur réalité vécue.

*« C'est vrai que les travailleurs sociaux sont un peu dans la toute-puissance. Ça, je l'ai bien vu, souvent. »*

*« On juge pas. On dit pas "faut faire ci, faut faire ça". »*

*« J'essaie de poser des questions qui amènent la personne à réfléchir : "Comment vous vous êtes senti, avez-vous envie d'y aller?" J'essaie d'amener la personne à avoir un vrai avis forgé sur ce qu'elle veut. »*

En réunion d'équipe, un assistant social décrivait ainsi les « effets » du travail pair sur l'accompagnement des publics de la structure : *« Sa présence a grandement facilité les liens avec les familles. Sa présence, ça permet d'accélérer la compréhension des choses. Ça accélère aussi le processus vers l'emploi. C'est nous, les référents, mais celui qui voit le plus les familles, c'est lui. Moi, dans mon idée, aujourd'hui, je suis coréférent avec lui. Ça s'est fait tout seul. »* Dans une autre structure, un éducateur s'exprimait ainsi : *« Le travailleur pair nous permet d'entrer en relation avec les résidents. C'est pas les mêmes rapports qu'on a avec eux. »* La distinction entre « relation » et « rapports » est intéressante. Elle semble souligner la façon dont le travail pair opère, en construisant du lien interpersonnel, singulier, qui travaille le rapport social produit par les institutions, abolissant le « nous » et le « eux ». Les travailleurs pairs maîtrisent, par exemple, un bilinguisme qui fait d'eux des « passeurs » entre les uns et les autres : ils disent souvent traduire la langue de l'institution pour la rendre intelligible aux publics, et se présentent comme des « interprètes » ou des « traducteurs » occupant une position qui permet à deux parties de se comprendre.

*« On a des mots simples, c'est de l'or pour les psys qui se sont enfermés dans un jargon qu'on ne comprend pas. On est un peu les interprètes de la santé. On est complètement complémentaires du personnel médical. »*

## Une *métis* reposant sur une éthique de la communication et de la coopération

Si le travail pair est, lorsqu'il se déploie dans des conditions favorables, un « facilitateur » dans la communication et l'intervention auprès des personnes, c'est parce qu'il en bouscule la normalité et en réinvente les modalités. Les travailleurs pairs ont en commun une éthique professionnelle qui se confond avec leur éthique personnelle. Interrogeant les postures (« *bonne distance* ») et les registres d'action des intervenants « *classiques* », elle engage leur morale en tant que sujets et impose la symétrie comme une condition à l'établissement de la relation avec les personnes. Le travail pair, plus encore que le travail social parce qu'il repose exclusivement sur les savoirs expérientiels de ceux qui l'exercent, leur « colle à la peau ». Tous parlent d'engagement, dans des termes qui varient, mais qui traduisent un fort investissement dans un travail qui les mobilise tout entiers. Cet investissement doit éveiller la vigilance, car il expose la santé psychique de ceux qui le cultivent, susceptibles de se retrouver en souffrance si leur travail ne fait plus sens pour eux (Schweitzer, 2008).

*« J'ai créé un rapport de confiance. La chose importante pour moi, c'est de pas trahir la confiance. De l'extérieur, ma façon de faire, ça doit ressembler à du copinage, mais on sait avec les résidents qu'on est des pros, on fait pas n'importe quoi. »*

*« Nous, on lâche pas prise, c'est ça la différence. On va jusqu'au bout. »*

*« Pour moi, c'est une passion, une vocation. »*

Les « arts de faire » (De Certeau, 1990) que les travailleurs pairs ont développés à partir de leur vécu pour eux-mêmes, puis pour et avec les personnes qu'ils aident, procèdent de « trucs » et de « tours de main » qu'on échange dans un entre-soi. Il s'agit de savoirs théoriques et opérationnels concourant à faire advenir une intelligence des situations rencontrées, qui en saisit la singularité et rend possible l'adaptation au réel. Les savoirs expérientiels sont d'une grande plasticité : là où les savoirs académiques engendrent le travail prescrit, toujours en décalage avec le réel, les savoirs expérientiels des travailleurs pairs, élaborés entre l'intime et le social, permettent précisément de combler le décalage entre le réel et les représentations qu'en véhiculent les modes d'accompagnement traditionnels, en puisant dans la palette des situations vécues des manières de faire et d'être éprouvées, ressources empiriquement construites à diverses situations critiques rencontrées. Là où les uns disposent d'une connaissance fine du « territoire » couvert par leurs missions, les autres n'en connaissent *a priori* que la « carte ».

« Les éducateurs, ils ont leurs diplômes, pas le passé. »

« Ce qui est différent, c'est le regard. C'est le temps aussi. L'urgence, ça marche pas. Je vois bien au GEM comment les gens changent avec le temps. Y en a, ils parlaient pas, et quand on les voit maintenant, ils pourraient faire la révolution. »

« Quand on est pair, on sait accepter la personne qui se met en échec, pourquoi elle échoue. On sait. »

Lorsqu'ils décrivent ce qu'ils font et la façon dont ils le font, les travailleurs pairs soulignent le primat qu'ils accordent, en toutes circonstances, à leurs ressentis, leurs émotions et leurs sensations pour se positionner et interagir avec les membres de leurs équipes comme avec les personnes qu'ils accompagnent. L'empathie et « l'écoute profonde », la disponibilité et le souci de la contingence qu'ils affichent comme dispositions dans la relation avec ces dernières traduisent une morale de l'action partagée, fondée sur la qualité relationnelle qu'ils évaluent à l'aune de la reconnaissance et de la confiance « palpables » que les personnes accompagnées leur témoignent. Dans le travail pair plus qu'ailleurs, « la validation du travail par la reconnaissance accordée par les autres contribue de façon majeure à la construction du sens du travail » (Dejours et Gernet, 2009, p. 12).

« Si je le sens prêt à entendre ce que je dis, je le fais. Mais s'il est pas prêt j'économise mes mots. »

« On a un gros travail d'écoute, de disponibilité, c'est éprouvant. »

« Tu le sais quand ça marche, tu sens comment vont les personnes, la reconnaissance, tu la sens aussi. »

## Des savoirs fondés sur l'expérience du stigmatisme

Les savoirs expérientiels sur lesquels repose l'intervention des pairs procèdent d'un « sens pratique » (Bourdieu, 1980) qui s'ancre dans la répétition de situations stigmatisantes et de violences vécues. « L'originalité et le caractère précieux de leur expérience de la vie résident dans le fait qu'il s'agit d'une expérience de la situation de domination et des résistances, décalages, subjectivation, empowerment possibles par rapport à celle-ci » (Demailly, 2014) à

partir desquelles les sujets élaborent des connaissances théoriques, pratiques, techniques, des habiletés sociales se signalant par la maîtrise de jeux de rôles notamment. Cette expérience est « centrale pour comprendre la spécificité de la construction de leur professionnalité » (Demailly, 2014). Les savoirs expérientiels développés par les pairs procèdent d'une praxis autodidacte que braconnent les dominés au fil des situations qu'ils subissent, sous l'empire d'un rapport social qui les contraint, les infantilise, les incapacite, les stigmatise et les ostracise, les violence.

*« Je connais bien les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Quand on me mettait dans un CHRS, c'était un internement. Quand je rentrais, on me faisait passer un éthylo-test et s'il était positif, je dormais dehors. »*

*« Il y a une grande violence à l'hôpital. Il faut avoir vécu une hospité sous contrainte. On a juste envie de mourir. »*

*« Le point commun avec les publics, c'est ce qu'on a subi, qu'on subit les mêmes formes d'accompagnement. Voilà, on subit. »*

Les savoirs construits à partir de l'expérience de la maladie mentale, par exemple, concernent autant le vécu de la maladie elle-même et son « *apprivoisement* », que la façon dont les stigmates de la maladie impactent les relations sociales. De la même façon, les travailleurs pairs issus « *de la rue* » font état de savoirs qui portent à la fois sur la « *débrouille* » nécessaire face à la « *galère* » quotidienne et sur les rapports sociaux appréhendés au prisme de leur condition discriminée. Certains stigmates visibles apparaissent d'ailleurs comme des sortes de « *stigmates passe-relles* » rendant possible l'appréhension du vécu d'autres stigmates, tant ils surdéterminent, par leur caractère manifeste, le traitement dégradant dont les personnes font l'objet : c'est ce que suggèrent les propos des travailleurs pairs qui ont connu, par exemple, le racisme.

*« Tu vois, j'ai toujours connu le racisme, les regards. Je vois comment on me regarde, comment on me parle. [...] Je connais trop bien la précarité. La misère, quoi. Ça aide avec les personnes du dispositif. Le nombre de fois où j'ai vécu l'humiliation... Des comportements inadmissibles, infantilisants, insultants. Je sais comment on n'a pas le droit de parler aux gens ».*

*« Je suis une femme arabe, je connais la pauvreté et l'addiction... »*

On peut formuler l'hypothèse que les savoirs expérientiels des dominés procèdent d'abord d'une « expertise des autres » (Dorlin, 2017) dont la production est rendue nécessaire pour survivre. La dépendance aux autres, le fait d'être à leur merci dans le rapport social et de subir sa condition semble engendrer avec ou malgré soi une disposition spécifique : un « souci de l'autre », générateur de connaissances et d'habiletés vis-à-vis de l'autre, parce qu'on n'a pas le choix d'y être attentif ou pas, il faut composer avec et s'en protéger si besoin. « Il faut être sur le qui-vive en quasi-permanence, ce qui produit un épuisement qui empêche une quelconque attention à soi [...] Le *dirty care* désigne le sale soin que l'on se porte à soi-même, ou plutôt à sa puissance d'agir, en devenant, pour sauver sa peau, les expert.e.s des autres » (Dorlin, 2017, p. 177).

*« Quand j'étais à la rue, j'étais un peu tout le temps parano. Tout le temps sur le qui-vive, à faire attention à tout, à me demander ce qui allait m'arriver. Ça cultive la parano, la rue, surtout quand t'es une femme. Je l'ai encore, ça reste, c'est fatigant. J'arrive pas à avoir confiance, à me sentir tranquille, à pas anticiper tout ce qui peut m'arriver. C'est plus fort que moi... En même temps, c'est cette vigilance qui fait que je vois plein de choses venir. »*

C'est l'impérieuse nécessité qu'à un moment de leur vie, les travailleurs pairs ont, disent-ils, ressentie, de tenter de « reprendre la main », qui a rendu possible leur prise de conscience d'un « jeu » possible, d'une marge de manœuvre face aux institutions, aux autres, à eux-mêmes. Lorsqu'ils évoquent « ce [qu'ils ont] traversé », comment ils sont parvenus à « transformer de la merde en engrais » et la fierté qu'ils en tirent, les travailleurs pairs expriment souvent une conscience dialectique du rapport social qu'ils ont subi, et de la relation qu'ils entretiennent avec eux-mêmes, susceptible de reconduire sur eux les effets de ce rapport social en les privant de leur pouvoir d'agir, ou à l'inverse, de leur permettre de se sentir « acteurs de [leurs] vies ». Ils parlent du regard qu'ils ont longtemps porté sur eux-mêmes, en lien avec celui que d'autres portaient sur eux, du « jugement », de la façon dont ils ont tenté de s'en affranchir, dont ils ont « renversé le stigmaté ». Ils restituent pour la plupart une vision dialectique de leur condition, appréhendée dans ses dimensions structurelles et individuelles, dans laquelle le rétablissement ou la stabilisation d'une situation favorable est fonction d'un rapport au monde, aux autres et à soi-même. Le pouvoir d'agir qu'ils s'attribuent repose en outre souvent sur la « conscience » qu'ils disent mobiliser. À « l'expertise des autres » qu'engendrent l'expérience et le point de vue situé des pairs, semble s'articuler une « expertise de soi », condition *sine qua non* d'un certain degré de rétablissement ou d'amélioration de sa condition vécue. Le terrain que mon collègue et moi effectuons

auprès des pairs montre que leur travail les amène, pour la plupart d'entre eux, à continuellement réinterroger leurs réactions, comportements, positionnements, avis, diagnostics, manières de faire, à l'épreuve des réalités qu'ils rencontrent et, ce faisant, à cultiver un regard critique sur eux-mêmes, développant au fil des situations une meilleure « connaissance de soi ».

*« Faut que j'analyse ce que je ressens, faut que je le note. Y a des trucs, c'est de l'ego, mais faut comprendre ce qu'on ressent. Je me suis fait mes petits outils pour faire ce boulot, pour gérer les conflits, pour pas péter un plomb, pour pas tout prendre pour moi. Pas subir... Je me connais bien, je crois. »*

Si le travail pair peut « soutenir le rétablissement des personnes », il est, en raison du sens critique investi par les pairs dans leur travail et de la spécularité des relations qui le sous-tend, opérant dans les deux sens. Les pairs représentent « ceux qui s'en sortent (à peu près) » pour les personnes, l'espoir d'un certain degré de « rétablissement », et en retour, les personnes accompagnées peuvent, avec ou malgré elles s'avérer « aidantes » pour les pairs, dont l'identité est travaillée par l'activité quotidienne qui les « engage à 100 % » en tant que « sujets » et « acteurs » plutôt qu'« agents » (Schweitzer, 2008).

*« En face des personnes, à la fois je comprends des choses, et en même temps, ça déclenche une espèce de rébellion interne où je peux pas m'esquiver face à moi-même. C'est l'effet miroir, quand je les vois fonctionner, je me vois. C'est un boulot où je peux pas être dans l'esquive de moi. Le travail pair, il est vraiment aidant. »*

*« C'est magique d'aider les gens, ça aide d'aider, en fait. »*

*« Avec ce travail, mon expérience, elle fait sens, elle fait partie de mon identité. J'ai jamais eu la légitimité de mon existence. »*

---

## Une légitimité difficile à conquérir

Le tableau que livre le déploiement du travail pair dans la région est traversé par un trait saillant : la majorité des travailleurs pairs que nous rencontrons sont en difficulté, voire en souffrance, au sens défini par Yves Clot d'« amputation du pouvoir d'agir » (1999), affectant l'identité des sujets. « Je me sens amputé de mon travail », nous confiait dans ces termes un travailleur pair. Car si le travail

pair se développe, c'est trop rarement dans des conditions qui en favorisent l'efficacité et la reconnaissance : statuts précaires, salaires peu élevés, fortes résistances des équipes à l'irruption de nouveaux professionnels non qualifiés (perçus, dans un contexte de gestion budgétaire contrainte, comme une menace pour les travailleurs qualifiés auxquels ils pourraient se substituer), cadres de mission flous, injonctions paradoxales en cascade, reconnaissance conditionnée à la démonstration d'un professionnalisme imitant celui des intervenants traditionnels... Les impensés sont légion, et l'injonction à la formation garantissant la « bonne distance » et l'orthodoxie de métier, par exemple, est fréquente, au risque de « formater » les pairs en standardisant leurs pratiques et de se priver, du même coup, de ce qui fait la spécificité de leur intervention.

Le caractère profane et individuel des savoirs expérientiels mobilisés par les pairs ne facilite pas leur légitimation dans un monde dominé par les savoirs académiques. L'injustice épistémique qui leur est faite se manifeste notamment dans leur réduction au statut de « simple témoignage » qui en minimise la portée politique, enjoins que sont les pairs à « raconter [leur] vie » (« *On est un peu des singes savants* » ; « *On est les bons exemples, faut les montrer, les faire parler* »). Beaucoup se sentent toujours stigmatisés (« *On mettait en avant nos actions, mais nous, on nous cachait* »), et certains vivent, à l'envers de ce que remarque Lise Demailly (2014), leur travail comme une « délégation de sale boulot » (« *on est de la chair à canon. On est l'infanterie du social, c'est nous qu'on met en première ligne, et on n'est jamais légitimes* » ; « *Ils nous demandent d'être les agents de leur bonne conscience* »). Si la plupart des pairs dépensent une énergie colossale à démontrer leurs compétences et à tenter de rendre visible leur travail, ils se heurtent au paradoxe structurel de certaines activités, dont l'efficacité est dépendante de l'invisibilité... Enfin, lorsque les institutions reprennent à leur compte l'appellation « pair » en estampillant ainsi des travailleurs dont la parité avec les publics est décrétée par elles, et non par les publics eux-mêmes<sup>5</sup>, elles placent ces travailleurs dans une position paradoxale qui ne les aide à se sentir légitimes ni aux yeux de leurs collègues professionnels (soupçonnés en tant que « pairs » des publics d'être « *de leur côté* »), ni aux yeux des personnes accompagnées (« *On a toujours l'impression d'être l'espion d'un côté ou de l'autre* » ; « *On a le cul entre deux chaises* »).

Les pairs apparaissent dans bien des cas comme des « greffons » dans des organisations acquises à des fonctionnements bien rodés qui font système, funambulant entre deux mondes (les « *pros* » et les publics). Faute de place à part entière, il leur est demandé de se loger « *dans les interstices* » de l'intervention médico-sociale. Il leur appartient donc de se construire tant bien que mal une légitimité

<sup>5</sup> On est pair de celui auquel on s'identifie et qui nous reconnaît comme tel.

professionnelle : les travailleurs pairs qui invoquent l'histoire de la pair-aidance situent leurs pratiques dans un continuum de techniques qui leur confère un sentiment de filiation et une identité, des « cercles métier » et des collectifs de pairs émergent afin de construire par le bas une communauté d'appartenance susceptible de constituer un nouveau « corps professionnel » face aux corps institués... Ces espaces d'autosupport et de coformation ont vocation à consolider la position des pairs et à permettre au travail pair de ne pas être vidé de sa substance en s'institutionnalisant (« *Les formations, c'est des logiques de pouvoir, et c'est très politique. La question, c'est qui va contrôler la pair-aidance ?* »). Car la multiplication de formations dédiées aux pairs, qui signale un marché en train de se constituer, met en exergue l'un des nombreux paradoxes dans lequel le travail pair se trouve enfermé : alors qu'on attend de lui qu'il transforme les institutions en y instillant de nouvelles manières de voir et de faire, on s'attelle d'emblée à le normaliser. ▀

## BIBLIOGRAPHIE

- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris : Éditions de Minuit.
- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris : Gallimard.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique au travail*. Paris : Presses universitaires de France.
- De Certeau, M. (1990). *L'invention du quotidien, tome I. Arts de faire*. Paris : Gallimard.
- Dejours, C. et Gernet, I. (2009). Évaluation du travail et reconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2(8), 27-36.
- Demailly, L. (2014). Les médiateurs pairs en santé mentale. Une professionnalisation incertaine. *La Nouvelle Revue du travail*, (5). Repéré à <https://journals.openedition.org/nrt/1952>
- Dorlin, E. (2017). *Se défendre*. Paris : La Découverte.
- Schweitzer, L. (2008). *Technologie, politique et psychisme. L'espace du contrôle social dans les organisations* (Thèse de doctorat en sciences de l'information et de la communication). Université Grenoble 3.

Elizaveta Chernyshova

Laboratoire Liris (UMR 5205)  
 Université Claude-Bernard Lyon 1  
 Lyon

Anna Claudia Ticca

Laboratoire Icar (UMR 5191)  
 École normale supérieure  
 Lyon

# L'INTERPRÈTE COMME « MACHINE À TRADUIRE » ET LA NÉGOCIATION DE LA SIGNIFICATION EN INTERACTION : DEUX PRATIQUES EN TENSION ?

L'intervention d'un tiers dans le contexte de consultations en santé mentale représente un défi aussi bien pour le professionnel de santé que pour le patient et pour le tiers en question. Lorsque le patient est en situation de migration, l'enjeu de la présence d'un tiers est d'autant plus important qu'elle se veut garante de l'intercompréhension entre les parties, et donc du « bon » déroulement de la consultation. Dans cet article, nous allons nous intéresser précisément aux pratiques mises en place par un type de tiers particulier, l'interprète, en mettant en lumière les tensions face auxquelles il se trouve dans le cadre d'une consultation avec une patiente non francophone en situation de migration.

Notre contribution s'inscrit dans le cadre du projet « Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé » (Remilas)<sup>1</sup>, mis en place par le laboratoire « Interactions, corpus, apprentissages, représentations » (Icar) et l'Observatoire santé mentale, vulnérabilités et sociétés (Orspere-Samdarra). Les recherches menées dans le cadre de ce projet se focalisent principalement sur les problématiques linguistiques et culturelles qui émergent lors des rencontres entre soignants et le public migrant, entre autres dans les démarches liées au suivi en santé mentale. En effet, du fait de la diversité linguistique, les participants peuvent faire appel à un interprète/médiateur, permettant de faciliter la communication. Ce sont les « bricolages » linguistiques mis en place pour pallier les difficultés de communication entre les personnes migrantes et les professionnels de santé qui nous intéressent ici.

<sup>1</sup> <http://www.icar.cnrs.fr/sites/projet-Remilas/>

Dans notre analyse, nous allons nous concentrer sur une interaction vidéo particulière, enregistrée dans le cadre de ce projet. Il s'agit d'une consultation médicale en santé mentale se déroulant entre une psychiatre et une patiente tchétchène, demandeuse d'asile, en présence d'une infirmière. La patiente n'ayant pas une maîtrise suffisante du français, un interprète russe/français, membre d'une association d'interprètes, participe à l'interaction. Nous allons plus particulièrement nous focaliser sur deux moments de cette interaction, illustrant la façon dont l'interprète « navigue » entre deux pratiques en tension : d'une part, ce participant s'aligne à l'idéal de l'interprétariat comme « machine à traduire » (*translation machine*) (Bot, 2005) et, d'autre part, il se positionne en tant que participant à part entière, s'affirmant ainsi comme interlocuteur ayant une voix et une présence dans l'interaction. En effet, l'interprète, dans ses productions verbales, suit parfaitement la séquentialité de l'échange entre la psychiatre et la patiente, mais prend l'initiative à plusieurs moments afin de clarifier un élément à traduire. Avec cette étude, et en ligne avec la tradition des études sur l'interprétation linguistique (*Interpreting Studies*), nous montrons que les notions d'« invisibilité » et de « neutralité » ne sont pas applicables à l'activité d'interprétation dialogique (Wadensjö, 1998). Nous défendons également l'idée que la qualité de l'interprétation n'est pas responsabilité exclusive du tiers, mais elle est le résultat d'une entreprise collective qui implique tout participant à l'interaction.

## Interprétation linguistique : de la théorie à la pratique

Dans le cadre de l'interprétation linguistique, le débat sur la « qualité » de la traduction des interprètes engagés dans une interaction (situation dite d'interprétation dialogique), est une question centrale. Elle peut se décliner en termes de fidélité aux productions linguistiques originales, de précision, de neutralité, d'invisibilité de l'interprète. Les recherches actuelles montrent bien que cette construction normative de l'interprète invisible et neutre, qui devrait agir en tant que « machine à traduire », non seulement est impossible à atteindre, mais elle est en même temps controversée puisqu'elle ne rend pas compte de la complexité du rôle incarné par l'interprète (Ozolins, 2016, cité dans Cirillo et Niemants, 2017). En effet, lors d'une interaction, l'interprète se trouve à gérer le flux de parole alterné d'au moins deux interlocuteurs. Ceci implique sa participation à la construction du sens et à l'intercompréhension, à travers des actions langagières telles que les reformulations, les explications, les reprises, etc., car l'interprète doit, avant tout, comprendre et se faire comprendre (Pöchhacker, 2008). Ces actions vont nécessairement impacter le déroulement séquentiel d'une interaction, dans le sens où l'alternance de tours de parole de chaque participant est « modifiée » par les interventions de l'interprète, qui peut, par exemple, échanger avec un participant pour demander des précisions, pour vérifier sa compréhension de ce qui vient d'être dit ou

alors pour corriger la compréhension d'un des interlocuteurs (Ticca et Traverso, 2015; Pasquandrea, 2011). Bien que parmi les chercheurs ces questions fassent l'unanimité, c'est au niveau institutionnel, notamment en ce qui concerne les associations des interprètes, que les positions se cristallisent. Il suffit de regarder le code déontologique des associations d'interprètes, comme celui de la France ou du Canada<sup>2</sup>, pour comprendre à quel point le comportement attendu des interprètes est normé.

Il est important de signaler que, dans le domaine médical, les situations de soin sont assez diversifiées. De fait, bien que la parole soit au centre de toute consultation, la place du discours n'est pas la même en santé générale et en santé mentale. Si en santé générale les participants ne parlant pas la même langue peuvent se servir de ressources autres que le langage pour communiquer et pour traiter un problème, notamment quand il est d'origine somatique, les choses sont bien plus complexes en santé mentale. Dans ce cadre, les mots, les formulations et les images évoquées par le patient représentent une ressource pour le soignant dans son évaluation de l'état psychique du patient (Béal et Chambon, 2015; Peräkylä *et al.*, 2008). Le rôle de l'interprète devient donc délicat pour le soignant, qui se retrouve à exercer son travail d'interprétation thérapeutique tout en étant dépendant du travail de traduction du tiers. Il n'est par ailleurs pas rare que certains médecins en santé mentale soient réticents à recevoir des patients non francophones en présence d'un interprète (Bischoff *et al.*, 2003; Boivin *et al.*, 2012; Graz *et al.*, 2002; Hudelson et Vilpert, 2011; Weber et Molina, 2003). Hanneke Bot (2005) aborde cette question en identifiant deux modèles distincts concernant la place de l'interprète dans les consultations : le modèle « machine à traduire » (*translating machine model*) et le modèle « interactif » (*interactive model*). Le premier cas de figure ne prévoit aucune activité de briefing de l'interprète concernant le contexte et la situation de l'interaction et préconise la traduction de la conversation entre le médecin et le patient fidèle et équivalente à l'original, rendue avec du discours rapporté direct. Dans ce modèle, l'interprète n'a aucun espace pour ses initiatives propres et doit se limiter à produire des tours de parole traductifs. Dans le deuxième cas de figure, au contraire, l'interprète est considéré comme un participant à part entière : il est briefé avant la consultation, il mène un travail qui puisse faciliter la relation médecin-patient, et ses interventions spontanées sont les bienvenues. Ce modèle interactif renvoie aux procédés qui caractérisent l'ethnopsychiatrie, ou la clinique transculturelle (Devereux, 1972; Moro, 1998). Dans ce cadre, l'interprète participe aux séances de thérapie collective dans la prise en charge des familles et des enfants des populations migrantes, ou encore des familles réfugiées, où l'altérité linguistique et culturelle des participants est un trait saillant. L'interprète, grâce à ses connaissances socioculturelles partagées avec le patient, ce qui lui offre des clés d'interprétation aux contenus discursifs, agit en tant que cothérapeute, coconstruisant l'activité thérapeutique.

<sup>2</sup> Pour la France : <https://www.unaf.fr/IMG/pdf/charte-signee-scan19-12-2012.pdf> ; pour le Canada : <http://www.ailia.ca/National+Standards+for+Interpretation+Services+-+NSGCIS>

Dans ce qui suit, nous allons mobiliser le cadre théorique et méthodologique de l'analyse conversationnelle (Gülich et Mondada, 2001 ; Traverso, 2016) afin de décrire le détail d'une pratique d'interprétation, intégrant des éléments des deux modèles. En accordant une attention particulière à la façon dont se déroule l'échange dans une consultation en santé mentale médiée, tour de parole par tour de parole, nous souhaitons mettre en lumière la façon dont l'interprète fait face aux contingences interactionnelles, lorsqu'un problème surgit dans l'échange. C'est en particulier dans ces moments qu'il doit gérer l'équilibre délicat de sa « double posture » : il est à la fois « machine à traduire », garant de la fidélité de la traduction, et participant à part entière, garant de l'intercompréhension entre des participants ne partageant pas la même langue.

**3** Les noms des participants ont été remplacés par des pseudonymes, afin de préserver leur anonymat.

**4** La transcription a été effectuée en suivant la convention lcor ([http://lcor.cnrs.fr/projets/corinte/documents/2013\\_Conv\\_ICOR\\_250313.pdf](http://lcor.cnrs.fr/projets/corinte/documents/2013_Conv_ICOR_250313.pdf)), dont un aperçu est donné à la fin de cet article. La transcription en russe est d'inspiration phonétique. Elle tient compte des particularités articulatoires des deux locuteurs du russe, ainsi que des éventuelles constructions grammaticales non-standard (précédés d'un astérisque). La traduction littérale de chaque tour de parole en russe est indiquée en caractères italiques.

Éléments de la convention de transcription :

- [ ] : chevauchement
- / : intonation montante
- \ : intonation descendante
- (( )) : commentaire du transcrivoteur
- °voilà° : segment prononcé avec voix basse
- & : (indique la) suite d'un tour de parole
- (0.4) : pause chronométrée en secondes
- (.) : micropause (< 0.2 seconde).

## Illustration d'une situation d'interaction avec tiers en santé mentale

Par les deux extraits que nous présentons ci-dessous, nous illustrons la façon dont l'interprète (IPC)<sup>3</sup> se manifeste en tant que participant à part entière dans l'interaction entre la psychiatre (PAH) et la patiente (MAL), tout en gardant son rôle (apparent) de « machine à traduire ». Ce « double jeu » est particulièrement visible dans des séquences de réparation, ou correction (Schegloff *et al.*, 1974), moments où le déroulement de l'interaction est entravé par la présence d'un élément problématique. Ce type de séquences conversationnelles permet d'observer de près la façon dont le sens des mots est coconstruit et négocié dans l'échange, et est donc le lieu privilégié pour l'étude de l'émergence de significations et des interprétations faites par les participants « en direct » (Chernyshova, 2018). L'analyse de ces séquences est donc d'un grand intérêt pour l'étude d'interactions en santé mentale, où la parole du patient est au cœur de la consultation. Pour illustrer la pratique en question, voici un premier extrait<sup>4</sup> :

### Extrait 1 – « Les gens »

01	PAH	bon (.) c'est trop difficile de parler d` ça
02		(0.7)
03	IPC	sliškom složna gavarit' ab etam <i>trop difficile de parler de ça</i>
04		(5.1)
05	MAL	mne očen' bol'no kagda (.) pra svaju semju gavar'at ((renifle)) <i>ça me fait très mal quand on parle de sa (propre) famille</i>
06	IPC	vous savez ce ça me fait très mal hein quand j'aborde le sujet :

07		euh de vie de ma famille
08		(0.7)
09	MAL	°ja° očēn' t'až'oluju ž'izn' perež'ila <i>j'ai vécu une vie très difficile</i>
10	IPC	vous savez j'ai vécu une vie tellement dure
11		(4.9)
12	MAL	((en pleurant))- jesli men'a ne tak ponimajut h: ja ne magu <i>si on ne me comprend pas bien h: je peux pas</i>
13		et' (.) [terpet'] <i>le supporter</i>
14	IPC	[ et si ] les gens ne me comprennent pas même avec tout
15		c` que j'ai vécu hein
16	MAL	((renifle))
17	IPC	j'en peux plus\
18		(2.1)
19	PAH	les gens c'est qui °madame Nagaeva°
20 ⇒	IPC	KTO ne panimaet (.) l'udi kto/ (.) kakie l'udi <i>QUI ne comprend pas les gens qui/ quels gens</i>
21		(1.0)
22	MAL	deti moi rodnije de[ti] <i>mes enfants mes propres enfants</i>
23	IPC	[ah] je parle de mes:: z- en- [fruits de mes] &
24	PAH	[vos enfants ]
25	IPC	& entrailles mes enfants <sup>5</sup>
26		(0.4)
27	PAH	hm
28		(3.5)
29		((MAL soupire))

Suite au constat de la psychiatre (01), des plaintes de la patiente s'enchaînent (05, 09, 12) et sont respectivement traduites par l'interprète (06-07, 10, 14-15), selon le modèle de la « machine à traduire ». C'est tout particulièrement la dernière plainte, ou plutôt sa traduction (« *si les gens ne me comprennent pas même avec tout c` que j'ai vécu hein* », 14-15) qui sert de terrain pour la psychiatre pour rebondir avec une question après une longue pause : « *les gens c'est qui* » (19). Face à cette question, l'interprète se retrouve dans une situation délicate : le terme « les gens » (en russe *l'udi*) n'a pas été employé par la patiente dans sa plainte, il s'agit là du choix de l'interprète pour traduire la construction grammaticale sans sujet employée par la patiente. En effet, celle-ci a précisément

<sup>5</sup> L'analyse détaillée des traductions offertes par l'interprète, bien qu'importante, ne peut pas être présentée dans cette étude faute d'espace.

dit « *men'a ne tak ponimajut* » (12), littéralement : « ils ne me comprennent pas comme il faut ». Cette construction impersonnelle désigne comme sujet de l'incompréhension « les autres », une instance non spécifiée, et est traduite par l'interprète non pas par le pronom indéfini français « on », mais par la paraphrase « les gens ».

Face à ce problème interactionnel, l'interprète reformule à la patiente la question de la psychiatre : « *qui ne comprend pas/les gens qui/quels gens* » (20). Il formule ainsi dans un premier temps le cœur de la question de la psychiatre, qui cherche un sujet défini, puis traduit de façon fidèle sa question. C'est dans ce moment précis que l'interprète se manifeste non seulement comme le participant « machine », mais aussi comme participant à part entière, dont le rôle est de garantir l'intercompréhension entre les deux participantes principales, malgré les éventuels aléas engendrés par sa médiation. En préfaçant son tour de parole par « *qui ne comprend pas/* », il donne à la patiente les éléments indispensables pour faire le lien entre ce qu'elle vient de dire et la demande de précision formulée par la psychiatre.

Nous retrouvons cette même pratique plus tard dans la consultation, où l'interprète prend de nouveau l'initiative. Il préface sa traduction de la demande de la psychiatre par une question supplémentaire qui n'est pas la traduction d'un tour de parole précédent. Le modèle de traduction tour par tour est là aussi respecté.

### Extrait 2 – « les reproches »

01	IPC	ses insultes\
02		(1.3)
03		((MAL renifle))
04	MAL	patom mne kanfe:ti što-nibud' tak prin'es'ot što b' (.) <i>après elle me ramène des (chocolats ; bonbons) comme ça pour que</i>
05		[et` vs'o prašlo] <i>tout ça passe</i>
06	IPC	[ après euh:::] apporte quelques chocola:ts quelques
07		bonb[ons:] voilà: pour faire passer [la chose hein ]
08	PAH	[hm ]
09	PAH	[c'est c'est des rep]
10		roches/ (.) c'est des reproches qu'elle vous fait/
11	IPC	i protiv *vam gavarit što-nibud'/ inagda// <i>et contre *vous elle dit quelque chose/ parfois//</i>



*quelles raisons* » (20-21). Avec cette reformulation, qui spécifie davantage la question de la psychiatre, l'interprète s'oriente vers la résolution de l'incompréhension qu'elle a contribué à produire. Suite à cela, la patiente répond à la question de la psychiatre et l'interaction poursuit son cours.

Comme dans l'extrait précédent, ici, l'interprète corrige une traduction non fidèle à l'original qui semble être à l'origine d'une incompréhension entre la patiente et la soignante. La modalité de résolution du problème ne modifie pas la structure de traduction selon le modèle de la « machine à traduire ».

Pour résumer, le mécanisme que nous avons mis en évidence dans ces deux extraits consiste pour l'interprète, après avoir identifié l'élément problématique, à construire son rendu d'une question adressée par la psychiatre à la patiente en deux temps : dans un premier temps, il produit une question qui n'est pas la traduction du tour de parole de la psychiatre, donnant à la patiente les éléments nécessaires pour la compréhension ; dans un deuxième temps, il produit une question qui est la traduction du tour de parole de la psychiatre. Grâce à cette « manœuvre », l'interprète assure l'intercompréhension entre la patiente et la psychiatre, tout en anticipant ou en « réparant » un problème de compréhension dû à sa propre traduction. À travers ce traitement des contenus, il intègre des éléments des deux modèles évoqués : il traduit tour de parole par tour de parole, en respectant la séquentialité des échanges (*i. e.* modèle « machine à traduire ») et en même temps il modifie les contenus de la traduction, qui ne sont pas « fidèles » aux tours originaux (*i. e.* modèle interactif).

---

## Conclusions

L'analyse détaillée d'une situation d'interaction située nous a permis d'étudier la pratique d'interprétation lors d'une consultation en santé mentale avec une patiente allophone. Notre réflexion a eu pour point de départ la dichotomie présente dans les modèles prescrivant la pratique de l'interprète : le modèle prévoyant le comportement de l'interprète comme « machine à traduire » d'une part, et le format lui laissant plus de degrés de liberté d'autre part, également appelé « modèle interactif ». Sur la base de l'analyse de deux extraits, nous avons voulu mettre en évidence que ces deux modèles sont non seulement compatibles, mais qu'ils sont complémentaires dès lors que l'interprète se trouve face à un « problème » lié au sens au cours de l'échange. En effet, dans les deux extraits étudiés, l'interprète compose avec les deux modèles qui lui donnent des outils dans le (r)établissement de l'intercompréhension entre la psychiatre et la patiente, face aux contingences de l'interaction.

Des études précédentes dans le cadre du projet Remilas (Ticca et Traverso, 2015 ; 2017) ainsi que d'autres (voir Pasquandrea, 2012), montrent que les interprètes peuvent également opter pour d'autres modalités pour faire face à des incompréhensions, comme les séquences dyadiques avec un seul interlocuteur. Assez fréquentes dans les interactions en santé, elles permettent de négocier la signification de certains mots ou contenus et sont donc orientées à assurer l'intercompréhension des participants.

Les aléas d'une consultation médicale, et plus particulièrement dans le cadre des consultations en santé mentale, représentent des défis pour l'interprète. C'est lors des moments de tension liés à une signification, et donc à la négociation de la signification d'un mot ou d'une formulation, que son rôle devient crucial : c'est son interprétation du discours du soignant ou du patient qui donne des éléments à l'autre pour rebondir, reformuler, développer. Nous avons ainsi tâché de montrer que l'interprétation dans ce cas est le résultat d'une entreprise collective qui implique tout participant à l'interaction. L'interprète y a donc autant une voix que les autres participants, et cette voix lui est indispensable pour pouvoir composer avec les ressources à sa disposition. ▶

## BIBLIOGRAPHIE

- Bischoff, A., Perneger, T. V., Bovier, P. A., Loutan, L. et Stalder, H. (2003). Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *British Journal of General Practice*, 53(942), 541-546.
- Boivin, I., Leanza, Y. et Rosenberg, E. (2012). Représentations et rôles des interprètes professionnels et familiaux dans les entretiens médicaux et implications pour le monde vécu. *Alterstice*, 2(2), 35-46.
- Béal, A. et Chambon, N. (2015). Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes. *Cahiers de Rhizome*, 1(55), 9-26.
- Bot, H. (2005). Dialogue interpreting in mental health, *Utrecht Studies in Language and Communication 19*. Amsterdam/ New York: Rodopi.
- Chernyshova, E. (2018). *Expliciter et inférer dans la conversation. Modélisation de la séquence d'explicitation dans l'interaction* (Thèse de doctorat). Université Lumière Lyon 2.
- Cirillo, L. et Niemants, N. (2017). Dialogue interpreting : Research, education and professional practice. Dans L. Cirillo et N. Niemants (dir.), *Teaching dialogue interpreting* (p. 1-25). Amsterdam : John Benjamins.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion.
- Gülich, E. et Mondada, L. (2001). *Kversationsanalyse. Analyse conversationnelle*. Dans G. Holtus, M. Metzeltin, et C. Schmitt (dir.), *Lexikon der Romanistischen Linguistik (LRL). Band I, 2*. (p. 196-250). Tübingen: Max Niemeyer Verlag.
- Graz, B., Vader, J. P. et Raynault, M. F. (2002). Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction. *Santé publique*, 14(1), 75-81.
- Hudelson, P. et Vilpert, S. (2011). Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices. *BMC Health Service Research*, (9). Repéré à <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-9-187>
- Moro, M. R. (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris : Dunod.
- Ozolin, U. (2016). The myth of the myth of invisibility ?, *Interpreting*, 18(2), 273-284.
- Pasquandrea, S. (2011). Managing multiple actions through multimodality. Doctors' involvement in interpreter-mediated interactions. *Language in Society*, 40(4), 455-481.
- Pasquandrea, S. (2012). Co-constructing dyadic sequences in healthcare interpreting: A multimodal account. *New Voices in Translation Studies*, 8(1), 132-157.
- Peräkylä, A., Antaki, C., Vehviläinen S. et Leudar, I. (2008). *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge, UK: Cambridge University press.
- Pöschhacker, F. (2008). Interpreting as Mediation. Dans C. Valero-Garcés et A. Martin, *Crossing borders in community interpreting : Definitions and dilemmas* (p. 9-26). Amsterdam: John Benjamins.
- Schegloff, E. A., Jefferson, G. et Sacks, H. (1977). The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language*, 53(2), 361-382.
- Ticca, A. C. et Traverso, V. (2015). La bonne information : quand les interprètes corrigent les réponses du patient au docteur dans la consultation médicale. *The Interpreters' Newsletter*, (20), 161-174.
- Ticca, A. C. et Traverso, V. (2017). Parole, voix et corps : lorsque l'interprète et le soignant s'alignent dans les consultations avec migrants. *L'Autre*, 18(3), 304-314.
- Traverso, V. (2016). *Décrire le français parlé en interaction*. Paris : Ophrys.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. London: Longman.
- Weber, O. et Molina, M. E. (2003). Le point de vue des médiateurs culturels/interprètes. Dans P. Guex et P. Singy (dir.), *Quand la médecine a besoin d'interprètes* (p. 85-112). Genève : Éditions Médecine et hygiène.

Vanessa Piccoli

Linguiste

Laboratoire Icar

École normale supérieure (ENS)

Lyon

Véronique Traverso

Linguiste

Institut français du Proche-Orient (Ifpo)

Beyrouth, Liban

# QUELS MOTS POUR DIRE LES MOTS DE L'AUTRE ? LES DÉSIGNATIONS D'ÉMOTIONS ET LEUR TRADUCTION DANS LES INTERACTIONS EN SANTÉ MENTALE

Comme toutes les interactions, les consultations en santé mentale (psychothérapie, psychiatrie) reposent sur la parole et sur l'échange, dans toutes leurs dimensions, allant du plus linguistique (choix des mots, par exemple) au plus incarné (gestes ou mimiques, par exemple). La particularité de ces situations tient à la place qu'occupe la parole dans la dimension clinique de l'entretien, que l'on peut voir comme la matière même du soin. C'est en tant que linguistes que nous abordons la consultation en santé mentale, pour nous concentrer sur la question du choix des mots pour dire son problème, son état, ses émotions, dans les cas où la parole passe par le truchement d'un interprète.

**1** Lecture des transcriptions :

(0.4) signifie une pause de 0.4 seconde ;

() indique une pause très brève ; le signe : signifie un allongement vocalique ; le signe [ indique un chevauchement de parole ; les signes / et \ indiquent des intonations montantes ou descendantes ;

l'indication <(lentement)) ... > signifie que les

paroles à l'intérieur des chevrons sont prononcées avec la caractéristique mentionnée entre parenthèses.

Dans tous les extraits, les participants sont désignés par PAT : patient ;

PSY : psychologue ou

psychiatre ; INF : infirmier ;

INT : interprète.

## Introduction : dire, bien dire, reformuler, traduire

Dire son état d'âme n'est pas facile, même dans sa propre langue. Un lien est d'ailleurs souvent fait entre la situation d'expression des émotions et des formes de déstructuration du discours, avec des phénomènes d'hésitation, d'inachèvement, de recherche de mots, de reprise (Plantin, Doury et Traverso, 2000). Ces phénomènes sont observables dans les courts extraits d'entretien ci-dessous<sup>1</sup>. Dans le premier, la patiente répond à la question « *Comment allez-vous ?* », posée par la psychologue.

### Extrait 1

PAT bah (0.4) c'est c'est pas pas très très bien mais ça va je suis un peu fatiguée y a (0.7) y a <<((pose sa main sur sa poitrine)) quelque chose qui qui> m' bloque dedans et j'arrive pas à dire: (0.4) je comprends pas c'est quoi.

On voit ici le travail de formulation de la patiente, qui met en jeu toute une variété de ressources communicatives verbales et multimodales pour exprimer son état d'âme.

La reformulation est aussi une ressource essentielle dans la pratique du thérapeute, qui a fait l'objet de nombreuses études. Ainsi, Denis Apothéloz et Michèle Grossen considèrent que la reformulation permet au thérapeute de « maintenir un équilibre entre des interventions qui s'inscrivent dans la continuité de celles des patients (sans quoi le dialogue risque de s'interrompre), et des interventions qui visent à introduire une certaine discontinuité (sans quoi tout processus thérapeutique serait impossible) » (Apothéloz et Grossen, 1996, p. 117). De nombreuses fonctions ont été mises en évidence pour cette pratique (Vehviläinen, 2003 ; Antaki, 2008, Peräkylä *et al.*, 2008), que Charles Antaki résume en parlant de tours de parole « formulés comme des défis, des corrections, des extensions et des réinterprétations, qui permettent aux thérapeutes de montrer qu'ils comprennent le récit fait par le patient de ses expériences, et d'en proposer une version alternative » (2008, p. 27, notre traduction).

Dans l'extrait 2, la patiente parle longuement du fait qu'elle prend du Seresta, un médicament anxiolytique, puis elle raconte qu'une fois, son mari l'a traitée de folle. Elle exprime ensuite son sentiment (« *Pour moi, c'est pas gentil ce qu'il dit* ») et au tour suivant la psychologue reformule ses propos :

### Extrait 2

PAT mais en face toi te dis (0.2) tu es folle/c'est pas juste c'est pas c'est pas gentil (0.4) pour moi c'est [pas] gentil c' qu'il (0.3) [dit ]  
 PSY [oui] [c'est] blessant\ (0.4)  
 [ça vous ] a touchée\  
 PAT [c'est vrai]

Quand la consultation se fait avec un interprète, il n'y a plus, pour le soignant et le patient, d'accès direct aux choix lexicaux propres de l'interlocuteur. Revient alors à l'interprète la mission très délicate de permettre un accès au sens, à travers ses propres choix lexicaux, qui entretiennent avec les paroles originales des relations complexes, ce que Jean Margaret Davis exprime dans ces termes très clairs : « Il ne restitue pas simplement les mots et les expressions du patient.

Il tente par ailleurs d'analyser et d'expliquer le ton, de dire si telle ou telle expression est habituelle dans le pays d'origine. Il cherche à trouver quelle expression serait utilisée en France pour décrire une même douleur, par exemple, et le sens que peut avoir ce type de souffrance chez le patient. Quand une femme algérienne dit que sa tête chauffe, une Tchétchène que son sang s'est refroidi, une Ouzbek que son père mort lui prodigue des conseils à travers ses rêves, un éclairage linguistique et culturel peut aider à mieux comprendre le sens de ces perceptions chez le patient. » (2009, p. 169)

Comme l'illustre cette citation, les choix lexicaux de l'interprète dans sa traduction sont tiraillés entre différentes exigences. Un certain idéal pourrait espérer qu'il traduise par des équivalents parfaits dans l'autre langue, mais cette possibilité est plus l'exception que la règle (en raison des métaphores, expressions figurées et de la dimension culturelle du lexique). Dans la pratique, les interprètes se livrent en fait à un continuel travail d'ajustement. Pour rendre les mots ou expressions, ils recourent selon les cas, et parfois successivement, à différentes manières de faire. Ils peuvent chercher à les traduire littéralement, comme dans l'extrait 3<sup>2</sup>.

### Extrait 3

- PAT nga ta kthesh shume keq eshte\  
*c'est mauvais dans tous les sens (nb. « peu importe comment tu le tournes c'est toujours mauvais »)*  
 (.)
- INT même si on tourne dans tous les sens euh ç:a va pas ((rires))

Ils peuvent recourir à une formulation dans la langue cible qui soit proche de l'idée initiale, comme dans l'extrait 4.

### Extrait 4

- PAT euh: sikur nje njeri po me merr frymen avash avash ndjehem  
*euh: comme si quelqu'un était en train de me prendre le souffle doucement je me sens*  
 (0.7)
- INT j'ai l'impression comme si <((main sur la gorge)) quelqu'un: il essaye de m'étrangler (0.9)> petit à petit:ch

<sup>2</sup> Dans la transcription, les tours dans la langue originale sont traduits en italiques à la ligne suivante.

Ils peuvent, enfin, introduire une séquence métalexicale, qui commente le choix lexical du patient, en termes de difficulté à être traduit, de spécificité ou tout simplement en le soulignant.

3 Nous vous invitons à consulter le site du projet Remilas : <http://www.icar.cnrs.fr/sites/projet-Remilas/>

4 Nous les distinguons des séquences « métadiscursives », dans lesquelles le commentaire ne porte pas sur les choix lexicaux, mais sur d'autres phénomènes du discours. Par exemple, l'interprète traduit les paroles du patient en ajoutant un commentaire sur l'organisation de son discours : « *C'est là que je les ai vus pour la dernière fois mon père et mon grand-père paternel (.) et moi-même il me redit ce qu'il m'avait dit tout à l'heure moi je ne savais pas où j'allais aller.* »

5 Pour Jacqueline Authier-Revuz : « Le mode dédoublé de dire propre à la configuration énonciative de la modalité autonymique [...] est toujours suspension de l'évidence de la naturalité, du qui-va-de-soi d'une nomination : ses formes apparaissent comme les réponses apportées par l'énonciateur aux rencontres qu'il fait dans son propre dire avec les non-coïncidences qui constitutivement affectent ce dire – celle de la relation interlocutive, celle du rapport des mots aux choses, celle du discours traversé par du discours autre, celle des mots dans lesquels jouent d'autres mots – lorsque, localement, elles s'imposent à lui » (1993, p. 88).

C'est l'usage de ce procédé dans la traduction des descriptions, par le patient, de ses ressentis émotionnels qui est l'objet de cet article, à travers l'étude d'un corpus de consultations en santé filmées en 2016 et 2017 dans le cadre du projet « Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé » (Remilas)<sup>3</sup>.

## Les séquences métalexicales<sup>4</sup>

Les séquences métalexicales peuvent concerner des cas où un locuteur fait un commentaire sur sa propre parole, comme dans l'extrait suivant, où la psychologue pose une question sur une des langues que parle le patient (le lingala) :

### Extrait 5

PSY *est-ce qu'i s`rait une euh: une langue comme ça de de (0.6) euh des zones rurales/ on va dire/ et qui se parlerait moins en ville/*

La psychologue ajoute un commentaire métalinguistique (« *on va dire* ») sur son choix de mot « *des zones rurales* ». C'est ce que Jacqueline Authier Revuz appelle la « modalité autonymique » (1993)<sup>5</sup>.

C'est un autre cas qui nous intéresse ici, celui des séquences métalexicales dialogales (construites à plusieurs), se déroulant sur plusieurs tours de parole de locuteurs différents et prenant la forme suivante :

- le patient utilise un certain mot ou une certaine expression pour parler de son ressenti émotionnel ;
- au tour suivant, l'interprète recourt à un commentaire méta, avec lequel il signale la difficulté à traduire le mot, il en explicite la connotation ou simplement il en souligne l'emploi, lui accordant ainsi une importance particulière ;
- la séquence peut se poursuivre par une intervention du soignant qui vient participer à la négociation du sens, en proposant des reformulations.

Nous avons relevé ces séquences dans les 14 consultations entre un professionnel en santé mentale, un demandeur d'asile et un interprète professionnel du corpus Remilas (six interactions avec une psychologue, cinq avec une psychiatre, trois avec une infirmière dans le cadre d'un suivi psychothérapeutique), ce qui représente environ onze heures de consultation au total.

De façon peut-être surprenante, si on met ce résultat en parallèle avec l'abondance de recherches de mots et l'incessant travail de reformulation des locuteurs, qui témoignent de l'orientation vers « bien dire, trouver le bon mot » ou en tout cas exhibent

le travail sur le lexique, les séquences métalexicales, elles, sont extrêmement peu nombreuses dans les données. Il y en a cinq au total et elles n'apparaissent que dans deux consultations. On voit donc que soit l'interprète ne recourt pas du tout à cette pratique (cas le plus fréquent), soit il peut y recourir plusieurs fois au cours de l'interaction.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées sur la rareté du recours aux séquences métalexicales.

L'une d'entre elles, d'ordre interactionnel, est que ces séquences interrompent le flux du discours, alors que l'interaction est généralement régie par un principe de progressivité (Sacks et Schegloff, 1973; Mondada, 2012). Une autre peut être liée à la mauvaise réputation d'une telle pratique, que l'on peut assimiler à la « note du traducteur » pour l'écrit, que Pascale Sardin commente en ces termes : « Si la note du traducteur est tant décriée, c'est probablement aussi parce qu'en rompant l'unité du texte et en le décentrant, elle lui fait violence, et manifeste une crise de la traduction à être homologique, identique à soi, *self-contained*. La note signale un hiatus, le jeu différentiel qui affecte tout texte traduit. Lieu de surgissement de la voix propre du traducteur, elle trahit, au plus près du texte, la nature dialogique du traduire et le conflit d'autorité qui s'y trame. La note est scandaleuse, car elle révèle au grand jour que la « disparition illocutoire du traducteur » (Ladmiral, 1994, p. 230) n'est qu'un leurre, que le traducteur ne s'efface jamais derrière l'auteur, mais qu'il imprime au contraire le texte de sa subjectivité et des présupposés du contexte socioculturel dans lequel il évolue. » (2007, p. 121)

Pour cette raison même, le recours à une séquence métalexicale peut être perçu comme une pratique portant préjudice à l'image de l'interprète en termes de compétence : il ou elle ne serait pas assez bon pour arriver à tout traduire – on retrouve là aussi en arrière-plan le modèle de la « machine à traduire », dénoncé par les chercheurs en *Interpreting Studies* (Wadensjö, 1998; Baraldi et Gavioli, 2012).

Le relevé des séquences fait apparaître la récurrence de certaines formes d'énoncés qui accompagnent ces séquences. Ils peuvent concerner une description explicite de l'usage lexical fait par le patient du type : « Elle/il utilise le mot/l'expression » ; « Ce sont les termes qu'elle utilise<sup>6</sup> », ou bien une mise à distance du mot choisi dans la traduction, comme dans « ce n'est pas exactement le mot x » (Authier, 1993).

Les séquences métalexicales peuvent avoir une longueur variable. Un commentaire peut s'étendre sur un seul tour de parole, qui suit l'utilisation d'un certain mot ou expression et met en avant son usage.

<sup>6</sup> Ce n'est pas l'emploi des termes « il » ou « elle » qu'il faut remarquer ici, mais l'ensemble de l'énoncé descriptif du dire.

**Extrait 6**

- PAT hm (.) veç njate (.) domethene ky ankthi qe kam per (.) n'ofpra (.) euh (.) per te tjerat  
*hm (.) juste celle-là (.) c'est-à-dire cette angoisse que j'ai par rapport à (.) l'ofpra (.) euh (.) quant au reste*
- INT [seulement pour
- PAT [t'ja leme kohes  
*je laisse le temps faire*
- INT seulement pour le::: comment dire (.) pour le str- pas pour le stress mais pour l'ANGOISSE/ (.) elle a utilisé le mot angoisse par rapport à l'Ofpra
- INF ouais\

Dans certains cas, on peut assister également à des séquences plus complexes. C'est le cas dans la séquence que nous avons choisi d'analyser en détail.

**Analyse de cas**

Cette séquence (extrait 7) est tirée d'une consultation entre la psychologue, Lucie, la demandeuse d'asile albanaise, Annik et l'interprète professionnelle, Ilyana. Elle dure environ 2 minutes et 15 secondes et c'est la plus longue du corpus. La consultation, commencée 45 minutes plus tôt, touche presque à sa fin. L'interaction a été spécialement riche en commentaires métadiscursifs : vers la minute 30, en effet, la psychologue a fait un commentaire sur une expression idiomatique française (« le courant passe »), que l'interprète a expliquée à la patiente. Ensuite, dans l'espace de quinze minutes, l'interprète a eu recours à trois séquences métalexicales pour expliquer ou mettre en évidence les choix de mot de la patiente qui parle des drames qu'elle a vécus. En ce sens, on peut faire l'hypothèse que la manifestation de la part de la psychologue d'une attention particulière vers les nuances du langage a encouragé l'interprète à faire de même.

**Extrait 7**

- PAT kam përjetu shum rand  
*je l'ai ressenti très péniblement*
- PSY `fin
- INT pa`ce que j'ai (1.0) vécu j'ai: (1.5) des choses des choses très difficiles (2.9)
- INT c'est pas le mot vécu c'est un autre mot que je n'arrive pas à trouver (8.2)
- INT on n'utilise pas le le verbe vécu c'est pas le verbe vivre enfin
- PSY éprouver (0.8) traverser

La séquence métalexicale est déclenchée par l'utilisation par la patiente du mot albanais *përjetoj*, composé du verbe *jetoj* (vivre) et du préfixe *për*. L'interprète commence à traduire, puis elle s'interrompt et initie une recherche de mot, qu'elle manifeste par des signaux variés (pauses, allongement vocalique, regard vers le haut) (Goodwin et Goodwin, 1986). Pendant la recherche, elle utilise le mot « vécu », puis – ne trouvant pas d'autres termes plus adaptés – elle achève la phrase. Elle pourrait donc terminer ici sa traduction. Toutefois, après une pause assez longue (2.9), elle initie une auto-réparation (Schegloff, 2007), c'est-à-dire qu'elle revient sur le mot qu'elle a utilisé (« vécu »), en explicitant que ce n'est pas celui qu'elle cherche. Une autre longue pause s'en suit (8.2), pendant que la psychologue prend des notes sur son carnet, puis l'interprète reformule son commentaire sur l'inadéquation du verbe « vivre », en signalant de cette manière son impasse. À ce moment-là, la psychologue lève les yeux de son carnet et propose deux verbes en français (« éprouver », « traverser »), collaborant ainsi à l'activité de recherche de mot de l'interprète.

(0.4)

INT hm non même pas si vous voulez c'est un jeu de mots en albanais

PSY hm hm

INT c'est un (0.5) on ajoute une (1.5) on ajoute (1.4) euh av- avant  
le ver-`fin le verbe c'est vivre et avec euh si vous ajoutez un:  
une un préfixe (0.8) ça devient

(1.7)

PSY survivre ou °quelque chose°

INT non justement ce n'est pas survivre (1.2) c'est (3.2) incarner ça  
ça ça ça (0.2) quelque chose qui ressemble à in- (0.4) incarner

La proposition de la psychologue est rejetée par l'interprète, qui, après une pause (0.4), ouvre une séquence explicative sur la composition du mot albanais *përjetoj*. À la fin de cette explication, la recherche de mot reste ouverte (comme le signalent la phrase inachevée « Ça devient », et la pause qui suit), et la psychologue fait une nouvelle proposition lexicale (« survivre ») qui reproduirait en français le même processus de composition (préfixe « sur » + verbe « vivre »). Cette proposition est cependant à nouveau refusée par l'interprète, qui continue sa recherche du bon mot et finit par donner un nouveau candidat « incarner ». Ce mot n'est cependant pas indiqué comme entièrement satisfaisant : il ne s'agit pas d'un équivalent parfait, mais plutôt d'un terme relevant du même champ sémantique (« quelque chose qui ressemble à »).

PSY quelque chose dans la chair

INT voilà justement (0.6) mais qui est ce ce préfixe-là ça c'est ça

fait l'équivalent on a `fin en français je ne trouve pas pour le  
le moment (0.5) un: un: verbe qui ressemble (0.5) mais c'est dans  
le sens incarner

(3.2)

PSY c'est euh imprimer (0.5) comme u- comme une trace quelque chose  
(1.3)

INT oui comme si ça laisse euh voilà (0.7) euh comme s- euh  
[si vous voulez c'est pas ] juste l- vivre

PSY [laisse une trace indélébile]

En reformulant la proposition de l'interprète du verbe « incarner », la psychologue met en évidence la notion de « chair », qui serait le noyau de l'expression. L'interprète s'aligne avec la formulation de la psychologue (« voilà justement »), puis fait une autre expansion sur le sens du préfixe et la difficulté de le traduire en français. Entre-temps, pendant la pause (3.2), la psychologue prend des notes sur son carnet, puis elle intervient avec une nouvelle proposition centrée sur la notion de « trace », qui est acceptée par l'interprète, mais qui ne semble pas suffire à clore définitivement la séquence métalexical. Juste après cet extrait, l'interprète se lance en effet dans une nouvelle explication sur le signifié de l'expression, en mettant en avant le double statut du sujet de ce verbe : la personne en question est à la fois actrice et victime de l'action décrite. La psychologue montre sa compréhension de l'explication par des mouvements de la tête et des *feed-back* verbaux, puis prend des notes sur son carnet. Elle annonce ensuite que la consultation est arrivée à sa fin. Cette information déclenche immédiatement les excuses de l'interprète – adressées d'abord à la psychologue, puis à la demandeuse d'asile – pour la longueur de la digression. En réponse, la psychologue rassure l'interprète sur l'importance de ses explications et lui dit avoir pris des notes à ce sujet.

## Considérations applicatives

Cette analyse de cas montre dans le détail le fonctionnement d'une séquence métalexical spécialement complexe. La recherche du « bon mot » initiée par l'interprète se transforme assez rapidement en une activité collaborative, à laquelle la psychologue participe en faisant de nombreuses propositions. Dans cette séquence, les participantes dédient plus de deux minutes à la traduction d'un seul mot, utilisé par la demandeuse pour définir son état psychoaffectif, car elles semblent considérer que ce mot a une connotation particulière qui pourrait revêtir un intérêt pour l'interaction et le processus de soin psychothérapeutique. Cet intérêt est d'ailleurs confirmé par le fait qu'à plusieurs reprises pendant la séquence la psychologue prend des notes.

Ainsi, ce travail commun sur une problématique de traduction donne à la psychologue un accès à des nuances de signifié qui seraient perdues dans un processus d'interprétariat simple. En ce sens, le recours à des séquences métalexicales pourrait être considéré comme une pratique à encourager dans le cadre des consultations psychothérapeutiques avec interprète. Toutefois, notre recherche montre que cette pratique demeure assez rare, sans doute pour les raisons discutées plus haut. Favoriser le recours aux séquences métalexicales rendrait avant tout nécessaire de présenter les avantages d'une telle pratique dans le cadre de la formation professionnelle des interprètes. De plus, les interprètes pourraient être encouragés à utiliser des séquences métalexicales par les professionnels de santé eux-mêmes. En effet, il est intéressant que les soignants négocient directement avec les interprètes les modalités de traduction qu'ils considèrent les plus adaptées à leurs besoins – y compris le recours éventuel à des commentaires métadiscursifs. Naturellement, une utilisation excessive de ces séquences menacerait la progressivité de l'interaction. Pour cette raison, les professionnels de santé pourraient également aider les interprètes dans la délicate tâche d'établir quels mots ou expressions « méritent » une attention particulière, sur la base des exigences du processus de soin. ▸

## BIBLIOGRAPHIE

- Antaki, C. (2008). Formulations in psychotherapy. Dans A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, et I. Leudar (dir.), *Conversation analysis of psychotherapy* (p. 26-42). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Apothéoz, D. et Grossen, M. (1996). Dynamique conversationnelle dans un entretien psychothérapeutique. Analyse des reformulations. *Interactions et Cognitions*, 1(1), 115-149.
- Authier-Revuz, J. (1993). Du je de l'intention au jeu de hasard : figures métaénonciatives du « bien-dire ». *Cahiers de praxématique*, (20). Repéré à <http://journals.openedition.org/praxématique/174>
- Baraldi, C. et Gavioli, L. (2012). *Coordinating participation in dialogue interpreting*. Amsterdam et Philadelphia: John Benjamins.
- Davis, J. M. (2009). L'intérêt des interprètes dans l'entretien clinique en psychologie. *Empan*, 2(74), 167-172.
- Goodwin, C. et Goodwin, M. H. (1986). Gesture and coparticipation in the activity of searching for a word. *Semiotica*, 62(1-2), 51-75.
- Mondada, L. (2012). L'organisation émergente des ressources multimodales dans l'interaction en lingua franca : entre progressivité et intersubjectivité. *Bulletin VALS-ASLA*, (95), 97-121.
- Peräkylä, A., Antaki, C., Vehviläinen, S. et Leudar I. (2008). *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Plantin, C., Doury, M. et Traverso, V. (2000). *Les émotions dans les interactions*. Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Sacks, H. et Schegloff, E. (1973). Opening up closings. *Semiotica*, 8(4), 289-327.
- Sardin, P. (2007). De la note du traducteur comme commentaire : entre texte, paratexte et prétexte ? *Palimpsestes*, 20, 121-136. Repéré à <http://journals.openedition.org/palimpsestes/99>
- Schegloff, E. A. (2007). *Sequence organization in interaction: A primer in conversation analysis 1*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Vehviläinen, S. (2003). Preparing and delivering interpretations in psychoanalytic interaction. *Text*, 23(4), 573- 606.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. London: Longman.

Anne-Marie Cervera

*Traductrice-interprète indépendante,  
membre de la Société française des traducteurs (SFT)  
Lyon*

---

# UN DIALOGUE À TROIS VOIX : THÉRAPEUTE, PATIENT ET INTERPRÈTE

Dans cet article, je présenterai les processus de réflexion qu'un interprète peut être appelé à mettre en œuvre dans le contexte du suivi psychothérapeutique d'un patient allophone. Pour ce faire, je raconterai un épisode de ma pratique professionnelle.

M. Lopez<sup>1</sup> est réfugié en France depuis cinq ans. Ses papiers sont en règle, et après une première année très difficile et mouvementée, il a obtenu sans trop de difficultés le statut de réfugié pour lui et sa famille. Leur logement est convenable, les enfants sont scolarisés et paraissent bien intégrés selon mon point de vue, en comparaison avec les situations de nombreuses autres familles que je connais. M. Lopez, lui, a une vision bien plus négative de son histoire en France.

M. et M<sup>me</sup> Lopez n'ont pas d'emploi stable. Ils ne semblent pas avoir d'amis en France et de grandes tensions sont présentes dans le couple. M. Lopez a demandé une prise en charge en santé mentale. Suite à l'examen de son dossier et à l'évaluation réalisés par l'équipe de soins, il bénéficiera d'une psychothérapie avec une psychologue accompagnée par une interprète professionnelle. J'ai été sollicitée dans ce cadre. Les deux professionnelles seront toujours les mêmes, ce qui peut rendre la prise de rendez-vous parfois complexe.

M. Lopez s'exprime très bien dans sa langue, l'espagnol, mais ne parle pratiquement pas français. Il a suivi un cursus universitaire et a mené une brillante carrière pendant une dizaine d'années. Il avait un statut social élevé, puis tout s'est écroulé quand il a dû quitter son pays pour échapper aux menaces pesant sur lui et sur sa famille – un de ses proches a par ailleurs été assassiné.

<sup>1</sup> La personne ayant été anonymisée, il s'agit ici d'un nom fictif.

Nous nous connaissons maintenant depuis quelques mois, au rythme d'une session d'une heure nominalement toutes les deux semaines environ, session qui se prolonge fréquemment. M. Lopez a été très méfiant au cours des premières sessions, il expliquera d'ailleurs plus tard que depuis qu'il est arrivé en France, il ne fait plus confiance à personne, se méfie de tous et de tout.

M. Lopez parle beaucoup, s'exprime clairement, analyse. Je m'aperçois qu'il comprend assez bien la langue de son pays d'accueil, notamment lorsque je traduis : il me surveille et s'assure à certains moments que je retranscris fidèlement ses paroles en français. Il m'a même reprise une fois, parce qu'il pensait que j'avais mal traduit une phrase, ce qui a été l'occasion d'une petite explication sur les faux amis dans nos deux langues. Je m'assure occasionnellement auprès de lui de la signification de certaines de ses expressions que je ne connais pas forcément puisque je parle la langue du patient « à l'européenne » plutôt que comme elle est parlée dans son pays d'origine. À ce sujet, il me semble important de préciser que nous ne parlons jamais tout à fait la langue de l'autre, même quand on est originaire du même pays ou de la même région. Il m'arrive aussi d'expliquer rapidement à la psychologue ou au patient certaines différences culturelles quand cela me semble nécessaire pour comprendre le contexte. Mes interventions – hors interprétation stricte de tout ce qui est dit par les deux parties – sont rapides et relativement peu fréquentes, et je porte une attention toute particulière au fait qu'elles n'entravent pas la fluidité de la communication entre psychologue et patient. Si M. Lopez surveille parfois attentivement la façon dont je traduis ses paroles, je remarque que lorsque la psychologue s'exprime, il attend que je traduise plutôt que d'essayer de la comprendre directement.

À la huitième séance, nous commençons à bien fonctionner ensemble tous les trois : thérapeute, patient et interprète. Cette fois-ci, la psychologue demande au patient de parler d'un des épisodes les plus traumatisants vécus dans son pays. Au début, ses paroles sont très claires, la traduction est facile, puis il commence à évoquer le temps présent, son état actuel, et se met à parler très doucement, indistinctement : c'est un moment de grande émotion pour lui. Il décrit son état d'esprit pendant cette période si dure de sa vie, mais cela se mêle à son état d'esprit actuel et il parle de la mort. Il pratique d'ailleurs assez souvent ces allers-retours dans son histoire entre passé et présent, difficiles à décrypter. Quand ce n'est vraiment pas clair, j'estime que le fait même que passé et présent se confondent est une information pouvant guider le thérapeute. Je précise alors, au cours de ma traduction, que dans tel cas, il semblerait que le patient soit revenu au présent, ou bien se replonge dans le passé, ou bien encore, il m'arrive de préciser que je ne sais pas du tout à quelle époque nous nous situons. Tout ceci doit être communiqué très rapidement

et se mêler à mes autres mots sans gêner le flux, mais lors de ces allers-retours, il faut aussi que le thérapeute puisse comprendre sans ambiguïté entre les deux voix s'il s'agit des mots du patient ou d'un commentaire de l'interprète.

Puis, le patient murmure une phrase dans laquelle je ne reconnais que les mots *peur* et *mourir*, mais je n'entends pas le reste. Je décide de ne pas lui demander de répéter cette phrase à peine audible, car je pense que cela interromprait ce qui est en train de se débloquer en lui. Il faut donc que je devine ce qu'il a voulu dire. Je dois prendre une décision rapidement : que vais-je faire de ces quelques mots ? Il peut s'agir du présent ou bien du passé, cela peut aussi bien vouloir dire « *J'ai peur de mourir* », que « *Je n'ai pas peur de mourir* », et j'ai l'impression qu'il existe une autre nuance que je n'ai pas pu entendre : « *Je veux mourir* » ou bien « *Je ne veux pas mourir* ». J'opte pour la solution : « *J'avais peur de mourir* ». Puis, au cours de la séance, je me rends compte de ce qu'il avait voulu dire : vivant désormais en France, loin de son pays d'origine, il a aujourd'hui paradoxalement peur de mourir alors que cette idée ne l'effrayait pas lorsqu'il était confronté à un danger bien réel, mais qu'il avait alors une tâche à accomplir et qu'il voyait ce danger comme un risque inhérent à son métier, à assumer tout simplement. Je ne comprends mon erreur de traduction que quelques minutes plus tard, d'après le contexte d'autres commentaires. Je décide qu'il ne faut pas que je me corrige devant le patient, ce qui pourrait interrompre son récit et ébranler la confiance qu'il a en moi, qui me semble maintenant établie, mais qui a été difficile à gagner et que je sens fragile. Nous continuons donc jusqu'à la fin de l'heure – ou plutôt l'heure et demie, ce sera une séance longue. Je traîne un peu après les salutations d'usage échangées à la fin de la séance et j'explique très rapidement à la psychologue mon erreur d'interprétation. Je sais qu'en le faisant discrètement tout de suite, elle pourra revenir sur les conclusions qu'elle a pu tirer et corriger ses notes.

Si mes explications représentent de longues phrases écrites, au moment des faits ces processus ne durent que quelques millisecondes. Sur le chemin du retour, je réfléchis à ce qui vient de se passer et je rejoue le film : le monologue auquel ce patient s'est livré, ces pensées qui fusaient dans ma tête et mon intervention. Je me rends compte qu'au cours d'une séance, j'analyse constamment tout ce qui se passe – non seulement les paroles, *stricto sensu*, mais ce qu'il peut y avoir derrière elles –, sans toutefois outrepasser mon rôle, qui est celui d'une simple messagère d'une langue à une autre. C'est un peu comme lorsqu'on a failli avoir un accident, on analyse après coup ce qui s'est passé dans notre tête, et on se rend compte de toute la complexité des prises de décision et ce que cela implique en termes d'expérience. Ce n'est qu'après avoir réalisé des milliers de fois telle ou

telle manœuvre, avoir été confronté à plusieurs reprises à telle situation ou à telle autre que l'on pourra réagir au mieux. C'est parce que j'interprète depuis longtemps et que j'ai vécu ce genre de situation en interprétation simultanée de nombreuses fois que je peux réagir aussi rapidement. En interprétation simultanée, l'interprète qui ne comprend pas exactement ce que veut dire le locuteur ne peut pas pour autant interrompre le flux des paroles. S'il hésite entre plusieurs versions, il doit opter rapidement pour l'une d'entre elles afin de ne pas laisser de blanc, quitte à se corriger par la suite s'il se rend compte qu'il a commis une erreur qui pourrait fausser la compréhension générale. S'il s'agit d'une erreur sans conséquence, on peut laisser tomber ; dans le cas contraire, on se rattrape dès que possible en ajoutant quelques mots, ce qui, avec l'expérience, passe souvent inaperçu auprès des auditeurs qui suivent la traduction. Dans le cas qui nous occupe, je ne traduisais pas simultanément et j'avais tout le loisir de rattraper mon erreur quelques minutes plus tard, mais j'ai choisi de ne pas le faire pour les raisons évoquées plus haut.

On pourrait penser que le type d'interprétation requis pour une psychothérapie est assez simple, puisque la plupart du temps, il s'agit d'interprétation consécutive (le locuteur prononce une ou plusieurs phrases dans une langue, l'interprète écoute puis répète ce discours dans l'autre langue) et non simultanée (l'interprète écoute et parle en même temps, avec un décalage de quelques secondes seulement, ce qui est réputé comme étant plus difficile et, surtout, nécessitant un entraînement important). Pour la plupart des missions qui doivent être assurées par un interprète professionnel, il faut apprendre tout un vocabulaire spécialisé, alors que dans ce contexte, le vocabulaire est très souvent celui de la vie quotidienne, ce qui peut sembler facile. Je pense, au contraire, que beaucoup de choses se cachent derrière un discours simple en apparence, mais obscurci par le contexte émotionnel, que les nombreux choix que doit opérer l'interprète au cours d'une séance peuvent conduire le thérapeute sur une mauvaise piste et qu'il faut une grande agilité pour éviter ces écueils sans porter atteinte à la fluidité des rapports au sein du couple thérapeute-patient. Et d'ailleurs, on peut se poser la question suivante : s'agit-il encore d'un couple, ou faut-il parler d'un trio ?

---

## Conclusion

Cet article relate un épisode assez courant, voire banal, dans le déroulement d'une psychothérapie avec interprète, mais il me semble qu'il illustre bien l'importance, dans le domaine qui nous occupe, de faire appel à des intervenants professionnels capables de mettre en jeu des compétences allant bien au-delà de la simple maîtrise de deux langues, pour que ce trio patient-thérapeute-interprète ait des chances de fonctionner. ▶

Iona Atger

*Pédopsychiatre  
Directrice médicale,  
CMPP de Massy  
Massy*

---

Djamel Khouas

*Interprète-médiateur  
ISM-Interprétariat  
Paris*

---

Stéphanie Larchanché

*Anthropologue médicale  
Responsable du transfert  
de compétences (formation,  
enseignement, recherche)  
Centre Minkowska  
Paris*

---

# (SE) FAIRE CONFIANCE : ENJEUX D'UNE COLLABORATION ET D'UNE TRANSFORMATION DU CADRE CLINIQUE EN PÉDOPSYCHIATRIE

Instaurer une approche du soin centrée sur la personne et axée sur le rétablissement nécessite une communication fluide dans la langue appropriée. Dans cette perspective, les interprètes formés occupent un rôle central pour explorer la manière dont les individus recourent à des expressions ou des mots particuliers, et dont ils font sens de leur expérience de la souffrance. Sans interprètes formés, les professionnels de la santé mentale ne peuvent réellement accéder aux sentiments, besoins et ressources de leurs patients (Hanssen et Alpers, 2010). Ils ne sont pas seulement des traducteurs du monde verbal (Leanza, 2005). Ils permettent l'intégration des différents modèles de soins présents dans la rencontre professionnel-patient, notamment en facilitant la compréhension des variables culturelles, sociales et contextuelles des difficultés du patient et de ses circonstances de vie. Ces données sont vitales pour les cliniciens...

De nombreux travaux soulignent que, malgré tous ces avantages de l'interprétariat professionnel, une majorité des professionnels rapportent de nombreuses difficultés à travailler avec les interprètes et les patients allophones (Kotobi *et al.*, 2013 ; Raval et Smith, 2003 ; Favereau, 2010). Parmi ces difficultés, ils identifient la perte d'information, le manque de temps, la question éthique posée par la présence d'un tiers, l'allongement du temps de consultation relatif au processus de traduction (Rosenberg, Leanza et Seller, 2007), les difficultés à passer d'une relation duelle à une relation triadique – vécue

comme perturbant la rencontre et le lien soignant-soigné (Tribe et Morrissey, 2004). Dans le contexte de la santé mentale en particulier, c'est l'impartialité de l'interprète qui est souvent sujet à débat, les professionnels soulignant le risque de déformation des propos de l'échange (Leanza *et al.*, 2014). Ces derniers évoquent également un sentiment d'exclusion lorsque l'échange s'instaure entre le patient et l'interprète et une perte de contrôle sur la dynamique de l'échange à proprement parler (Rosenberg, Leanza et Seller, 2007 ; Tremblay et Leanza, 2011). Il est vrai que le travail avec interprète impacte la dynamique de l'entretien clinique et que, par sa présence, l'interprète influence la relation avec le patient et, par conséquent, la qualité du soin. La relation triadique requiert donc certains ajustements dans la conduite de l'entretien clinique, ce qui implique pour le professionnel de pouvoir questionner le modèle de pratique dominant (Leanza *et al.*, 2014).

Pour mieux comprendre et situer les enjeux et les résistances relatives à la présence de l'interprète dans le dispositif clinique, nous nous appuyons sur le modèle élaboré par Camille Brisset, Yvan Leanza et Karine Laforest (2013), appelé « triangle TCP » (*Trust-Control-Power* ou confiance-contrôle-pouvoir). Ce modèle considère l'espace de consultation comme un « espace social » où les patients, les interprètes et les professionnels font face à des problématiques relationnelles qui affectent leurs interactions. Le triangle schématise cette dynamique relationnelle qui oscille entre la confiance, le contrôle et le pouvoir. Tout d'abord, établir une relation de confiance est un enjeu majeur du travail avec l'interprète. Les professionnels comprennent qu'une alliance avec l'interprète est nécessaire, mais que sa présence peut faire émerger un sentiment de perte d'intimité avec le patient. Les interprètes, de leur côté, peuvent faire face à des dilemmes éthiques lorsque les patients leur livrent des informations que les professionnels n'ont pas. Quant aux patients, la notion de « confiance » peut faire appel à une identité commune avec l'interprète – mais cette proximité culturelle peut parfois susciter la méfiance. De plus, la notion de « contrôle » renvoie au besoin ressenti par les professionnels de pouvoir orienter le déroulement d'une consultation et de vérifier la précision des propos traduits. Or, en présence de l'interprète, la peur de perdre le contrôle sur la consultation amène les professionnels à mettre en place différentes stratégies, comme celle de stopper les échanges de manière soudaine ou, tout simplement, de ne plus recourir aux services de l'interprète. Enfin, la dimension du « pouvoir » peut être liée à des déterminants extérieurs à la consultation, tels que les contraintes institutionnelles – comme les impératifs de temps de la durée de consultation, les contraintes budgétaires, ou le temps de pause accordé aux interprètes.

Les auteurs (Brisset *et al.*, 2013) soulignent qu'en l'absence de régulation de ces différentes dynamiques relationnelles agissantes que sont la confiance, le contrôle et le pouvoir, l'alliance avec le patient risque d'être diminuée, de même que la capacité de collaboration entre le professionnel et l'interprète. À partir de notre expérience de recherche, nous ajoutons que ces difficultés peuvent être liées au manque de pratique et de formation des professionnels au travail avec l'interprète. Cette absence de formation empêche les professionnels de faire confiance à l'interprète et d'acquérir les outils leur permettant de structurer un entretien en présence de ce dernier. Nous postulons que le passage d'une posture de méfiance à une posture de confiance nécessite une formation ou un accompagnement *simultané* de l'interprète et du professionnel. Les recommandations des tutelles de santé sur la nécessité du recours à l'interprétariat (HAS, 2017), ou les nombreuses publications sur les stratégies à adopter pour travailler efficacement avec l'interprète (Bjorn, 2005; Hays, 2008) ne suffisent pas pour permettre aux professionnels de la santé de surmonter les obstacles qu'ils rencontrent sur le terrain. Comme Yvan Leanza *et al.* (2014) le soulignent, ces directives se limitent à « une liste d'outils techniques » qui ne font pas le lien avec le contexte d'application des professionnels et des interprètes. D'où l'intérêt d'une formation au sein de laquelle interprètes et professionnels interagissent directement et ajustent leur collaboration – telle qu'une formation sur le terrain (Davis *et al.*, 1995; 1999). Dans l'idéal, cette formation pourrait s'inscrire dans la formation initiale des professionnels de santé, ou tout au moins dans l'offre de formation continue (Brisset *et al.*, 2013). Jusqu'à aujourd'hui, ces formations de terrain sont rares et leur impact peu documenté.

## Le contexte de la recherche

Face à ces enjeux et résistances, le Centre Minkowska<sup>1</sup> a élaboré une recherche-action dont l'objectif est d'améliorer la collaboration entre professionnels de la santé mentale et interprètes professionnels. Cette recherche a été réalisée en collaboration avec le Département de psychologie à l'université Laval au Québec<sup>2</sup> et elle a reçu le soutien financier de la Fondation de France<sup>3</sup>. Cinq centres médico-psychologiques (CMP) ont participé à la recherche et pour chacun d'entre eux, deux suivis avec interprètes ont été financés, au rythme d'une intervention par mois pendant dix-huit mois. La formation a été proposée à chaque CMP à mi-chemin de la recherche. Au-delà de contenus théoriques sur le travail avec l'interprète en santé mentale, la formation proposait également un espace d'analyse de pratiques et de jeux de rôles. Aucun professionnel n'avait reçu de formation spécifique sur le travail avec l'interprète. En revanche, tous les interprètes avaient reçu une formation sur l'interprétariat en santé.

<sup>1</sup> Le Centre Minkowska est un centre médico-psychologique non sectorisé à Paris. Le Centre propose une psychiatrie transculturelle centrée sur la personne.

<sup>2</sup> Ont participé à l'élaboration du projet, au recueil des données et à l'analyse des résultats : Yvan Leanza, Audrey Marcoux et François René de Cotret à l'université Laval, et Daria Rostirolla au Centre Minkowska.

<sup>3</sup> Projet #00051304, « Humanisation des soins ».

## La confiance, préalable pour expérimenter un nouveau dispositif de soins dans notre contexte clinique

Dans l'étymologie latine, le verbe « confier » (du latin *confidere* : *cum*, « avec » et *fidere* « fier ») signifie qu'on accepte de remettre quelque chose de précieux à quelqu'un, en se fiant à lui et en s'abandonnant dans une certaine mesure à sa bienveillance et à sa bonne foi. Pour faire confiance, il faut pouvoir avoir confiance en les autres et accepter le risque de la dépendance et de l'incertitude sur la base de croyances optimistes quant aux intentions ou au comportement d'autrui. Il faut avoir fait, très tôt dans la vie, l'expérience d'avoir été compris pour comprendre. Notre capacité à comprendre nos états subjectifs n'est pas innée, elle est essentiellement intersubjective et se construit dans la relation. Pour que le bébé développe cette capacité pour lui-même et pour les autres, il faut que son propre comportement soit compris par ses parents en termes de besoins, d'émotions et d'états mentaux. Le sentiment de sécurité, la capacité réflexive et les capacités de mentalisation de l'enfant dépendent de cette capacité parentale à lui présenter le monde « à petites doses » et à contenir les affects des enfants. La confiance que ce sentiment de sécurité engendre est indispensable pour accéder à toutes les formes d'apprentissages (Fonagy *et al.*, 1991).

Dans un pays étranger, à la suite d'un processus d'immigration souvent traumatique, les parents se trouvent dans une situation d'insécurité et leurs capacités de mentalisation sont réduites, par rapport à eux-mêmes et *a fortiori* par rapport à leurs enfants. Les patients que nous rencontrons ont très souvent été mal compris de façon répétitive et ont souvent eu l'impression de ne pas pouvoir se faire comprendre. Les sentiments de persécution et d'hostilité de l'environnement sont fréquents (Martin, 2011). Comment accompagner ces parents pour leur permettre d'aider leur enfant lorsque ce dernier présente des troubles du comportement et des troubles des apprentissages dans un contexte d'immigration et de transplantation ? Peut-on soigner sans comprendre<sup>4</sup> ? Nous nous sommes posé très souvent cette question dans notre centre médico-psychopédagogique (CMPP), à Massy, où les trois quarts des enfants suivis proviennent de familles où l'on parle plusieurs langues.

Stéphanie Larchanché nous a fait confiance pour participer à cette recherche ainsi que Djamel Khouas, dont le travail est allé bien plus loin que l'interprétariat, qui a accepté ce travail de consultations familiales thérapeutiques. Stéphanie Blondel, notre collègue psychologue, a accepté de prendre l'enfant en thérapie et de participer à ces consultations familiales. La famille a accepté de faire ce travail collectif. Nous nous sommes mutuellement fait confiance et nous nous sommes sentis plus forts ensemble.

<sup>4</sup> Colloque ISM-Minkowska du 8 avril 2019, ministère des Solidarités et de la Santé.

## Ismaël, l'enfant tornade

C'est la psychologue de la crèche qui a orienté Ismaël, un « enfant tornade » balayant en courant tout l'espace de la crèche et emportant tout sur son passage. C'était en 2015, il avait alors 3 ans, mais il ne disait que quelques mots que ce soit en français ou en arabe. Ses parents originaires d'un pays d'Afrique orientale étaient arrivés en France trois ans auparavant. La maman, sans-papiers, était restée cachée à la maison pendant plus d'un an, dans un état de solitude, d'angoisse, de dépression et d'hypervigilance par rapport à l'environnement. C'est dans ce contexte qu'elle a appris qu'elle était enceinte d'Ismaël. Grossesse et accouchement étaient synonymes de l'espoir de nouvelle vie, mais ravivaient également d'anciens traumatismes ; les deux parents avaient perdu leurs mères respectives à l'adolescence, toutes les deux mortes en couches.

Ismaël a intégré la crèche à l'âge de 2 ans et demi, à la naissance de sa petite sœur. Triple séparation, de la mère, de l'environnement familial et de la langue arabe parlée à la maison. Ismaël faisait des crises de larmes et de colère lors des séparations auxquelles il assistait ou qu'il subissait. Il était particulièrement angoissé par les pleurs des autres enfants, par les bruits, les frustrations et par la moindre manifestation d'autorité de la part des adultes. Pour s'apaiser, il arrachait un téléphone ou un carnet pour griffonner comme les adultes. L'équipe de la crèche ne pouvait pas s'éloigner de lui, même derrière une porte vitrée. Les puéricultrices échangeaient peu avec le papa, très occupé par son travail, et encore moins avec la maman qui ne s'exprimait pas en français. Nous avons alors décidé de leur proposer un travail de consultations familiales thérapeutiques avec un interprète dans le cadre de la recherche conjointe avec ISM-Interprétariat et le Centre Minkowska. Ce travail a été un préalable indispensable à la mise en place d'un dispositif de soins « classique » et s'est maintenu après l'arrêt des prises en charge individuelles d'Ismaël.

Ismaël a bénéficié d'un examen neuropédiatrique, d'un bilan psychomoteur et d'un test psychométrique qui ont conforté notre diagnostic clinique de trouble réactionnel de l'attachement (TRA) de l'enfance (Guédeney *et al.*, 2012). Notre assistante sociale a accompagné la famille pour faire une demande d'auxiliaire de vie scolaire (AVS) afin qu'une intégration à l'école, *a minima*, soit envisageable, avec une collaboration très étroite avec l'école. Par la suite, Ismaël a intégré un petit groupe « comptines » et a bénéficié d'une psychothérapie individuelle au CMPP. Les consultations familiales avec la psychologue et l'interprète ont ponctué ces trois dernières années. Il serait impossible de

résumer la complexité de cette prise en charge dans l'espace de cet article, mais nous pouvons néanmoins tenter de l'illustrer sur le plan de la représentation de soi<sup>5</sup>.

Il est intéressant de préciser que le graphisme n'était pas du tout investi par Ismaël et qu'il était extrêmement difficile de lui faire « laisser des traces » et encore moins de colorier ou parler de ses dessins. Son dernier « autoportrait » illustre également un travail de reconnaissance des émotions des autres que nous avons fait ensemble, ce qui a donné lieu à de beaux échanges sur la façon dont on pouvait nommer et exprimer les émotions en français et en arabe.

Au début de nos séances, Ismaël décrochait le téléphone et se désespérait de ne pas trouver d'interlocuteur. Il demandait d'allumer l'ordinateur ou alors réclamait le téléphone portable de son père. Ce dernier nous a expliqué qu'ils vivaient en lien quasi permanent avec la famille restée au pays et qu'il leur arrivait de fêter « ensemble » via Skype ou FaceTime. Selon les parents, nos séances évoquaient ces situations pour Ismaël qui cherchait ainsi à rétablir le lien avec la famille.

<sup>5</sup> Une série de quatre dessins, chronologiquement ordonnés, montre une nette évolution de la représentation de soi : les deux premiers dessins exposent des formes imprécises (autant dans le trait que dans la forme), tandis que les deux dessins suivants représentent des « bonhommes » (autoportraits), dont les traits plus précis révèlent des émotions distinctes (« content »).

Au fur et à mesure du récit de l'immigration fait par les parents, les jeux répétitifs avec le téléphone ont disparu pour faire place à une représentation du voyage migratoire par un jeu avec les voitures, la maison et les personnages. Dans ce jeu traumatique et immuable, il jetait tous les bonshommes et les meubles dans la maison, dans un état de précipitation et d'angoisse. Il accrochait ensuite la remorque d'un tracteur à un camion de pompiers qui devait tracter l'édifice. On faisait ainsi le tour du bureau pour assister régulièrement à l'effondrement de l'ensemble et à la colère impuissante d'Ismaël.

Au fur et à mesure des répétitions, l'édifice tenait mieux et plus longtemps, mais à l'arrivée, il fallait se battre et repousser les autres, perçus comme menaçants : « *Poussez-vous, on est chez nous ici !* » Ces scènes faisaient penser aux bagarres qu'il menait inlassablement dans la cour de l'école. Il a fallu un certain temps à Ismaël pour accepter, avec l'aide de sa sœur, qu'on pouvait descendre du camion sans crainte pour partager un repas avec « les accueillants ». La perception et la représentation de sa famille ont évolué également comme l'illustrent joliment ces dessins de « la famille sur un bateau<sup>6</sup> ». Dans ce troisième dessin, le père tombé à l'eau remontera à l'aide d'une échelle, alors que dans le dernier dessin de la série, papa et maman conduisent le bateau tous les deux et « on peut aller en Afrique et en Angleterre, car on est français » (le drapeau dessiné par Ismaël reprend les couleurs du drapeau français).

<sup>6</sup> L'illustration représente le père d'Ismaël conduit le bateau pour aller à Paris mais il est dans l'eau sous un soleil très chaud. Ismaël est accroché au mas, partagé en deux, entre sa mère et sa sœur. Dans le deuxième dessin, le bateau prend l'eau mais « on va à la piscine dans la mer » (suite aux premières vacances familiales en Normandie).

## L'apport du travail avec l'interprète

Dès le premier entretien avec l'interprète, la perception de la famille a changé. Grâce à la présence de l'interprète, ils se sont sentis suffisamment en confiance pour nous interpeller et nous inviter à nous imaginer nous-mêmes dans une situation similaire, dans un pays étranger dans lequel on ne pourrait pas bien expliquer la maladie d'un proche ni comprendre les explications des soignants.

Tout au long de ce travail, la présence de l'interprète leur a permis de rétablir des liens de confiance avec l'environnement, d'avoir un médiateur pour traduire les paroles, les gestes, les codes. La qualité de la présence de l'interprète a facilité l'identification des parents aux soignants et nous a donné à tous l'occasion de remarquer l'identification de l'enfant à l'interprète.

L'interprète nous a aidés à comprendre l'importance d'accepter de réaliser des entretiens avec les parents seuls et dans cette relation symétrique, comprendre à quel point ils voulaient protéger les enfants de leur passé traumatique et les aider à lui donner une forme transmissible. Lorsque les parents se sont reconnus dans la façon dont les thérapeutes les comprenaient, nous avons remarqué que les enfants ont pu à leur tour se reconnaître dans la façon dont les parents les comprenaient.

Pour cela, il a fallu accorder à l'interprète une place à part entière. Contrairement aux autres champs de l'interprétariat, l'interprète en santé mentale ne peut être redevable de la fameuse « neutralité » souvent recommandée, et même exigée dans son travail. La neutralité, en général, demeure une quête pour l'interprète. Elle est plus qu'une quête en santé mentale. Elle devient chimère. Dans son rôle, en santé mentale, l'interprète peut être un allié pour un patient impressionné par les engrenages de la machine médicale. Il peut être, par ailleurs ou à la fois, un précieux expert culturel pour les « impressionnants » professionnels. Ainsi, la position de l'interprète en santé mentale devient optimale quand elle est mouvante. Parlons de l'impartialité à la place de la neutralité. Osons même la multipartialité qui rend bien cet esprit de mouvance et d'itinérance, vital chez l'interprète travaillant dans le médico-social.

Cela dit, le positionnement de l'interprète dépend du professionnel demandeur. Au-delà de la confiance entre le soignant et l'interprète, les séances de briefing et de débriefing ont été nécessaires afin qu'une réelle collaboration puisse se mettre en place. L'interprète, dans ce sens, pourrait devenir le dépositaire de la parole du patient : c'est bien le patient qui le décide. Sans que le soignant n'ait son mot à dire. À partir de ce moment, l'interprète est devenu cothérapeute.

Alors que nous, professionnels du CMPP, étions crispés au début de la prise en charge avec l'interprète, nous avons peu à peu trouvé ce travail très reposant. Cela nous a offert du temps pour réfléchir, pour s'observer, pour deviner le sens des propos dans la langue de l'autre et se réjouir de la confirmation par l'interprète. Au final, nous avons joué ensemble dans un espace potentiel, qui nous a donné la possibilité de vivre ce travail comme un jeu, avec tout le sérieux et toute l'implication que cela représente pour les enfants.

« Il est un point commun à tous les voyages, qu'ils soient migrations pour raisons économiques ou politiques, une façon de vivre, périples d'aventures, projets de connaissance ou de guérison... c'est qu'il trouve son aboutissement dans la rencontre avec un ailleurs qui transforme son réalisateur » (Mestre et Moro, 2011).▶

## BIBLIOGRAPHIE

- Bjorn, G. J. (2005). Ethics and interpreting in psychotherapy with refugee children and families. *Nordic journal of psychiatry*, (59), 516-521.
- Brisset, C., Leanza, Y. et Laforest, K. (2013). Language interpretation. Dans K. D. Keith, *The encyclopedia of cross-cultural psychology* (p. 806-808). Hoboken, NE: John Wiley & Sons, Inc.
- Davis, D., Thomson, M. A., Oxman, A. D. et Haynes, R. B. (1995). Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA*, 274(9), 700-705.
- Davis, D., O'Brien, M. A., Freemantle, N., Wolf, F. M., Mazmanian, P. et Taylor-Vaisey, A. (1999). Impact of formal continuing medical education: Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA*, 282(9), 867-874.
- Favereau, E. (2010). Interprète à l'hôpital, pour dire les maux. *Libération*. Repéré à [https://www.liberation.fr/societe/2010/05/25/interprete-a-l-hopital-pour-dire-les-maux\\_654135](https://www.liberation.fr/societe/2010/05/25/interprete-a-l-hopital-pour-dire-les-maux_654135)
- Fonagy, P., Steele, H. et Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child development*, 62(5), 891-905.
- Guédeney, N., Tereno, S., Tissier, J., Guédeney, A., Greacen, T., Saïas, T. et Welniarz, B. (2012). Transmission du traumatisme. La question de l'attachement désorganisé : de la théorie à la pratique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60(5), 362-366.
- Hanssen, I. et Alpers, L. M. (2010). Interpreters in intercultural health care settings: Health professionals' and professional interpreters' cultural knowledge, and their reciprocal perception and collaboration. *Journal of Intercultural Communication*. Repéré à <http://www.immi.se/intercultural/>
- Haute Autorité de santé (HAS) (2017). *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé*. Repéré à [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interprete\\_dans\\_le\\_domaine\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_referentiel\\_de\\_competences....pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interprete_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences....pdf)
- Hays, P. A. (2008). *Addressing cultural complexities in practice: Assessment, diagnosis and therapy* (2<sup>nd</sup> ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kotobi, L., Larchanché, S. et Kessar, Z. (2013). Enjeux et logiques du recours à l'interprétariat en milieu hospitalier : une recherche-action autour de l'annonce. *Migrations Santé*, 146-147, 53-80.
- Leanza, Y. (2005). Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. *Interpreting*, 7(2), 167-192.
- Leanza, Y., Miklavcic, A., Boivin, I. et Rosenberg E. (2014). Working with interpreters. Dans L. J. Kirmayer, J. Guzder et C. Rousseau, (dir.), *Cultural consultation: Encountering the other in mental health care* (p. 89-114). New York, NY: Springer Science Business Media.
- Martin, L. (2015). *La vulnérabilité psychologique des enfants de migrants : étude de la population d'un centre médico-psychologique infantile* (Mémoire). Université de Bordeaux, « Médecine humaine et pathologie ».
- Moro, M.-R. (2015). La nécessité transculturelle aujourd'hui pour une société « bonne » pour tous. *Le Carnet PSY*, 3(188), 18.
- Moro, M. R. et Mestre, C. (2011). Les enfants de migrants à l'école : une chance ! *L'Autre*, 12(3), 254.
- Raval, H. et Smith, J. A. (2003). Therapists' experiences of working with language interpreters. *International Journal of Mental Health*, 32(2), 6-31.
- Rosenberg, E., Leanza, Y. et Sella, R. (2007). Doctor-patient communication in primary care with an interpreter: Physician perceptions of professional and family interpreters. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 286-292.
- Tremblay, L. (2011). Entrevue avec Leanza, Y. Intervenir avec un interprète en santé mentale. *Entre-vues METISS et ses recherches en actions*, 2(3), 1-4.
- Tribe, R. et Morrissey, J. (2004). Best practice when working with interpreters in mental health. Intervention, the International Journal of Mental Health. *Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict*, (2), 129-142.

**Orest Weber**

*Unité Psy et Migrants*  
 Département de psychiatrie  
 CHUV  
 Lausanne

**Florence Faucherre**

*Unité Psy et Migrants*  
 Département de psychiatrie  
 CHUV  
 Lausanne

# LA FORMATION DES INTERPRÈTES POUR LEURS INTERVENTIONS EN SANTÉ MENTALE : DÉVELOPPEMENT D'UN DOSSIER PÉDAGOGIQUE

Dans les pays d'Europe occidentale, les institutions de santé mentale prennent en charge un nombre croissant de patients migrants ne parlant pas ou peu la langue locale. Si elles veulent éviter des discriminations linguistiques concernant l'accessibilité et la qualité des soins, ces institutions n'ont généralement d'autre choix que de recourir à des tiers assurant l'interprétariat. S'agissant du profil de ces tiers, la littérature souligne l'importance, plus encore en psychiatrie qu'ailleurs, de confier la médiation linguistique et culturelle à des professionnel·le·s dûment formé·es (Bauer et Alegria, 2010).

Si dans d'autres pays francophones on tend à appeler interprètes de services publics les professionnel·le·s de l'interprétariat intervenant dans la santé, il en va autrement de la Suisse romande, cadre géographique de notre projet, où la désignation consacrée est interprète communautaire. Grâce à diverses instances fédérales et associatives, ces interprètes ont, dans notre pays, la possibilité d'acquérir un certificat et un brevet reconnus au plan fédéral<sup>1</sup>. Dans les formations conduisant à ces titres, le travail dans la santé mentale fait l'objet d'enseignements spécifiques. Pour leur part, les clinicien·ne·s travaillant dans la santé mentale disposent également d'espaces de formation en nombre croissant pour s'initier ou se perfectionner dans le travail avec les interprètes.

L'objectif des formations préparant les professionnel·le·s de la santé et de l'interprétariat à leurs interventions conjointes vise généralement l'acquisition

<sup>1</sup> Site sur l'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle en Suisse : [www.inter-pret.ch](http://www.inter-pret.ch)

de connaissances, d'aptitudes et d'attitudes qui favorisent des pratiques fonctionnelles au regard des buts des entretiens cliniques. Dans la santé mentale, l'un des principaux enjeux pour les clinicien·ne·s et les interprètes communautaires réside dans la nécessité permanente de moduler et d'ajuster leurs pratiques respectives (Bot, 2005 ; Delizée et de Ridder, 2016). La multitude de dispositifs et d'activités constitutives de la psychiatrie contemporaine confronte en effet les triades patient·e·s-interprètes-clinicien·ne·s à des défis diversifiés. Afin de contribuer à une meilleure connaissance de ces défis, l'équipe de recherche de notre unité de psychiatrie transculturelle (composé d'un linguiste, de deux psychiatres et d'une psychologue) a décidé d'étudier les difficultés qui prédominent dans les consultations d'investigation psychiatriques ou psychologiques. L'objectif était d'emblée de contribuer, sur cette base, aux formations des interprètes et des clinicien·ne·s.

Les consultations d'investigation ne sont pas seulement importantes pour l'accès aux soins des migrant·e·s. La littérature (Farooq *et al.*, 1997 ; Guex et Singy, 2003 ; Brisset *et al.*, 2013), de même que nos observations initiales effectuées sur le terrain (Weber *et al.*, 2017) montrent qu'elles sont particulièrement délicates pour les professionnel·le·s qui doivent y intervenir en triade. Plusieurs recherches observationnelles questionnent, d'une part, la qualité des pratiques des professionnel·le·s – et tout particulièrement des interprètes – engagé·e·s dans les investigations triadiques (Farooq *et al.*, 1997). D'autre part, les processus d'investigation apparaissent particulièrement délicats sur le plan relationnel. Les personnes impliquées dans les rencontres doivent en effet souvent apprendre à se connaître et à se faire confiance dans un contexte où les clinicien·ne·s craignent de perdre des indices diagnostics essentiels en raison d'une médiation linguistique insuffisamment rigoureuse. D'importantes inquiétudes et incertitudes sont donc toujours à attendre chez les professionnel·le·s, de même que des tensions liées à des questions de contrôle et de pouvoir (Guex et Singy, 2003 ; Brisset *et al.*, 2013).

Pour promouvoir des pratiques et stratégies utiles aux interprètes, clinicien·ne·s et patient·e·s en interaction lors d'investigations psychiatriques, nous avons filmé et analysé des entretiens cliniques. Conformément aux principes d'une recherche-action (Nikodemus et Swabey, 2016), nous avons ensuite conçu et testé des interventions pédagogiques, puis réalisé et mis en ligne un dossier pédagogique à destination de formateurs·trice·s et d'interprètes en autodidacte<sup>2</sup>. Un dossier similaire en lien avec les formations pour clinicien·ne·s est en préparation.

<sup>2</sup> Vous pouvez le consulter sur cette page : [www.hospitals4equity.ch](http://www.hospitals4equity.ch)

L'objectif de cet article est de présenter et d'illustrer le dossier pédagogique réalisé, produit essentiel de notre projet dont nous espérons ainsi favoriser la diffusion. En préalable, le processus scientifique et didactique ayant permis sa création sera brièvement rapporté. Des indications méthodologiques supplémentaires et les références relatives au plan procédural de notre enquête sont disponibles dans une publication antérieure (Weber *et al.*, 2017).

---

## L'analyse pluridisciplinaire de consultations

L'analyse de consultations a principalement cherché à comprendre comment les interventions des interprètes et la collaboration interprofessionnelle pourraient être améliorées lors d'investigations psychiatriques triadiques. Compte tenu de la composition de l'équipe de notre unité, nous avons opté pour une étude interdisciplinaire combinant une approche clinique et une approche discursive. La recherche repose sur des enregistrements vidéo de consultations d'investigation triadiques, transcrites et traduites par un autre interprète. Les vidéos ont ensuite été soumises à une analyse clinique répertoriant toutes les séquences au sein desquelles les restitutions par les interprètes ou la collaboration entre interprète et thérapeute compliquent ou limitent le travail d'investigation. Les séquences identifiées ont fait l'objet d'une analyse linguistique s'intéressant principalement : aux prises de parole, interruptions, etc.; aux activités de prévention et de réparation de malentendus; à la cohérence et pertinence des propos originaux et des restitutions; et à la manière dont les personnes gèrent de possibles tensions relationnelles dans les échanges (gestion des faces).

Suite à cette double analyse, des hypothèses articulant les observations cliniques et linguistiques ont été formulées. Elles feront l'objet d'une publication plus extensive. Ces hypothèses se rapportent principalement à six défis concernant tantôt les deux catégories de professionnel·le·s, tantôt les interprètes seulement. Ces défis sont synthétisés ci-dessous dans un langage profane et uniquement sous l'angle du travail des interprètes, car ce sont elles qui sont au centre du matériel didactique présenté par la suite. Notre analyse met en lumière que, lorsqu'il·elle·s sont confronté·e·s à ces défis, les professionnel·le·s sélectionnent certaines options et en écartent d'autres. Ces options – souvent prises inconsciemment – peuvent avoir des conséquences plus ou moins souhaitables du point de vue clinique. On peut donc parler de ces défis en termes d'embranchements interactionnels cliniquement sensibles et c'est là ce qui fait tout leur intérêt en vue de formations.

---

## Six défis pour les interprètes

### Propos difficiles à comprendre (explications ou récits confus, réponses hors sujet, néologismes, etc.)

Les interprètes sont souvent confrontés à des discours dont les liens logiques internes, de même que les liens avec le contexte interactionnel plus large (par exemple, celui d'une réponse avec la question précédente) sont difficiles à comprendre. Une autre difficulté émane de néologismes. Les interprètes peuvent alors restituer ces discours, généralement énoncés par les patient·es, de manière plus facilement compréhensible ou utilisable pour les clinicien·ne·s. Cela prive toutefois les psychiatres/psychologues d'informations décisives, notamment sur une possible désorganisation du discours et de la pensée chez le·a patient·e. Comme alternative, les interprètes peuvent métacommuniquer sur leurs difficultés de compréhension et/ou de restitution puis se limiter à une restitution d'éléments ou thèmes qu'ils sont sûr d'avoir compris. Une autre option réside dans un interprétariat en semi-simultané (chuchotage).

### Mentions d'émotions et de perceptions subjectives

Lorsque les propos échangés contiennent des mentions d'émotions et de perceptions subjectives (par exemple, le sentiment que quelque chose préoccupe l'autre), les clinicien·ne·s expriment un besoin de restitutions particulièrement précises. Ce besoin de précision porte tant sur les propos de patient·es parlant d'eux-mêmes, que sur les interventions des clinicien·ne·s, notamment lorsqu'ils-elles investiguent le vécu des patient·es ou livrent leur vision de la situation en faisant référence à des émotions ou perceptions. Les échanges métacommunicatifs entre professionnel·le·s apparaissent particulièrement importants si les propos traitant d'émotions ou d'éléments relevant du vécu subjectif mettent les interprètes en difficulté (un mot pour une émotion n'a pas d'équivalent direct dans l'autre langue; une formulation subjective du·de la clinicien·ne est très compliquée et semble incomprise par le·a patient·e; etc.).

### Propos sensibles en termes relationnels

Certains propos de clinicien·ne·s et de patient·es peuvent être perçus par les interprètes comme susceptibles de créer ou renforcer une tension relationnelle au sein de la triade. Les interprètes ont alors soit l'option de livrer des restitutions avec une charge conflictuelle similaire, soit celle d'atténuer cette charge par de subtiles modifications

du sens. La seconde de ces options est problématisée par les clinicien·ne·s, craignant de se voir privé·e·s d'éléments importants concernant tant le fonctionnement relationnel du·de la patient·e que l'évolution de la relation thérapeutique.

### **Interventions conclusives de clinicien·ne·s (propos hors alternance question/réponse)**

Avant d'introduire une nouvelle question, les clinicien·ne·s qui viennent d'entendre la restitution d'une réponse ou d'un récit d'un·e patient·e reprennent souvent très brièvement la parole. Ces interventions conclusives, qui sont une sorte d'ajout au schéma question-réponse dominant au sein des entretiens, commentent ce qui vient d'être dit ou représentent de brèves prises de position de la part du·de la clinicien·ne. Ces interventions brèves sont parfois importantes sur les plans clinique et relationnel. Elles sont parfois restituées, mais à d'autres occasions, elles sont omises.

### **Interruptions de l'interprète en cours de restitution**

Les interprètes sont souvent confronté·e·s à des interruptions par l'une des deux autres parties alors qu'ils·elles sont encore en train de restituer ce qui a été dit précédemment. Il s'agit alors de retenir tous les nouveaux éléments énoncés, de même que tous les éléments encore non restitués. Certains interprètes ont des facultés impressionnantes de mémorisation dans ces situations, mais elles conduisent, malgré tout, souvent à d'importantes pertes d'informations cliniques, de même qu'à des réorganisations massives des propos pouvant par exemple gommer des problèmes de cohérence dans les discours originaux (cf. le premier défi). Des échanges métacommunicatifs entre clinicien·ne et interprète peuvent s'avérer essentiels dans ces cas.

### **Éléments non verbaux**

Les gestes à portée communicationnelle des patient·e·s et des clinicien·ne·s sont parfois compréhensibles sans traduction, mais de loin pas systématiquement. Les codes non verbaux connaissent en effet aussi de grandes variations d'une communauté linguistique à l'autre. Les interprètes ont donc la difficile tâche d'identifier les situations où il est utile qu'ils·elles interviennent activement sur les gestes communicationnels échangés, puis de choisir une modalité de restitution : explicitation verbale du geste ou substitution par un geste équivalent, mais compréhensible pour l'autre.

---

## Mise en œuvre des résultats dans des formations

Parallèlement à l'achèvement du travail d'analyse, nous avons commencé à utiliser les résultats et les extraits d'entretien dans diverses activités de formation. Le premier auteur a en particulier été sollicité par l'association Appartenances pour intervenir dans la formation continue des interprètes communautaires dans le cadre du module « Interprétariat dans le domaine de la santé psychique » au sein des cours centrés sur les techniques d'interprétation et la gestion pratique de propos particulièrement difficiles à restituer. Le cours élaboré dans ce cadre est d'une durée de trois heures et demie et a été donné à trois reprises sur les quatre dernières années, ce qui a permis de l'adapter progressivement en bénéficiant des retours et idées des participant·e·s et de l'organisatrice de la formation. Au vu de l'intérêt marqué et de la satisfaction que le cours suscite de toutes parts, nous avons jugé opportun de réaliser un dossier pédagogique pouvant être utilisé par d'autres formateur·rice·s.

---

## Dossier pédagogique pour la formation des interprètes

Le dossier pédagogique élaboré pour les formations d'interprètes est un support pour des cours de spécialisation ou d'approfondissement dans le domaine de l'interprétariat en santé mentale, en particulier dans un contexte d'investigation. Dans sa présentation, il est prioritairement orienté vers un enseignement présentiel articulant des discussions réflexives en groupe et des moments d'expérimentation pratique individuelle et de prise de notes. Le matériel est toutefois conçu de sorte à permettre également une utilisation en autodidacte.

Les objectifs de formations suivants peuvent être atteints dans des cours basés sur ce dossier :

- rendre les participant·e·s plus conscients de certains défis clés rencontrés lors d'interventions dans le champ de la santé mentale, en particulier lors d'entretiens d'investigation ;
- renforcer les capacités des participant·e·s à reconnaître :
  - des aspects du discours importants pour les clinicien·ne·s et nécessitant une précision particulière lors des restitutions et à adapter leur pratique dans ce sens ;
  - des éléments méritant d'être thématiques dans le cadre d'une métacommunication et à réaliser cette métacommunication.

L'organisation du dossier part de quatre extraits qui permettent chacun d'aborder un ou plusieurs des défis susmentionnés. Pour chaque extrait, le matériel contient

six documents : une introduction aux défis présents dans l'extrait ; l'extrait précédé de la question de départ pour la discussion réflexive et d'éléments de contexte ; une liste de questions d'approfondissement à poser aux participant·e·s ; une fiche de travail permettant aux apprenant·e·s de noter leurs observations (leçons tirées et stratégies possibles) ; et un commentaire de l'extrait contenant également une liste des leçons et stratégies pouvant être suggérées aux participant·e·s.

Pour illustration, voici la reproduction des deux éléments clés des pages consacrées au premier des quatre extraits du dossier. Il s'agit de l'extrait lui-même (accompagné de la question initiale et des éléments de contexte) et du commentaire de l'extrait. L'extrait 1 est centré sur les défis 2, 3 et 4 : les mentions d'émotions et de perceptions subjectives ; les propos sensibles en termes relationnels ; et les interventions conclusives de clinicien·ne·s (propos hors alternance question/réponse).

### Extrait 1 : question de départ, contexte et transcription<sup>3</sup>

#### Questions de départ pour la discussion/réflexion

Quels sont les défis pour l'interprète dans ce passage ? Comment les relève-t-elle ? Quelles bonnes stratégies sont utilisées ou pourraient l'être ?

#### Contexte

Cet extrait est tiré du troisième entretien d'investigation du patient avec cette clinicienne ; le début de l'entretien est consacré aux grandes lignes de l'évolution de la situation et des symptômes depuis la dernière consultation. Le divorce du patient est le premier grand sujet qui est introduit par la thérapeute et fera l'objet d'une bonne partie de l'entretien ; le patient avait préalablement évoqué ce divorce, mais n'en avait jamais parlé en détail avec la clinicienne. Voici comment le sujet est introduit et quelle discussion cette introduction déclenche entre les participant·e·s :

<sup>3</sup> Dans la transcription de l'extrait 1, le texte original en français est rendu par des caractères romains, celui dans la langue du patient (dari) par des caractères italiques. Un volume sonore bas est signalé par la convention °[er]ssoitj° et des discours simultanés (chevauchements) par la convention [slkfj] [roto]. C renvoie à la clinicienne, I, à l'interprète et P, au patient.

1. C : Mhm. En tout cas, j'ai le sentiment que c'est quelque chose qui vous préoccupe beaucoup, parce
2. que vous l'avez souvent mentionné, sans en parler plus. Donc je me dis que [peut-être]
3. I : [Elle dit]
4. C : °Ça vous occupe beaucoup°
5. I : *De toute façon, je vois que vous êtes très préoccupé par ça, chaque fois que vous parlez de ça*

6. *Vous êtes triste, sans que vous expliquiez davantage.*
7. P : *Eh ben, si personne ne vous pose la question*
8. I : [Ouais]
9. P : *[On ne peut pas] répondre comme ça au tac au tac*
10. I : *Quand on me pose pas la question, je peux pas répondre euh sans question*
11. C : *Mhm, bien sûr... Vous avez été marié longtemps ?*
12. I : *Ça fait longtemps que vous vous êtes marié ?*

### **Extrait 1 : commentaire de l'extrait**

#### *Les termes utilisés pour parler du vécu subjectif*

Nous avons ici un exemple d'investigation des émotions du patient. La clinicienne entame la discussion en expliquant, à la ligne 1, qu'elle sent de la préoccupation chez le patient au sujet de son divorce. Cet élément est repris par l'interprète (ligne 5), mais celle-ci ajoute également un complément (ligne 6) qui n'est pas présent dans le discours de la thérapeute et qui exprime une émotion précise : la tristesse.

Il est possible que l'interprète ait ajouté cet élément afin que le patient comprenne mieux que la clinicienne s'intéresse à ses émotions. Mais cette manière de traduire peut avoir une conséquence problématique (qui n'est pas observable ici) : si le patient parle de tristesse, la clinicienne pensera qu'il le fait spontanément, alors qu'en réalité, c'est l'interprète qui lui a mis ce mot dans la bouche. Les termes précis utilisés de part et d'autre pour les émotions sont souvent décisifs pour un travail efficace en psychiatrie et psychothérapie.

Un autre défi pour l'interprète est lié aux termes utilisés par la thérapeute pour parler de son propre vécu subjectif en lien avec la situation du patient : « *j'ai le sentiment que* », à la ligne 1, ainsi que « *je me dis que peut-être* », à la ligne 2.

Selon nos observations ces éléments sont souvent transmis au patient de manière moins nuancée (ici : « *de toute façon je vois que* », à la ligne 5), ce qui ne permet pas au patient d'avoir accès au caractère hypothétique de ce que dit la clinicienne. Pour pouvoir passer à la traduction, de tels éléments, qui peuvent facilement passer inaperçus, demandent une attention particulière de la part des interprètes. Mais, pour les cliniciens, ces éléments paraissent en général moins importants que les mots pour parler des émotions des patients.

### Leçons à retenir

- Les clinicien·ne·s en santé mentale ont besoin d'informations aussi précises que possible sur les émotions et le vécu subjectif des patient·e·s.
- La précision de la restitution des questions des clinicien·ne·s est très importante pour que les clinicien·ne·s sachent exactement à quoi les patient·e·s répondent.

### Stratégies

- Se concentrer particulièrement sur la mémorisation des termes et expressions portant sur les émotions.
- Métacommuniquer avec le·a clinicien·ne en cas de questions trop longues ou complexes pour permettre une traduction précise et, si nécessaire, demander de reformuler la question plus simplement.

### Les interjections hors question-réponse avec une portée relationnelle sensible

Dans la situation présente, on assiste à une sorte de négociation des responsabilités entre la clinicienne et le patient. Elle est déclenchée par la clinicienne qui dit au patient qu'il n'a pour l'instant presque pas abordé le sujet de son divorce avec elle. La réaction du patient suggère qu'il a interprété cette remarque comme une critique. Le patient s'engage, en effet, dans une explication quant aux raisons de l'absence de tout approfondissement de ce thème dans les rencontres précédentes : la clinicienne ne lui a pas posé la question. On se trouve donc ici dans un moment relationnel délicat du type « *ce n'est pas de ma faute, c'est de la vôtre* ».

Dans ce contexte, le fait que la thérapeute réagisse en disant « *bien sûr* » (ligne 11) revêt une importance particulière : elle signale par là qu'elle valide le point de vue défendu par le patient. Ce *feed-back* n'est pas repris par l'interprète à la ligne 12, qui traduit simplement la question posée au patient. On observe, de manière générale, que les éléments qui relèvent des questions et réponses sont souvent privilégiés, lors de la traduction, par rapport au reste du contenu du discours. Les questions et les réponses représentent des éléments essentiels du contenu des échanges, mais le travail de traduction ne peut se résumer à ces éléments, surtout dans un contexte clinique où le discours dans son ensemble a une importance primordiale pour la relation et le travail thérapeutique. Les interjections hors question-réponse sont des éléments qui peuvent facilement passer inaperçus, mais peuvent avoir une grande importance dans certaines situations.

### Leçons à retenir

- Les propos qui ne font partie ni d'une question ni d'une réponse risquent particulièrement d'être oubliés à la traduction.
- Parfois ces propos peuvent paraître insignifiants, mais être importants, par exemple, parce qu'ils interviennent dans des moments relationnels délicats.

### Stratégies possibles

- Être attentif aux propos qui ne font partie ni d'une question ni d'une réponse.
- Observer si des tensions apparaissent et soigner tout particulièrement la précision de la traduction des propos qui renforcent ou apaisent la tension.
- Traduire des remarques conclusives courtes immédiatement, avant que le·a clinicien·ne ne pose la prochaine question.
- Métacommuniquer avec le·a clinicien·ne pour demander son accord de principe pour une traduction en semi-simultané (chuchotage) de remarques conclusives courtes si le temps pour une traduction en consécutive devait manquer, puis pratiquer de la sorte.

---

## En guise de conclusion

Notre expérience lors des formations d'interprètes montre que les discussions déclenchées par des extraits tels que celui présenté ici sont animées et riches. Il est généralement possible d'aider les participant·es à formuler eux·elles-mêmes une part importante des idées, leçons et stratégies contenues dans le commentaire ci-dessus. Il est frappant que les interprètes entament souvent la formation en ayant déjà certaines idées sur ce que l'on attend d'eux dans la santé mentale, notamment des restitutions reproduisant au plus près les propos originaux sans tenter de les rendre plus compréhensibles pour le destinataire. Ils n'en trouvent cependant que plus utile de regarder de près des échanges réels et de réfléchir, sur cette base, à la manière dont on peut exercer son métier avec conscience professionnelle, mais sans culpabilité indue face à un tel horizon d'attentes.

Pour soutenir l'impact effectif des réflexions sur les pratiques – et, par conséquent, sur la qualité du travail des interprètes et leur confort – nous proposons, dans les cours, autant d'exercices pratiques que possible (test de stratégies, jeux de rôles). Les participant·es partent aussi du cours avec pour mission d'utiliser ce qu'ils·elles ont appris dans les interventions suivantes en psychiatrie et d'en reparler avec leurs collègues lors des prochains cours.

On notera, pour conclure, que l'une des principales forces de notre formation – son *focus* clair sur la précision des restitutions dans des domaines essentiels du point de vue de la clinique en santé mentale – représente également sa principale limite. Dans nos cours, le regard reste en effet largement rivé sur la mission la plus centrale et consensuelle incombant aux interprètes : la médiation linguistique (et gestuelle). La seule autre activité que nous thématisons avec insistance est la métacommunication, qui permet aux interprètes de parler de leurs difficultés pour en informer le/la clinicien·ne et/ou pour discuter de solutions possibles avec eux·elles (par exemple, le chuchotage). Or l'on sait bien aujourd'hui que les activités des interprètes sur les terrains de santé mentale sont bien plus diversifiées dans les faits (Bot, 2005 ; Delizée et De Ridder, 2016), dépassant largement ces deux activités. Une formation telle que la nôtre n'est donc en aucun cas suffisante pour préparer les interprètes à leurs interventions en psychiatrie et d'autres apports sont absolument nécessaires. On pense, par exemple, à des échanges d'informations entre clinicien·ne·s et interprètes à propos des challenges relationnels, émotionnels et culturels possibles avec certains types de patient·e·s (par exemple au sujet des psychotiques décompensés, des personnes suicidaires, etc.), mais également à un travail réflexif à propos de tout le large spectre des tâches et missions que les interprètes peuvent réaliser en psychiatrie (accompagnement dans des services sociaux, contribution au diagnostic, apport général d'informations contextuelles/culturelles, etc.)<sup>4</sup>. ▶

4 Nous tenons à remercier Argyro Daliani, Esther-Amélie Diserens, Florian Chmetz, Melissa Riat, Cati Paiva Pinheiro, Vincent Wenger, Jonathan Klomp et Christopher Hasler pour leurs contributions à l'étude et/ou à l'élaboration du dossier didactique. Notre gratitude va également à l'association Appartenances (secteur interprétariat) pour sa collaboration précieuse tant pour la production des données que pour le test des formations d'interprètes. Nous tenons enfin à remercier l'Office fédéral de la santé publique pour le soutien financier.

## BIBLIOGRAPHIE

Bauer, A. M., et Alegría, M. (2010). Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: A systematic review. *Psychiatric Services*, 61(8), 765-773.

Bot, H. (2005). *Dialogue interpreting in mental health*. Amsterdam: Rodopi.

Brisset, C., Leanza, Y. et Laforest, K. (2013). Working with interpreters in health care: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Education et Counseling*, 91(2), 131-140.

Delizée, A., et De Ridder, P. (2016). *L'interprète-kaléidoscope ou le questionnement identitaire de l'interprète en santé mentale. Un état de la question*. Mons, Belgique : Université de Mons.

Farooq, S., Fear, C. F. et Oyebode, F. (1997). An investigation of the adequacy of psychiatric interviews conducted through an interpreter. *Psychiatric Bulletin*, 21(4), 209-213.

Guex, P. et Singy, P. (dir.). (2003). *Quand la médecine a besoin d'interprètes*. Genève : Médecine et Hygiène.

Nicodemus, B., et Swabey, L. (2016). Action research. Dans C. V. Angelelli et B. J. Baer (Eds.), *Researching translation and interpreting* (p. 157-167). London: Routledge.

Weber, O., Daliani, A., Diserens, E.-A., Chmetz, F. et Faucher, F. (2017). La recherche interdisciplinaire sur l'interprétariat dans les services publics : expériences tirées d'une étude exploratoire dans le cadre d'investigations psychiatriques. *Dragoman – Journal of Translation Studies*, 5(7), 38-59.

Ada Luz Duque

Interprète

ANR Remilas

Orspere-Samdarra – Laboratoire Icar

Lyon

---

# QUELLES MÉDIATIONS DANS LES PRATIQUES D'INTERPRÉTARIAT ?

Parler une autre langue impliquerait de porter en soi tous les systèmes des signifiants qu'elle englobe. Interpréter au-delà de la langue suggère que l'on peut saisir des mots et tisser du sens à partir d'un autre langage. Le métier d'interprète, qui se distingue de celui du traducteur<sup>1</sup> par sa présence, et donc par son implication, est loin d'être aussi simple. Quelle part de soi est engagée lorsqu'on se risque à saisir, par les mots, l'univers psychique d'une personne dans l'objectif de retranscrire ses paroles ? C'est dans le cadre de ma pratique d'interprète en milieu social<sup>2</sup> depuis de nombreuses années que j'ai pu être confrontée à une grande diversité de situations et de difficultés. J'ai ainsi développé différents regards sur la pratique d'interprète – parfois critiques, amusés, étonnés –, notamment au vu des situations que l'on rencontre, qui ne correspondent pourtant pas spécifiquement aux attentes ni à l'idée que l'on se fait de ce métier.

<sup>1</sup> Des amalgames sont souvent fait entre le terme de traducteur et celui d'interprète. En ce qui concerne le terme de traducteur, la définition la plus commune serait une personne qui traduit, transpose un texte d'une langue à une autre. L'interprète serait défini comme une personne qui transpose oralement d'une langue à une autre ou qui sert d'intermédiaire, dans une conversation, entre des personnes parlant des langues différentes.

<sup>2</sup> Dénomination la plus couramment utilisée en France pour désigner les interprètes travaillant pour les services publics.

La question de l'accueil et du suivi des patients allophones en santé et en santé mentale sont des problématiques au centre des préoccupations des personnes qui les accompagnent. La conjoncture géopolitique et la réalité de la précarité des patients issus de la migration « économique », « politique » ou résultante de la traite humaine interpellent les professionnels, qui doivent par conséquent adapter leurs pratiques. Afin de comprendre les personnes qui ne parlent pas la langue du soignant, le recours aux interprètes est une solution évidente, mais pourtant encore très controversée.

En France, très peu de formations spécifiques, destinées aux interprètes, existent dans le cadre de la santé mentale, du social et dans d'autres domaines pour lesquels ils sont sollicités. Ainsi, depuis plusieurs années, des formes de « bricolage » s'inventent entre les professionnels et les interprètes, et créent un savoir presque exclusivement empirique pour remédier à leur manque de ressources. Bien qu'il existe des dispositifs pluridisciplinaires pour le suivi des patients allophones depuis de nombreuses années,

les interprètes ont très peu été intégrés à ceux-ci en tant que professionnels à part entière. On remarque donc que le fait de faire appel à un interprète relève d'une nécessité de compréhension linguistique plutôt que d'une réelle volonté de constituer une approche ou un accompagnement pluridisciplinaires. Pourtant, la langue et la compréhension du langage sont centrales, car elles permettent aux professionnels de santé d'établir une « analyse » et de mettre en place un cadre thérapeutique, notamment dans les domaines des soins en santé mentale, par exemple. Alors, quand la langue fait défaut, c'est souvent l'ensemble du dispositif qui est remis en question. Il peut y avoir une résistance du côté de certains professionnels de santé à avoir recours à un interprète, qui vont notamment s'opposer à modifier leur approche et leur méthodologie de travail en sa présence. Le souhait de ces professionnels est que l'interprète réalise une traduction « littérale » et soit d'une « neutralité » à toute épreuve, face à des personnes présentant des troubles psychiques et des pathologies qui interrogent de plus en plus les spécificités du public migrant (Pestre, 2019). En effet, la présence d'un tiers peut modifier la dynamique et les enjeux au sein du processus thérapeutique, mettant en difficulté certains professionnels. L'interprète peut alors être perçu comme un élément gênant, et parfois à juste titre, notamment lorsqu'il ne saisit pas quelle place il occupe et les enjeux de l'entretien.

Il prédomine, autour de la figure de l'interprète, une certaine confusion, voire une certaine tension autour de son rôle et de la définition de sa fonction. Beaucoup des difficultés auxquelles sont confrontés les interprètes dans l'exercice de leur profession montrent à quel point leur présence a une fonction révélatrice, car elle met en exergue les dysfonctionnements dans la manière dont certains professionnels conçoivent le travail avec un tiers. Dans le cas de l'interprète, ce tiers ne serait ni un confrère, ni un patient, ni un professionnel collaborateur. Cela révèle également les problématiques existantes dans la manière de concevoir l'accueil, le lien et l'altérité dans le soin, et celles-ci sont par ailleurs soulevées par le suivi des patients issus de la migration.

L'interprète représente aussi la possibilité de faire face à d'autres paramètres que celui de la seule langue. Les questions entourant les notions de « neutralité », du « culturel » et de la « langue », entre autres, ont mis à l'épreuve une partie des méthodes de travail, le rôle ainsi que la place de l'interprète dans le domaine du soin. Au regard du rôle de l'interprète dans le processus de soin, mais aussi de la place qu'il occupe dans le suivi et des apports qu'il peut suggérer grâce à sa manière d'appréhender diverses situations, des questions se posent sur son rôle de « médiateur ». Toutefois, le terme de « médiateur » ou les pratiques de médiation des interprètes questionnent bien au-delà de ce que l'on pourrait imaginer.

« Interprète en milieu social, en milieu social et médical », « interprète médiateur », « médiateur interprète interculturel », « médiateur culturel, linguistique et culturel ou interculturel »... : de nouvelles terminologies apparaissent et on remarque que les propositions de définition du rôle de l'interprète peuvent être très différentes, notamment au vu des formations proposées communément en Europe. Je propose ici de questionner ce qui est de l'ordre de la médiation dans l'activité d'interprétariat à partir d'une réflexion sur la posture généralement attendue de l'interprète et les nécessaires médiations qui ont cours dans l'activité même, en prenant appui sur ma pratique.

## Réflexions sur la posture de l'interprète : attentes, questionnements et réalités de terrain

### L'interprète est-il neutre ?

La posture, pourtant antinomique, selon laquelle l'interprète devrait rester neutre, traduire littéralement et ne pas interférer dans le processus de soin est encore pointée par certains professionnels de santé comme idéale. Toutefois, cette injonction de neutralité suggère que les professionnels de santé attendent de l'interprète qu'il se positionne « hors-champ ». Il serait donc attendu qu'il s'efface visuellement, physiquement, et, en tant qu'individu, pour ne laisser place qu'à une retranscription « pure » et « littérale », c'est-à-dire idéale. Comme le souligne Yvan Leanza : « Une majorité de chercheurs, mais aussi de praticiens et autres acteurs institutionnels, verraient l'interprète comme un conduit, invisible dans l'interaction » (Leanza, 2017, p. 289). Pourtant, cette invisibilité de l'interprète a comme conséquence de le déposséder d'éléments essentiels – ses sens, son savoir expérientiel, son individualité – qui lui permettent d'ajuster sa posture, notamment au vu de l'inraisemblable variété de situations auxquelles il est confronté au cours de sa pratique. La réalité veut en effet qu'en tant qu'individu, l'interprète amène aussi, avec ses particularités, son « interprétation », ses affects et qu'il occupe une place. La difficulté serait de comprendre quelle est cette place et comment elle s'intègre dans les processus de soin et de suivi ou dans un cadre thérapeutique. Des interrogations se posent : pourquoi l'espace occupé par l'interprète peut-il être vécu comme inconfortable du côté des professionnels de santé ? Pourquoi l'interprète devrait-il être amené à s'effacer afin d'exercer son métier « correctement » ou de « répondre aux attentes » des professionnels qui le sollicitent ? De plus, cette posture effacée ne serait pas uniquement physique, mais également psychique. En effet, il serait attendu que la présence et même la voix de l'interprète, déjà trop marquée par une personnalité propre, ne laissent idéalement place qu'aux mots, gommant ainsi tout

ce qui permettrait d'appréhender non seulement le sens, mais également toute la subtilité des différents niveaux de langage qui rentrent en jeu lors d'une interprétation. Dans le cadre de l'interprétariat, la part sensorielle ne serait donc pas perçue comme un élément essentiel, qui permettrait de s'orienter dans la construction du sens de ce qui est formulé par les patients, laissant croire, à tort, que langue et langage se positionnent au même niveau au sein des pratiques sociales. Cela est notamment soulevé par Cécile Canut : « Ni objet ni transparent : le langage est une activité complexe, une praxis qui conditionne les actions de types social, politique, idéologique, psychologique, etc. Pour toutes ces raisons, il est au centre d'une mise en discours permanente, dont la réduction à l'objet «langue» est la plus ancienne et la plus féconde. Il est toutefois temps de s'affranchir de cette idée que c'est par la langue que le sujet se construit : non c'est par le langage, ou ce que d'autres préfèrent aussi nommer le discours » (Canut *et al.* 2018, p. 2). Pourtant, on entend souvent la même inquiétude, autant de la part des professionnels que de la part des propres interprètes, sur une certaine incapacité qui existerait dans ce métier à savoir composer avec la part de soi-même et sa pratique professionnelle. L'idée serait donc que toute implication de l'interprète représenterait un risque de débordement, alors qu'il peut pourtant sembler si logique que chaque professionnel compose et construise sa pratique avec sa propre part d'identité, sans pour autant que cela soit pointé comme étant problématique.

## Interpréter au-delà des mots

Pour pouvoir interpréter au-delà des mots, il faut tout d'abord accepter la simultanéité des comportements différents et des correspondances entre plusieurs « mondes » (Bastide, 1955). Il est par conséquent difficilement concevable de ne pas dialoguer entre et avec les différentes formes de représentations, et cela à plusieurs niveaux. Interpréter implique de courir le risque de se laisser envelopper par l'autre et sans ce risque, la retranscription des mots peut s'avérer inexacte. Il s'agit d'un dialogue constant, un ajustement, un écho, une rencontre, parfois une lutte entre deux environnements psychiques auxquels les mots donnent des directions, des formes, des nuances et des sensations. Par conséquent, en tant qu'interprète, je ne peux traduire sans engager une part de moi-même, ce qui, par définition, est aussi un principe d'interprétation, rendant ainsi les frontières de la pluridisciplinarité de la pratique très poreuses. Nous pouvons citer l'ouvrage de Piera Aulagnier, *La Violence de l'interprétation*, qui ne traite pas du même domaine, mais aborde plusieurs aspects qui sont très proches des problématiques soulevées par les interprètes : « Le propre de l'être vivant est sa situation de rencontre continue avec le milieu physico-psychique qui l'entoure » (Aulagnier, 1975, p. 20). La posture portée par l'interprète dérange et

interroge, car sa fonction de porte-parole l'engage aussi à occuper d'autres fonctions (Kaës, 2005). C'est à partir de cette interrogation que la question de la médiation de l'interprète se pose, puisqu'elle inclut de nouveau l'interprète dans le champ d'action, en lui permettant non seulement d'occuper un espace de manière assumée, mais aussi de laisser une place à une part de lui-même.

## Quelle place pour la médiation au sein de la pratique d'interprétariat ?

La problématique des pratiques de médiation au sein de l'interprétariat, qui paraissait pourtant résolue dans la plupart de définitions et des chartes sur l'interprétariat en milieu social proposées depuis les années 1990 dans le but de mettre un cadre à la profession du métier d'interprète<sup>3</sup>, est revenue sur le devant de la scène. Ainsi, il a été admis par une majorité de structures en Europe proposant un service d'interprétariat que le terme de « médiateur » ne pouvait pas s'appliquer au mandat des interprètes (Delizée, 2015). L'appellation « interprète en milieu social ou communautaire » est alors devenue la plus communément utilisée. Citons l'exemple de la Belgique, mis en lumière par les recherches d'Anne Delizée (2015, p. 17) sur l'interprétation communautaire, où une des structures proposant des services d'interprétariat stipule clairement, dans son code déontologique : « L'interprète n'est pas un accompagnateur culturel dans le sens où il n'intervient pas à la demande du bénéficiaire et n'est ni son avocat ni son défenseur ; il n'est pas davantage un médiateur interculturel, car il ne doit pas gérer les conflits d'origine linguistique et/ou culturelle entre les bénéficiaires et les utilisateurs. L'interprète n'intervient qu'en triade, traduisant les énoncés des intervenants primaires sans s'exprimer de son propre chef. » Malgré des différences importantes dans les postures défendues par les chercheurs et les tentatives de fixer des normes à l'activité d'interprétariat, ce sont les interprètes eux-mêmes, dans la réalité de leur pratique, qui remettent en question les limites de celles-ci, en remettant à l'ordre du jour des questionnements au sujet de leur place et en introduisant de nouveau la notion de médiation au centre des préoccupations.

Les questions d'interprétariat et de médiation soulèvent un paramètre – déjà souligné par ailleurs par certains chercheurs (Moro, 2004 ; Delizée, 2015 ; Leanza, 2017 ; Collazos et Qureshi, 2015) – qui reste encore difficile à appréhender pour les personnes qui s'intéressent à ces questions. En effet, vivre la situation du point de vue de l'interprète, et non en tant qu'observateur, et se confronter aux réalités de terrain permet de souligner le caractère inconstant, spontané et improvisé régit par la pratique de l'interprète. Cet élément la caractérise bien au-delà de ce que

<sup>3</sup> La « Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France », a été signée à Strasbourg par différentes associations en 2012.

l'on imagine, car il s'agit d'une pratique qui se construit en oscillation constante et qui est analysée parfois de manière trop figée. Chaque interaction a un caractère unique et exceptionnel. La répétition des mots, qui en soi est une retranscription, est souvent confondue avec une répétition de l'action (d'interpréter) et des situations ; laissant croire, à tort, que l'action de retranscription (d'interpréter) se déroulerait de façon mécanique, automatique, formelle, et serait donc facilement transposable d'une situation à l'autre.

Lorsque les interprètes interviennent, les échanges se déroulent communément comme dans la plupart des interactions que nous avons dans notre quotidien, soit sans préparation, ni ajustement, ni protocole convenu. Cet ajustement se fait très souvent au cours de l'échange et est complètement dépendant de la singularité de la situation. Si l'on revient aux problématiques des pratiques de médiation, celles-ci pourraient aussi être considérées comme ayant des perspectives d'agencement, nécessaires tout au long de chaque intervention. La médiation pourrait s'envisager comme l'ouverture d'un espace contenant différentes possibilités, qui ferait pair avec le rythme qui caractérise le propre de chaque situation d'interprétation. Celle-ci permettrait et inclurait toutes les modulations nécessaires à plusieurs niveaux - langue, posture, compréhension, interculturalité entre autres -, sans la limiter à une simple fonction.

Dans ma pratique, j'ai pu remarquer un dysfonctionnement dans la manière dont on permet aux interprètes de se construire et d'exercer leur profession. Il est sous-entendu que les interprètes intervenant en milieu social devraient acquérir une certaine expertise dans les domaines de la santé, de la santé mentale, du social, des services publics, des procédures d'asile et de la justice – pour ne citer que les principaux. Cette expertise viendrait s'ajouter à toutes les autres compétences acquises, nécessaires ou attendues. La mise en place de nouvelles formations depuis quelques années soulève non seulement la question de sa place de médiateur, mais aussi le manque de reconnaissance du métier d'interprète, ainsi que la réticence que certains professionnels peuvent avoir en ayant recours à un interprète.

On remarque principalement deux courants dans les nouvelles propositions de définition du mandat de l'interprète et de son rôle de médiateur. L'un définit la médiation comme l'une des compétences de l'interprète et l'autre définit l'interprétation comme l'un des rôles du médiateur. Cette nouvelle tentative de définition du rôle de l'interprète répond aussi aux nouvelles exigences de terrain, qui, peu à peu, ont obligé l'ensemble des professionnels qui accueillent les populations migrantes à adapter leur pratique. Le caractère d'urgence et les conditions d'accueil ont aussi

mis à l'épreuve les interprètes, car, avant tout, ce terrain est réservé en grande partie aux interprètes non formés dans les parcours classiques, ayant parfois des trajectoires migratoires semblables à celles des personnes suivies. Ensuite, la précarité des conditions de travail, la mobilité constante, la diversité des domaines dans lesquels ils sont sollicités et la nécessité de faire appel à d'autres ressources que simplement celles de la langue, font partie des autres paramètres qui ont aussi contribué à cette remise en question. Si l'on se penche de manière plus précise sur les domaines de la santé et de la santé mentale, la question de médiation devient pourtant évidente. Nombreux sont les exemples qui démontrent qu'une « simple traduction » s'avère insuffisante.

En tant qu'interprète, nous sommes dans la plupart des cas face à des situations hors cadre au regard des conditions de départ, d'accueil et de résidence des personnes migrantes, souvent embarquées dans des procédures complexes. Celles-ci sont en majorité causées par des situations de détresse liées aux problèmes politiques, économiques et sociaux auxquels sont confrontées les populations avec lesquelles on travaille, nous obligeant à envisager la traduction au-delà des « normes ». Nous rencontrons des difficultés lorsque notre place, souvent mal définie, est avantageuse – je sous-entends ici ce que nous représentons aux yeux des patients –, ou alors est accueillie avec méfiance, car les représentations des professionnels pour qui nous intervenons sont parfois difficiles à saisir. La langue peut autant représenter une forme rassurante de mise en lien qu'une menace. L'interprète est malheureusement porteur de projections qui tendent souvent à tomber du côté de la méfiance. Dans ma pratique, j'ai été forcée de constater qu'au sein de cette triangularité – patient, soignant, interprète –, tous se sentent extrêmement démunis, au même titre, pensant à tort que l'interprète détient toutes les clés ou le « pouvoir », comme on l'entend souvent. Cette triangularité prend alors fréquemment une forme pyramidale, en tension ou en négociation permanente, changeant d'axe selon les configurations, et permettant ainsi très peu de libre circulation des savoirs et des compétences de chacun. Toutefois, cela participe peut-être à créer d'autres enjeux qui rajoutent de la complexité au travail de soin avec interprète. La possibilité de construire ensemble, et de manière non homogénéisée, nos pratiques et le soin est rarement considérée. Pour cela, il serait évidemment nécessaire que les places de chacun soient respectées, tout en mettant en commun nos différentes compétences. Les patients détiennent aussi l'une des clés principales dans cette configuration et devraient être tout autant acteurs du soin. Toutefois, ils sont eux aussi rarement inclus et invités à faire part de cette triangularité à part entière.

En ce qui concerne les personnes en demande d'asile, la question de la langue engage d'autres éléments de grande importance. Le langage devient ici une question de survie psychique, sociale et administrative, car l'avenir de ces personnes dépend malheureusement de leur victimisation. La constitution du récit de demande d'asile devient une clé de leur survie. Dans une situation d'urgence qui ne tient pas compte du temps qui serait nécessaire pour relater le traumatisme, l'interprète représente l'un des seuls moyens que les personnes ont pour réussir. Toutefois, les conflits racontés peuvent être exacerbés par l'origine de l'interprète. De plus, celui-ci peut parler une langue pouvant être identifiée comme celle de l'opresseur. Je peux citer le cas d'une de mes collègues interprètes en langue russe, qui a des difficultés à traduire les personnes d'origine tchéchène, car cela les place dans une situation très complexe. Concernant mes collègues parlant le serbo-croate, la même difficulté se pose en cas de traduction pour les Serbes, les Croates ou les Bosniaques, bien que le contexte de conflit ne soit plus d'actualité. Les stigmates restent et la méfiance est difficile à surpasser.

Parfois, l'interprète doit formuler, dire à la place de, sans que la personne puisse elle-même faire le choix de mots ou sans disposer du temps nécessaire, avec toutes les conséquences que cela induit professionnellement et émotionnellement du côté de l'interprète et du patient. Je me souviens d'un patient Angolais qui, en arrivant chez un psychologue, et lassé de raconter son histoire, m'a demandé de la raconter à sa place. Face à mon refus de le faire, le dialogue avec le thérapeute n'a pas pu être établi et la thérapie n'a pas pu être engagée. Par ailleurs, la majorité des femmes que je suis dans le cadre de l'asile ont été victimes de violences sexuelles et souvent les tournures, prises avec pudeur, pour expliquer leur agression perdent tout leur sens lors de la traduction. Lors d'un entretien par téléphone, je traduis ce qu'une patiente me dit : « *Puis, je suis sorti avec...* » J'avais saisi, grâce au contexte de son histoire, l'intonation et d'autres détails du récit, qu'il s'agissait d'une agression. Cependant, je me devais de traduire ce qu'elle avait dit. Comment relater ce qu'elle-même ne pouvait nommer ? Comment sous-entendre ce qu'elle avait voulu dire par téléphone ?

4 Cet épisode a été vécu par une de mes collègues lors d'une mission d'interprétariat à l'hôpital. Il a été source d'une longue discussion et de partage des mêmes expériences lors d'une de nos séances d'analyse de la pratique.

Souvent, on oublie que l'interprète est le premier auditeur, qu'il retranscrit toujours en double et que cette place d'intermédiaire n'est pas simple, car finalement, il porte à tour de rôle – au sens littéral et imagé – les « mots » de chacun. Les phrases que les praticiens nous demandent couramment de traduire, notamment afin d'annoncer le diagnostic à leur patient à leur place, illustrent bien cette difficulté. Je citerai un professionnel de santé qui a dit à une collègue interprète : « *Dites-lui qu'il aura plusieurs opérations et qu'il me semble difficile qu'il s'en sorte, en attendant je vais*

*aller prendre un café*<sup>4</sup>. » Souvent, dans ce type de circonstances, peu d'espace est laissé aux échanges autour de situations qui nous mettent en difficulté. De plus, sans construction ou accord commun, nous restons souvent suspendus entre des confusions de sens et de place, entre autres. La confusion de cette place ne serait pas uniquement à l'origine du manque de définition ou de cadre, mais plutôt de l'incompréhension de différents niveaux qui se superposent et rentrent en jeu lors d'une interprétation.

On retrouve aussi derrière le mot « médiation » beaucoup d'amalgames et de craintes sur les débordements, comme cité auparavant. On pourrait se demander si ce n'est pas la manière dont nous envisageons la médiation au sein de la pratique d'interprétariat qu'il serait nécessaire de remettre en question. Doit-on alors la concevoir comme une fonction en soi, ou comme un moyen, un outil, une ressource ou encore simplement un cadre ? Ou est-elle tout cela à la fois ? Pourquoi nous semble-t-il si difficile de concevoir que les compétences de l'interprète vont bien au-delà des simples questions linguistiques ? Faire le lien entre deux langues est une pratique de médiation en soi, et comme le constatent la plupart des interprètes, dans la majorité des situations, il est rare que ça soit la seule fonction qu'on nous demande d'occuper.

Du côté des interprètes, et malgré la volonté de mettre en place des pratiques plus professionnelles et de construire des formations réfléchies et adaptées, des difficultés existent encore sur le terrain. Certes, on pourrait penser que le manque de formation des interprètes occasionne des débordements dans sa pratique. Néanmoins, cette attente de neutralité et cette injonction à se tenir à l'interstice ou « hors champ » du cadre de l'entretien, ainsi que le fait de ne pas avoir la possibilité d'endosser un rôle de médiateur, ont des conséquences réelles pour les interprètes. J'ai été très fortement marquée par les différents commentaires de mes collègues à propos de leur posture. Nombre d'entre eux relatent que ces remarques peuvent avoir des conséquences directes sur leur confiance en eux et sur leur professionnalisme, comme l'illustrent ces différents extraits : « *Je me tiens assis sans bouger et je regarde par terre* » ; « *J'essaye de détourner mon regard le plus possible pour ne pas gêner, pour m'effacer* » ; « *Mais finalement, après dix-sept ans de pratique, j'aimerais enfin savoir ce que l'on attend de moi une fois pour toutes.* »

À propos de cet effacement, certains de mes collègues expliquent qu'ils ont du mal à garder cette posture d'éloignement dans la mesure où ils sont régulièrement sollicités pour créer du lien. Ils rapportent à quel point cela peut être

source de maltraitance et d'isolement. Cependant, ils témoignent du fait que c'est finalement ce lien qui leur permet de se sentir mieux et d'appréhender leur pratique dans une posture plus juste, leur permettant aussi d'avoir recours à leurs propres ressources, sans devoir remettre constamment celles-ci en question. Parmi les nombreux incompréhensions et amalgames que suscite notre pratique, on sous-entend très souvent que l'interprète doit avoir une posture qui doit être figée et détachée de ce qui le caractérise en tant qu'individu. Par posture, une notion corporelle de rigidité est aussi induite. Cette rigidité s'amalgame au champ de l'action, puis à celui de l'interprétation, faisant de l'interprète un « interprète-objet » et non un « interprète-sujet ».

Parler de médiation au sein des pratiques d'interprétariat questionne le statut, mais aussi les notions de liens, d'ouverture, d'espace de circulation qui, par conséquent, feraient réellement écho dans notre profession et pourraient être perçues comme des moyens de donner une place à part entière à l'interprète lors de son intervention, en tant que professionnel. Et c'est peut-être un des enjeux les plus importants, que de spécifier et de reconnaître cette activité de médiation dans le métier d'interprète, notamment à travers la formation et la formalisation du métier auxquels les interprètes doivent prendre part. ►

## BIBLIOGRAPHIE

Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'Interprétation*. Paris : PUF.

Altounian, J. (2005). *L'intraduisible. Deuil, mémoire, transmission*. Paris : Dunod.

Bastide, R. (1955). Le principe de coupure et le comportement afro-brésilien. *Anais do 31º Congresso Internacional de Americanistas, 1* (p. 493-503). São Paulo : Anhembi.

Canut, C., Félix Danos, F., Him-Aquilli, M. ET Panis, C. (2018). *Le langage une pratique sociale. Éléments d'une sociolinguistique politique*. Besançon : Presses universitaires de Franche-Comté.

Collazos Sánchez, F. et Qureshi-Burckhardt, A. (2010). La diversidad cultural y la salud mental en el dispositivo hospitalario. Dans J. M. Comelles, X. Allué, M. Bernal, J. Fernández-Rufete et L. Mascarella (dir.), *Migraciones y salud* (p. 233-249). Tarragona: Publicacions URV.

De Cotret, F. R., Ošlejšková, E., Tamouro, S. et Leanza, Y. (2017). Donner la parole aux interprètes : le mythe de la neutralité et autres facteurs contextuels pouvant nuire à la performance. *L'Autre, 18*(3), 282-292.

Delizée, A. (2015). *Émergence et professionnalisation de l'interprétation communautaire en Belgique francophone*. Mons, Belgique : Human Org.

Kaës, R. (2005). Groupes internes et groupalité psychique : genèse et enjeux d'un concept. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 2*(45), 9-30.

Moro, M. R. et Abdehak, M. A. (2004). L'interprète en psychothérapie transculturelle. Dans M. R. Moro et al., *Manuel de psychiatrie transculturelle*. Grenoble : La pensée sauvage.

Pestre, E. (2019). *La vie psychique des réfugiés*. Paris : Éditions Payot.

Anne-Sophie Haeringer

Sociologue, enseignante-chercheuse  
Université Lyon II  
PoCo-CMW (UMR 5283, CNRS)  
ANR Remilas  
Orspere-Samdarra  
Lyon

---

# ÉLÉMENTS POUR UNE APPROCHE ÉCOLOGIQUE DU TRAVAIL DES INTERPRÈTES AUPRÈS DE MIGRANTS : PENSER CETTE PRATIQUE DANS CE QU'ELLE A DE RISQUÉ

« *C'est mal traduit!* », telle est l'une des premières exclamations que la projection d'un extrait vidéo d'une consultation médicale réunissant une psychologue, une interprète et un patient angolais a suscitées chez une interprète lusophone qui participait à une formation portant sur « l'interprétariat en santé ».

« *Ça fait peur!* », telle est la réaction d'un médecin qui découvre, lors d'une de ces formations, l'écart qui existe entre ce que la psychologue dit en français et ce qui est traduit en portugais au patient<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Lors de ces formations organisées par l'Orspere-Samdarra, nous donnons accès à une retranscription assez littérale des propos tenus dans l'autre langue. Tout un chacun peut ainsi comparer les différents énoncés entre eux, quand bien même il ne parle pas la langue en question.

Pourtant, ces écarts ont été repérés depuis longtemps par tous ceux qui s'intéressent à la traduction. Ils constituent le cœur même de cet art et ont, à ce titre, fait l'objet de nombreux déploiements théoriques, que l'on songe, entre autres, aux travaux de Barbara Cassin sur la « barbarie » des « intraduisibles » qui visent à « compliquer l'universel » et à résister à la réduction du pluralisme des langues (2016). Est-ce à dire qu'il y aurait écart et écart? Que les interprètes et les soignants que je rencontre adhéreraient au contraire à

une conception (à la fois très pauvre et politiquement problématique) de la traduction comme identification et mimétisme, qui se doit de surpasser les différences et de produire le même discours dans une autre langue ? Y aurait-il un traitement différencié de la traduction suivant que l'on se situe dans un cadre poétique et littéraire, ouvert à la créativité, voire à la part d'auteur du traducteur, ou dans un cadre social ou médical attaché au sens littéral, où il s'agirait seulement d'interpréter ?

Cette partition entre les scènes est un peu suspecte. Il suffit de considérer la place que l'ethnopsychiatrie réserve à ses interprètes. Au cours des consultations en ethnopsychiatrie, les difficultés de traduction et les malentendus sont discutés collectivement et publiquement par les thérapeutes, les interprètes – qui sont à ce point intégrés au dispositif thérapeutique qu'ils sont rebaptisés en « traducteurs ou médiateurs ethnocliniciens » – et les patients, qui sont eux aussi transformés du fait qu'une expertise leur est ainsi reconnue, en ce que l'élucidation du choix des mots est tout autant leur affaire (de Pury Toumi, 2005). Qualifier ces interprètes de « médiateurs », c'est faire valoir qu'ils ne sont pas de simples intermédiaires, mais qu'ils transforment la situation et les êtres en présence (Hennion, 2015).

Force est de constater toutefois que, en regard des consultations auxquelles je me suis intéressée au sein de l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) du Centre hospitalier spécialisé (CHS) de la Savoie<sup>2</sup>, la pratique de l'ethnopsychiatrie présente bien des aspects exceptionnels. Alors que cette dernière concerne plutôt des personnes qui viennent à ces consultations après avoir épuisé d'autres dispositifs sociaux ou médicaux plus classiques, l'EMPP est un dispositif de droit commun. Ses consultations s'adressent au tout venant précaire. Les interprètes ne sont pas liés à l'EMPP, mais à une association qui développe des « actions afin de contribuer à l'intégration des immigrés et de leurs familles, à l'accès aux droits et à l'égalité des chances<sup>3</sup> ». Ils n'ont pas été formés à une clinique particulière. Enfin, lorsqu'ils sont sollicités, c'est toujours pour intervenir auprès de migrants allophones, dans des situations souvent marquées par l'urgence.

L'inquiétude qui saisit certains soignants qui regardent les vidéos de ces consultations tient peut-être d'abord à ce qui leur apparaît fort justement comme une absence de maîtrise. Alors que le dispositif ethnopsychiatrique internalise les problèmes de traduction, il n'y a rien de tel dans les consultations que j'ai observées.

<sup>2</sup> Cette enquête s'inscrit dans le cadre du projet « Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé » (Remilas) financé par l'ANR (16-Fasi-0003).

<sup>3</sup> Extrait du site internet de l'ADDCAES (Association Départementale pour le Développement et la Coordination des Actions auprès des Étrangers de la Savoie) : <https://www.addcaes.org/qui-sommes-nous/>

Quant aux critiques formulées par certains interprètes lors du visionnage de ces vidéos, elles témoignent pour leur part sans doute surtout de la conception assez fonctionnelle et instrumentale de la communication et de la traduction qui prévaut dans les situations que j'observe. C'est là ce que pointe aussi l'expression utilisée par une interprète filmée que j'ai rencontrée : « *Je suis une petite cassette.* » Cette manière de parler de son travail ne fait toutefois pas nécessairement signe vers une réduction des écarts entre les énoncés produits dans une langue et ceux traduits dans une autre, par une résolution mécanique qui rendrait enfin possible la traduction littérale. Elle témoigne aussi bien d'abord de la modestie du travail de ces interprètes et des conditions de félicité d'un travail qui consiste, pour ceux qui l'exercent, à tout faire pour s'effacer. L'immédiateté n'est pas la disparition des médiateurs. Elle demande au contraire à être pensée comme un effet de leur alignement heureux (Hennion, 2015). Il suffit qu'un médiateur soit désaxé, par exemple qu'un interprète achoppe sur la traduction d'un terme, tâtonne ou balbutie un peu trop pour que ce soient d'abord ses bégaiements et son travail pour les négocier qui soient rendus visibles plutôt que l'énoncé traduit.

Dans cet article, je ne chercherai donc surtout pas à rassurer ni les uns ni les autres, pas plus que je ne lèverai les inquiétudes que génère l'existence de tels écarts. Plutôt que de mettre en évidence ce qui constituerait l'art spécifique de ces interprètes et de souligner leur maîtrise ou leur virtuosité, par exemple en célébrant leur sens du bricolage, j'aimerais décrire leur activité à même sa vulnérabilité, c'est-à-dire en tant qu'elle se situe toujours sur une arête. Ce faisant, j'entends penser conjointement l'art qui est le leur et la possibilité de sa faillite. Je montrerai ainsi comment certaines solutions trouvées pour négocier les difficultés rencontrées risquent toujours de créer de nouveaux problèmes. Dit autrement, je montrerai que ces situations éminemment complexes ne connaissent pas nécessairement d'issue heureuse, *a fortiori* durablement, mais que l'inconfort qu'elles suscitent ne doit pas être considéré comme un problème. Ma contribution en tant que chercheuse à cet univers de pratiques consiste finalement à penser ce trouble, c'est-à-dire à explorer des manières de l'habiter<sup>4</sup>.

Pour cela, je m'appuierai sur un dispositif méthodologique que j'ai mis en place : je suis retournée voir les interprètes et soignants filmés dans le cadre du projet « Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé » (Remilas) et leur ai fait commenter les « traces de leur activité » (Cahour et Licoppe, 2010). Dans l'espace qui m'est imparti ici, je mobiliserai plus spécifiquement un extrait d'une consultation filmée et les discussions que j'ai eues avec l'interprète en le visionnant.

<sup>4</sup> Je m'inscris ainsi à la suite de la proposition de Donna Haraway (2016).

## Du caractère éminemment composite de l'activité de l'interprète

La consultation réunit une psychiatre, un couple de Serbes venu avec leur enfant et une interprète d'origine macédonienne qui parle pas moins de sept langues différentes, dont le serbe. La consultation dure une trentaine de minutes. Si l'interprète et la psychiatre se connaissent déjà et ont des habitudes de travail, c'est la troisième fois qu'elles rencontrent cette famille.

Alors que la consultation a démarré depuis trois ou quatre minutes, et avant d'aborder plus spécifiquement les questions de santé, la psychiatre fait le tour des aspects « matériels » de leur situation (hébergement et « histoires de papiers »).

Le couple répond, l'interprète traduit. Elle dit qu'ils sont toujours hébergés en centre d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada), qu'ils attendent la convocation de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra).

La psychiatre interpelle alors l'enfant : « *Et toi, tu vas à l'école ?* »

L'enfant ne répond pas, peut-être n'en a-t-il pas le temps, car la femme intervient aussitôt : « *Je voulais vous demander encore quelque chose, est-ce qu'elle peut me donner un papier à donner personnellement à l'Ofpra qu'ils ne nous demandent pas trop, qu'ils ne nous interrogent pas trop, vous savez comme c'est quand vous allez là-bas [silence]. Vous allez sûrement écrire<sup>5</sup>...* »

L'interprète ne traduit d'abord pas la demande. Elle interroge le couple en retour : « *Elle [la psychiatre] l'a fait pour le dossier, non ? les papiers ?* »

La femme répond : « [inaudible] *Elle [sans doute l'intervenante sociale du Cada] a reçu un, je veux dire, dossier... Nous avons reçu au Cada un dossier, mais moi je ne comprends pas ce qui est écrit.* »

L'interprète s'adresse à la psychiatre : « *Elle veut savoir si elle peut obtenir un papier de votre part pour le jour qu'elle va se présenter là-bas, de donner, je pense que vous avez, je...* »

<sup>5</sup> Pour ne pas alourdir la lecture, je ne produis pas ici la transcription serbe des propos tenus par le couple ou l'interprète mais directement la (re) traduction française proposée par Amandine Potelle, traductrice recrutée dans le cadre du projet Remilas.

La psychiatre interrompt l'interprète : « *Alors c'est déjà fait.* »

L'interprète : « *C'est déjà fait, voilà, c'est pour ça que je me suis permis...* »

La psychiatre : « *Oui, oui.* »

Sans attendre la traduction de l'interprète, l'homme intervient : « *Excusez-moi, je suis très tête en l'air, je ne me rappelle pas de tout, j'ai des absences, vous comprenez. Depuis ce...* »

Sa femme l'interrompt : « *Il arrive souvent qu'il se perde pendant la conversation et qu'il ne sache plus de quoi on parle et même parfois...* »

L'interprète interroge avant de traduire : « *Est-ce que c'est nouveau ça ou ça arrivait avant ?* »

La femme répond : « *Ça arrivait avant, mais maintenant, c'est vraiment souvent.* »

L'interprète revient vers la psychiatre : « *Oui, elle veut dire que maintenant, ce dernier temps, comme on est en train de parler, il se perd, il sait pas où elle est le sujet.* »

La psychiatre acquiesce pendant que l'interprète parle : « *Oui, d'accord.* ». Puis elle ajoute : « *Alors on va, d'accord, on va voir ça.* »

Sans attendre que la psychiatre ait terminé, la femme intervient à nouveau : « *Pas toujours, mais par moments, vous savez, il arrive que sa tête se bloque.* »

L'interprète traduit : « *Ça dure pas longtemps, mais voilà.* »

La psychiatre série les problèmes : « *D'accord. Alors y a deux choses différentes.* »

Profitant d'un bref silence, l'interprète traduit : « *Deux choses différentes, elle dit.* »

La psychiatre poursuit : « *Pour le dossier de l'Ofpra, les papiers à fournir, [...] donc moi j'ai déjà fait un certificat le [date] que j'ai transmis à [l'intervenante sociale du Cada].* »

La femme acquiesce. Peut-être a-t-elle reconnu le nom.

La psychiatre : « *Pour le dossier de l'Ofpra. C'est du côté des papiers on va dire hein. Donc c'est...* »

L'interprète traduit : « *Elle dit pour les papiers, pas pour ce que tu as demandé, elle nous dira après. Pour les papiers que tu as demandés, elle dit qu'elle a tout envoyé. Moi j'ai fait une attestation [potvrda].* »

Elle ajoute en français « *certificat* ».

La psychiatre poursuit : « *Voilà où j'ai insisté, je résume simplement, sur la gravité de l'état de santé de votre mari.* »

À ce moment de la consultation, la femme et son mari interviennent l'un après l'autre, sans répondre à une question posée par l'interprète ou la psychiatre comme c'est le cas le reste du temps. Lorsque la femme formule sa demande, la psychiatre vient de poser une question à leur enfant. Lorsque le mari évoque ses problèmes de santé, l'interprète n'a pas encore eu le temps de traduire l'échange qu'elle vient d'avoir avec la psychiatre à propos de la demande de sa femme.

S'ils prennent tous deux la parole successivement, sans attendre leur tour, c'est pour demander que la psychiatre indique dans son certificat que le mari présente des troubles cognitifs susceptibles d'entraver les réponses qu'il devra donner à l'officier de l'Ofpra. Ils adressent leur requête à deux voix : quand bien même l'intervention du mari n'est pas explicitement articulée à celle de sa femme, elle s'apparente à une justification de la demande formulée par celle-ci.

Toutefois, cette demande n'est pas vraiment entendue ni par l'interprète ni par la psychiatre. La question posée par la femme embarrasse en effet beaucoup l'interprète. Lorsque nous visionnons ensemble cet extrait, elle s'exclame d'emblée :

« Elle veut un papier pour que le docteur Gekiere [la psychiatre] envoie là-bas [elle souffle]. Ils sont... Certaines familles... C'est bidon! Pour pas qu'ils [leur] posent trop de questions. Non, mais! [Son ton est offusqué]. »

Quand je la questionne plus avant sur ce qui lui pose problème, elle fait état de ce qu'il « est gênant » pour elle de relayer la demande de la femme à la psychiatre. Sa réticence se situe sur un plan moral, non pas parce qu'elle soupçonnerait cette femme de chercher à resquiller, mais parce qu'en traduisant sa demande, elle manifesterait d'abord son ignorance des procédures administratives et qu'elle risquerait en outre de mettre la psychiatre dans l'embarras. Car, à sa connaissance, le « papier pour pas [qu'on me] pose des questions » n'a aucune espèce d'existence administrative. Seul compte le « certificat médical ». L'interprète souligne d'ailleurs en entretien qu'elle prend bien soin de traduire « certificat » par le terme exact : *potvdra*.

De son côté, la psychiatre ne laisse pas tout à fait le temps à l'interprète d'aller au bout de sa traduction. En considérant pour sa part que « papier » est une forme vulgarisée ou approximative du terme « certificat » et en ne s'y arrêtant pas davantage, elle fait tout à la fois la preuve de son efficacité et de son savoir en matière de certification (« C'est déjà fait! »). Ce faisant, elle ne peut que conforter l'interprète dans l'impression que ses différentes anticipations sont pertinentes : efficacité et savoir de la psychiatre, inconvenance de la demande de la femme, inexistence administrative de ce fameux « papier », le terme ne faisant tout simplement pas partie du vocabulaire de la psychiatre.

Si ni l'interprète ni la psychiatre n'entendent vraiment la requête de ce couple, c'est aussi eu égard au fait qu'il va de soi pour elles que, en faisant état de ses « absences », le mari est en train de changer de sujet. Leur difficulté à voir que les propos du mari s'articulent à ceux de sa femme tient sans doute pour une part à ce que, en parlant sans attendre leur tour, l'homme et la femme contribuent quelque peu à désynchroniser l'échange, et pour une autre à ce qu'au tout début de la consultation, le mari a déjà été repris sur ce point par la psychiatre. Alors que celle-ci a amorcé sa consultation comme elle le fait toujours, en demandant « Comment ça va? », le mari a embrayé sur ses peurs. La psychiatre a aussitôt proposé d'organiser la consultation dans un ordre sensiblement différent, en commençant par aborder « les histoires de papiers » – offrant du même coup la possibilité à la femme de la solliciter juste après pour obtenir un « papier [papier] [pour] qu'ils ne nous interrogent pas trop », avant

que de parler de ces « *pensées* » qui hantent le mari et qui l'ont amené à se rendre dans cette consultation. Aussi bien donc, cette évocation par le mari de ses problèmes de santé ne peut-elle être entendue que comme une répétition, voire comme une forme de ressassement, qui le rend incapable de saisir l'ordre dont procède la consultation.

En insistant un peu maladroitement auprès de l'interprète sur ces restes qu'elle n'aurait pas vraiment traduits, j'oblige celle-ci à déplier certains autres éléments sur lesquels elle fait porter son attention et que je n'arrivais pas vraiment à voir. À défaut de tous les répertorier ici, je mentionnerai seulement le souci qu'elle a de permettre à la psychiatre d'accéder au bref aparté qu'elle a eu avec la femme ou encore de susciter l'expression du mari – d'où, là encore, la relance faite au mari, avant toute traduction à la psychiatre<sup>6</sup>. Elle sait en effet que celui-ci peine à s'exprimer et combien, *a contrario*, sa femme est prompte à « *parler toujours à sa place* ».

L'on peut certes considérer, dans une perspective critique, que l'interprète se trompe ici partiellement – il est en effet possible de signaler dans un certificat médical qu'un demandeur d'asile n'est pas en capacité de répondre de manière cohérente aux questions qui lui sont posées. L'on peut aussi faire valoir que, en intervenant comme elle le fait, l'interprète se mêle de questions qui ne la regardent pas tout à fait.

Mais, d'une part, ce serait ne pas voir que c'est un risque qu'elle connaît fort bien et qu'elle cherche à éviter. Lorsqu'elle décrypte l'embarras suscité par la demande de la femme, elle me dit que si elle avait pu, elle l'aurait reprise pour lui signifier le caractère impropre de sa demande. Et si elle s'est retenue, c'est précisément pour rester à sa place d'interprète : « *Je peux pas lui dire "Mais Madame..."; moi je suis juste [là] pour traduire.* » D'autre part, ce serait ne pas voir que du positionnement de l'interprète dépend en effet la capacité des uns et des autres à parler ou pas.

Ce que j'aimerais faire valoir ici, c'est que ces critiques ou ces limites qui peuvent être opposées à l'interprète le sont depuis une perspective exogène, qui risque toujours de ne pas voir que son travail n'engage pas seulement les aspects sémiotiques d'une interaction, mais également ses dimensions épistémiques, relationnelles, morales, organisationnelles, etc. L'interprète doit, comme tous les autres protagonistes de cette consultation, composer avec ces entités hétérogènes et cette hétérogénéité est bien ce qui risque de les faire trébucher à chaque pas.

<sup>6</sup> Ce souci se manifeste à nouveau dans le troisième extrait de cette consultation (cf. *infra*).

## Percevoir des affordances langagières

La psychiatre clôt ce premier moment de la consultation consacré à l'avancement des démarches administratives en résumant ce qu'elle a mis dans ce certificat. Elle enchaîne ensuite sur les questions de santé. Avant de m'y engager à sa suite, j'aimerais revenir sur la manière dont l'interprète négocie une difficulté de traduction : le terme « *gravité* » utilisé par la psychiatre lui manque.

La psychiatre : « *Voilà, où j'ai insisté, je résume simplement sur la gravité de l'état de santé de votre mari.* »

L'interprète : « *J'ai encore mis... Comment on dit en serbe ? ... Que c'est mal pour lui ce qui s'est passé, ce que vous avez dit, qu'il a des absences [izgubi]. Voilà.* »

L'interprète hésite, s'interroge à haute voix et partage ainsi son trouble avec le couple, comme si elle sollicitait son aide. Si cette demande d'aide peut sembler incongrue, la femme et son mari ne parlant pas français, force est de constater que c'est pourtant bien grâce à eux que l'interprète va trouver une solution à son problème.

Après avoir tenté une première traduction très approximative (« *c'est mal pour lui ce qui s'est passé* ») qui ne la satisfait manifestement pas, elle recourt à un déictique (« *ce que vous avez dit* »), pointant ainsi le fait que « *gravité* » vaut pour un terme employé par le couple. Il ne lui reste ensuite plus qu'à expliciter la référence : « *Ce que vous avez dit, [c'est qu'il a des] absences [izgubi]* ».

*Izgubi* n'est certes pas la traduction du terme français « *gravité* ». Il présente en revanche l'immense intérêt d'être déjà disponible en serbe, alors que « *gravité* » ne l'est pas (encore). Il a, en effet, été utilisé deux minutes plus tôt par le mari qui renchérisait à la demande faite par sa femme à la psychiatre, signalant qu'il avait des « *absences [izgubi]* » (*cf. supra*).

L'effet produit (identité des propos du couple et de la psychiatre) est certainement on ne peut plus rassurant pour le premier : « *voilà que ce que vous avez dit* » se trouve précisément dans le certificat qu'elle a rédigé.

En rendant visible cette manière de faire, il ne s'agit pas pour moi de dévoiler et de dénoncer ce qui ne serait qu'un artefact ou une supercherie, que « *gravité* »

n'est pas exactement *izgubi*. Cela, l'interprète ne le sait que trop bien. J'entends plutôt montrer comment, pour une part, traduire c'est percevoir des « affordances » langagières. Cette notion forgée par le psychologue américain James Gibson (2014/1979) désigne les possibilités d'action offertes par un environnement. Elles ne sont si seulement subjectives ou mentales (dans la tête de celui qui les perçoit) ni seulement objectives, physiques ou matérielles (dans les objets et les choses de cet environnement). Pour reprendre l'un des exemples de James Gibson, la boîte aux lettres « invite [*afford*] un humain qui écrit des lettres à envoyer des lettres au sein d'une communauté dotée d'un système postal ». Mais l'affordance de la boîte aux lettres « ne change pas en fonction des changements de besoin de l'observateur » (Gibson, 2014/1979). Ce n'est pas parce que je n'ai pas de lettre à poster que la boîte aux lettres au coin de ma rue ne continue pas à m'inviter à poster des lettres. En revanche, faute de lettre à poster, je peux ne pas percevoir cette affordance, ne pas lui être attentive.

En proposant de parler d'affordances langagières, j'appréhende la langue en tant qu'elle est un « environnement » avec lequel l'interprète et les autres protagonistes sont « en transaction » (Dewey, 1993/1938). Certains éléments sont saisis comme autant de prises pour s'orienter, à l'instar du terme *izgubi*. D'autres ne sont pas perçus et risquent alors de passer par pertes et profits. C'est le cas lorsque l'interprète, tout comme la psychiatre à sa suite, considèrent que la mention par le mari de ce qu'il a des « absences » ouvre sur un autre sujet.

Cette approche écologique présente l'intérêt de donner à voir que, pour autant que les affordances sont objectives et existent bel et bien, elles peuvent ne pas être perçues. Tout engagement dans le monde laisse irrémédiablement derrière lui un reste.

## Hantises. Des restes qui résistent

La psychiatre en vient donc à aborder les questions de santé. Elle commence en disant qu'elle a une « *question très précise* » à poser, sans doute pour requérir toute l'attention et la précision de l'interprète, puis dit : « *Quand on s'est vus la dernière fois, je vous ai proposé d'essayer un médicament qui pouvait éventuellement aider un peu pour les cauchemars. Donc je voulais savoir si y avait une différence, même minime, ou pas du tout de différence. Comment vous supportez ce médicament puisqu'il y a des gouttes et un comprimé ?* »

L'interprète : « *La dernière fois elle vous a donné des gouttes.* »

Le mari hoche la tête, la femme dit : « *Oui.* »

L'interprète : « *Et un médicament à prendre, est-ce qu'il y a, elle dit, une différence : un peu, plus ou rien ?* »

Le mari : « *Non, une petite différence, il n'y en a pas vraiment.* »

L'interprète : « *Juste un peu ?* »

Le mari : « *Un peu, y a pas beaucoup parce que moi j'ai ces cauchemars et je dors peu.* »

L'interprète : « *Et pour les cauchemars, elle l'a donné.* »

Le mari : « *Oui, c'est ce que je dis.* »

L'interprète : « *Ça n'a pas diminué ça ?* »

Le mari : « *Non, ça a un peu diminué, mais c'est pas encore ça.* »

L'interprète : « *C'est ce qu'elle a dit un peu avant, elle dit qu'elle a mis que votre état s'aggrave [inaudible].* »

L'homme acquiesce. Sa femme intervient : « *J'ai remarqué cela moi aussi.* »

L'interprète : « *Et ça, elle l'a mis sur ce papier qui est parti à Paris.* »

L'interprète démarre ensuite sa traduction pour la psychiatre.

Dans le cadre imparti ici, je ne peux m'arrêter sur la manière dont, au cours de notre entretien, l'interprète fait valoir combien ses traductions et les relances faites au mari visent à répondre à cet impératif de précision qu'elle partage avec la psychiatre<sup>7</sup>.

Je relèverai seulement un aspect de cette séquence : le fait que sinon le terme « *gravité* », à tout le moins le verbe « *s'aggraver* » revient à l'interprète. Celle-ci s'autorise alors à faire une incise et à revenir en arrière, en signalant cette rupture

<sup>7</sup> Il conviendrait alors de montrer que ce n'est pas parce que l'interprète et la psychiatre partagent ce même impératif qu'elles se rencontrent nécessairement. Le partage est ce qui réunit et sépare tout à la fois.

temporelle à l'aide de marqueurs *ad hoc* : recours au passé (« *elle a dit* »), antériorité affichée du propos de la psychiatre (« *un peu avant* »). Ce sur quoi l'interprète a achoppé ne disparaît pas vraiment : ce sont autant de restes qui la hantent et qui sont susceptibles de revenir sur le devant de la scène, par exemple, lorsqu'une meilleure solution de traduction s'offre à elle. Surtout, il convient de remarquer que la traduction du terme sur lequel elle avait jusque-là achoppé charrie à sa suite le contexte dans lequel il avait été initialement énoncé. Ce faisant, elle risque aussi bien de contribuer à rendre l'organisation de la consultation moins lisible. Alors que la psychiatre en a fini avec les démarches administratives, voilà que l'interprète y revient. Si le retour de ces restes permet à l'interprète de ménager des continuités, il est toujours aussi susceptible de générer de nouvelles discontinuités. La solution trouvée par l'interprète à ce moment-là de la consultation en est bien une, mais elle risque de créer un autre problème.

L'approche écologique que je déploie ici invite à se départir d'une conception finaliste du travail de l'interprète. Ce n'est pas parce que, en bout de course, il s'avère que pas grand-chose n'est perdu par l'interprète, qu'il est possible de passer outre les innombrables discontinuités et décrochages qui maillent ces interactions. Les développements qui précèdent montrent combien ils sont constitutifs du travail de l'interprète. Dès lors, il n'y a plus lieu de s'effrayer des écarts et des pertes inhérents à toute traduction. En revanche, il convient de penser le caractère risqué des interventions de l'interprète. L'interprète se tient toujours dans un équilibre précaire. Les prises dont elle se saisit en situation peuvent se dérober et les solutions qu'elle entrevoit s'avérer ne pas en être tout à fait ; toute perspective sur la situation laissant nécessairement derrière elle un reste. ▸

## BIBLIOGRAPHIE

Cahour, B. et Licoppe, C. (2010). Confrontations aux traces de son activité. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(2), 243-253.

Cassin, B. (2016). *Éloge de la traduction. Compliquer l'universel*. Paris : Fayard.

Dewey, J. (1993/1938). *Logique. La théorie de l'enquête*. Paris : PUF.

Gibson, J. J. (2014/1979). *Approche écologique de la perception visuelle*. Paris : Dehors.

Haraway, D. (2016). *Staying with the trouble. Making Kin in the Chthulucene*. Durham and London: Duke University Press.

Hennion, A. (2015). La médiation : un métier, un slogan ou bien une autre définition de la politique ? *Informations sociales*, 4(190), 116-123.

Pury Toumi (de), S. (2005). *Comment on dit dans ta langue ? Pratiques ethnopsychiatriques*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.

Amandine Bachini

Psychologue clinicienne  
Centre hospitalier de Mayotte  
Association Fikira de Mayotte et d'ailleurs  
Mamoudzou, Mayotte

---

Elodie Berenguer

Psychiatre et anthropologue  
Centre hospitalier de Mayotte  
Mamoudzou, Mayotte

---

# LA TRADUCTION COMME MÉDIATION CRÉATRICE À MAYOTTE, UN ESPACE À RÉFLÉCHIR

Ce travail a été réalisé en collaboration avec les ASH-traductrices Hachimia Abdallah, Sitti Demassi, Zaliffa Gue et Moinamaoulida Kassim.

Fonctionnant sur le modèle du secteur psychiatrique<sup>1</sup> depuis 2001, le service de santé mentale de l'hôpital de Mayotte<sup>2</sup> a la particularité d'accueillir une grande partie de patients non francophones, locuteurs de langues locales (*shimaore*, *shibushi* et autres formes dialectales du comorien). En face d'eux, la majorité des soignants est exclusivement francophone. La situation de traduction s'inscrit de fait dans la quotidienneté de la pratique, comme une sorte « d'allant de soi » ayant toujours existé par nécessité, mais faisant peut-être l'impasse sur les questionnements émergeant de ces modalités de médiation. Ainsi, au centre médico-psychologique (CMP), la traduction est assurée par des professionnelles mahoraises, occupant des postes d'agent de service hospitalier (ASH) et ne bénéficiant d'aucune formation officielle spécifique ni de reconnaissance institutionnelle pour leur compétence d'interprète.

Autour de ce constat, le désir de penser cet espace de médiation s'est mué en un groupe de travail – composé des quatre ASH traductrices du service, d'une psychologue et d'une psychiatre – selon une approche qualitative utilisant la technique des *focus groups*, complétée par une analyse thématique. Dans cet article, nous souhaitons ainsi mettre en lumière une démarche de réflexion commune, pluridisciplinaire et pluriculturelle, autour de notre travail en santé mentale à travers le prisme des langues et de la traduction. Après avoir brièvement présenté le contexte linguistique et l'offre de soins à Mayotte, nous aborderons la traduction en tant qu'outil « d'aller-vers » linguistique et culturel

<sup>1</sup> Circulaire du 15 mars 1960, « sectorisation en psychiatrie » : les soins psychiatriques seront organisés par une même équipe délivrant ses prestations dans la cité comme à l'hôpital. Le secteur repose donc sur un continuum « dedans – dehors » adaptés aux besoins des patients.

<sup>2</sup> Mayotte est un archipel de 374 km<sup>2</sup> composé de deux îles principales dans l'océan Indien situé entre les Comores et Madagascar. Elle est devenue en 2011 le plus récent département et région d'outre-mer français (DROM).

porté par les ASH traductrices. Ensuite, nous réfléchissons aux bouleversements de l'espace de soins psychiques induits par la création de la triade soignant-patient-ASH traductrice. Enfin, nous interrogerons les enjeux de reconnaissance professionnelle liés à la fonction de traduction dans ce département ultramarin.

## Le contexte de Mayotte : quelles langues, quels soins ?

Le département de Mayotte est marqué par un contexte linguistique spécifique, officiellement francophone<sup>3</sup> de par le rattachement de ce territoire à la France mais concrètement plurilingue du fait de son histoire riche et tumultueuse<sup>4</sup>. Dans un souci de lisibilité, nous nous intéresserons plus particulièrement aux deux langues majoritairement traduites au CMP par les ASH : le *shimaore* et le *shibushi*. Le *shimaore*, langue d'origine bantoue, est la langue maternelle de la très grande majorité de la population ; 70 % des habitants de l'île l'utilisent dans la communication quotidienne et orale. Le *shibushi*, dialecte malgache spécifique de Mayotte, est parlé par 20 % de la population vivant dans certaines localités de l'île. Les autres langues parlées sont celles des populations ayant immigré principalement des îles voisines des Comores – *shinzuan*, *shimwali* et *shingazidja* dont l'origine est commune avec le *shimaore* – et de Madagascar, mais également de pays est-africains et de l'Inde, dans une moindre mesure.

L'offre de soins psychiques présente sur le territoire reflète des inégalités majeures au regard de la métropole et des inégalités entre les différentes zones géographiques intra-Mayotte. Sur l'ensemble du département, il n'existe qu'un seul secteur de psychiatrie adulte pour plus de 300 000 habitants (pour un ratio de 1/70 000 habitants en métropole) appartenant au Centre hospitalier de Mayotte (CHM). En ambulatoire, il est constitué d'un réseau de dispositifs comprenant un CMP sur le site de l'hôpital central à Mamoudzou (chef-lieu) où ont lieu chaque jour des consultations en présence d'une équipe pluridisciplinaire complète, quatre sites d'intervention dans des dispensaires périphériques répartis sur le territoire avec une présence plus restreinte en termes de temps et de personnel (trinôme psychiatre/infirmier/ASH traductrice à raison de deux jours par semaine et psychologue une journée par semaine), d'un deuxième CMP plus petit dans le Sud de l'île et d'une équipe mobile de crise chargée d'effectuer la prise en charge des patients psychiatriques aux urgences. Concernant l'hospitalisation, il existe dix lits de courte durée (pour 30 lits d'hospitalisation/70 000 habitants en métropole), sans aucune structure d'aval au long cours.

<sup>3</sup> Le français, présent à Mayotte depuis 1841, est la langue de l'administration, de l'enseignement public et la langue officielle nationale.

<sup>4</sup> Ancienne colonie française et ancienne Union des Comores, elle fait aujourd'hui face à des évolutions sociales rapides et connaît une forte envolée démographique et migratoire.

À Mayotte, la traduction en contexte de soin est à la fois une évidence et un défi. Comment mettre en perspective toutes ces dimensions pour tenter de proposer des soins psychiques cohérents et pertinents avec les besoins de la communauté ? Pour interroger le rôle de la traduction dans la relation de soin au CMP, notre regard s'est tourné logiquement vers celles qui l'incarnent depuis la création du service, les ASH traductrices.

## Traduction et ASH traductrices : de quoi et de qui parle-t-on ?

D'un point de vue étymologique, la traduction, du latin *traducere*, signifie « *passer d'une rive à l'autre* ». La fonction de l'ASH traductrice ne se réduit pas à la traduction dans son aspect « instrumental », mais induit une transformation et une participation active dans la relation. Selon Claire Mestre (2015, p. 38), « se lancer dans une activité de traduction, c'est prendre le risque d'être modifié soi-même autant que de modifier ce que l'on traduit. Traduire, c'est alors construire à plusieurs un sens partagé, coconstruire ».

Vient ensuite le questionnement sur la notion du « culturel » : parle-t-on « d'interprétariat culturel » dans les fonctions des ASH traductrices ? Selon Joseph Ondongo (1987, p. 12), l'interprète culturel est « une personne dont le travail – ou le rôle – consiste non seulement à résoudre les médiations linguistiques (la traduction) mais surtout à résoudre les médiations culturelles (permettant la compréhension de la dimension cachée dans la communication) entre les autochtones ou leurs institutions et les migrants ». La spécificité mahoraise fait que les places sont ici inversées, l'autochtone étant le patient et l'étranger symbolique, le soignant métropolitain. Dans le contexte postcolonial de Mayotte, nombreux sont les professionnels venus de métropole qui sont ainsi amenés à devoir travailler avec une altérité culturelle : « *L'autre, c'est nous, les wazungu* » (métropolitains), formant une catégorie sociale ayant son propre système de valeurs et de représentations. De plus, comment parler de « la » culture mahoraise (comme de toute autre « culture ») de façon unique et immuable ? Est-ce que les ASH sont censées connaître et définir « leur » et « la » culture du patient de façon homogène ? De quel endroit parlent-elles ? Comment dissocier ce « savoir », supposé général, du rapport singulier que chacun entretient avec sa culture et de toutes les transformations et réinterprétations qui se sont produites ?

**5** Compétence : le décentrage, la compréhension des références culturelles du patient dans le cadre du transfert et la nécessaire confrontation des modèles explicatoires de la souffrance et du soin entre le thérapeute et son patient (Kleinman et Benson, 2006).

Dans le service, la fonction semble se rapprocher de la « compétence culturelle<sup>5</sup> » (Kleinman et Benson, 2006), qui permet aux professionnels de ne pas stigmatiser le sujet et de ne pas l'enfermer dans des stéréotypes culturels afin d'accueillir sa

demande singulière. L'ASH traductrice doit ainsi pouvoir traduire en tenant compte des représentations culturelles et des métaphores utilisées par le patient pour exprimer sa souffrance psychique, tout en évitant toute assignation culturelle simpliste de ce dernier. Toutefois, nous avons choisi de conserver le terme « *traduction* » dans cet article, au vu de l'absence actuelle de formalisation institutionnelle de leur fonction et de l'usage récurrent du mot dans notre pratique quotidienne.

Si la médiation fait partie intégrante des missions des ASH traductrices, l'ASH n'est pas un médiateur en tant que tel, seul le dispositif est médiateur. En effet, la médiation ne peut reposer sur une seule personne, elle s'appuie « sur une posture de l'interprète et du professionnel, sur l'importance du statut accordé à la langue, à la traduction du sens, qui emprunte des chemins complexes et divers. Elle repose sur différents ingrédients que sont l'alliance thérapeutique, l'explicitation des notions implicites, la mise en question de l'ordre institutionnel, de nos savoirs, et l'évaluation des relations de pouvoir qui agissent à notre insu » (Mestre, 2015, p. 44). Ainsi, plutôt que d'envisager la traduction comme médiation entre patient et soignants, nous avons préféré voir la création de la triade soignant-patient-ASH comme un espace de médiation entre la souffrance à l'origine de la demande de soin et l'univers clinique, mosaïque représentative de la richesse culturelle de l'île.

## La triade soignant-patient-ASH : un espace de soin singulier... et pluriel !

Comment la présence d'une ASH traductrice modifie-t-elle l'installation du cadre thérapeutique ? Si « la psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute » (Winnicott, 1975, p. 109), de quelle manière une ASH traductrice va-t-elle trouver sa place dans cette co-construction ? À Mayotte, les patients pourraient être contraints de cesser d'utiliser leur première langue et de la remplacer par celle de la langue officielle, au prix d'une dépense importante d'énergie psychique. En effet, comme le témoigne Julia Kristeva (1988) dans son œuvre, « habiter des sonorités, des logiques coupées de la mémoire nocturne du corps » serait à l'image d'un caveau secret porté en soi. Ramener ainsi la langue mère<sup>6</sup> dans l'entretien comme « possible », c'est ramener le signifiant originaire qui a constitué la première identité. Dans cette perspective, « l'hospitalité langagière » (Ricœur, 2004) du traducteur rend l'accès par la langue à un « système culture » décrit par Tobie Nathan (1994) qui clôture, enveloppe le groupe social, contient son âme, sa dynamique, sa créativité. C'est le lieu d'où diffuse continuellement le sentiment d'identité. Ces éléments théoriques nous indiquent l'importance du premier idiome dans la construction psychique du

<sup>6</sup> Désigne non pas la langue de la mère, mais la langue acquise en premier par l'enfant (De Pury, 1994).

sujet. La langue portée par les ASH se fait « langue trait d'union », rassurante et fédératrice, elle permet alors l'accès au champ de l'intime. Néanmoins, lorsque le patient a accès au bilinguisme, elle peut également illustrer une menace pour le sujet et amplifier dans certains cas les reviviscences potentiellement traumatiques. Daniel Lagache, dans *sur le polyglottisme dans l'analyse* (1956) considère que c'est parfois hors de la langue maternelle que peut s'élaborer le conflit psychique, loin des signifiants trop investis d'affects. L'utilisation de la langue d'élection ou d'éducation peut être mise au service de la résistance, et laisser dans l'ombre les traces de l'infantile contenues dans la langue de l'enfance.

Lorsque l'usage de la langue mère est possible, il s'agit ensuite de saisir comment le patient se figure la présence du binôme ASH traductrice-thérapeute métropolitain. « Il faut s'assurer qu'il n'est pas mis d'emblée par le sujet à une place de témoin culturel qui pourrait représenter l'ordre menaçant ou devant qui la révélation de violences accentuerait les sentiments de honte » (Wolmark *et al.*, 2015, p. 62). Lors d'une séance, une patiente ayant subi un viol insiste sur *l'importance d'avoir une thérapeute mzungu<sup>7</sup> et une ASH traductrice de l'Est de l'île*, de peur que les prochaines ASH puissent être de son village ou de sa communauté. Par cet exemple, nous pouvons mettre en lumière la mise en danger potentielle de l'intime et de la confidentialité.

Dans d'autres situations, la seule présence d'une ASH mahoraise invite à décaler le regard : le binôme soignant implique que le thérapeute métropolitain n'est pas tout-puissant, il ne sait pas tout. Cela crée un sentiment de grande humilité qui dénoue et construit de nombreuses alliances thérapeutiques. Aussi, le positionnement du soignant métropolitain peut, dans un premier temps, être mis à mal par ce déplacement. Il s'agit d'accepter de perdre du pouvoir en introduisant un tiers dans la relation thérapeutique qui remet en cause le cadre du face-à-face, le fameux « colloque singulier ». Le dialogue devient alors triologue, ce qui suppose de la part du professionnel un décentrage, posture que l'on n'expérimente pas forcément dans l'exercice du soin mais dans le voyage (Mestre, 2008), et la confrontation à ce qui n'est pas familier. En entretien, c'est ainsi qu'une relation à trois multitransférentielle s'inaugure. « La simple circulation des échanges vient figurer que, de nouveau, un lien à l'autre, une dynamique relationnelle, une circulation des émotions sont possibles. Cet espace créé rappelle l'aire transitionnelle - un réel moins écrasant et une place retrouvée pour l'imaginaire et le jeu psychique » (Wolmark *et al.*, 2015, p. 63). De plus, la présence de ce temps déplié de la traduction, appréhendé comme une chance, semble faciliter l'espace de rêverie nécessaire décrit par Wilfred Ruprecht Bion (1962) dans le travail psychothérapeutique. Cette triangulation de la relation thérapeutique amène des moments de pause propices à la réflexion,

<sup>7</sup> Terme linguistique bantou utilisé à Mayotte pour désigner les personnes d'ascendance européenne.

créé une autre temporalité avec des temps de respiration et d'échanges qui fédère une secondarisation des processus psychiques. Ainsi, cette triade permet de coconstruire un espace de médiation créatrice : à la fois pour le patient et pour la relation interprofessionnelle. Mais si les compétences relationnelles et culturelles des ASH traductrices semblent bien repérées, leur statut au sein de l'équipe soignante reste soumis à divers enjeux.

## Enjeux de reconnaissance et *ambivalences cicatricielles*

Au cours des *focus groups*, l'attention portée aux parcours professionnels des ASH a permis de mettre en lumière la diversité de leurs expériences mais également des similitudes reflétant l'ambivalence liée à la fonction de traducteur dans l'institution. Certaines d'entre elles ont été embauchées au CHM directement dans le service de psychiatrie lors de sa création, quand d'autres ont transité par d'autres services de soins somatiques. Toutes ont dit avoir été recrutées en tant qu'ASH et assignées par ailleurs au travail de traduction. La mise en concurrence entre les différentes tâches n'a jamais été explicitée dans leur fiche de poste. Ainsi, au CMP, même si elles sont déjà occupées à leur travail d'entretien ménager, elles sont tacitement tenues de se rendre disponibles aux sollicitations des soignants métropolitains au moment où ils ont « besoin » de leurs compétences en traduction, ce qui génère des interruptions de tâches et un fractionnement du travail inconfortable. En revanche, lorsqu'elles sont affectées « aux secteurs » (consultations en dispensaire), elles partent en déplacement avec un binôme psychiatre-infirmier et participent à tous les entretiens en tant que traductrices. Bien que les recherches (Karlner, *et al.*, 2007 ; Bauer et Alegria, 2010) aient démontré que la présence d'un interprète professionnel formé augmentait la qualité du soin des personnes allophones, aucune ASH n'a bénéficié d'une formation officielle spécifique concernant cette attribution, même au fil des années. Elles ont toutes acquis de manière informelle une série de compétences, relatives tant à la traduction en elle-même qu'à la relation de soin : notions cliniques, ajustement du vocabulaire, positionnement dans la relation triangulaire, qualités d'accueil et d'empathie, etc. Certaines parmi les plus anciennes ont également pris sur leur temps personnel pour se former aux notions clés de la santé mentale et de l'éducation thérapeutique auprès d'une psychologue mahoraise bilingue qui a travaillé près de 10 ans dans le service.

S'il est clair que l'institution de l'hôpital peine à effectuer le travail de reconnaissance officielle de leur statut, leur investissement dans l'activité de traduction et de soin au quotidien n'est plus à démontrer. Or les rapports interprofessionnels au sein du service restent teintés d'ambivalences à divers niveaux. Dans le binôme ou

trinôme thérapeutique, par exemple, les ASH rapportent qu'elles ressentent parfois un climat de suspicion de la part des thérapeutes métropolitains : impression de remise en question de leur façon de traduire, injonctions à la traduction de certains mots ou hésitations sur l'usage de la première ou de la troisième personne du singulier. Elles déplorent l'absence ou l'insuffisance de temps d'échanges après les entretiens. Un autre point questionnant est le système imposé de rotation systématique des ASH sur les différents dispensaires, ne leur permettant pas de s'inscrire en tant que référentes ou coréférentes d'une file active de patients déterminée. Ce fonctionnement pourrait sous-entendre un désir de contrôle de la relation à trois par les soignants métropolitains, où l'ASH traductrice ne serait perçue que comme un « objet du soin » et non comme une actrice de l'alliance thérapeutique à part entière. Ces ambivalences semblent avoir été intériorisées par les ASH elles-mêmes. Elles sont, par exemple, parties prenantes de ce système de rotation sur les secteurs, qui les préserve peut-être d'enjeux transférentiels trop massifs. Elles accompagnent ainsi des patients sur l'île depuis des années, en pointillé, leurs propres mouvements contre-transférentiels étant plus facilement mis à distance. Ne bénéficiant pas d'analyse de la pratique ni de formation aux enjeux du soin psychique, cette stratégie participe à soutenir l'insoutenable *via* un transfert diffus, multifocal et partagé entre elles.

Les *focus groups* ont révélé une hétérogénéité de positionnements et d'enjeux pour les ASH traductrices, avec néanmoins comme « fierté commune » un « aller-vers » le patient et sa famille et une participation à l'amélioration des soins. Elles ont pu revendiquer diverses compétences, notamment relationnelles et culturelles : elles envisagent la traduction comme un « soin », qui commence « dès la salle d'attente » lorsqu'elles appellent les patients et qu'elles les rassurent sur le fait qu'ils pourront s'exprimer dans leur langue et être compris dans leur culture. Elles revendiquent des qualités dans l'éducation thérapeutique comme expliquer aux patients et à leurs familles le but d'un traitement ou les modalités d'un suivi. Elles ont également conscience de leur rôle de mémoire du lien thérapeutique au fil des années dans un contexte de *turn-over* rapide des personnels de santé au CHM. Enfin, elles soulignent leurs compétences dans la prise en charge pluridisciplinaire en traduisant au thérapeute l'univers culturel et religieux du patient, nommant avec humour leur rôle dans « l'éducation du médecin ».

Paradoxalement, elles ont répété à de nombreuses reprises qu'elles n'étaient « pas des soignantes », en réaction à l'invisibilisation de leur rôle dans le soin, à la fois par les soignants et par l'institution. Cette hiérarchisation des statuts professionnels pose en filigrane la question de la hiérarchisation des connaissances

(Fanon, 1952). À quel type de savoir accorde-t-on ou pas de la validité ? Et quelle est la langue<sup>B</sup> du savoir ? Ici, quand le savoir académique clinique, essentiellement porté par des professionnels de soin francophones, semble avoir toute légitimité au sein de l'institution, ceux expérientiels et culturels, véhiculés par les langues locales ne semblent pas bénéficier de la reconnaissance qui leur est due. Cette infériorisation implicite du travail de traduction nous a semblé sous-tendue par un processus d'effacement de la mémoire, pointé notamment par une des ASH qui déplorait que ce travail de légitimation soit sans cesse à refaire, au gré des arrivées et des départs des nouveaux professionnels métropolitains. Elle nous a même révélé avec dérision que certaines avaient reçu un « diplôme » de traductrice de la part d'un ancien psychiatre du service, mais que cela n'avait en rien fait avancer le statut des ASH traductrices dans l'hôpital.

Ce questionnement fait écho à celui très actuel des traces traumatiques de l'héritage colonial, à la fois pour les descendants des populations colonisées et pour ceux des états colonisateurs. En effet, les diverses langues parlées au sein du territoire français – métropolitain et ultramarin – sont des témoins de l'histoire coloniale de la France, longtemps tenue à l'écart du travail de mémoire essentiel à la pacification du présent (Blanchard et Bancel, 2011). C'est en ce sens que nous pouvons suggérer le terme d'*ambivalences cicatricielles* quant à la reconnaissance du statut socioprofessionnel des ASH traductrices mahoraises dans le service, statut qui contient en lui-même à la fois la langue, le savoir expérientiel et la mémoire d'un peuple anciennement colonisé par l'État français. Ces ambivalences sont d'autant plus frappantes qu'elles ne sont que rarement évoquées par l'équipe soignante, le sujet étant soigneusement contourné, ce qui témoigne bien de la difficulté contemporaine à questionner notre héritage commun, même chez des professionnels censés être outillés pour aborder les dimensions inconscientes. Dans ce contexte, les ASH traductrices ont pu développer des formes de solidarités entre elles, comme le fait de se regrouper à la fin de leur journée de traduction pour manger ensemble et se raconter leurs expériences de travail en *shimaore*...

<sup>B</sup> « Les langues n'ont pas le même statut et peuvent témoigner d'un état diglossique c'est-à-dire un état dans lequel se trouvent deux variétés linguistiques coexistant sur un territoire donné et ayant, pour des motifs historiques et politiques, des statuts et des fonctions sociales distinctes, l'une étant représentée comme supérieure et l'autre inférieure au sein de la population » (Madi, 2016, p. 117).

## Conclusion

À travers ses aspects multitransférentiels qui, tantôt protègent, tantôt ébranlent les défenses, l'espace de médiation délimité par la triade soignant-patient-traducteur représente un outil créateur de richesse clinique et culturelle. L'imaginaire de l'enfance peut se déployer dans la langue maternelle ou bien, à l'inverse, se replier dans la langue d'élocution. Le moment de la traduction permet une respiration dans le rythme de l'entretien, générant une temporalité psychique nouvelle et un univers

clinique et culturel inédit. Enfin, l'enthousiasme et la disponibilité que les ASH traductrices du service ont manifesté tout au long de ce travail malgré les difficultés rencontrées témoignent du potentiel créatif de l'outil de médiation que représente la traduction en milieu de soin, que ce soit envers les patients et leurs familles, au sein de la dynamique interprofessionnelle ou encore dans la démarche d'exploration de la mémoire collective, quelle que soit la langue que l'on parle ou le statut professionnel que l'on occupe. Ce travail réflexif sur les atouts et enjeux liés à la traduction en contexte de soin nous semble essentiel à poursuivre, au sein des équipes de soin et plus largement aux plans institutionnels et politiques. ▀

## BIBLIOGRAPHIE

- Bauer, A. M. et Alegria, M. (2010). Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care : a systematic review. *Psychiatr Serv*, 61(8), 765-73.
- Blanchard, P. et Bancel, N. (2011). *Culture postcoloniale 1961 – 2006. Traces et mémoires coloniales en France*. Paris : Autrement.
- Bion, W. R. (1972). *Aux sources de l'expérience* (traduction française). Paris : PUF.
- Fanon, F. (1952). *Peaux noires, masques blancs*. Paris : Seuil.
- Karliner, et al. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res*, 42(2), 727-54.
- Kleinman, A. et Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*, 3(10).
- Kristeva, J. (1988). *Étrangers à nous-mêmes*. Paris : Fayard.
- Lagache, D. (2020). Sur le polyglottisme dans l'analyse. *Annuel de l'APF*, (1), 195-206.
- Madi, H. (2016). Les langues mahoraises et le français : pratique acquisitions et transmission. Réflexion sociolinguistiques. Dans Colloque Fikira. *Quand les langues s'en mêlent... Mayotte regards croisés sur une île plurilingue* (p. 114-140). Dembeni.
- Mestre, C. (2008). La trace du voyage, le corps et les pensées en mouvement. Dans C. Mestre et M.-R. Moro (dir.), *Partir, migrer. L'éloge du détour* (p. 25-38). Grenoble : La Pensée sauvage.
- Mestre, C. (2015). Interprétariat en psychiatrie : complexité, inconfort et créativité. *Rhizome*, 1(55), 38-47.
- Nathan, T. (1994). Discussion linguistique. *Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie, traduction et psychothérapie*, (25/26), 13-46.
- Ondongo, J. (1987). De la clinique ethnopsychiatrique aux problèmes médico-sociaux des migrants. L'usage, la fonction et le statut de l'interprète culturel. *Migrations Santé*, (52), 11-17.
- Piret, B. (1991). *La psychothérapie avec interprète est-elle possible ? Parole sans frontière—Psychanalyse et exil*. Repéré à <http://www.parole-sans-frontiere.org/spip.php?article23>
- Ricœur, P. (2004). *Sur la traduction*. Montrouge : Bayard.
- Winnicott, D. W. (1975). Jouer. L'activité créative et la quête du soi. Dans D. W. Winnicott, *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.
- Wolmark, L. et al. (2015). Le rite de l'interprète. *Rhizome*, 1(55), 61-69.

**Nicolas Chambon**

Sociologue, directeur du pôle recherche  
Orspere-Samdarra  
Directeur de publication de la revue Rhizome  
Centre Max-Weber, université Lumière Lyon II  
ANR Remilas  
Lyon

**Roman Pétrouchine**

Pédopsychiatre  
Chargé de recherche Orspere-Samdarra  
ANR Remilas  
Lyon

# « FAIRE CAS » DU TRAUMATISME DANS UNE CONSULTATION D'EXPERTISE MÉDICALE AUPRÈS DE DEMANDEURS D'ASILE

Accompagner, soigner, soutenir des personnes en situation de migration sont des activités qui demandent aux professionnels et bénévoles de la conviction et des formes d'engagement. La volonté de ceux qui viennent en aide aux personnes migrantes et la croyance que leur action n'est pas vaine est d'autant plus marquée lorsque celles-ci ne parlent pas la langue des acteurs de l'accompagnement. Il est dès lors nécessaire de s'associer à un interprète professionnel pour comprendre au mieux la complexité des situations personnelles, des routes migratoires et des procédures administratives. Les histoires de vie sont effroyables, mais peuvent avoir besoin d'être énoncées. Elles sont extraordinaires, mais à force apparaissent malheureusement ordinaires aux soignants, accompagnants et interprètes. Elles sont indicibles, mais *doivent* être racontées et traduites dans le cadre de la procédure administrative. En effet, pour les personnes allophones, un travail de traduction est nécessaire. Pour demander l'asile, les personnes ont à exposer leur parcours, le sentiment de crainte qui a motivé leur départ et les persécutions subies. Elles doivent établir la preuve de leur condition de victime, quitte à exhiber leur intimité. Dans cet article, nous nous intéresserons à la manière de rendre compte, d'objectiver et de traduire ce qui s'apparente être un « événement traumatique » – en l'occurrence ici un viol – dans le cadre d'une expertise médicale en présence d'une interprète professionnelle. Nous utiliserons certaines données issues de la recherche « Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé » (Remilas)<sup>1</sup>, soit des consultations médicales filmées et des entretiens avec des médecins réalisant des expertises auprès des migrants.

<sup>1</sup> Nous vous invitons à consulter le site du projet Remilas : <http://www.icar.cnrs.fr/sites/projet-remilas/>

## Médecine et droit d'asile, la santé mentale et le traumatisme

Dans le cadre du projet de recherche Remilas, nous nous sommes notamment attachés à comprendre l'activité et le rôle de l'interprète dans le cadre de la consultation médicale. L'un des terrains d'enquête a été « Médecine et droit d'asile » (Méda), structure associative basée à Lyon<sup>2</sup>. L'objet de l'Association est de « recevoir les demandeurs d'asile rejetés par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) afin d'établir un certificat relevant des éléments significatifs d'antécédents de traitements cruels, inhumains ou dégradants<sup>3</sup> ». Le certificat médical, émis dans le cadre du recours des requérants, est destiné à la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) et vient en appui de leur dossier. L'équipe est aujourd'hui composée d'une quinzaine de médecins et de quatre secrétaires bénévoles. Entre 1988 et 2018, environ 12 000 consultations ont été effectuées. En 2019, un peu plus de 1 000 certificats médicaux ont été délivrés – gratuitement – par le Méda. L'engagement des membres de l'Association est remarquable. Il leur importe de toujours répondre aux demandes sans en refuser. Les médecins veillent à établir des certificats de qualité. L'Association s'est ainsi dotée d'un conseil scientifique : celui-ci invite des experts sur des domaines particuliers afin d'accroître les savoirs et les pratiques des médecins bénévoles. Il constitue également un lieu d'échange collectif autour des certificats médicaux rédigés par les médecins de l'association. Toujours dans l'objectif d'améliorer leur pratique, les membres du Méda participent aussi à des formations sur des sujets divers, comme celle sur « les violences sexuelles chez les réfugiés », dispensée par le Centre Primo-Levi. Les membres de l'Association sont vigilants à ce que leurs certificats soient crédibles aux yeux des partenaires et cet effort n'est pas vain, car les certificats médicaux de la structure sont « connus » et « reconnus » comme étant de qualité par les acteurs de l'asile. À titre d'exemple, un juge de la CNDA, rencontré dans leurs locaux, nous confiera apprécier ces certificats pour leur « sérieux ».

<sup>2</sup> Historiquement, l'association succède au Centre de droit et éthique de la santé (CDES), créé en 1988, sous la forme d'une unité fonctionnelle des Hospices civils de Lyon et dépendant du service de médecine légale du Centre hospitalier universitaire. Le CDES a fonctionné jusqu'en mars 2016 au rythme de trois journées par semaine, avec des médecins consultant dans deux cabinets distincts. Aujourd'hui, les consultations sont réparties sur deux sites à Lyon.

<sup>3</sup> Selon les statuts de l'association.

L'orientation des requérants vers le Méda se fait principalement par les partenaires associatifs (Peugny, 2019). Les requérants rencontrent généralement une seule fois les médecins de l'Association. Les consultations durent entre 45 minutes et deux heures. Le certificat médical peut, si l'avocat du requérant le juge utile, être mobilisé au cours de sa plaidoirie à la CNDA. Afin de comprendre les requérants qui ne parlent pas suffisamment bien ni le français ni l'anglais – certaines consultations se déroulent en effet en anglais –, le recours à l'interprète est souvent nécessaire. Toutefois, l'Association ne finance pas directement les interprètes. Ils sont donc soit directement payés par les demandeurs d'asile, soit par les structures qui hébergent les requérants – ce qui constitue le cas le plus commun –, ou alors par l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes grâce à un protocole particulier<sup>4</sup>. Les interprètes apprécient intervenir au Méda.

Le lieu où les médecins ont en effet l'habitude de travailler avec eux est « accueillant », selon les mots d'une interprète qui intervient régulièrement dans la structure.

Idéalement, dans le cadre de la consultation au Méda, le requérant apporte un certain nombre de documents, tels que la transcription du récit de la demande d'asile transmis à l'Ofpra, la lettre de rejet de l'Ofpra ainsi que les notes d'entretien qui accompagnent cette lettre, le recours qui a été envoyé à la CNDA, les coordonnées de son avocat et les documents médicaux établis dans le pays d'origine – si c'est le cas, les documents doivent être traduits par un traducteur agréé – et/ou en France. C'est au début de la consultation que le médecin prend connaissance du récit que le demandeur d'asile a envoyé à l'Ofpra et du recours envoyé à la CNDA. Le médecin demande ensuite des précisions sur le récit et cherche des « séquelles physiques ou psychologiques ». Certains médecins photographient les marques et autres cicatrices des requérants lors de l'examen clinique, mais cette pratique fait débat au sein de l'Association.

Le but du certificat médical est d'établir un degré de compatibilité entre le récit et les données de l'examen clinique. Pour ce faire, l'Association se base sur le protocole d'Istanbul, publié en 2005 par le Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme (HCDH), qui établit ainsi une échelle graduelle de compatibilité entre le récit des faits et les constatations du médecin. Il est exigé que le rapport médical établi soit précis. Les constatations se doivent d'être les plus « objectives » possible. Concernant les marques physiques, notamment les brûlures et les cicatrices, l'objectivation ne pose pas réellement question aux médecins. Il est par contre plus difficile de trouver les bons termes pour certifier ce qui s'apparente être des troubles psychiques. L'objectivation du traumatisme est au centre de nombreuses consultations. Les médecins s'efforcent d'évaluer l'importance des séquelles psychologiques, voire psychopathologiques, en mobilisant parfois la classification du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (*Diagnostic and Statistical Manual, DSM-5*) qui décrit notamment l'état de stress post-traumatique. Tous témoignent des difficultés liées à la réalisation la mission qui leur incombe. Un médecin affirme ainsi : « *Il y a des demandeurs d'asile où l'aspect médical est très faible.* » En parlant d'une personne, il affirme : « *Elle a un traumatisme psychique, certes, mais nous, on ne va rien amener par notre certificat. Il y a aucune cicatrice. Entre le récit et ce qu'elle ressent, il n'y a pas de liens très faciles à établir. On peut voir... sinon on va décrédibiliser tous les autres certificats.* » Un autre renchérit : « *Des fois, on se demande ce qu'on va bien pouvoir raconter sinon qu'ils ont une névrose post-traumatique, mais ça, ça fait pas vraiment pleurer les juges. S'ils l'ont tous...* » Un médecin ajoute : « *Le cas du viol est le cas le plus difficile, s'il n'y a pas de lésions c'est difficile. C'est la seule chose qu'on peut faire, de voir les conséquences.* » Pour autant, ils ne sont pas tenus de proposer une réponse en termes de suivi médical ou

4 Après évaluation de l'éligibilité du praticien libéral ou de la structure, l'agence finance l'interprète par le biais d'une convention avec une association qui propose un service d'interprétariat sur Lyon.

psychothérapeutique. Un médecin témoigne : « *On n'est pas du tout dans le soin.* » Un autre complète : « *Quand il y a trop d'émotion, on attend.* » L'activité consiste donc uniquement à certifier. Mais, autrement que dans une perspective d'agent de l'Ofpra, les médecins insistent pour dire qu'ils écoutent tout ce que les requérants ont à dire sans rechercher « *l'expression absolue de la vérité* » et « *sans mettre en doute ce qui est dit* », selon les mots de l'un d'entre eux, qui concède toutefois que ses questions peuvent apparaître « *intrusives et policières* ». Ainsi, le fait de devoir cadrer la consultation avec les attendus de la demande d'asile est toujours présent.

S'il est difficile de trouver les bons termes pour caractériser une souffrance psychologique, c'est aussi le lien entre cette souffrance et des événements, voire une situation, qui embarrasse les médecins. « *Le traumatisme est partout* » dit l'un d'entre eux. Et à la différence de l'interprétariat dans le domaine strictement juridique, c'est bien la valeur de ce qui est énoncé qui pose question aux interprètes.

## Une situation

Era est albanaise. Elle sollicite le Méda pour se voir établir un certificat médical. Elle est mariée et a quatre enfants, dont trois qui vivent en France. Ils sont hébergés dans un centre d'accueil de demandeurs d'asile. En Albanie, son fils avait fait l'objet d'une agression grave par une personne ayant l'intention de le tuer « *en raison de ses origines roms* ». La famille a alors subi des menaces sur fond de discrimination envers sa communauté. Era arrive en étant accompagnée d'une interprète professionnelle, travaillant pour une association d'interprétariat. L'interprète connaît déjà la requérante, dans la mesure où elle a déjà interprété son récit dans le cadre de la procédure à l'Ofpra et dans le cadre du recours CNDA. Ce type de situation n'est pas du tout rare. Ce qui est marquant dans l'entretien que nous allons décrire, c'est que l'interprète « guide » la requérante, l'encourage, la conseille. Elle lui demande de « *se calmer* », de « *ne pas trembler* », de « *ne pas se stresser pour rien* ». En français, elle s'adresse au médecin et lui dit « *qu'elle essaie de la rassurer* » puis rajoute : « *Il faut vraiment qu'elle se concentre parce que sinon ça ne va pas le faire.* »

En ce qui concerne le rejet de sa demande d'asile par l'Ofpra, la requérante identifie deux causes. La première est qu'elle était stressée le jour de l'audience. Elle affirme qu'« *ils [les juges] n'ont pas fait trop le lien entre les histoires* ». La deuxième est la conséquence d'une mauvaise « traduction » le jour de l'audience par l'interprète qui était présente (une autre interprète, donc) et qui serait en partie la cause du refus. Ces mêmes arguments, énoncés par d'autres personnes, ont été entendus à plusieurs reprises dans le cadre de notre enquête<sup>5</sup>. Une fois que l'histoire de la requérante paraît suffisamment

claire au médecin, 50 minutes après le début de l'entretien et avant de passer à l'examen clinique visant à expertiser les éventuelles traces de tortures ou d'agression sur la personne d'Era, une intervention de l'interprète modifie le cours de l'échange.

- Médecin : *On a dit le principal? C'est ça, euh, c'est pour ne pas...*
- Interprète : *Euh...*
- Médecin : *Je pars sur ce qu'elle me dit ce qui est le plus important.*
- Interprète : *Oui, oui.*
- Médecin : *Moi, ce que je regarde, s'il y a des choses à compléter là.*
- Interprète : *Oui, oui. Alors, mais euh...*
- Médecin : *Oui?*
- Interprète : (rires) *C'est, c'est...*
- Médecin : *Dites-moi.*
- Interprète : *C'est pas mon rôle au fait, c'est pas mon devoir mais je veux dire cette dame elle a oublié le... le but principal, pourquoi elle est là.*
- Médecin : *C'est-à-dire?*
- Interprète : *Parce qu'en fait... Elle a subi un viol... Donc normalement elle devait parler de son viol mais je pense qu'elle attend vos questions ou je ne sais pas.*
- Médecin : *Ah oui... Mais c'est-à-dire que... hum... Je laisse aussi les gens parler librement, euh...*
- Interprète : *Oui, oui, non, mais...*
- Médecin : *Quand est-ce qu'elle a subi ça?*
- Interprète : *Faites, ou on lui pose juste la question?*

Lors des échanges, il n'est pas rare que l'entretien bascule sur des considérations portant sur la santé mentale de la personne. Les médecins cherchent à documenter au mieux la nature des troubles dans le certificat. On lit, dans cet échange, l'importance que le médecin accorde aux propos d'Era dans toute leur littéralité. C'est « sa parole » qu'il veut transcrire. D'ailleurs, des médecins transcrivent parfois directement le discours des requérants dans le certificat.

Il apparaît très important de relever, dans cet extrait, que c'est l'interprète qui porte à la connaissance du médecin le fait que la requérante a été violée, bien que cela la gêne et qu'elle souligne que, d'après elle, « *ce n'est pas son rôle* ». Cette précision n'apparaissait pas dans le récit Ofpra mais était présente dans le recours CNDA, que le médecin n'avait pas lu en amont de la consultation. Lors d'une réflexion collective, postérieure au visionnage de cette consultation filmée par les médecins du Méda, le positionnement de l'interprète est à l'origine d'un débat. Appartenait-il plutôt à Era d'évoquer directement son viol? N'était-ce point au médecin d'en parler? Aurait-il dû, pour se faire, lire

le recours CNDA en amont de la consultation ? Dans quelle mesure l'activité du médecin dans sa dimension soit thérapeutique soit expertale entre-t-elle dans une zone de confusion au Méda ? Un médecin affirme : « *Dans la culture médicale, on s'adresse à la personne.* » Quant au médecin précisément concerné par cette consultation, il explique : « *À propos du viol, je laisse parler les gens spontanément, mais quand je suis face à une femme je ne peux pas lui dire : "Vous avez été violée." On n'est pas là pour les pousser, enfin ce n'est pas notre rôle. Il y en a qui acceptent. On lance une petite question, si on sent qu'elle a envie de parler on va aller un peu plus loin. Alors ça peut peut-être avoir un effet thérapeutique [...]. Et d'autres, c'est tellement douloureux que je n'insiste pas, je respecte sa souffrance.* »

*A posteriori*, en regardant cette consultation filmée, le médecin qui y participait ne critique pas le choix de l'interprète. Il semble apprécier son intervention de manière assez pragmatique : « *Elle connaissait des choses que je ne savais pas, elle a rendu service à la patiente... à la demandeuse d'asile.* » Il concède avoir « *été un peu surpris, c'est vrai* ». Un de ses collègues affirme que : « *Ça demande un effort de revenir au demandeur plutôt qu'à l'interprète* ». Il dira un peu plus loin de cette situation : « *Ça, ça arrive quand l'interprète connaît bien l'histoire de la personne.* » Ce débat éthique est également bien repéré au sein de la communauté des interprètes eux-mêmes, qui sont régulièrement amenés à rencontrer les personnes dans différents cadres et qui connaissent des éléments de l'histoire de vie des personnes concernées, inconnues des soignants. De manière générale, les médecins du Méda disent apprécier l'interventionnisme actif des interprètes, quand bien même la plupart considèrent que leur rôle est de traduire et de bien de traduire. Suite à l'intervention de l'interprète, l'entretien continue :

- Médecin [à l'interprète] : *En Albanie, en Albanie que vous avez été agressée ? Elle en parle là-dessus ou pas ?* [Il lit le récit Ofpra]
- Interprète [au médecin] : *Demandez-lui. Pas là-dessus* [le médecin regarde le document du récit Ofpra], *le recours oui.*
- Médecin [à l'interprète] : *D'accord.*
- Interprète [à la requérante, en albanais] : *C'est ça que tu voulais dire par rapport à ton histoire ?*
- Era [à l'interprète, en albanais] : *Mon histoire, c'est autre chose.*
- Médecin : *D'accord, bon.*
- Interprète [au médecin] : *J'ai une autre histoire, moi.*

La requérante ne souhaite pas de prime abord aborder cet élément quand elle dit : « *Mon histoire, c'est autre chose* », elle signifie sans doute que son histoire réelle diverge du récit de l'asile, qui se devait de répondre à certaines exigences pour « convaincre »

les officiers de l'Ofpra. Son récit avait alors un ordonnancement particulier, portant l'empreinte de la procédure administrative. Le fait qu'elle soit déboutée de sa première demande l'oblige à revoir et à réexaminer son histoire de vie. Elle a d'autres « histoires » que ce récit et elle est « autre chose » que ce récit. Est-ce que cette « autre histoire », qui avait été occultée à l'Ofpra, a sa place dans ce récit supplémentaire qui se construit avec les médecins du Méda, à la rhétorique juridico-médicale bien particulière ? Y avait-il un réel intérêt, sur le plan des démarches juridiques, à évoquer celui-ci ? Le viol d'Era peut-il faire valoir l'asile dans le regard du juriste ? Ces questions se posent aux médecins de la structure. Pour les intervenants sociaux ou sanitaires, il ne s'agit pas d'occulter ces questions, même si leur réponse juridique est malheureusement souvent négative. Dans cette situation, le médecin cherche à en savoir plus auprès de la requérante :

- Médecin [à l'interprète] : *J'ai besoin de choses qu'il faut demander en plus, hein.*
- Interprète : *Hum...*
- Médecin [à la requérante] : *Le fils là... Il y en a un qui a été... Il avait combien d'enfants, son fils ?*
- Interprète [à la requérante, en albanais] : *Combien, combien de fils... Combien de fils, combien d'enfants a ton fils ?*
- Era [en albanais] : *Mon fils a trois... a trois garçons.*
- Médecin : *Il avait trois fils... trois garçons.*
- Era [en albanais] : *Il avait quatre mais un est parti.*
- Interprète [au médecin] : *Il avait quatre, il a perdu un... il y en reste trois.*
- Era [en albanais] : *Il lui reste trois.*
- Médecin [à l'interprète] : *Là ils ont parlé qu'il n'y aurait pas de vendetta si j'ai bien compris.*
- Interprète : *Hum.*
- Médecin : *Hum [En lisant le recours].*
- Médecin [à l'interprète] : *D'accord... Donc c'est le père de Marsel [il s'agit d'un des deux agresseurs] qui est venu... 15 mai... 15 mai 2016 c'est ça... C'est le père de Marsel, euh, qui s'est retardé là-dessus, euh, c'est ça.*
- Interprète [à la requérante, en albanais] : *Le 15 mai 2016, c'est le père de Marsel qui est venu.*
- Médecin : *De Marsel qui est venu chez elle qui l'a agressée...*
- Interprète [à la requérante, en albanais] : *Et qui t'a attaquée...*
- Médecin : *Et qui l'a violée euh...*
- Interprète [à la requérante, en albanais] : *Et qui t'a violée...*
- Era [en albanais] : *Oui, bon...*

- Interprète [au médecin] : *Oui.*
- Médecin : *Donc il vous a blessée à la jambe.*
- Interprète [à la requérante, en albanais] : *Il t'a heurtée, il t'a blessée à la jambe.*
- Era [en albanais] : *Maintenant il aurait dû mieux me tuer que de me faire cette chose-là.*
- Interprète [au médecin] : *Il m'a mordu... Euh, j'aurais préféré qu'il me tue plutôt qu'il me fasse cela.*
- Era [en albanais] : *Une femme de 60 ans.*
- Interprète [au médecin] : *Une femme de 60 ans.*
- Médecin : *Hum.*
- Médecin [à la requérante] : *Vous l'avez dit à votre famille, ça que vous avez été violée ?*
- Interprète [à la requérante, en albanais] : *Tu as raconté à ta famille ?*
- Era [en albanais] : *Non, je suis une femme de 60 ans, ni à mon mari ni à personne.*

Aucun membre de la famille d'Era ne sait qu'elle a été violée. À la fin de la consultation, l'intervenante sociale entre dans la pièce et demande au médecin que le certificat lui soit envoyé. En effet, Era ne veut pas que son mari, avec qui elle est hébergée, le lise. L'intervenante sociale, qui a aidé au recours, est au courant de ce positionnement. Era a deux versions du récit, l'une relatant le viol, l'autre ne le rapportant pas. Un médecin de l'association nous confirme que ces situations ne sont pas rares.

## Savoirs et expériences

Au cours de cette consultation, est porté à la connaissance du Méda un viol, acte d'une grande violence et extrêmement traumatogène. Or l'absence de réponse, sur le plan thérapeutique – les médecins de la structure sont missionnés pour exercer une fonction d'expertise – ou sociojuridique – la CNDA se contente de répondre à sa mission qui est d'accepter ou de refuser un recours – amplifie la souffrance des personnes. Ce qui a été dit par Era n'est pas entendu dans ses divers aspects et n'est pas pris en compte socialement à sa juste mesure. C'est dans le cadre d'une procédure administrative que le viol est rapporté. Il est demandé que cet acte violent soit entendu et pris en compte par des personnes qui ont à évaluer le bien-fondé d'une demande d'asile. Or, que pourrait-il se passer si Era était déboutée de l'asile ? Ce rejet peut signifier, dans le vécu d'Era, une non-reconnaissance sociale de sa souffrance et constituer une violence supplémentaire, de nature institutionnelle. D'ailleurs, un médecin du Méda précise : « *Il y a le traumatisme du refus, et il y a le traumatisme par la disqualification par ce refus.* » Il y aurait donc une nouvelle forme de traumatisme créé par les dispositifs de l'action publique.

L'intervenante sociale traduit l'importance des événements de la vie de la personne, qui sont susceptibles d'étayer son dossier. L'interprète initie sa mise en mots, pas simplement dans sa traduction, mais dans le fait qu'il faut absolument que « ça soit dit ». La dimension traumatique de l'événement est ici objectivée. Quand on connaît aujourd'hui l'importance de pouvoir prendre en charge ce type d'événements dans des conditions adaptées, à l'appui d'une démarche thérapeutique spécifique (Salmona, 2018), on peut interroger les effets de cette caractérisation à des fins d'évaluation administrative sur la personne concernée et aussi sur ses interlocuteurs (comme ici l'interprète).

Se raconter sans pouvoir être accompagné dans un travail d'élaboration, de mise en sens, exacerbe la sensation que connaissent les demandeurs d'asile à devoir exhiber leur histoire sans pour autant être socialement entendus. Qui plus est, la temporalité psychique n'est pas en phase avec celle des procédures administratives. Il y a donc lieu de se soucier de l'existence d'un espace psychothérapeutique. À la fin de la consultation, le médecin cherche à savoir si la requérante a un suivi psychologique ou psychiatrique. Comprenant qu'Éra en bénéficie effectivement, le médecin demande à l'intervenante sociale, qui est rentrée dans la pièce de consultation :

- Médecin [à l'intervenante sociale] : *Vous en avez parlé... Vous avez pu en parler à cette psychologue ?*
- Intervenante sociale [au médecin et en jetant un regard à la requérante] : *Alors la psychiatre, moi j'ai essayé de l'appeler pour lui en parler puisqu'elle [Éra] m'a donné l'autorisation de le faire et elle est en congé et donc il faut la rappeler et pour prendre un rendez-vous, il faut la rappeler.*
- Médecin [à l'intervenante sociale] : *C'est une chose importante parce qu'il faut du temps, c'est pas facile, euh.*
- Intervenante sociale [au médecin] : *Comme l'interprète est un homme.*
- Médecin : *Ah bon ?*
- Intervenante sociale : *Du coup, euh, elle n'a pas parlé en présence du psychiatre mais dès que je peux lui donner toutes les informations... Elle aura toutes les informations pour le prochain rendez-vous.*

C'est maintenant l'intervenante sociale qui se trouve en position de médiation entre le médecin et la psychiatre. L'interprète, qui est venue pour traduire en ayant le souci que la requérante raconte bien ce qui était attendu dans le cadre du recours, est rejointe par l'intervenante sociale qui affirme avoir prévenu la psychiatre de cet élément « nouveau » qu'est le viol d'Éra, sans que la pertinence de cette mise en lien soit interrogée par les différents acteurs, notamment dans l'intérêt d'Éra.

Les agencements des récits dans le cadre de la procédure d'asile et des recours sont des contraintes juridiques et administratives normatives, inscrites dans le mode de fonctionnement de notre société. Selon Gérard Noiriel, l'évolution de la juridiction fait que « le point essentiel des revendications contemporaines en matière d'asile touche à l'identité personnelle des réfugiés » (Noiriel, 2012, p. 273) et touche de moins en moins l'inscription dans une nation ou dans un groupe social. Selon Estelle d'Halluin (2004, p. 32), il « s'agit de personnaliser la scène dans la perspective où seule la menace de persécution individuelle est reconnue ». Le récit se doit ainsi, en termes de norme rhétorique, d'être « individualisé », rapportant le vécu à une situation personnelle, et « précis », avec une attention toute particulière au détail, tout en évitant d'insister sur des difficultés économiques qui pourraient disqualifier la demande en regard des critères de ce qui vaut asile.

Cela nous interroge sur la place du savoir et le concernement de la personne migrante, ici en partie dépossédée de la possibilité de dire par elle-même. Cela nous interroge aussi sur l'activité de l'interprète, puis de l'intervenante sociale, qui, sachant ce qu'elle sait, se sent dans l'obligation éthique de faire médiation. Alors que la narrativité propre des demandeurs d'asile est en tant que telle confisquée (Chambon, 2018) et que les acteurs qui cherchent à les soutenir procèdent à la mise en normes du récit, normes ajustées aux contraintes rhétoriques des procédures administratives, les médiations présentées dans cet article, pouvant paraître à bien des égards abrupts, relève les limites de l'objectivation (notamment pathologique). En miroir, elles montrent combien les problématiques de santé et de santé mentale débordent de toute part, laissant penser qu'il y aurait un enjeu à reconnaître ces activités de médiations, ici sociales et linguistiques, et la part qu'elles pourraient avoir dans une perspective thérapeutique. ▸

## BIBLIOGRAPHIE

Chambon, N. (2018). Raconter son histoire comme personne : les migrants et leurs récits. *Le sujet dans la cité*, 2(9), 63-74.

Chaouite, A., Lehartel, T. et Bessard, N. (2016). L'accompagnement juridique des personnes homosexuelles en demande d'asile. *Rhizome*, 2(60), 7.

Isnard, H. (2011). Le récit du réfugié est-il une fiction ? *Topique*, 1(114), 107-114.

d'Halluin, E. (2004). Comment produire un discours légitime ? *Plein droit*, 4(63), 30-33.

Noiriel G. (2012), *Réfugiés et sans-papiers, la République face au droit d'asile (xix<sup>e</sup> et xx<sup>e</sup> siècle)*. Paris : Calman Levy.

Peugny, D. (2019). *Perceptions et représentations des demandeurs d'asile autour du certificat médical suite à la consultation avec un médecin au sein de l'association Médecine et droit d'asile (Méda)*. Thèse d'exercice (médecine). Université Claude-Bernard Lyon 1.

Salmona, M. (2018). Les traumas des enfants victimes de violences : un problème de santé publique majeur. *Rhizome*, 3(69-70), 4-6.

Gwen Le Goff

Politiste

Directrice adjointe de l'Orspere-Samdarra

ANR Remilas

Lyon

Natacha Carbone

Chargée de mission

Orspere-Samdarra

ANR Remilas

Lyon

# ÊTRE ACCOMPAGNÉ PAR UN INTERPRÈTE : ENTRE BESOIN DE RECONNAISSANCE ET STRATÉGIES DE RÉSISTANCE

Si la promotion de l'interprétariat et des activités de médiation relevait plutôt d'une posture militante à la fin des années 1990, aujourd'hui, la puissance publique promeut le recours aux interprètes et aux médiateurs dans les équipes de soin<sup>1</sup> (Chambon *et al.*, 2017). Nous assistons actuellement aux prémices de la professionnalisation de l'interprétariat et cela se traduit par la mise en place de nouvelles formations<sup>2</sup>. Deux figures se côtoient et sont parfois en tension : d'une part, celle de l'interprète « professionnel » avec des connaissances académiques et techniques ; de l'autre, celle de l'interprète ou médiateur dit « communautaire », qui intervient en tant que pair, dont le socle de compétences se base sur son savoir expérientiel. De nombreuses associations ont recours à ces interprètes souvent bénévoles, formés en situation et dont le rôle est faiblement prescrit (Pian, 2017). Dans les faits, et cela a notamment été mis en lumière par les consultations filmées dans le cadre de l'ANR « Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé » (Remilas)<sup>3</sup>, les intervenants agissent dans un continuum, entre savoirs techniques et expérientiels, indépendamment de leur statut. En effet, certains interprètes, professionnels ou bénévoles, ont l'expérience de la migration voire de la procédure de demande d'asile (Pian, 2017)<sup>4</sup>. De là découle un flou sur les compétences attendues du côté de l'interprète. Dans le domaine de la santé, sa place n'est pas déterminée *a priori*. Les attentes des soignants vis-à-vis des interprètes fluctuent. Si certains attendent de l'interprète une traduction exclusivement linguistique, d'autres attendent qu'il se positionne comme médiateur et apporte des éclairages sociaux et culturels (Wang, 2016).

<sup>1</sup> L'article 90 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé précise que : « La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités. » Ce même article prévoit la sortie d'un référentiel de bonnes pratiques rédigé par la Haute Autorité de santé. Le décret d'application n° 2017-816 du 5 mai 2017, a pour objet de préciser la définition de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé.

De nombreuses recherches s'attachent à présenter le point de vue des professionnels de santé et des interprètes, celui des personnes concernées – interprétées – est peu documenté. Il nous a donc paru important de réfléchir aux attentes et vécus ressentis par les personnes migrantes interprétées en enquêtant auprès d'elles.

**2** Nous pouvons citer les formations « l'interprétariat en santé », proposées par l'Orspere-Samdarra depuis 2016, à destination des interprètes et des professionnels de santé qui devrait donner lieu à un diplôme universitaire « interprétariat et médiation » à la rentrée universitaire 2020.

**3** Le projet Remilas est porté par le laboratoire de linguistique Icar (École normale supérieure de Lyon), en partenariat avec l'Orspere-Samdarra, financée par l'Agence nationale de la recherche (2016-2020). Nous vous invitons à consulter le site du projet Remilas : <http://www.icar.cnrs.fr/sites/projet-Remilas/>.

**4** « La plupart des interprètes bénévoles rencontrés ont une expérience de l'exil et connaissent – ou ont connu – les mêmes situations administratives précaires que les étrangers suivis par ces associations. Ils officient là souvent dans leur langue maternelle et mobilisent des savoir-faire profanes liés à leur propre parcours » (Pian, 2017, p. 352).

Cette enquête s'appuie sur la réalisation de 20 entretiens menés avec des personnes allophones à leur arrivée sur le territoire français et ayant acquis une maîtrise suffisante de celle-ci, ce qui nous a permis de réaliser les entretiens en français, sans interprète. Ces personnes ont toutes en commun d'avoir demandé l'asile en France et ont aujourd'hui des statuts divers. Différents points ont été abordés lors des entretiens, tels que le rapport aux langues, le recours à l'interprétariat et à la traduction ainsi que les modalités d'apprentissage de la langue française. L'histoire des personnes interrogées, les raisons qui les ont poussés à demander l'asile et leurs parcours migratoires n'ont pas été abordés. Les personnes que nous avons rencontrées nous ont été présentées par des personnes-ressources (professionnels ou bénévoles d'associations). Nous en avons également rencontré certaines dans des associations d'accueil pour migrants. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et anonymisés. En complément de cette enquête nous mobilisons dans cet article les autres terrains de l'ANR Remilas, notamment les vidéos de consultations filmées dans les différents dispositifs accueillant des migrants en Auvergne-Rhône-Alpes (équipes mobiles psychiatrie précarité, permanences d'accès aux soins, dispensaires, association Médecine et droit d'asile) entre des patients migrants et des soignants (médecins généralistes, psychiatres, infirmiers). Enfin, nous nous appuyons également sur un séminaire de réflexion « Paroles, expériences et migrations » que l'Orspere-Samdarra a proposé en 2017 à des personnes exilées.

Le recours à l'interprétariat fait émerger des questionnements : quelles attentes les personnes interprétées ont-elles vis-à-vis de l'interprète ? Comment les personnes perçoivent-elles l'interprète qui les accompagne tout au long de leur parcours, au sein des institutions et auprès de différents professionnels ? Les personnes interprétées attendent-elles de l'interprète uniquement un travail de traduction ? Ou alors, souhaitent-elles qu'il soit également en mesure d'apporter des éclairages culturels ou sociaux, voire qu'il mobilise son savoir expérientiel – au regard de son histoire personnelle et de son parcours - afin de les conseiller, de les soutenir ou même d'intervenir en leur nom ?

Nous verrons dans cet article, qui se décline en trois parties, comment le recours à l'interprétariat, s'il permet de réduire la distance entre professionnel de santé et patient, peut aussi produire une nouvelle forme d'assignation et de dépendance du côté des personnes allophones. La première partie expose ce que permet l'accès à l'interprète pour des personnes allophones. La deuxième démontre qu'au-delà de ce que la présence de l'interprète facilite, certaines personnes mettent en place des stratégies pour s'en émanciper, ce que nous interpréterons comme une forme de résistance. Enfin, la troisième rend compte de l'importance accordée au savoir expérientiel du côté des personnes migrantes. Le partage d'une expérience commune du parcours de demande d'asile justifierait ici le fait d'interpréter, d'accompagner et de soutenir à son tour ses pairs.

## Représentations et enjeux autour de la figure d'interprète

L'interprète représente souvent une figure dont les personnes allophones se sentent proches, et avec qui elles ont tendance à vouloir créer des liens. Toutefois, l'instauration d'une relation de confiance ne va pas de soi et détermine ce que la personne va pouvoir dire, ou non.

### La figure la moins étrangère dans un environnement étranger

À leur arrivée sur le territoire français, les personnes en demande d'asile sont amenées à évoluer dans un environnement qui leur est inconnu – les lieux et les repères géographiques, les procédures administratives, la langue parlée, les codes, la culture. Elles peuvent alors être confrontées à de fortes situations d'isolement (Einhorn *et al.*, 2019) notamment lorsqu'elles sont allophones. En effet, dans l'impossibilité de se faire comprendre dans leur propre langue, elles se trouvent « privées de parole », sans pouvoir être comprises et comprendre ce qu'il leur ait dit. Au-delà du sentiment d'impuissance que cela provoque, cela peut également être une source d'inquiétude. Eshete, éthiopien, nous a confié que ses premiers mois en France lui rappellent une période où il était « *dans le brouillard* ». « *J'ai été désorienté, désesparé aussi. Ça a été un moment de solitude, je n'avais personne à qui parler. Ça a été très dur* », a-t-il ajouté. L'isolement et la souffrance que cela peut engendrer sont également notables dans les paroles d'Ulrich, camerounais, et de Tidiane, guinéen, lorsqu'ils nous racontent la traversée de différents pays sur le continent africain et européen avant leur arrivée en France. Selon leurs dires, lorsque l'on est dans un pays où on ne maîtrise pas la langue : « *Tu ne vis pas, tu n'es pas. Tu es dans une prison psychologique quoi, donc tu ne peux rien dire, tu ne peux pas communiquer avec quelqu'un* », « *C'est comme si t'es en prison. Même en prison tu es mieux que dans ce pays.* » Ici, le fait d'être allophone est comparé à un lieu d'enfermement dans lequel la parole serait tue.

**5** L'association Médecine et droit d'asile, implantée à Lyon, a comme mission de recevoir les demandeurs d'asile dont la demande a été rejetée par l'Ofpra et de procéder à un examen médical à la recherche d'éléments objectifs significatifs d'antécédents de traitements cruels, inhumains ou dégradants (sérvices subis, recherche des séquelles psychologiques et des séquelles physiques) afin qu'un certificat puisse être transmis dans le cadre du recours envoyé à la CNDA.

**6** Nom, prénom, date et lieu de naissance de la patiente et de ses enfants.

**7** Cette consultation s'ancre dans le cadre d'un recours à la CNDA, suite au refus de la demande d'asile de la patiente. La consultation a lieu la veille de la convocation à la CNDA. Le médecin s'aperçoit rapidement que le dossier de la patiente n'est pas complet. Il essaye de l'interroger à ce sujet en lui tendant les papiers, mais celle-ci est analphabète et ne reconnaît pas les documents. Le médecin essaye de joindre le travailleur social qui suit la patiente afin qu'il puisse lui transmettre rapidement le document manquant, en vain. Cela a également participé à accentuer la tension du côté de la patiente.

Cet isolement, lié à la non-maîtrise de la langue française, a également des conséquences sur le déroulement et l'issue de la procédure de demande d'asile et crée, en pratique, une inégalité avec les personnes francophones. Les demandeurs d'asile sont inégalement pourvus de ressources pour traverser les épreuves de l'asile (d'Halluin, 2012). De fait, cet isolement linguistique est un élément de vulnérabilité supplémentaire qui peut avoir des effets sur la procédure.

Dans ce contexte, l'interprète représente un interlocuteur qui rompt l'isolement dans lequel les personnes allophones sont parfois plongées au cours de leur parcours. Aussi, l'interprète leur donne la possibilité d'interagir et de communiquer de manière directe, sans intermédiaire. Parfois, et c'est notamment le cas pour des personnes maîtrisant uniquement des langues rares, l'interprète est le premier interlocuteur rencontré qui permet aux personnes de s'exprimer dans leur langue maternelle, ou bien dans une langue qu'elles maîtrisent, alors qu'elles n'ont pas pu les parler depuis une longue période. La complexité et la durée des routes migratoires aggravent cette situation. C'est notamment le cas d'Eshete qui a passé plusieurs mois sans pouvoir parler sa langue maternelle, l'oromo, faute d'interprète dans cette langue lors de son arrivée sur le territoire.

Les caractéristiques que les personnes et l'interprète partagent, au-delà d'une langue commune, sont perçues comme des nouveaux points d'accroches. Ainsi, être originaire d'un même pays, d'une même région ou ville, ou encore le fait de partager une culture ou une religion, voire un parcours migratoire semblable, sont des éléments qui participent à instaurer de la proximité entre la personne migrante allophone et l'interprète. Cela crée inévitablement une connivence entre la personne interprétée et son traducteur, conférant à l'interprète une place singulière. Certaines consultations en santé montrent les effets qu'induit la présence de l'interprète. Dans une consultation entre un médecin de l'association Médecine et droit d'asile (Méda)<sup>5</sup> et une patiente nigériane, l'interprète en langue anglaise – qui travaille pour une association et qui ne connaît pas la patiente – arrive en retard. Le médecin, qui maîtrise l'anglais, débute la consultation sans elle. Pendant les quinze premières minutes de la consultation, l'interaction est laborieuse. Les deux interlocuteurs échangent dans la même langue autour de questions basiques<sup>6</sup>, mais semblent avoir des difficultés à se comprendre. Se tenant de manière figée, extrêmement droite, crispée et tendue, la patiente semble paniquée, en état d'alerte<sup>7</sup>. L'arrivée de l'interprète provoque un changement radical de posture chez la patiente. Celle-ci paraît se détendre au fur et à mesure, parle de manière plus calme, tout en cherchant le regard de l'interprète pour que celle-ci traduise ses propos et ceux du médecin, alors même qu'étonnamment, celui-ci continue à

interagir en anglais avec ses interlocutrices malgré la présence de l'interprète. Si de nombreuses pistes d'analyse et de réflexion émergent de cette consultation, celle-ci illustre parfaitement le rôle de médiation que peut endosser l'interprète et ses effets indéniables sur le déroulement des entretiens.

### Entre la volonté et la nécessité de créer des liens

Pendant le parcours de demande d'asile, au-delà de son rôle de traducteur, l'interprète peut être identifié comme une personne-ressource par les personnes migrantes, qui aurait la possibilité de les aider, de les conseiller dans leur procédure administrative, au regard de son expérience, de son vécu et de ses connaissances. Les personnes attendent donc que l'interprète puisse mobiliser son expérience pour les aider.

Cela peut, par ailleurs, placer les interprètes dans des situations complexes, comme en témoigne l'un d'eux : « Ils [les demandeurs d'asile] sont tellement dans le désarroi... J'ai l'impression qu'ils m'implorent pour que je les aide personnellement, quelque chose que moi je ne peux pas. Ils cherchent à créer un lien privilégié pour améliorer leur situation. Ce qui paraît plutôt être une bonne capacité de survie. » Nous avons pu le voir, du côté des interprètes, ce rôle d'aidant peut être endossé de manière volontaire ou alors subi. Ilir, interprète en langue albanaise ayant lui-même un parcours de demandeur d'asile, nous a ainsi expliqué qu'il était très impacté par les histoires qu'il traduisait. Il était d'ailleurs fréquent qu'il pleure au cours des entretiens et il proposait de manière systématique de les prolonger autour d'un café afin d'apporter son soutien aux personnes interprétées. Dans d'autres cas, plusieurs interprètes ont témoigné avoir été confrontés à des situations difficiles et envahissantes, notamment lorsque les personnes leur demandaient leur numéro de téléphone personnel. Ces situations pointent la nécessité, du côté des interprètes, d'endosser une posture reconnue, indexée à un rôle professionnel défini, leur permettant d'avoir une juste proximité avec les personnes interprétées pour établir une relation de confiance et, en même temps, une distance suffisante.

### La confiance nécessaire en l'interprète

Comme pour les interprètes et les professionnels de santé, la confiance que les personnes concernées peuvent avoir vis-à-vis des interprètes est également déterminante. Nous avons remarqué qu'il pouvait justement être difficile pour les personnes interprétées d'accorder *a priori* cette confiance aux interprètes,

comme l'exprime Lena, arménienne : « *J'ai confiance en personne. Parce que c'est... compliqué. Ça c'est difficile pour moi. C'est mon problème, c'est mon cœur.* » Le fait d'être interprété place les personnes dans une position où elles doivent, d'une part, accepter de dépendre d'un autre qui n'est pas l'interlocuteur principal qu'elles viennent rencontrer – soit le médecin, le travailleur social, l'agent de l'Ofrpa –, mais un simple passeur permettant la rencontre et, d'autre part, parvenir à parler d'elles-mêmes. Le manque de confiance en ce tiers peut venir empêcher l'expression d'une parole.

Au-delà de l'instant même de ces entretiens, il est fréquent que les mêmes interprètes soient amenés à suivre des personnes en demande d'asile dans différents espaces<sup>8</sup>. Dans ce contexte, en accompagnant les personnes interprétées dans la réalisation de leurs différentes démarches, l'interprète suit de près leurs parcours de vie, acquiert des informations diverses sur elles ainsi qu'une certaine connaissance sur leur histoire. Des relations fortes peuvent également se créer entre l'interprète et les personnes interprétées, et cela peut encourager l'interprète à aller au-delà de ses missions et de son cadre de travail. Cela est perceptible lorsque quelques minutes avant la fin d'une consultation au Méda, l'interprète s'adresse au médecin et lui indique que la patiente, une femme albanaise, n'a pas raconté un élément important de son histoire au cours de la consultation. Celui-ci est à fort enjeux dans le cadre du recours, puisqu'il n'a jamais été énoncé jusqu'alors. L'interprète, qui suit le parcours de cette femme, en a la connaissance. Certaines personnes font le choix de se reposer sur l'interprète qui les accompagne pour que celui-ci raconte directement des éléments les concernant, et d'autres se montrent beaucoup plus réticentes quant à se confier à une tierce personne.

<sup>8</sup> Rendez-vous médicaux, administratifs, juridiques, scolaires, au sein des associations. . .

<sup>9</sup> La notion de « résistance » est ici comprise comme « mode d'action et de réaction dans une situation d'assignation sociale et identitaire, voire d'objectivation par le traitement institutionnel, en l'occurrence des demandeurs d'asile » (Felder, 2009, p. 119).

## Résistances à la relation de dépendance et stratégies d'émancipation vis-à-vis de l'interprète

Si l'interprète a une place centrale dans l'accueil des personnes migrantes allophones, nous avons eu à entendre des réticences, de la méfiance, vis-à-vis du principe même de se faire interpréter. On observe alors des attitudes de résistance<sup>9</sup> qui peuvent se traduire par différentes stratégies pour s'en émanciper.

Se faire interpréter implique que la traduction énoncée échappe au premier locuteur et le place dans une position de dépendance à l'égard d'une tierce personne qui « transfère, transporte, traduit, ajuste, adapte, atténue, renforce, résume, détaille, explique » (Ticca et Traverso, 2017, p. 305).

Nous avons observé une grande détermination de certaines personnes migrantes allophones à ne pas avoir recours à un interprète. « *Traducteur : jamais* », voici deux mots qui résument la posture d'une personne qui n'était pourtant pas francophone à son arrivée en France. Ceux-ci reflètent bien le fait que cette dépendance vis-à-vis de l'interprète peut être particulièrement mal vécue par certaines personnes, notamment dans le cadre de la procédure de demande d'asile ou des entretiens cliniques. Cela est d'autant plus sensible pour les personnes qui peuvent avoir un vécu traumatique, lié à leur exil ou à leurs parcours migratoires. Dans un contexte de demande d'asile ou de soin, parler de soi implique de se confier, d'évoquer les événements traumatiques, mais aussi des éléments intimes de son histoire. Le cas de Petrit, kosovar, l'illustre parfaitement, lorsqu'il nous montre sa carte où sont notés ses rendez-vous avec le psychiatre. Il nous précise, souriant et visiblement très content, que le prochain rendez-vous se déroulera sans interprète. Nous lui demandons alors ce qui va se passer, « *Je vais commencer à raconter mon histoire* », répond-il. De cet aveu découlent deux interprétations possibles. La première est que l'on peut supposer que tout n'a pas été dit en présence de l'interprète. La deuxième est que cette histoire ne sera plus coconstruite et qu'elle deviendra donc, de fait, la sienne (« mon histoire »).

Le cadre d'intervention professionnel des interprètes est souvent méconnu des personnes migrantes et vient alimenter leur sentiment de méfiance, nourri notamment par la crainte que la confidentialité et l'impartialité de l'entretien ne soient pas respectées par l'interprète, particulièrement quand celui-ci fait partie de la même communauté. Certains facteurs peuvent également être problématiques, comme l'origine de l'interprète<sup>10</sup> – mais aussi le genre, le milieu social, la religion. En questionnant Petrit sur sa liberté de parole en présence de l'interprète lors de ses consultations avec le psychiatre, il répond : « *Mon problème est un petit peu dur en Albanie. Ça continue de l'être.* » Son vécu, considéré comme problématique dans son pays, le rend donc difficilement entendable en présence d'un interprète. Les raisons de l'exil se rejouent ici dans le pays d'accueil.

<sup>10</sup> Si l'interprète est originaire de la même région, du même pays, ou alors d'un pays ou d'une communauté en conflit avec celui/celle de la personne cela peut être source d'inquiétude pour la personne interprétée, car elle peut craindre que son discours ne soit pas traduit de manière correcte, que ses propos soient modifiés, ou alors que ce qu'elle va dire se retourne contre elle, l'expose à des représailles ou tout simplement soit répété.

Le contexte de la demande d'asile assigne souvent les personnes à un statut, une procédure, voire à « une identité négative » (Felder, 2018). Ainsi, elles entretiennent, parfois malgré elles, des relations de dépendance tout au long du parcours migratoire – de leur passeur, de leurs soutiens, des associations mais aussi des professionnels rencontrés. Le fait d'avoir recours à un interprète peut donc s'apparenter à créer une relation de dépendance supplémentaire. Or, l'accompagnement peut être vécu comme une « humiliation et une infantilisation insupportable qui les destitue de leur statut d'adulte et les maintient dans la dépendance institutionnelle » (Gerbière-Aublanc, 2017, p. 249). Les personnes doivent donc reconstruire leur pouvoir d'agir et se réapproprier leur parcours.

Pouvoir solliciter un interprète dans une langue particulière, ou alors, souhaiter faire sans ce tiers apparaît comme une manière de s'affirmer et de se positionner en tant qu'acteur de son propre parcours. Joy, nigériane, nous dira avec véhémence au sujet du recours à l'interprétariat : « *C'est ta vie personnelle. C'est toi qui vas choisir si tu veux un traducteur, si tu n'en veux pas : basta!* » Elle met ainsi en exergue l'importance de la singularité du parcours, en revendiquant le choix dans les prises de décision qui la concerne. Le fait de ne pas être francophone ne justifierait pas de se voir imposer la présence d'un interprète. La capacité d'agir renvoie ici aux possibilités de déjouer les contraintes et les obstacles de l'exil, ainsi que la possibilité d'influer sur son environnement en fonction de ses besoins. En écho à ces résistances, différentes réponses sont à l'œuvre.

**11** En France, l'accès à l'apprentissage de la langue française des personnes étrangères est déterminé par leur statut administratif. Les droits accordés aux demandeurs d'asile et réfugiés statutaires y ont été distingués depuis 1991, année d'entrée en vigueur de la loi Rocard. Cette date a marqué la fin de l'accès au travail et aux formations professionnelles des demandeurs d'asile en France, comprenant aussi l'accès aux formations linguistiques. Inscrits dans un processus d'attente, qui reste long malgré l'accélération des procédures d'instruction de l'asile en France ces dernières années, les demandeurs d'asile doivent désormais obtenir le statut de réfugié pour avoir accès à ces droits. En cas de réponse positive de leur demande d'asile, des cours de langue française leur sont proposés par l'Ofl. En région lyonnaise, les cours de langues dispensés gratuitement par les associations sont souvent surchargés et, l'inscription sur liste d'attente peut durer plusieurs mois. Le niveau proposé par les associations va rarement au-delà du niveau B1, souvent insuffisant.

## Créativités et stratégies d'émancipation

Afin de s'émanciper de l'interprète, mais aussi d'affirmer leur volonté d'intégration au sein de la société d'accueil, les personnes que nous avons rencontrées nous ont exposé les stratégies qu'elles avaient mises en place pour pouvoir se réaffirmer comme actrices de leur histoire.

### Apprendre le français le plus rapidement possible

Apprendre la langue du pays d'accueil représente un fort enjeu du côté des personnes migrantes allophones. Toutefois, accéder à des cours de langue française répondant aux besoins et aux attentes de chacun n'est pas facile pour les personnes inscrites dans la procédure de demande d'asile<sup>11</sup>. Dans ce contexte, l'apprentissage de la langue du pays d'accueil est perçu par les personnes rencontrées comme une initiative individuelle qui induit nécessairement des investissements personnels importants. Connaître les différentes associations qui proposent des cours de langue, y accéder, tout en sachant se déplacer dans la ville et organiser ses journées sont présentées comme des compétences nécessaires pour atteindre cet objectif. Ainsi, le fait de maîtriser la langue française serait une preuve des efforts personnels fournis, d'une forte motivation à apprendre et des qualités humaines mobilisées pour y parvenir – le courage, la patience et la persévérance sont notamment cités. Aussi, les efforts déployés pour apprendre la langue apparaissent comme un moyen d'occuper son temps, de trouver un sens à ses journées<sup>12</sup>. Ces stratégies ont un coût psychique et demandent une certaine énergie qui peut être mise à mal par le contexte de précarité et d'attente.

Les stratégies mises en place sont diverses. Au-delà des associations proposant des cours, les personnes nous ont également indiqué différentes méthodes pour apprendre la langue ou améliorer leur niveau, telles que le fait de visionner des

vidéos sur internet (sur YouTube, par exemple), de s'exercer grâce à des applications d'apprentissage de langues gratuites ou des logiciels disponibles sur les ordinateurs des bibliothèques municipales, de lire des bandes dessinées, de s'asseoir au fond des bus en tendant l'oreille pendant tout le trajet pour essayer d'entendre et de comprendre les conversations afin d'apprendre des mots en les répétant... Le fait de s'éloigner des membres de sa communauté d'origine peut également être une condition nécessaire. Cette prise de distance est justifiée par Arshad, afghan : « *Je ne suis pas resté beaucoup de temps avec les Afghans. Je ne peux pas apprendre le français c'est pour ça. Moi je leur ai dit : "Je vous aime beaucoup mais je ne peux pas rester beaucoup." Moi je leur ai dit qu'il faut qu'on parle le français, comme ça on va avoir l'habitude, on va apprendre le français mais eux ils ne savent pas, c'est pour ça ils ne le parlent pas et je suis obligé de parler pachtoune avec eux.* »

### S'assurer de la conformité de la traduction et reporter les échéances importantes

Au regard des réticences à être interprété, mais aussi en attendant d'améliorer leur niveau de langue, d'autres stratégies sont mises en œuvre par les personnes pour s'assurer de la qualité de traduction de l'interprète. Ici les personnes voient en l'interprétariat une prise de risque – transformation de leur discours, modification de leur histoire, traduction inexacte – qui peut avoir de lourdes conséquences sur leur avenir en France. Cette crainte est accentuée lors des entretiens à forts enjeux, où la parole et l'histoire des personnes ont une place déterminante. En effet, lors de la rédaction du récit de demande d'asile, des entretiens à l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (Ofpra) ou à la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), plusieurs personnes ont manifesté le souhait de vérifier ce qui est dit par l'interprète. Ainsi, Lida, afghane, nous explique qu'un ami lui a demandé de lui retraduire son récit d'asile – rédigé en français grâce à l'intervention d'un interprète – en dari afin de s'assurer que tout ce qu'il avait exprimé avait bien été transcrit et ne comportait pas d'erreurs. Le fait de commencer à comprendre quelques mots en français peut également être un élément rassurant, car cela permet aux personnes de s'assurer d'une cohérence globale entre ce qui est exprimé et traduit. Joy, quant à elle, utilise une application de traduction sur son téléphone afin de « *vérifier s'ils [les interprètes] disent n'importe quoi* ». Elle envisageait également de remettre à plus tard les échéances afin d'avoir le plus de temps possible pour apprendre la langue. « *Si, par exemple, mon rendez-vous c'est le 22 octobre, je peux lui dire : "Est-ce qu'on peut mettre le 10 janvier?", quelque chose comme ça. Pendant ce temps, je vais essayer de parler français* », explique Joy. Selon ses dires, si elle

**12** Il nous paraît important de préciser que les personnes que nous avons rencontrées ont la particularité d'avoir majoritairement migré seules. Cela a sans doute eu un impact sur leur parcours linguistique en France et il nous semblerait intéressant qu'un autre projet de recherche puisse prolonger ce volet d'enquête auprès de personnes ayant migré en famille.

n'avait pas eu un niveau de français suffisant pour aller à son entretien Ofpra, elle aurait souhaité différer son rendez-vous. Nous retrouvons également cet argument en ce qui concerne l'accès aux soins en santé mentale. Emna, iranienne, a préféré attendre de pouvoir s'exprimer en français pour consulter un professionnel de santé mentale « *sans quelqu'un d'autre* », afin « *d'expliquer moi-même ce que j'ai à dire* ». Le soin est donc remis à plus tard, alors même qu'elle en ressentait le besoin.

Dans le cadre de la demande d'asile, il est attendu du requérant qu'il puisse « défendre » son récit, à la fois en apportant les précisions demandées, mais également en l'incarnant, puisqu'il doit réussir à convaincre que l'histoire racontée est bien la sienne. Les entretiens à l'Ofpra peuvent durer plusieurs heures et le récit se doit d'être percutant, efficace, pour permettre au requérant de pouvoir entrer dans le régime de discours nécessaire à l'épreuve d'éligibilité (d'Halluin, 2012). On comprend alors l'importance de produire un discours clair maîtrisé et incarné, d'autant plus que l'enjeu est crucial. Dans ce cadre, nous avons recueilli un certain nombre d'expériences négatives vis-à-vis de l'interprétariat. Les personnes interprétées relatent, à titre d'exemple, des difficultés à être comprises par l'interprète ou à le comprendre, le sentiment que celui-ci avait une attitude jugeante ou manquait de neutralité, ou alors l'impression que les propos ont été synthétisés ou traduits de manière inexacte. « Passeurs » des récits d'asile, les interprètes ont un rôle dans la coconstruction de ces récits. En transmettant les histoires des demandeurs d'asile tout au long des différentes étapes de leurs procédures, ils portent donc une responsabilité bien particulière à leurs yeux. Un lien s'établit entre l'expérience d'interprétariat et l'obtention ou le refus du statut de réfugié, comme l'illustre Joy : « *Je pense qu'elle n'a pas eu un bon traducteur. Du coup l'Ofpra a refusé sa demande d'asile.* » En effet, et nous avons pu l'entendre à différentes reprises, si la demande s'avère rejetée, la responsabilité de la décision institutionnelle est rebasculée sur l'individualité de l'interprète et ses compétences de traduction.

## Mettre à profit son savoir expérientiel pour aider les autres

Certaines personnes rencontrées ont mis en avant le fait d'être déjà intervenues en tant qu'interprètes, une fois la langue française maîtrisée, pour des demandeurs d'asile allophones. Elles expliquent cela par le fait d'avoir elles-mêmes traversé les épreuves de cette procédure. La reconnaissance d'un parcours similaire, autour de souffrances et d'épreuves communes, s'opère donc. Le simple fait d'être passé par là et d'avoir un niveau de français minimal justifie de pouvoir aider les autres, comme l'exprime Eshete : « *Je fais ça volontairement, parce que ça me fait plaisir de pouvoir aider quelqu'un. Comme je suis passé par là,*

*je sais comment ils sont les gens, je connais leur situation. Donc si les gens ils ont besoin de moi, ils m'appellent.* » Ilir ajoute : « *Je leur transmets des connaissances, pour qu'ils aient plus d'espoir. J'ai eu la même expérience que les demandeurs d'asile, je les comprends très bien. J'arrive à mieux les comprendre et leur faire me comprendre. Je partage leur douleur et je partage les difficultés qu'ils ont, comme celles que j'ai passées.* » Il ne s'agit pas uniquement de traduction linguistique mais d'une mission de médiation en tant que pair. Le partage d'une expérience commune, ici la demande d'asile, est appréhendée comme un aspect rassurant. « *Quand quelqu'un te raconte ses histoires, si toi aussi tu lui dis ce que tu as vécu ça le rassure. En fait, il pense qu'il y a quelqu'un qui le comprend et qui a vécu les mêmes choses que lui, ça le rassure. Il va penser que lui aussi il va y arriver. C'est encourageant oui, d'avoir quelqu'un qui a vécu mais... qui a réussi et qui survit* », nous explique Yonas, érythréen. Toutefois, c'est aussi le fait de partager des souffrances liées aux conditions de départ, au parcours migratoire, mais aussi aux conditions d'accueil précaire qui créent un lien.

Pour les personnes ayant obtenu une protection, la fin du parcours administratif peut également se présenter comme une opportunité pour étayer, apporter du soutien et affirmer leur solidarité avec les personnes toujours inscrites dans la demande d'asile, confrontées à diverses difficultés.

Nous notons ici l'importance que peut avoir l'étayage entre « pairs » des demandeurs d'asile. C'est notamment ce que défend Joy quand elle nous raconte qu'elle a traduit le recours d'une demandeuse d'asile. Lorsqu'on l'interroge sur les difficultés à traduire l'histoire personnelle de la requérante, elle nous répond spontanément qu'elle n'a pas tout traduit au professionnel en lui « cachant » ce qui lui semblait trop intime : « *Elle me dit tout, son histoire. Et moi, pour traduire, il y a quelque chose que je cache, parce que ça c'est sa vie personnelle, elle ne peut pas dire ça à tout le monde, mais elle ne le sait pas.* » Joy le justifie en expliquant que l'instance décisionnaire (ici la CNDA) a besoin de preuves et qu'il est donc inutile de rapporter des éléments traumatiques et personnels dont elle ne pourra attester la véracité : « *Cette chose, il ne faut pas lui dire, parce que ça c'est ta vie personnelle. Il y a des choses que tu peux dire, il y a des choses que tu ne peux pas dire. Tu gardes ça derrière. Même si ça te fait mal, ce n'est pas grave. Je sais un peu comment ça marche ici en France pour avoir le statut de réfugié, ce n'est pas facile. Il y a des histoires que tu peux dire et qui n'ont rien à voir, ils vont penser que ce n'est pas vrai. Il faut des preuves pour avoir les papiers français. Du coup quand elle m'a bien parlé de son histoire, j'ai dit : "Ça, il ne faut pas dire ça, parce que si tu dis ça ils ne te croiront pas. They will think you're lying"<sup>13</sup>. S'ils*

<sup>13</sup> « Ils vont croire que tu mens. »

*demandent les preuves, you can't prove yourself<sup>14</sup>.* » Pour Joy, c'est justement le fait d'avoir elle-même demandé l'asile en France et d'avoir obtenu une protection qui l'encouragent à aider et orienter le discours d'une autre requérante. L'interprète a un pouvoir sur ce qu'il entend mais surtout sur ce qu'il énonce et celui-ci se traduit par la capacité à transformer, modeler le discours émis. C'est ce « pouvoir » que révèle clairement la posture de Joy, qu'elle valide, par ailleurs, en concluant : « I try to arrange everything the good way<sup>15</sup>. *Du coup j'ai réussi, elle a des papiers maintenant.* » Ici, Joy, partageant le même vécu que celui de la requérante va au-delà de la mission de traduction pour laquelle elle a été sollicitée en se positionnant comme médiatrice paire. Selon elle, sa posture se situe en vis-à-vis de celle d'un interprète professionnel qui, ne partageant pas nécessairement ce même parcours migratoire ni ce savoir expérientiel, n'aurait possiblement pas réussi à obtenir une réponse positive pour cette requérante. Dans ce sens, au-delà du soutien qu'elles peuvent apporter aux personnes en cours de procédure, nous remarquons que pour certaines, il y aurait un intérêt à mettre à profit son savoir expérientiel pour agir dans l'intérêt de l'autre et que celui-ci viendrait justement légitimer cette action de soutien entre pairs.

La possibilité d'avoir recours à l'interprétariat est perçue comme fondamentale pour les personnes allophones, participant à un accueil digne. Toutefois, celles que nous avons rencontrées, au regard de leur expérience, se sont montrées déterminées quant à leur souhait de pouvoir s'émanciper de l'interprète à certains moments de leur parcours. Cela a été une surprise, dans cette enquête, de découvrir les stratégies mises en œuvre pour se passer des interprètes. Cette détermination souligne surtout le souhait d'affirmer son autonomie et son indépendance afin de se positionner comme acteur de son parcours.

Pourtant, en écho à son expérience vécue – de la migration, de l'asile, de l'accompagnement –, un certain nombre de personnes se positionnent à leur tour pour accompagner, soutenir, les personnes migrantes sur des missions allant de l'interprétariat linguistique à la médiation. Nous avons l'intuition que l'émergence du métier de médiateur (de santé) pair dans les champs de la santé, de la santé mentale et de la précarité, peut également trouver un écho dans le domaine du soutien et du soin aux personnes migrantes. La formation représente l'un des enjeux les plus importants dans la définition et la reconnaissance des métiers d'interprète et de médiateur. Il ne s'agit pas de penser que ces derniers soient rendus experts d'une aire géographique ou représentant d'une communauté, mais qu'ils puissent être à même de mobiliser leurs connaissances et leurs expériences au profit de la personne concernée. ▶

<sup>14</sup> « Tu ne peux pas le prouver toi-même. »

<sup>15</sup> « J'ai essayé de tout arranger de la bonne manière. »

## BIBLIOGRAPHIE

- Béal, A. et Chambon, N. (2015). Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes. *Rhizome*, 1(55), 9-19.
- Chambon, N. et Carbonel, N. (2015). L'interprète, un intervenant en santé mentale ? *Rhizome*, 1(55), 86-97.
- Chambon, N., Zeroug-Vial, H. et Carbonel, N. (2017). L'interprétariat en santé mentale : les enjeux de la formation. *L'Autre*, 18(3), 362-368.
- Einhorn, L., Tremblay, V. et Zeroug-Vial, H. (2019). Reconsidérer les frontières du soutien en santé mentale. *Rhizome*, 3(73), 18-19.
- Felder, A. (2009). Les activités de demandeurs d'asile au service de la résistance à l'assignation. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1(7), 119-136.
- Gerbier-Aublanc, M. (2017). Des capacités d'agir révélées par le vécu collectif de la maladie ? le cas des femmes dans les associations de lutte contre le VIH. Dans A. Desgrées du Loû et al., *Parcours de vie et de santé des Africains immigrés en France* (p. 243-262). Paris : La Découverte.
- d'Halluin-Mabillot, E. (2012). *Les épreuves de l'asile. Associations et réfugiés face aux politiques du soupçon*. Paris : EHESS.
- Pian, A. (2017). Devenir interprète bénévole dans des associations de solidarité pour demandeurs d'asile et sans papiers. Temporalités biographiques et institutionnelles. *Sociologie*, 8(4), 351-368.
- Pétrouchine, R. et Maury de Feraudy, J. (2019). En deçà des mots. L'ineffable dans la profession d'interprète. *VST - Vie sociale et traitements*, 1(141), 63-70.
- Ticca, A. C. et Traverso, V. (2017). Parole, voix et corps. Convergence entre l'interprète et le soignant dans les consultations avec des migrants. *L'Autre*, 18(3), 304-314.
- Wang, S. (2016). « Aidez-nous à comprendre vos Chinois ! » : Conditions de possibilités de la légitimation du sociologue en milieu psychiatrique. *Genèses*, 4(105), 141-156.

Olivia Gross

Docteure en santé publique et chercheuse en sciences de l'éducation et de la formation,  
Chercheuse associée au laboratoire Éducatons et Pratiques de santé (LEPS, EA3412),  
université Paris 13  
Paris

---

# LES DÉFIS ASSOCIÉS À LA FONCTION DE MÉDIATEUR DE SANTÉ PAIR : ENJEUX POUR LEUR FORMATION INITIALE ET CONTINUE

À la base du rétablissement (Davidson *et al.*, 2005; Provencher et Keyes, 2012; Demailly, 2017) se trouve le soutien entre pairs (Sarradon-Eck *et al.*, 2012). Cette pratique a débordé du cadre des groupes d'autosupport et de plus en plus de professionnels de santé s'y adossent, y compris dans des espaces institutionnels. En particulier, il est devenu courant que ces derniers proposent à des personnes ayant une expérience de la vie avec un trouble psychique de participer à l'accompagnement d'un usager. Dès lors que des pratiques de pair à pair sont mobilisées par des professionnels de santé, on se situe dans le champ d'approches dites « par les pairs », qui peuvent être bénévoles comme professionnels. Les pairs-aidants qui se professionnalisent deviennent des travailleurs-pairs, appelés aussi en santé mentale des « médiateurs de santé pairs » (MSP). Ce sont des membres de l'équipe de soin recrutés pour leur expérience du rétablissement. Il est attendu qu'ils participent à « la mise en œuvre des plans de soin » et à « améliorer la qualité de la prise en charge et de l'accueil de l'utilisateur » (CCOMS, 2019), sachant que ce dernier objectif peut notamment les conduire à agir comme défenseur des droits des patients (Sarradon-Eck *et al.*, 2012).

Les services qui recrutent des MSP doivent de préférence prodiguer des soins orientés sur le rétablissement et s'être préparés à accueillir ces professionnels. De leur côté, les MSP ont besoin d'être formés pour renforcer leur légitimité auprès des équipes soignantes, faciliter leur changement identitaire et s'assurer de leurs compétences. Ils le sont actuellement à l'université Paris 13 où ils suivent une troisième année de licence en « sciences sanitaires et sociales, parcours "Médiateurs

de santé pairs (MSP) » ». Mais, concevoir une formation pour les MSP est une vraie gageure. D'une part, « définir la nature et le sens du soutien par les pairs pour les usagers est une tâche complexe » (Cyr *et al.*, 2016) et, d'autre part, la formation serait vaine si elle ne se donnait pas pour objectif principal d'outiller les MSP pour qu'ils s'intègrent au mieux dans les services de soins dans lesquels ils vont être amenés à travailler. Mais l'objectif susmentionné de « participer à améliorer la qualité des soins » pourrait compromettre leur intégration, car leurs contributions en ce sens pourraient être perçues comme trop critiques par leurs collègues. Or leur intégration doit être aboutie pour qu'ils s'y épanouissent. À défaut, c'est même leur propre rétablissement qui peut être déstabilisé (Demailly *et al.*, 2014 ; Roelandt et Staedel, 2016). Aussi, que recouvre cet objectif « d'amélioration de la qualité des soins » ? Est-ce que cet objectif est vraiment inhérent à cette fonction ? Et surtout est-il celui des principaux concernés ?

Pour répondre à cette dernière question, nous nous sommes interrogés sur la motivation des candidats à la licence à devenir MSP et en particulier sur leurs représentations de cette fonction avant qu'ils ne l'exercent. Pour ce faire, nous avons analysé leurs lettres de motivation à s'engager dans le parcours les y préparant. Dans une première partie, nous présenterons les résultats de cette analyse. Dans une deuxième, nous tenterons de définir leur motivation, puis discuterons des tensions entre les enjeux susmentionnés et de la façon de les traiter sur le plan pédagogique, pour conclure sur des principes qui nous paraissent importants à invoquer dès lors que l'on entend intégrer un MSP dans un service de soins.

---

## Motivation d'anciens usagers de la psychiatrie à devenir MSP

### Méthode

Sur les 35 étudiants ayant été recrutés en 2018 pour intégrer le parcours de licence 3 « sciences sanitaires et sociales parcours MSP », 28 avaient complété leur envoi de CV par celui de lettres de motivation. Ces lettres ont été analysées selon une approche émiqque, compréhensive et descriptive. La méthode utilisée a été qualitative, thématique et inductive.

### Résultats

Les lettres sont inégalement structurées autour de six domaines renvoyant respectivement à : 1) la personne ou la structure qui a orienté ces candidats vers ce parcours ; 2) leurs diplômes et parcours professionnels ; 3) leur parcours dans la

santé mentale (maladie, parcours de soins, relations de soins et rétablissement); 4) leur parcours antérieur comme pair-aidant ou praticien-pair (dans des associations ou institutions) et les éventuelles formations suivies y afférent; 5) ce qui les attire dans le métier de MSP et les projets qu'ils ont envie de mener à bien; 6) leurs ressources personnelles (compétences et qualités).

Afin de répondre à la question soulevée, soit celle des facteurs motivationnels des candidats et des projets visés, l'analyse a essentiellement porté sur ces deux derniers domaines.

### Ce qui les attire

De nombreux candidats sont attirés par la fonction de MSP car elle leur permet de mobiliser diverses compétences et de trouver du sens à leur parcours de vie, ce qui est parfaitement résumé par l'expression de l'un d'entre eux : « une boucle bouclée ».

Un candidat évoque la notion de « coconstruction » qu'il relie à la phrase de Nelson Mandela : « Ce qui est fait pour nous sans nous est fait contre nous. » Deux autres ont principalement exposé être dans une stratégie de retour à l'emploi : « *Je cherche dorénavant à me reconvertir professionnellement.* » Trois candidats mentionnent l'importance de la formation : un candidat a centré sa lettre sur son désir d'étudier, une autre a mentionné son appétence pour la recherche et une dernière a mentionné que ce diplôme lui serait utile en termes de reconnaissance auprès des professionnels. Il faut souligner qu'un candidat a mentionné ses craintes (« *pouvoir résonner en étant exposé à des malades* »), ce qui *a priori* n'est pas courant dans une lettre de motivation, et qu'un autre reconnaît explicitement avoir des difficultés à se maintenir dans un emploi dans la durée.

### Les actions visées par ces candidats

#### Vers les usagers

Toutes les personnes ayant candidaté expriment l'idée de mettre leur expérience au service du rétablissement des personnes accompagnées, le projet de leur donner de l'aide et de l'espoir – « *Je suis en capacité d'accompagner une personne vers un retour à la vie* » –, et pour certaines, une meilleure compréhension de la maladie. Sans surprise, celles qui expriment le mieux ce que peut apporter un pair ont elles-mêmes bénéficié de ce type de soutien dans leur parcours de rétablissement. Certaines actions envisagées sont à la marge des soins (art, jardin...) en fonction des compétences des candidats.

### Vers le grand public

Les candidats en provenance de groupes d'entraide mutuelle (GEM) mentionnent avoir déjà mené – et avoir de ce fait une appétence pour continuer à mener – des actions de déstigmatisation, notamment en participant à des conférences publiques.

### Vers les équipes de soins

Deux candidats, seulement, mentionnent ce qu'elles entendent apporter aux équipes de soins. Deux notions émergent : « faire connaître la maladie d'un point de vue interne pour mieux l'appréhender et mieux la gérer » et « apporter un point de vue complémentaire ». Un dernier mentionne vouloir « *les aider* », sans plus détailler ce qu'il entend par là.

### Vers les familles

Un seul candidat mentionne vouloir aider les familles des personnes en souffrance psychique. Elle indique vouloir leur « *faire passer un message d'espoir* ».

## Les ressources mises en avant

En dehors d'un candidat ayant mis en avant ses compétences relevant des attendus universitaires, tous les candidats ont surtout fait valoir leurs savoir-être : « capacité d'écoute », « grande empathie », « naturel positif et dynamique », « rigueur et sérieux », « ouvert aux autres », « capacité d'adaptation », « être dans un rapport de pair tout en gardant la distance nécessaire ». Un d'entre eux a fait valoir sa bonne connaissance des ressources associatives territoriales. De manière plus implicite, on remarque, pour la grande majorité d'entre eux, leur capacité à se raconter. Force est de souligner qu'ils sont relativement nombreux à avoir exercé des métiers socio-éducatifs ou de médiation (culturelle ou interculturelle).

---

## Discussion

### Une motivation salutogénique fondée sur le retournement du stigmate

Au vu de nos résultats, ni le modèle de la motivation des patients experts (Gross et Gagnayre, 2014 ; Gross, 2015), ni celui des acteurs/agents sociaux (Weber, 1921 ; Harrisson, 2012), ni celui des bénévoles qui s'engagent dans une cause (Gidron, 1978 ; Ferrand-Bechman, 2010), pas plus que celui des personnes se situant dans une stratégie de retour à l'emploi ne permettent de rendre compte de la motivation de ces candidats. En effet, les lettres analysées ne font pas état du « sentiment

de l'inefficacité d'autrui » qui caractérise la motivation des patients experts, ce qui explique peut-être que les candidats n'expriment qu'à la marge le désir de contribuer à améliorer les pratiques de soin. D'après ce que l'on peut déduire de leurs lettres de motivation, ils sont davantage guidés par la recherche d'une utilité auprès de leurs pairs que par la transformation des milieux, ce qui diffère de la motivation des acteurs/agents sociaux. Contrairement au public de bénévoles auprès desquels les travaux sur la motivation ont été menés, le champ qui les mobilise n'a pas été choisi volontairement, mais relève de turbulences subies. S'ils sont nombreux à se situer dans une stratégie de recherche d'un emploi qui fasse sens pour eux, cette notion ne peut être assimilée à celle de personnes qui se questionnent sur le sens au travail. Le sens qui les guide est bien plus existentiel que cela, puisqu'ils visent une réconciliation identitaire entre un parcours de vie et un emploi, ce qui évoque une démarche salutogénique (Gross et Gagnayre, 2017) et témoigne du retournement du stigmaté qui caractérise ce type de démarche. Ainsi, les parcours chaotiques sur le plan professionnel et de santé sont valorisés, ce qui ailleurs les stigmatiserait est présenté comme une force.

### La nature bidirectionnelle de la médiation

En amont de leur formation, d'après leurs lettres de motivation, les MSP sont essentiellement motivés par la pair-aidance, soit le soutien de pair à pair, au point qu'ils n'évoquent pas même leur rôle comme défenseurs des droits. Or, la médiation en santé est par nature bidirectionnelle : elle doit venir en soutien aux usagers et permettre d'influer sur les services de santé pour améliorer l'accueil, la prise en charge et le suivi du public au sein des structures (Teoran et Rustico, 2014). Si l'institutionnalisation des MSP se justifie, c'est bien parce que les MSP peuvent agir comme des amis critiques et relever ce qui, au quotidien, altère l'expérience des usagers. C'est pourquoi les travaux les plus conséquents sur l'apport des MSP se sont centrés sur les transformations qui ont découlé de leurs interactions avec les autres professionnels (Godrie, 2015).

Toutefois, poser que les pratiques pourraient être à améliorer revient à dire que « l'institution elle-même est justiciable d'une approche thérapeutique » (Calais, 2016) et, en dehors du cadre rassurant de la psychothérapie institutionnelle, cela ne se fait pas facilement. D'autant plus quand ce sont des tiers qui s'en mêlent (Bernadou, 2014), qui plus est des usagers (même anciens), que ce soit dans le champ de la psychiatrie comme ailleurs. Mais la psychiatrie a ceci de particulier que le paradigme de la santé mentale n'est pas outillé pour faire face à des critiques, puisqu'il a lui-même émergé pour faire taire celles des siècles précédents qui accusaient la psychiatrie de tous les

maux. Pour survivre, la psychiatrie s'est réinventée et, à première vue, les orientations actuelles comme la réadaptation, *l'empowerment*, le rétablissement et le bien-être des personnes ne présentent plus beaucoup d'aspérité aux critiques. Or ceci est discutable, notamment parce que l'injonction au rétablissement ou à *l'empowerment* est aussi difficile à vivre que n'importe quelle autre injonction, avec le risque de plus en plus avéré que la captation des principes du rétablissement par l'institution psychiatrique ne produise une forme de rejet chez certains usagers, par un phénomène de réactance qui conduit à s'opposer à ce qui devient normatif (Gross et Gagnayre, 2014)<sup>1</sup>. De plus, si on n'y prend garde, ces orientations peuvent être au service de la performance ou d'intérêts politiques. Quant au paradigme du rétablissement – qui provient des usagers –, il peut souffrir de dévoiements quand il est invoqué par des professionnels, notamment parce que, pour évaluer les effets des pratiques, ces derniers en viennent à le mesurer selon des critères réducteurs (Linder, 2018; Beresford, 2019a), tels ceux renvoyant à l'employabilité. De plus, les soins en psychiatrie ont ceci de particulier qu'ils s'adressent à des personnes qui souvent n'identifient pas qu'elles en ont besoin et « où la personne doit accepter de souffrir, de se sentir malade pour mieux se soigner » (Roelandt, 2005). Ce qui revient à dire qu'il faut déconstruire des mécanismes de défense mis en place sur des années avant que de pouvoir accompagner le processus de résilience et de rétablissement qui est souhaité. On voit ici à quel point cette entreprise peut être violente si on n'y prend garde. Enfin, toute institution est un espace où les pratiques se sclérosent assez facilement.

Les MSP seuls n'arriveront pas à limiter ces risques. Mais ils peuvent alerter sur des pratiques qui ne produiraient pas les effets attendus. Il est donc essentiel que les équipes de soin soient préparées à accueillir leurs points de vue et à prévoir les espaces pour ce faire.

### Enjeux pour la formation des médiateurs de santé-pairs et celle de leurs collègues

Il s'agit de profiter du temps de formation pour faire prendre conscience aux MSP des enjeux suscités. Toute formation universitaire vise à développer l'esprit critique des étudiants en leur apprenant à mettre en doute les idées reçues (de Vecchi, 2016). Aussi, dans le cadre de la licence, certains enseignements invitent les MSP à développer leur esprit critique, tant sur le plan théorique que pratique. Dans cette dernière visée, il leur est notamment proposé de revisiter leur parcours de soins et d'identifier ce qui les a aidés comme ce qui a pu desservir leur rétablissement. Lors de ces cours qui permettent aussi de les entraîner à se dévoiler, il s'agit de faire ressortir, à partir de leurs expériences de vie,

<sup>1</sup> D'où des mouvements comme celui de *Recovery in the Bin* qui revendiquent le droit à ne pas se rétablir.

leurs similitudes, mais aussi leurs différences interindividuelles. Ce faisant, ils apprennent à voir le *même dans l'autre* (quand bien même cet autre n'a pas le même âge, le même diagnostic, le même genre...) et *l'autre dans le même* pour être en capacité de devenir un acteur de la subjectivation de ceux qu'ils accompagneront. Il leur est aussi proposé de définir par eux-mêmes ce qu'est la qualité des soins, de manière à ce qu'ils aient une vision claire des objectifs qu'ils entendent poursuivre comme acteurs de la qualité des soins. De plus, n'est pas évacuée la possibilité d'écart entre les pratiques soignantes et les leurs, considérant qu'il est tout à fait légitime que leurs postures soient différentes, voire que leur valeur ajoutée réside dans ces écarts<sup>2</sup>. L'invocation de ces principes convoque des pédagogies critiques qui multiplient les conflits sociocognitifs et éloignent toute idée de « formatage » ainsi que cela est parfois craint, comme le relève Stéphanie Wooley (2017).

Parallèlement à cela, il leur est donné un grand nombre de clés pour qu'ils s'intègrent au mieux dans les services qui les ont recrutés. Ainsi, leur attention est attirée sur l'importance de s'accorder sur des objectifs communs et respecter les valeurs soignantes non négociables comme celles qui renvoient à la déontologie d'équipe.

Mais ces différents objectifs pédagogiques sont en partie antinomiques. D'une part, n'y a-t-il pas, en effet, une impossibilité à devenir un collègue comme les autres, tout en assumant la posture d'un ami critique ou en se marginalisant par des pratiques spécifiques ? Et d'autre part, comment faire afin d'éviter que l'acculturation qui découle d'une intégration réussie n'atténue tout esprit critique, qui est nécessaire pour qu'ils restent un levier de transformation des pratiques ?

Résoudre ce dilemme ontologique en renonçant à encourager l'esprit critique des MSP confortera ceux – parmi lesquels Darbey Penney (2018) et Peter Beresford (2019b) – qui soulèvent que les MSP pourraient ne révéler leur efficacité qu'en dehors des institutions. D'où le fait qu'il soit essentiel d'invoquer dans ce cadre les fondements de la démocratie en santé, à savoir que « l'entrée de l'usager sera un levier d'amélioration des pratiques » (Caniard, 2000). Cet objectif nécessite que les MSP aient la possibilité de faire des propositions innovantes et aussi de leur laisser une marge critique, parce que les démarches participationnistes sont dénuées de sens quand elles sont vidées de leur charge contestatrice (Godrie, 2019). De plus, les autres professionnels doivent s'ouvrir à accepter des pratiques déviantes des MSP si celles-ci servent leur rôle particulier, comme ils doivent réaliser qu'intégrer un MSP devrait les conduire à solliciter sa perspective

<sup>2</sup> Par exemple, afin de manifester leur proximité avec les personnes accompagnées, certains enseignants les invitent à ne pas hésiter à recourir au tutoiement.

pour interroger leurs pratiques à son aune. D'une part, ils ont besoin d'être préparés à cela, dans ce contexte comme dans d'autres. Les professionnels amenés à collaborer avec des usagers doivent ainsi se former aux fondements de la démarche ayant conduit à les intégrer dans leur milieu. D'autre part, passé le temps de la formation initiale, il serait sans doute essentiel que les MSP prennent régulièrement du recul sur leur pratique pour s'assurer que leur acculturation n'ait que des effets bénéfiques.

Se réunir régulièrement dans un cadre associatif, voire dans un cadre plus formel de l'ordre d'une formation continue, serait sur ce point très utile, à condition que les thèmes traités soient identifiés par eux et que les séances soient animées par des MSP expérimentés. Lors de la licence, ils sont formés en alternance, ce qui permet d'organiser à intervalles réguliers des analyses de pratique, analyses qui sont en outre soutenues par des MSP des promotions précédentes. Ce type d'échange ne devrait pas se terminer avec l'obtention d'un diplôme, surtout dans le cas d'un métier émergent qui a encore besoin d'identifier ses propres normes, voire ses propres valeurs, sinon sa propre déontologie. Et parce qu'il est difficile de croire en un essentialisme subjectiviste, il s'agirait de poursuivre l'élaboration de leurs savoirs propres, d'entretenir leur différence ontologique, leur étonnement d'être là, voire leur capacité d'indignation (tout en la maintenant dans une forme institutionnellement compatible). Peut-être aussi que travailler en continu sur leurs spécificités évitera qu'ils ne reproduisent des rapports verticaux avec les usagers comme cela se constate dans les pays où cette fonction est plus répandue (Penney, 2018). Pour la même raison, il reste à créer une structure hiérarchique ad hoc dans les institutions qui leur permette de rendre compte à d'autres MSP, afin d'être soutenus et de s'autonomiser. À terme, ils auront un rôle à jouer dans la recherche, car, comme Peter Beresford (2019b) le souligne, c'est le moyen privilégié pour faire barrage aux violences épistémiques. Il ne s'agit pas tant ici de produire une contre-culture que d'invoquer les principes de la déconstruction qui autorisent à questionner les évidences, les savoirs, ce qui est *a priori* plus accessible à ceux qui ont un rapport au monde différent qu'à ceux qui les ont engendrés.

---

## Limites

Cette étude souffre de limites dues au fait de s'être exclusivement fiée à des lettres de motivation pour identifier les facteurs motivationnels des candidats retenus dans le cadre de la licence 3. En effet, la désirabilité sociale pourrait avoir atténué les déclaratifs des candidats à ce stade de leur recrutement.

## Conclusion

Les lettres analysées montrent qu'en amont de leur formation, les étudiants sont motivés essentiellement par la pair-aidance. Trois explications sont possibles : soit les candidats n'expriment pas ces derniers aspects parce qu'ils redoutent que cela ne les pénalise, soit ils n'en ont ni le désir ni l'idée, soit ceux qui ont été recrutés l'ont été justement parce qu'ils n'avaient pas de projet disruptif en termes de transformation des pratiques ou de défense des usagers. Dans tous les cas, cela ne peut qu'interroger. La pire des options serait que la transformation des pratiques ne soit pas plus à court terme le projet du CCOMS que le leur ni celui des établissements qui les recrutent. En effet, réduire le rôle des MSP à la pair-aidance est d'autant plus réducteur, voire contre-productif, que cette dernière peut se suffire d'intervenants extérieurs qui viennent assurer des interventions ponctuelles. On voit d'ailleurs de nombreux services de soin qui ont choisi cette option, ce qui a l'avantage supplémentaire de fonctionner pour la plupart du temps sur le bénévolat. ▶

## BIBLIOGRAPHIE

- Beresford, P. (2019a). Including our self in struggle: Challenging the neo-liberal psycho-system's subversion of us, our ideas and action. *Canadian Journal of Disability Studies*, 8(4), 31-59.
- Beresford, P. (2019b). Public participation in health and social care: Exploring the co-production of knowledge. *Front. Sociol.* 3(41), 9-22.
- Bernadou, A. (2014). Savoir théorique et savoirs pratiques : l'exemple médical. Dans J.-M. Barbier (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris : PUF.
- Calais, V. (2016). Où sont les fous ? Aperçus critiques sur le paradigme de la santé mentale. *Annales médico-psychologiques*, 174(7), 523-529.
- Caniard, E. (2000). *La place des usagers dans le système de santé*. Paris : Secrétariat d'État à la santé, 6-7.
- CCOMS. Programme « Médiateur de santé/pair ». EPSM Lille-Métropole. Repéré à <http://www.comssantementalelillefrance.org/>
- Cyr, C., Mckee, H., O'Hagan, M. et Priest, R. (2010, rééd. 2016). *Le soutien par les pairs : une nécessité* (Rapport présenté au comité de soutien par les pairs en matière de santé mentale de la Commission de la santé mentale du Canada). Repéré à <https://www.mentalhealthcommission.ca>
- Davidson, L., Lawless, M. S. et Leary, F. (2005). Concepts of recovery: competing or complementary? *Current Opinion in Psychiatry*, 18(6), 664-667.
- Demailly, L., Bélar, C., Déchamp LeRoux, C., Dembinski, O., Farnier, C., Garnoussi, N., et al. (2014). *Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée* (Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014). Repéré à <http://www.comssantementalelillefrance.org>
- Demailly, L. (2017). L'idée de rétablissement-recovery : dimensions, ambiguïtés, enjeux. *Rhizome*, 3(65-66), 6-7.
- Godrie, B. (2015). Experts et profanes : une frontière bouleversée par la professionnalisation des pairs aidants. Dans L. Demailly et N. Garnoussi (dir.), *Aller mieux. Approches sociologiques*. Lille : Presses du Septentrion.
- Gidron, B. (1978). Volunteer work and its reward. *Volunteer administration*, 11(3), 18-32.
- Godrie, B. (2019). La coconstruction des savoirs au prisme de l'épistémologie et des inégalités sociales. *SociologieS*. Repéré à <http://journals.openedition.org/sociologies/11620>
- Gross, O. (2015). De l'institutionnalisation d'un groupe culturel à une entreprise de formation : le cas des patients experts. *Éducation permanente*, 47(202), 201-212.
- Gross, O. et Gagnayre, R. (2014). Le rôle de la passion dans la logique de l'agir des patients experts. Dans E. Jouet, O. Las Vergnas et E. Noël-Hureau (dir.), *Nouvelles interventions réflexives dans la recherche en santé : savoirs expérientiels des malades et formation par la recherche en sciences infirmières* (p. 43-45). Paris : Éditions des Archives contemporaines.
- Harrison, D. (2012). Quatre propositions pour une analyse sociologique de l'innovation sociale. *Cahiers de recherche sociologique*, (53), 195-214. Repéré à <https://doi.org/10.7202/1023196ar>
- Linder, A. (2018). Des patients aux soignants : les appropriations du « rétablissement » par les professionnels de la psychiatrie. *Inter Pares*, (7), 19-25. Repéré à [http://recherche.univ-lyon2.fr/epic/IMG/pdf/Inter\\_Pares\\_7.pdf](http://recherche.univ-lyon2.fr/epic/IMG/pdf/Inter_Pares_7.pdf)
- Penney, D. (2018). Who gets to define "peer support"? *Mad In America*. Repéré à <https://www.madinamerica.com/2018/02/who-gets-to-define-peer-support/>
- Provencher, H. et Keyes, C. (2012). Une conception élargie du rétablissement. *L'information psychiatrique*, 7(86), 579-589.
- Roelandt, J.-L. (2005). Où va la psychiatrie ? Je ne sais pas... en tout cas elle y va! *Santé mentale au Québec*, 30(1), 97-114.
- Roelandt, J.-L. et Staedel, B. (2016). *L'expérimentation des médiateurs de santé pairs : une révolution intranquille*. Paris : Éditions Doin.
- Sarradon-Eck, A., Farnier, C., Girard, V., Händlhuber, H., Lefebvre, C., Simonet, É. et Staes, B. (2012). Des médiateurs de santé pairs dans une équipe mobile en santé mentale. Entre rétablissement et professionnalisation, une quête de légitimité. *Lien social et Politiques*, (67), 183-199.
- Teoran, J. et Rustico, J. (2014). Un programme national de médiation sanitaire : de l'expérimentation à la généralisation. *Études Tsiganes*, 4(52-53), 181-189.
- Vecchi (de), G. (2016). *Former à l'esprit critique : pour une pensée libre*. Paris : ESF Éditions.
- Weber, M., (1921, rééd. 1995). *Économie et société, tome 1 : Les catégories de la sociologie*. Paris : Pocket.
- Wooley, S. (2017). Vers un rétablissement basé sur la justice sociale ? *Rhizome*, 3(65-66), 22-24.

**Elodie Gilliot**

*Doctorante en psychologie  
Orspere-Samdarra  
Laboratoire de psychopathologie et de  
neuropsychologie, université Paris 8  
Lyon*

---

**Mathilde Sorba**

*Doctorante en sociologie  
Orspere-Samdarra  
Centre Max-Weber, université Lumière Lyon II  
Lyon*

---

# LE « LOGEMENT D'ABORD » : DES ACTIVITÉS DE MÉDIATION AU SERVICE D'UN PROCESSUS DE PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Le champ de l'accompagnement social connaît actuellement des mutations importantes, marquées par l'adoption d'une politique de « logement d'abord » dont les enjeux peuvent être appréhendés selon différentes perspectives. Si, pour certains, il s'agit notamment de favoriser l'accès direct à un logement autonome par une réaffirmation du droit au logement et une restructuration des systèmes d'accès, d'autres insistent sur la dimension anthropologique que l'on retrouve au cœur des principes des théories du rétablissement et du pouvoir d'agir. Celles-ci invitent à situer l'identité des personnes dans une tension entre vulnérabilité et capacité (Genard, 2009, 2013). L'enjeu de cette politique publique peut également être appréhendé à partir du paradigme de l'inclusion, supposant un inversement du rapport d'adaptabilité entre l'individu et l'environnement et proposant d'orienter les actions politiques sur l'environnement social. Enfin, le déploiement de la politique de « logement d'abord » se situe du côté de la prise en compte du savoir expérientiel, issue de l'expérience vécue des personnes concernées dans les pratiques d'accompagnement, notamment à travers la professionnalisation de la pair-aidance et de son intégration dans le champ de l'accompagnement social. Ces différentes perspectives d'appréhension, liées à la mise en œuvre de la politique de « logement d'abord », dépendent fortement des enjeux qui sont à la fois territoriaux et liés aux politiques de prises en charge des publics.

En ce qui nous concerne, nous abordons cette politique du « logement d'abord » à partir des effets que son adoption produit sur les pratiques d'accompagnement et, plus particulièrement, au sein d'une association d'aide au logement auprès de qui nous avons réalisé une étude<sup>1</sup>. Notre accompagnement avait notamment pour objectif d'aider les intervenants à modéliser les pratiques déployées dans le cadre d'une nouvelle organisation du service, visant elle-même à soutenir les usagers dans la perspective du pouvoir d'agir. Aussi, dans ce cadre, il nous est apparu que les pratiques de médiation prennent une place importante. Si dans le champ de l'accompagnement social, le recours à des médiateurs a été mobilisé, notamment dans la perspective de restaurer un dialogue entre les usagers et l'institution, aujourd'hui, l'activité de médiation semble s'imposer comme une activité commune. Ainsi, elle peut être observée dans les différentes étapes du processus d'accompagnement, au service du pouvoir d'agir des personnes et d'un processus de « personnalisation » de l'accompagnement social (Ion *et al.*, 2005).

## Des régimes de médiation en pratique

Les évolutions proposées par la politique dite de « logement d'abord » encouragent à repenser la part d'implication des personnes accompagnées. Aussi, comme on peut le lire dans la réponse à l'appel à manifestation d'intérêt « logement d'abord », rédigée par la métropole de Lyon en 2018 : « les personnes concernées doivent avoir une place centrale dans l'évaluation de leurs besoins et dans la définition de l'ensemble des interventions qui les concernent ». Cela implique une transformation des relations de pouvoir entre l'individu et son environnement, et entre l'individu et l'intervenant.

### Restaurer la place de la personne et garantir un environnement favorable à l'expression des désirs et des espoirs : faire médiation entre la personne et l'institution

L'évolution la plus remarquable que nous avons pu observer dans le cadre de l'association d'aide au logement que nous avons accompagnée, a tout d'abord été la fusion entre deux équipes du service dans l'optique de mettre en place un accompagnement dit « en multiréférence ». Pour la cheffe de service, cette fusion s'est d'abord imposée comme une évidence face aux limites des politiques catégorielles à prendre en compte la complexité des situations (Jouffray *et al.*, 2009). D'un côté, l'accompagnement intense et global, proposé dans le cadre des mesures des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), ne s'avérait pas toujours pertinent pour des personnes faisant preuve d'une certaine autonomie dans

<sup>1</sup> Une équipe d'intervenants sociaux d'une association lyonnaise, après s'être formée à la théorie du rétablissement et dans l'idée de faire évoluer leurs pratiques auprès des usagers de leur service d'accompagnement vers et dans le logement nous a sollicités dans le cadre d'une évaluation de leurs nouvelles pratiques. Pour répondre à cette commande, l'équipe d'intervenants sociaux nous a proposé d'investir les séances consacrées à l'analyse de la pratique. Par ailleurs, le travail d'accompagnement et d'enquête est alimenté par des observations de la pratique dans le dispositif lui-même.

la recherche d'un emploi, la gestion administrative et quotidienne. De l'autre, le temps imparti dans l'accompagnement, destiné aux publics bénéficiant de mesures d'accompagnement social liées au logement (ASLL), s'avérait souvent insuffisant pour des personnes isolées, en rupture de lien. Celles-ci pouvaient parfois exprimer le besoin d'être écoutées et accompagnées de manière plus soutenue au regard de ce qui est proposé par le cadre de ce dispositif. Le besoin de mutualiser les compétences relationnelles et techniques, propres à chaque dispositif, se faisait ressentir. Mais, surtout, la fusion des deux équipes a permis de repenser l'évaluation des besoins indépendamment des critères d'entrée dans les dispositifs. Elle a ainsi permis de créer un espace, de mettre en place un environnement relationnel favorable à l'expression des besoins et des désirs des personnes, ainsi que de proposer un engagement dans leur accompagnement (Ben Mrad, 1998) dépassant les logiques axées sur des délégations institutionnelles. Aussi, détachés des critères d'inclusion, les professionnels sortent d'une posture d'expertise à la faveur d'une posture d'enquêteur, leur permettant de faire advenir les volontés, les désirs et les préoccupations actuelles des personnes. Un véritable travail d'exploration et d'enquête est alors nécessaire pour saisir comment les objectifs formulés par d'autres s'inscrivent – ou non – dans les projets de vie et dans les valeurs de la personne accompagnée.

### **Restaurer l'estime de soi, l'attention portée à la santé mentale des personnes accompagnées**

Si l'implication des personnes concernées dans la définition de leur besoin nécessite que les professionnels créent activement des espaces d'expression pour qu'elles puissent formuler leur souhait et leur désir, il est en retour primordial que les personnes accompagnées soient en mesure d'exprimer leur point de vue, comme l'indique William A. Ninacs (1995). Or « lorsque l'estime de soi est faible, l'éventuel partenariat risque de l'être aussi » (Ninacs, 1995, p. 81). Au-delà de la mésestime de soi, c'est parfois le désespoir, le sentiment d'impuissance ou encore les difficultés à s'affirmer qui peuvent entraver la possibilité d'exprimer ses volontés.

L'attention portée à l'état psychique des personnes apparaît comme constamment présente. Lors des réunions d'équipe matinales quotidiennes, durant lesquelles sont débriefés les entretiens réalisés la veille, nous observons que chaque situation est d'abord abordée par un retour sur l'état psychique de la personne rencontrée. C'est souvent celle-ci, couplée aux réponses sur les souhaits ou préoccupations du jour, qui va guider l'action menée en entretien par l'intervenant (Chambon *et al.*, 2020).

## Garantir la participation des personnes : un pouvoir d'agir des professionnels limité

Restaurer une place à la parole des personnes accompagnées apparaît donc essentiel, mais il existe un certain nombre de lieux (réunions, commissions) au sein desquels les personnes concernées ne sont pas conviées alors même que des professionnels traitent de leur situation. Malgré tout, les intervenants s'attachent à porter la parole des personnes, agissant ici presque comme leur représentant. Afin d'informer la personne de la tenue et des objectifs de ces réunions, des entretiens préalables sont organisés. Ils permettent également de questionner les personnes sur ce qu'ils peuvent transmettre à leur place lors de cette occasion. Lorsqu'on interroge les intervenants sur la possibilité d'intégrer directement les personnes dans ces lieux, où leur participation ne semble pas souhaitée, deux réflexions sont exprimées. D'une part, ils ont peu d'espoir de faire évoluer les pratiques des partenaires et des institutions. Ce même constat est évoqué par Marion Carrel et Suzanne Rosenberg (2014, p. 29) qui, ayant interrogé des travailleurs sociaux quant à leurs pratiques destinées à soutenir le pouvoir d'agir des personnes, précisent : « Mais ils ne croient pas dans le pouvoir que ces démarches auraient de faire évoluer les institutions, de susciter le débat démocratique sur les procédures, leur mise en œuvre et leur évaluation. » Cela questionne les sentiments de pouvoir d'agir ou, au contraire, d'impuissance des professionnels qui pourtant œuvrent à faire évoluer les pratiques traditionnelles. D'autre part, les intervenants soutiennent qu'au cours des commissions ou réunions, des propos risqueraient de blesser ou de bousculer les personnes concernées. À l'instar de Thomas Bosetti (2019), nous pouvons alors questionner la pertinence et la possibilité de la tenue de ces propos. La présence des personnes concernées nous pousse à parfois modifier nos paroles et, peu à peu, notre pensée. Celle-ci tend à restaurer de la compréhension et des questionnements, là où l'on pourrait être tenté d'émettre un jugement. C'est notamment ce que cherchaient à obtenir les associations d'(ex)-usagers de psychiatrie lorsqu'ils clamaient dans les années 1960 leur crédo : « Rien sur nous sans nous ».

## Une médiation au service du pouvoir d'agir de la personne, les intervenants sociaux comme médiateurs entre la personne et son environnement

Au sein de l'accompagnement proposé dans le cadre de ce service, le lien avec l'environnement des usagers (bailleurs, familles, voisins, partenaires) passe le plus souvent par le remplissage de dossiers. Si les intervenants sociaux ont toujours fait le lien entre la personne et ces différents partenaires, la perspective de restauration

du pouvoir d'agir que défendent les professionnels conduit ces derniers à modifier la façon dont ils effectuent cette médiation entre l'individu et son environnement. Cela se manifeste avant tout dans un changement de posture, qui vise à ne plus se substituer à la personne, mais à lui donner les clés pour agir et à être en lien directement. C'est notamment la capacité de l'intervenant à percevoir les moments où il devra accepter de se mettre en retrait qui va permettre de laisser une véritable place à la personne accompagnée.

### Rendre capable de communiquer

Une première manière de mettre en lien la personne avec les divers acteurs de son environnement consiste à lui permettre de communiquer de manière efficiente avec eux. Pour cela, on observe que les intervenants sociaux ajoutent une visée d'apprentissage dans leur manière de répondre aux demandes ou aux besoins des personnes. Là où, dans une logique d'accès aux droits, l'accompagnement consistait notamment à compléter un dossier ou à contacter un service partenaire, l'accompagnement se fait dorénavant avec la personne, voire *par* la personne, en lui transmettant les codes et le vocabulaire adaptés pour le faire. Chaque tâche est ainsi négociée avec elle de manière à trouver l'implication maximale qu'elle va pouvoir y mettre. Dans ce cadre, les objectifs sont pensés selon une double temporalité, car la manière dont on y répond aujourd'hui doit également servir un objectif d'autonomie dans le futur. Il s'agit de rendre la personne moins dépendante des services sociaux en lui permettant d'exploiter par elle-même le savoir que l'intervenant aura pris soin de lui transmettre de manière didactique. La transmission de l'intervenant concerne alors ainsi non seulement les modalités d'expression, le vocabulaire à employer, mais aussi les attentes des institutions ou des personnes à qui il s'adresse, car il ne s'agit pas seulement de s'exprimer, mais bien d'être entendu.

### Expérience et apprentissage

Au cours des séances d'analyse de la pratique professionnelle que nous avons été amenées à animer pour les besoins de cette étude, les intervenants sociaux s'accordent à dire qu'au cours de leur formation théorique, tous ont été sensibilisés à l'idée de *faire avec* la personne plutôt que de *faire à sa place*. En théorie, cela n'apporte rien de nouveau. Cependant, tous constatent également combien ce principe n'est en réalité jamais mis en œuvre sur le terrain. Parmi les raisons invoquées, nous pouvons citer le manque de temps, l'urgence – réelle ou imaginée – de « faire avancer » les dossiers et l'évaluation réalisée aussi entre collègues lors des réunions, durant lesquelles chacun tente de montrer « tout ce qu'il a fait » pour les personnes.

Les formations aux principes de rétablissement et de pouvoir d'agir semblent avoir donné du sens et de l'importance à cette idée de *faire avec*, voire parfois de *laisser faire*. L'objectif central de donner les clés pour agir par soi-même vient remettre au cœur de toutes les actions, même les plus ordinaires soient-elles, leur valeur d'expérience et d'apprentissage. Le fait de réaliser les entretiens en binôme apparaît alors comme un moyen efficace pour lutter contre l'habitude de *faire à la place*. Le binôme permet en effet une activité réflexive en situation, où lorsque l'un a le réflexe de faire, l'autre peut l'observer et redonner immédiatement la possibilité à la personne accompagnée de faire elle-même la totalité ou une partie de l'action.

## Éviter les ruptures, garantir une existence continue : de l'importance de la perspective d'habiter

Si l'activité de médiation peut être appréhendée comme un changement de posture nécessaire pour favoriser le pouvoir d'agir des personnes, d'autres activités observées sur le terrain nous ont également conduits à repérer l'émergence de « nouvelles » perspectives qui orientent l'action sociale au sein desquelles la médiation s'avère être la conséquence pratique. Ici – et c'est notre proposition –, il s'agit de voir comment cette activité de médiation développée dans le cadre du service s'inscrit dans une perspective d'habiter. Pour ce, nous illustrerons notre propos à partir d'une séquence d'observation d'une visite à domicile concernant M. Van<sup>2</sup>, locataire d'un logement dans le cadre d'une mesure de bail glissant.

– Bailleur : *Donc moi je suis venue pour faire un point sur votre situation. On s'est vu fin mai 2018 et a priori il n'y a pas d'inquiétudes sur votre situation, mais il y a des choses à régler sur la mise à jour. Vous en êtes où ?*

– M. Van : *C'est à dire ?*

– Bailleur : *À propos de la CAF, est-ce que vous leur avez déclaré que vous étiez cotitulaires ou en colocation ?*

– M. Van : *Ben on est en couple.*

– Intervenante sociale : *Oui, effectivement, c'est une question à se poser par rapport au glissement de bail, dans quelle mesure vous voulez être cotitulaires sur le bail ?*

– M. Van : *On peut le faire ?*

– Intervenante sociale : *Il faudrait voir s'il y a un intérêt à le faire.*

– Bailleur : *En même temps, si vous vivez là tous les deux, nous on le sait. Donc nous on prend la situation réelle d'occupation.*

– Intervenante sociale : *Si le couple ne le souhaite pas, je ne vois pas pourquoi on le ferait.*

<sup>2</sup> Il s'agit d'un nom fictif.

- M. Van : *Ça n'a pas d'importance.*
- Bailleur : *Il faut que ça corresponde à la situation réelle, et puis ça peut être utile par rapport à la domiciliation de votre compagne, si elle a besoin de justificatif de domiciliation par exemple.*
- Compagne de M. Van : *Je n'ai pas forcément besoin d'être sur le bail puisque quand j'ai besoin d'une attestation, mon conjoint me fait une attestation d'hébergement à titre gratuit et ça marche.*
- Intervenante sociale : *Il ne faudrait pas que la présence de madame sur le bail nuise à monsieur, ça peut avoir un impact sur certaines aides financières, sur les allocations par rapport à sa fille notamment.*

Dans cet extrait d'observation, le statut d'habitant est appréhendé par le bailleur social comme une « entité réifiée », associée à des caractéristiques d'usage, qui réduit la question de l'habitant à celle de l'adresse administrative (Belkis *et al.*, 2019). Aussi, dans ce cadre, il est attendu que la situation d'occupation « réelle » soit mise à jour afin qu'elle soit en cohérence avec une réalité administrative. Du côté de l'intervenante sociale, on observe un élargissement du concept d'habiter. Celle-ci nous explique : « *Dans cette situation, je me suis dit à un moment que c'était peut-être difficile pour Madame d'être officiellement sur le bail. Comme la mère de la petite est décédée, je pense qu'elle craignait qu'on officialise les choses. Symboliquement c'est important aussi.* » Conséquence pratique de cet élargissement, où l'intervenante sociale considère les divers domaines de la vie sur lesquels ce changement de statut pourrait avoir des conséquences, l'activité de médiation consiste ainsi à s'assurer de la continuité entre les différents modes d'existence de M. Van et qu'aucune action entreprise ne puisse venir impacter de façon trop négative les différents aspects de sa vie. En creux, on peut envisager que l'intervenante sociale considère ici que le fait d'habiter un logement soit envisagé à travers différentes composantes (sociales, anthropologiques, psychologiques). S'il est question, dans le cadre de cette observation, du logement, on peut penser que le fait d'assurer cette continuité se pose pour d'autres domaines de l'intervention sociale (le travail, la famille) et qu'il s'agit notamment de collectiviser l'attention aux différentes épreuves (émotionnelles, économiques, sociales et psychiques) auxquelles les personnes accompagnées peuvent être confrontées dans les différents domaines de l'accompagnement social.

## Les pairs-aidants comme médiateurs entre la personne et les professionnels ?

L'adoption d'une perspective de pouvoir d'agir et l'inscription des nouvelles modalités d'accompagnement dans le cadre de la philosophie du « logement d'abord » a également conduit les professionnels à intégrer au sein de l'équipe une paire-aidante.

Si les rôles et missions des pairs-aidants ne sont pas clairement définis, nous faisons l'hypothèse, sur la base des premières tentatives de définitions de la profession, qu'ils représentent avant tout la nécessaire médiation destinée à transformer les relations de pouvoir entre les personnes accompagnées et leurs accompagnants. Si les professionnels ont bien sûr un rôle à jouer dans la symétrisation des rapports avec les usagers, il semble utopique, comme le rappellent Mathieu Bourbonnais et Michel Parazelli (2018, p. 55), d'espérer atteindre une relation réellement dénuée d'inégalités : « Les intervenants sociaux ne sont pas les alliés naturels de ces populations dont ils chercheraient à accompagner, sinon à satisfaire les besoins, attentes et projets. » Il est alors attendu des pairs-aidants qu'ils agissent notamment en tant que « traducteurs » entre les professionnels et les personnes accompagnées, sur la base d'un savoir dit « expérientiel », d'un vécu qu'ils auraient en commun avec ces derniers. Leur histoire et leur place au sein de l'équipe semble apporter un maillon susceptible de réduire l'écart intrinsèque à la position des différents acteurs en relation au sein de l'accompagnement.

Des attentes se créent envers les pairs-aidants. Un extrait d'observation d'une réunion organisée en amont de l'arrivée de Patricia<sup>3</sup>, paire-aidante, dans l'équipe illustre. Préoccupée par la situation d'une personne qui refusait toutes propositions de visite à domicile, une des intervenantes suggère : « *Peut-être que l'on pourrait demander à la future paire-aidante de la rencontrer. Elle pourrait lui donner rendez-vous dans un café et lui expliquer sa position.* » Ici, on remarque que les intervenants attendent de la paire-aidante qu'elle puisse créer un lien avec la personne avec plus de facilité qu'eux, en estimant que sa position est d'emblée « plus proche » des personnes concernées. Par ailleurs, en proposant que la paire-aidante rencontre la personne dans un café, nous remarquons que les intervenants lui accordent une plus grande liberté d'action dans les modalités employées, alors même qu'ils ne s'autoriseront pas forcément ces modalités-là malgré leur envie. Quelques temps après son intégration, la paire-aidante en poste fait part en réunion d'un échange qui lui a semblé surprenant. Alors qu'elle aidait une personne suivie par le service à préparer ses cartons de déménagement, celle-ci l'interroge : « *Mais vous travaillez Patricia ?* » Étonnée, Patricia lui réexplique sa position de paire-aidante au sein de l'équipe. Si ce questionnement de la personne marque probablement le manque de clarté des premières explications avancées par Patricia lorsqu'elle se présente aux personnes accompagnées, on peut supposer également que le rôle ou la posture de paire-aidante diffère fortement de celle des autres intervenants sociaux. Il n'était donc pas évident pour la personne accompagnée que la pair-aidance soit une activité professionnelle. À nos yeux, cela marque à la fois la spécificité et la nécessité d'intégrer les pairs-aidants à l'équipe, dans le cadre d'une volonté globale de « ré-humanisation » de l'accompagnement social.

<sup>3</sup> Il s'agit d'un prénom fictif.

L'introduction récente de la profession et le manque de clarté quant aux missions assignées a nécessité pour l'équipe de construire peu à peu la place de la travailleuse-paire. Cette clarification apparaît essentielle pour les pairs-aidants qui peuvent se trouver parfois dans une ambiguïté de rôle susceptible de constituer une source de stress et de mal-être au sein de l'équipe. Lors des premières réflexions sur les missions de Patricia, la cheffe de service nous confie : « *Le problème, c'est qu'elle n'a pas de formation de travailleur social, donc dans les entretiens, elle ne peut pas traiter les tâches administratives.* » Nous avons été surprises de cette réflexion qui marque la difficulté de penser la place et l'intérêt du savoir expérientiel des pairs-aidants. Peu à peu, il a été envisagé qu'elle pourrait notamment réserver des moments de contact téléphonique avec les personnes afin de prendre de leurs nouvelles, ce qui lui permettrait de créer du lien, si cher aux intervenants, mais pour lequel ils ne trouvent pas le temps nécessaire. La travailleuse paire s'est dite rassurée d'endosser cette mission qui est à la fois accessible et importante pour l'équipe au regard du cadre institutionnel.

---

## Conclusion

Au sein de l'association que nous avons accompagné, les activités de médiations observées ne se présentent pas comme une fonction supplémentaire qu'il s'agirait d'ajouter à l'accompagnement social des usagers de ce dispositif. Celles-ci seraient les conséquences pratiques d'une nouvelle répartition des rôles entre l'institution, les intervenants sociaux et les personnes accompagnées. Cette redistribution des rôles se réalise dans un dispositif où la définition de l'accompagnement s'opère de façon distincte aux processus qui définissent l'identité des personnes accompagnées. L'activité de médiation qui en résulte et se déploie de façon très pragmatique n'est pas réduite à un rôle de pacification des relations entre institutions et usagers, mais elle se présente plutôt comme une activité qui consiste à permettre une rencontre, ou à adapter des réponses institutionnelles d'ordre technique, juridique, matériel, un environnement social à une personne qui désire, espère... Sur notre terrain, l'émergence de l'activité de médiation rappelle ainsi que l'identité des personnes n'est jamais déterminée a priori, ni totalement appréhendable. Aussi, la perspective du pouvoir d'agir que défendent ces professionnels insiste sur la nécessité de ne pas seulement considérer les problématiques sociales ou psychiques que rencontrent les personnes comme des difficultés qui seraient internes à un individu défaillant et qu'il s'agirait de réhabiliter. Elle propose également, selon une perspective dite écologique, de considérer la part défaillante de l'environnement à s'adapter aux (libertés des) individus. Dans ce cadre, les intervenants sociaux sont également invités à orienter une partie de

leurs actions vers une transformation de l'environnement social. S'ils peuvent être amenés à le faire un peu, en poussant les partenaires à communiquer directement avec les personnes concernées, ou en portant leur parole dans des espaces où elles ne sont pas encore conviées, les professionnels apparaissent peu confiants quant à leur légitimité et capacité à agir sur l'environnement. Le constat de cette difficulté à mobiliser les principes du pouvoir d'agir dans sa dimension politique est décrit notamment par Marion Carrel et Suzanne Rosenberg (2014) comme une spécificité française. On peut alors penser que la culture administrative descendante s'adapte encore difficilement aux approches dites *bottom-up* promues par les mouvements qui soutiennent le « pouvoir d'agir ». Pourtant, la personnalisation du processus d'accompagnement attendue dans le cadre de la politique du « logement d'abord » nécessite d'agir aussi sur le système qui organise les liens entre ces trois entités (institution, professionnels, personnes concernées). Cette transformation permettrait aussi une repolitisation du travail social, qu'un certain nombre de travailleurs sociaux estiment avoir perdu. ▶

## BIBLIOGRAPHIE

- Ben Mrad, F. (1998). Médiation et travail social : concurrence ou complémentarité ? *Hommes et migrations*, (1215), 67-80.
- Bosetti, T. (2019, mai). *Accompagner au rétablissement : lâcher prise, aller vers ce qui pourrait advenir*. Communication présentée lors de la Journée d'étude « Logement d'abord, accompagnement social et santé mentale », Orspere-Samdarra, Lyon.
- Bourbonnais, M. et Parazelli, M. (2018). *L'empowerment en travail social et les significations de la solidarité*. *Reflets*, 24(2), 38-73.
- Carrel, M. et Rosenberg, S. (2014). L'empowerment et le travail social sont-ils compatibles en France ? *FORS –Recherche sociale*, 1(209), 25-35.
- Chambon, N., Gilliot, E. et Sorba, M. (2020) L'intervention sociale à l'épreuve d'une préoccupation pour la santé mentale. Mobilisation du rétablissement et politique de logement d'abord. *Revue française des affaires sociales* (à paraître)
- Genard, J. L. (2013). De la capacité, de la compétence, de l'empowerment, repenser l'anthropologie de la participation. *Politique et Sociétés*, 32(1), 43-62.
- Ion, J. et Ravon, B. (2005). Institutions et dispositifs. Dans J. Ion (dir.), *Le travail social en débat[s]* (p. 75-76-95). Paris : La Découverte (coll. Alternatives sociales).
- Jouffray, C. et Vallerie, B. (2009). Le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités : une autre approche des pratiques sociales. *Revue française de service social*, 1(232), 46-59.
- Ninacs, W. A. (1995). Empowerment et service social : approches et enjeux. *Service social*, 44(1), 69-93.

**Christian Laval**

*Chercheur associé à ESO (UMR 6590)  
Lyon*

---

**Eve Gardien**

*Maître de conférences, université Rennes 2  
ESO (UMR 6590)  
Rennes*

---

# ACCOMPAGNER SES PAIRS N'EST PAS UNE ACTIVITÉ DE MÉDIATION, POURTANT ILS SONT APPELÉS « MÉDIATEURS DE SANTÉ-PAIRS » ...

Dans le champ de la santé mentale, une nouvelle fonction a été développée au début des années 2010, intitulée « médiateur de santé-pair ». Cette forme d'accompagnement et de soutien par les pairs est actuellement soumise à des épreuves particulières de professionnalisation, du fait de son rattachement par son nom à une fonction autre : la médiation. Contrairement aux modalités de professionnalisation observées dans d'autres pays, des acteurs institutionnels du champ de la santé mentale, en France, ont décidé d'attribuer aux pair-accompagnants l'intitulé de « médiateurs de santé-pair ». Comment comprendre ce rapatriement des pairs accompagnants dans le vaste champ de la médiation ? De quoi ce choix d'intitulé est-il le nom ? Quels sont ses effets ?

Cet article exposera, dans un premier temps, des éléments de compréhension concernant l'émergence de chacune de ces deux fonctions – médiation et accompagnement par les pairs – au sein de notre société française. Nous tenterons ensuite, dans une seconde partie, de faire un rapide bilan des professionnalisations en cours et de leurs enjeux. Puis, au cours de la troisième partie, nous discuterons les convergences entre ces deux fonctions, mais aussi les spécificités de chacune, avant de conclure sur cet intitulé de « médiateur de santé-pair ».

## Médiation/accompagnement par les pairs : de récentes fonctions ajustées à la diversité de notre société

### Médiations

Depuis trois décennies, la fonction de médiation s'est diffusée dans différents domaines de notre société française – culture (Guillaume-Hofnung, 2014), justice, travail social, santé, éducation, économie, famille. Au-delà de leurs spécificités sectorielles, celles-ci ont une finalité commune, telle que Bonafé-Schmitt (1992, p. 17) l'a montré lorsqu'il définit la médiation comme « un processus le plus souvent formel par lequel un tiers neutre tente à travers l'organisation d'échanges entre les parties de permettre à celles-ci de confronter leurs points de vue et de rechercher avec son aide une solution au conflit qui les oppose ». Il s'agit de promouvoir un mode de relation empreint de pacification des échanges, basé sur la négociation entre différents acteurs sociaux, si possible en amont d'une régulation institutionnelle entre justiciables. Le constat à l'origine d'un tel développement de la fonction de médiation est celui d'une société cherchant à prendre en compte la diversité des points de vue et des intérêts, pour partie divergents (intérêts culturels, sociaux, ethniques, de genre), par une reprise de dialogue entre les parties.

Le médiateur social est ainsi avant tout un gestionnaire de conflits, même s'il aspire à être un ambassadeur de paix ou un agent de prévention. Dans le champ du travail social, plus particulièrement, il exerce sa compétence dans des situations où la communication est rompue et où sa reprise est devenue impossible par la seule volonté des protagonistes en lice. La médiation conjugale et familiale en est l'exemple le plus évident. Dans les années 1990, la médiation interculturelle (femmes-relais et « grands frères ») a été expérimentée dans le cadre de la politique de la ville. Enfin, après les luttes menées aux débuts de l'épidémie du VIH, la médiation en santé est apparue dans un contexte où la santé publique prenait un tournant plus participatif concernant l'accès aux soins et la prévention pour les populations vulnérabilisées par la pandémie (HAS, 2017). Plus largement, la visée de professionnalisation de la fonction de médiation a amené sa diffusion dans le champ des maladies chroniques.

<sup>1</sup> Voir également les actes de la Journée d'étude du programme Expairs : « L'accompagnement par les pairs : une approche transversale du champ de la santé, de la santé mentale et du handicap », tenue à Rennes le 7 novembre 2018.

### L'accompagnement par les pairs

L'accompagnement et le soutien par les pairs (Gardien, 2017)<sup>1</sup> trouvent leurs racines dans l'esprit *self-help* (Smiles, 1897). Se prendre en main avec le soutien

de ses pairs pour faire face aux épreuves et situations partagées, se développer et s'en sortir : voilà un bref résumé des grands principes fondateurs du *self-help*. Cette entraide entre pairs peut prendre différentes formes, telles que la lutte pour les droits ou pour une cause, l'autoreprésentation ou le pair-accompagnement. Ainsi, l'accompagnement et le soutien par les pairs sont une des formes pratiques de l'esprit *self-help*. Cette forme s'intéresse principalement à améliorer le bien-être ou la qualité de vie des individus, qu'il s'agisse de changer des aspects de leur vie quotidienne ou d'eux-mêmes, à leur initiative. Les raisons initiant la rencontre entre pairs peuvent être diverses – à titre d'exemples : l'expérience de la maladie, du handicap, de troubles de santé mentale, des addictions, de l'hypersensibilité, des abus sexuels, des violences domestiques, des difficultés scolaires, du cancer, de l'infertilité. Les pratiques variées de ces accompagnements et soutiens se fondent sur le partage des expériences vécues. La définition des problèmes, la construction des savoirs et des solutions s'élaborent entre pairs du point de vue de l'expérience. Une relation entre pairs fondée sur une reconnaissance subjective et réciproque, ainsi qu'une proximité expérientielle (Provencher, 2012) sont nécessaires pour ce faire.

Depuis la fin des années 2000, l'accompagnement et le soutien par les pairs sont mobilisés dans le cadre de politiques publiques (groupes d'entraide mutuelle [loi 2005], éducation thérapeutique du patient [loi HPST], médiateur santé-pair [Un chez-soi d'abord], pair-aidant [Réponse accompagnée pour tous - RAPT]). La volonté de développer la participation des personnes directement concernées dans les secteurs du travail social et de la santé ainsi que d'en diversifier les modalités, explique en partie cette mobilisation de pratiques jusqu'alors autodéveloppées *par et pour* les pairs. Leur mobilisation est également à inscrire dans une visée politique de démocratisation des secteurs du travail social et de la santé. La reconnaissance des savoirs expérientiels des usagers et leur légitimation en cours a pour visée de réduire les rapports de pouvoir en place et leurs effets collatéraux.

## Des professionnalisations en cours

La professionnalisation des médiateurs est antérieure à celle des pairs-accompagnants. Aujourd'hui, nous comptons plusieurs dizaines de milliers de professionnels de la médiation sur le territoire national. Leurs fonctions sont diverses (secrétariat général du comité interministériel des Villes [CIV], 2011) : adultes-relais, médiateur social, culturel et interculturel, agents locaux de médiation sociale, agents d'ambiance et de médiation... Si, à ses débuts, la médiation s'est développée tous azimuts, sans cadre professionnel et juridique clair, au fur et à mesure de son développement la nécessité d'un référentiel métier par secteur d'intervention s'est peu

à peu imposée aux pouvoirs publics. Dans le secteur social, le secrétariat général du CIV et la direction générale de l'Action sociale (DGAS) ont ainsi explicité les diverses composantes de la médiation sociale (secrétariat général du comité interministériel des Villes, 2011), soit : la présence active de proximité, la gestion de conflits en temps réel ou sur un temps différé, la veille sociale territoriale, la mise en relation avec un partenaire, la concertation avec les habitants et les institutions, la veille technique, la facilitation et/ou gestion de projets, la sensibilisation et/ou formation, l'intermédiation culturelle.

De même, la professionnalisation de la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins a été conceptualisée pour favoriser l'équité en santé. Elle vise à faciliter le retour vers le droit commun en participant à un changement des représentations et des pratiques, entre un système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder.

Impulsés au début des années 2010 dans le secteur de la santé mentale, des premiers emplois salariés de médiateurs santé-pair sont apparus sous la volonté militante de quelques psychiatres inscrits dans le paradigme du rétablissement (Davidson *et al.*, 2005). Une première sortie du bénévolat était donc opérée, une possible reconnaissance statutaire et financière des services rendus devenue possible. Pour autant, aucune standardisation des fiches de poste, des niveaux de salaire, des critères de recrutement, des responsabilités, du niveau d'autonomie n'existe encore à l'échelle de la France, ni même au sein de la fonction publique. Tout est encore traité au cas par cas.

Parallèlement, par les actions du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) de Lille, la professionnalisation des médiateurs santé-pairs se construit pas à pas. En 2011, cet acteur du champ a expérimenté une première formation diplômante en partenariat avec l'université Paris 13 : le diplôme universitaire de médiateur de santé/pair. Cette initiative correspond à une formation en alternance, supposant d'assister à des cours universitaires, de valider des acquis et des connaissances par un diplôme, des employeurs participant à la formation pratique par des contrats d'alternance. Aujourd'hui, la troisième promotion de médiateurs de santé-pair a terminé son cursus de licence professionnelle à l'université Paris 8 et une quatrième promotion est en cours de formation.

Enfin, un groupement des professionnels s'autoreprésentant émerge – même s'il peine à se constituer – sous l'intitulé de l'Association francophone des médiateurs de santé-pair (AFMSP). Ce regroupement de pairs se donne pour mission

de sensibiliser et de former les professionnels des secteurs de la santé ou du médico-social et les non-professionnels aux piliers fondateurs de leur posture professionnelle : les parcours de rétablissement et les savoirs expérientiels des pairs. Ceci étant dit, le nombre de médiateurs santé-pair reste encore très marginal en vis-à-vis de celui des médiateurs, soit moins d'une centaine de personnes salariées au jour d'aujourd'hui.

---

## **Intégrer l'accompagnement par les pairs au groupe professionnel de la médiation pose questions**

Dans le champ de la santé mentale, étant donné le rattachement de la fonction d'accompagnement par les pairs à celle de la médiation par l'attribution d'un intitulé partiellement commun, il devient essentiel de mieux discerner également ce qui les distingue dans la pratique, car l'une ne vaut pas l'autre. Nous pouvons citer au moins trois raisons à cela. Les deux premières sont perceptibles au niveau microsociologique et sont fondées sur une analyse entre termes de fonction tiers et d'appartenance. La troisième, macrosociologique, concerne la différence de philosophie sociale sous-tendant l'action publique entre le modèle de la médiation et celui du pair-accompagnement.

### **Faire tiers entre deux ou plusieurs parties : la part des médiations**

Contrairement aux médiations, l'accompagnement et le soutien par les pairs ne visent pas à une pacification des échanges entre acteurs sociaux. Ils n'ont pas pour finalité de réguler les échanges entre des parties aux intérêts ou aux perspectives divergents. L'intervention des pairs s'efforce de soutenir leurs pairs dans un effort de discerner les tenants et aboutissants des situations et épreuves qu'ils traversent, et donc de renouveler leurs façons de faire face.

À l'inverse, dans le cadre du développement de la fonction de médiation, et quelle que soit l'opérationnalité sectorielle, le médiateur est un passeur, un diplomate, un traducteur, soit un tiers entre deux parties. Il n'a jamais été attendu des médiateurs qu'ils utilisent leur expérience personnelle, leurs savoirs expérientiels, ou simplement le fait d'avoir vécu des situations similaires pour accompagner l'autre, à sa demande, vers l'élaboration de solutions propres à des problèmes autodéfinis. Les fonctions des médiateurs et des médiateurs de santé-pairs sont donc bien différenciées. Cependant, exceptionnellement, des pairs peuvent être retrouvés parmi les médiateurs : les « grands frères » – des pairs reconnus comme tels par les institutions (et non pas seulement par leurs pairs) – ont été employés pour pacifier des

quartiers. Ils n'ont pas été mandatés pour être pairs et accompagner leurs pairs, mais bien pour assumer une médiation sur des territoires circonscrits. De plus, les appartenances du médiateur santé-pair sont différentes de celles du médiateur. En effet, le médiateur a pour fonction principale de faire tiers entre deux ou plusieurs parties. Pour cette raison, il n'appartient ni à l'une ni à l'autre. C'est précisément cette position « en dehors » qui lui permet de faire tiers. *A contrario*, le médiateur de santé-pair est reconnu à la fois comme un pair et, pour cette raison, est supposé appartenir à cette communauté, tout en étant employé dans une équipe de psychiatrie ou de santé mentale. Par conséquent, il est reconnu comme membre de cette équipe de professionnels. Ainsi, le médiateur de santé-pair a une double appartenance, en tant que pair et professionnel. C'est précisément la raison pour laquelle il ne peut faire tiers entre les professionnels, les usagers d'établissements et les services de santé mentale, car il est regardé par les deux autres parties comme appartenant et partageant des intérêts communs avec l'autre partie.

### La double appartenance des médiateurs de santé-pairs : entre loyautés et trahisons

À la fois pairs et professionnels, les médiateurs de santé-pairs s'inscrivent dans une double appartenance à des parties ne partageant pas toujours les mêmes perspectives et les mêmes intérêts : les expériences, les savoirs et les pratiques peuvent être sensiblement différents. Le mouvement des *Users* et des *Survivors* (Zames et Zames, 2001) a largement participé à établir la perspective théorique du rétablissement (Deegan, 1996), coupant avec l'horizon de la guérison instillé par une conception en termes de maladie mentale. Les médiateurs de santé-pairs sont censés être *a priori* dépositaires de cette philosophie du rétablissement, des savoirs, des postures et des pratiques qu'elle entraîne. Cette place spécifique, qui est celle des médiateurs santé-pair, les rend vulnérables, car ils ne sont pas uniquement affiliés aux pairs ni aux professionnels. Cette ambiguïté ou ce paradoxe de leur inscription identitaire, selon la façon dont on l'analyse, en fait des individus toujours soumis au risque de ne pas être reconnus comme étant membre d'une ou deux des parties, précisément au nom du fait qu'ils appartiendraient à l'autre.

De fait, nombreux sont les médiateurs santé-pairs témoignant être la cible de petites ou grandes disqualifications quotidiennes par des professionnels de leur équipe, des partenaires et des institutions (Gonzales *et al.*, 2014). Ces professionnels ne souhaitent pas leur présence au sein de l'équipe, ne perçoivent pas leurs compétences et leur utilité, s'inquiètent de leurs vulnérabilités et les imaginent parfois même comme des concurrents à bas coût. De l'autre côté, ces mêmes

médiateurs de santé-pairs sont parfois pris à partie par leurs pairs eux-mêmes. Ces derniers peuvent précisément avoir le sentiment que les médiateurs s'identifient trop aux professionnels et finissent par beaucoup leur ressembler dans leur manière d'agir et de penser. Certains vont même jusqu'à leur reprocher de tirer beaucoup d'avantages de leur situation salariée et d'oublier leurs expériences antérieures.

### **Des logiques d'action publique différentes, entre dispositifs de médiation et dispositifs d'accompagnement par les pairs,**

Portées à leurs débuts par des initiatives originales et non concertées de la société civile, l'installation et la diffusion de la médiation se sont inscrites depuis trente ans dans le champ des politiques publiques françaises multi sectorielles. Pour sa part, l'accompagnement par les pairs a également pour origine des expériences pionnières de la société civile. Sa philosophie a également été tout particulièrement élaborée dans le creuset du mouvement *self help* et des pratiques d'*empowerment*. Sa diffusion par les politiques publiques est plus récente.

Si l'on adopte une perspective d'analyse qui prend en compte, au sein des politiques publiques, les contextes d'émergence de ces deux fonctions sociales et la trajectoire de leur professionnalisation, il est pertinent de rappeler les deux approches de philosophie politique caractérisant et différenciant couramment l'Amérique du Nord et la France. L'approche nord-américaine parie sur la capacité des gens et sur leur participation à la construction de solutions dans lesquelles ils s'engagent. C'est la logique *people*. *A contrario*, l'approche française s'appuie sur la capacité des institutions à fabriquer du « social » sur le territoire où le problème est posé. C'est la logique *place* (Donzelot *et al.*, 2003). L'une favorise la liberté de faire, l'autre défend un égal accès aux institutions et aux territoires. La première cherche à gagner la confiance entre acteurs, la seconde vise des citoyens abstraits et universels. Quand l'une ambitionne de renforcer le pouvoir d'agir des personnes ou des communautés, l'autre cherche à rétablir un consentement des populations marginalisées à l'autorité des institutions sociales et sanitaires. La logique *people* de l'accompagnement par les pairs est centrée sur la relation entre pairs (Gardien, 2017), ses spécificités, ses effets et les attentes qui en découlent. La logique *place* caractérise la médiation, avec l'introduction d'un tiers ayant pour fonction d'aplanir tensions et conflits entre parties d'un même territoire, notamment pour un même accès aux droits.

---

## Conclusion : désir de médiation et crainte du pair

Dans cet article, nous n'avons pas cherché à opposer frontalement la fonction de pair-accompagnement à celle de médiation. Toutes deux présentent des caractéristiques communes, soit la prédominance pionnière du volontariat bénévole ainsi que l'origine civique et non étatique du mouvement, l'appui des politiques publiques ayant été apporté dans un second temps de leur développement. En outre, elles font partie d'une même famille, celle des nouveaux métiers participant à l'inclusion sociale. Cet air de famille explique au moins partiellement les entremêlements et les chevauchements sémantiques des intitulés, ou encore des pratiques encore en recherche des frontières.

Pour autant, dans le secteur de la santé mentale, l'assimilation selon une logique *top down* du pair-accompagnement à la fonction de médiation, par l'attribution d'un nom supposant leur affiliation, voire même l'appartenance de pair-accompagnement aux pratiques de médiation, peut ressembler à un coup de force ou à un dévoiement du travail pair. L'enjeu n'est pas que de nomination mais aussi d'action, car cette confusion – engendrée par un intitulé en écart aux pratiques, aux éthiques, à l'esprit *self-help* et à la théorie du rétablissement – provoque des effets concrets. Tout d'abord, elle tend à effacer et à ignorer les tensions liées à la double appartenance paire et professionnelle par l'utilisation d'un terme suggérant la pacification des relations entre les parties. De plus, elle impose la qualité de pair à un professionnel sans prendre en considération la reconnaissance ou non des patients et usagers dans l'expérience de ce professionnel. La relation de pair peut s'en trouver altérée ou inexistante, car mal comprise et pratiquée. Ainsi, le médiateur santé-pair n'est ni véritablement médiateur, ni systématiquement un pair. Aussi, si cet intitulé doit avoir un sens, reconnaissons-lui que, dans ce contexte de professionnalisation de la fonction de pair-accompagnant, la figure du médiateur de santé pair est à la fois désirée et crainte par des institutions « compréhensives » et opportunistes. Le pair est craint tandis que le médiateur est désiré. ▶

## BIBLIOGRAPHIE

- Bonafé-Schmitt, J.-P. (1992). *La Médiation, une justice douce*. Paris : Syros-Alternatives sociales.
- Davidson, L., Harding, C. et Spaniol, L. (2005). *Recovery from severe mental illnesses : research evidence and implications for practice* (vol. 1). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatr Rehabil J.*, 19(3), 91-97.
- Donzelot, J. (2003). *Faire société. La politique de la ville aux États-Unis et en France*. Paris : Seuil.
- Gardien, E. (2017). *L'accompagnement et le soutien par les pairs*. Grenoble : PUG.
- Gonzales, L., Davidoff, K. C., Nadal, K. L., et Yanos, P. T. (2014). *Microaggressions experienced by persons with mental illnesses : An exploratory study*. *Psychiatr Rehabil J.*, 38(3),234-41.
- Guillaume-Hofnung, M. (1997). Médiations en tout genre. *Hommes et Migrations*, (1208).
- Guillaume-Hofnung, M. (1998). Médiations et négociations. *Sciences humaines*, (84).
- Guillaume-Hofnung, M. (2000). Médiation : nouvelles pratiques ou fondement du travail social ? *Accueillir. Revue du service social d'aide aux émigrants*, (222).
- Guillaume-Hofnung, M. (dir.) (2014). La médiation au cœur de l'interculturel. *Les Cahiers de l'Orient*, (114).
- Haute Autorité de santé. (2017). *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et du soin*. Saint-Denis La Plaine : HAS.
- Provencher, H., Gagné, C. et Legris, L. (2012). *L'intégration de pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté : points de vue de divers acteurs* (Rapport). Québec : Université Laval.
- Secrétariat général du comité interministériel des Villes (2011). *Médiation sociale : pour la reconnaissance d'un métier*. Saint-Denis La Plaine : Les Éditions du CIV (coll. Cahiers Pratiques , HS). Repéré à <http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/sgciv-ouvragedemediationsociale.pdf>
- Smiles, S. (1897). *Self-help – with illustrations of conduct and perseverance*. Londres : John Murray edition.
- Zames Fleischer, D. et Zames F. (2001). *The disability rights movement. From charity to confrontation*. Philadelphia: Temple Press University.

**Graziella Golf**

*Coresponsable de l'antenne  
Montpellier du REV France  
Cofacilitatrice du groupe de  
parole  
Montpellier*

**Thomas d'Hauteville**

*Coresponsable de l'antenne  
Montpellier du REV France  
Cofacilitateur du groupe de  
parole  
Montpellier*

**Magali Molinié**

*Maître de conférences en  
psychologie, université Paris 8  
(LPN 2027)  
Vice-présidente du REV France  
Paris*

## « FACILITER » UN GROUPE D'ENTRAIDE DU REV FRANCE, L'EXPÉRIENCE DE MONTPELLIER

Le REV France est né en 2011. Ses objectifs ? Contribuer à l'acceptation sociale des voix et autres perceptions sensorielles sortant de l'ordinaire, qu'il considère comme des expériences faisant partie de la diversité des expériences humaines et potentiellement porteuses de sens plutôt que comme des symptômes psychiatriques. Des chemins personnels existent pour apprendre à composer avec ces expériences, se dégager d'une identité de malade pour développer une identité positive de personne qui entend des voix ou vit d'autres perceptions ou sensations inhabituelles (Dillon et Horstein, 2013). L'Association diffuse ce message d'espoir à travers des conférences publiques, des formations, des rassemblements et en soutenant la création de groupes de parole. Ces espaces offrent différentes possibilités aux entendeurs de voix de sortir de leur isolement, de partager leurs expériences, de retrouver l'espoir d'une vie digne d'être vécue, de s'engager dans un processus de rétablissement personnel.

Le Réseau français sur l'entente de voix (REV France) est membre d'un mouvement international qui s'est développé à partir des travaux pionniers de Marius Romme et Sandra Escher (1989) à la fin des années 1980. En partenariat avec des entendeurs de voix psychiatisés ou non, ces auteurs développent une approche qui met l'accent sur l'acceptation des voix plutôt que leur évitement, la recherche d'un sens à cette expérience, les moyens d'y faire face et de se rétablir. Trauma, deuil, pauvreté, migration peuvent jouer un rôle, au même titre que d'autres événements adverses, qu'il ne faut pas négliger dans leur apparition

et leur maintien. Le mouvement, qui s'est progressivement construit et renforcé dans les années 1990, promeut les besoins et les perspectives des personnes qui entendent des voix ou vivent d'autres expériences sensorielles sortant de l'ordinaire. Il influence l'agenda des recherches universitaires, des pratiques cliniques et sociales, notamment en Grande-Bretagne, où il s'est particulièrement développé (Longden, Read et Dillon, 2018).

Il existe à ce jour une cinquantaine de groupes de parole REV en France, y compris en Nouvelle-Calédonie, en Martinique et à La Réunion. Suivant ce que leurs participants décident, ils peuvent être réservés à des entendeurs de voix ou bien ouverts à toute personne – professionnels, proches – intéressée par la question de l'entente de voix et celle de son propre rétablissement. Leurs membres préfèrent généralement se réunir dans des espaces associatifs et citoyens, tels qu'une maison des associations, un café, une bibliothèque ou un groupe d'entraide mutuelle (GEM).

Bien que ces groupes soient d'une grande variété dans leur fonctionnement, un point leur est commun : ils sont « facilités » par une ou deux personnes. Pourquoi préférons-nous cette notion de « facilitation » à celle d'« animation » et que recouvre-t-elle à nos yeux ? C'est ce que nous allons développer ici en nous appuyant sur notre propre expérience de la facilitation d'un groupe REV, celui de Montpellier. Chaque groupe est différent, sa personnalité propre naît de la rencontre entre toutes les personnalités du groupe et nous ne prétendons pas parler pour tous les groupes. Nous assumons la part de singularité de l'expérience que nous allons relater. C'est pourquoi nous avons pensé que la première chose à faire était de nous présenter au lecteur (Dillon et Horstein, 2013). Nous expliquerons ensuite comment nous avons mis en place le groupe de Montpellier, comment nous en concevons la facilitation et ce que nous avons appris de cette place.

---

## Présentations

### Graziella Golf

J'ai rencontré Vincent Demassiet, président actuel du REV France, lors de mon parcours universitaire en psychologie clinique. Son témoignage relatant le passage d'une identité de schizophrène (psychiatrie) à celle d'entendeur de voix a fait sens pour moi. En effet, en tant qu'étudiante, je me sentais déjà concernée par les limites des prises en charge institutionnelles, notamment sur la question du diagnostic et la manière dont ce dernier peut enfermer une personne dans une identité de « malade », limitant ses possibilités de se rétablir.

En devenant bénévole au REV, j'ai souhaité mettre en place un groupe de parole à Montpellier. C'est en présentant ce projet dans un GEM que j'ai connu Thomas d'Hauteville. On ne sait jamais d'avance les personnes que nous allons trouver sur notre chemin de vie. Il y a des rencontres précieuses, riches, et Thomas en fait partie. Nos différences nous permettent d'être dans la complémentarité et nous nous rejoignons sur notre foi en l'humain. Dès le départ, Magali Molinié a été d'une grande aide pour nous permettre de faire éclore ce projet. Bien qu'elle soit à distance, nos conversations Skype et son expérience des groupes ont été une véritable ressource.

Le statut de bénévole me permet de venir dans les réunions avec ce que je suis, sans étiquette professionnelle. Faciliter un groupe de parole, dont un des principes est l'acceptation des différences entre individus, a été bénéfique pour moi. En effet, dans ma construction personnelle, j'ai entendu le mot « folie » accroché à ma personne. Mon côté militant vient en grande partie de là, me donnant une énergie que j'investis dans le groupe de parole.

### Thomas d'Hauteville

Voilà plus de dix ans que je suis un usager de la psychiatrie ; c'est toujours un long chemin d'accepter le diagnostic qui est posé sur vous, mais je mène aujourd'hui une vie riche et épanouissante. Après un séjour en hôpital psychiatrique en 2006, il m'a fallu reprendre pied petit à petit dans l'existence et progressivement retrouver le goût des choses. Désœuvré, le bénévolat m'a permis d'occuper utilement mes journées et de garder un contact social ; mais j'ai connu d'autres séjours en institution de soin avant d'arriver à retrouver une certaine sérénité. C'est l'enthousiasme qui a été le plus long à reconquérir. Là aussi, progressivement, accepter ce douloureux parcours m'a permis de trouver un nouveau sentiment de liberté et de m'ouvrir à de nouvelles possibilités. Avoir traversé toutes ces phases de l'acceptation et de la reconstruction est une expérience acquise que je peux mettre au service de ce groupe de parole d'entendeurs de voix : c'est la première motivation personnelle qui m'a animé lors de l'élaboration de ce projet avec ma collègue, Graziella Golf.

Aujourd'hui, ce parcours difficile résonne comme une force en moi : j'ai plusieurs activités bénévoles dans la semaine dans des groupes où je suis utile et apprécié. Je fais également partie d'un centre bouddhiste, où je suis des enseignements qui me permettent d'avoir une vie intérieure riche.

Faciliter un groupe de parole d'entendeurs de voix, c'est favoriser l'entraide au sein de ce groupe, clé d'un mieux-être collectif. Ce souci des autres est tout le sens des enseignements bouddhistes qui me sont chers. Enfin, le caractère bénévole de l'engagement que nous avons, Graziella et moi, auprès du groupe de parole REV de Montpellier, est aussi quelque chose qui me tient à cœur.

### **Magali Molinié**

Je suis enseignante-chercheuse en psychologie. Peut-être mes propres sentiments d'étrangeté à l'égard du monde ordinaire ont-ils nourri mon goût pour la pensée critique, les dispositifs de groupe et de l'accueil sincère en leur sein des explications que convoquent les personnes pour donner sens à leurs infortunes (j'ai une formation en ethnopsychiatrie). De ce fait, j'ai immédiatement adhéré au projet de Yann Derobert de faire exister en France la proposition du Mouvement international sur l'entente de voix et j'ai contribué avec lui à la création du REV France en 2011. Parmi d'autres activités bénévoles dans le Réseau, je suis particulièrement impliquée dans le soutien à la création de groupes de paroles. J'ai une expérience personnelle de la facilitation de groupe ainsi que de nombreux échanges avec les facilitateurs et facilitatrices d'autres groupes. Je peux observer sur moi aussi les effets positifs de ma participation à de tels groupes. J'ai fait la connaissance de Graziella lorsqu'elle a communiqué au REV son envie de mettre en place un groupe à Montpellier. J'avais suivi deux précédentes tentatives peu concluantes. Au cours des années, j'ai eu l'occasion d'échanger à quelques reprises avec elle à partir d'un intérêt commun sur les questions de facilitation. Un des moyens de pousser plus avant cette réflexion était de répondre à l'appel à contributions des *Cahiers de Rhizome*. J'ai fait la connaissance de Thomas d'Hauteville à l'occasion de nos nombreuses et stimulantes discussions d'élaboration de l'article (*via* Skype).

---

## **Les groupes REV**

Quelles sont les spécificités des groupes REV? Chaque groupe partage une philosophie commune et une identité propre. Le réseau veille à ne pas imposer de formule standard. Il privilégie les groupes qui trouvent leur propre personnalité plutôt qu'il n'impose une structure prédéterminée. Chaque groupe élabore ses objectifs et ses règles de fonctionnement à l'intérieur d'un cadre général constitué de quelques principes partagés : compréhension des voix comme « messagères de sens », non-jugement, élaboration collective des outils pour faire face aux expériences, horizontalité des échanges, etc.

Un groupe d'entendeurs de voix est un groupe d'entraide<sup>1</sup> et non un groupe thérapeutique (thérapie cognitive, psychoéducation...). Par contraste avec les approches médicamenteuses ordinaires et les groupes thérapeutiques, les entendeurs de voix y sont considérés comme des experts par expérience. Le groupe n'est pas non plus structuré selon un protocole prédéfini, comme ce qui est le cas des groupes Alcooliques anonymes. La participation n'y est pas obligatoire ni limitée dans le temps. Toutes les explications y sont accueillies comme légitimes, sans aucune obligation de se conformer à un cadre explicatif donné (psychologique, biomédical, spirituel, paranormal) (Longden, Read et Dillon, 2018). Autogéré, il se met en place à partir d'objectifs et de règles communes que ses participant·e·s élaborent collectivement afin de pouvoir discuter sans tabou d'expériences personnelles, dans un climat de confiance et de sécurité partagées (May et Hayes, 2012; Molinié et Demassiet, 2016).

Il permet « la rencontre régulière d'individus vivant des expériences similaires d'entente de voix, s'offrant réciproquement du soutien, et faisant preuve de compréhension et de respect pour les expériences des uns et des autres » (May et Hayes, 2012, p. 203). Il valide le fait qu'entendre des voix ou avoir des visions sont des expériences réelles. De tels groupes protègent la confidentialité de leurs échanges, s'ouvrent à différents cadres de référence, afin de ne pas faire la promotion d'une seule version de la réalité (May et Hayes, 2012). Une fois les conditions de confiance et de sécurité créées, en trouvant du soutien auprès de personnes ne représentant pas l'autorité, les participants peuvent prendre progressivement confiance en leur expertise concernant leur propre expérience, explorer l'histoire de leurs voix, les significations qu'ils y attachent et mettre en commun leurs savoirs pour développer une relation plus constructive avec elles (May et Hayes, 2012). Comment ces propositions se sont-elles incarnées dans la mise en place du groupe de Montpellier ?

<sup>1</sup> Empruntons une définition générale des groupes d'entraide. Ce sont « [...] de petits groupes autonomes et ouverts qui se réunissent régulièrement. Victimes d'une crise ou d'un bouleversement commun dans leur existence, les membres de ces groupes partagent un vécu commun de souffrance et un sentiment d'égalité. Leur activité primordiale est l'entraide personnelle qui prend souvent forme de soutien moral, par le partage d'expérience et d'information, et par la discussion. Souvent aussi les membres ont des activités orientées vers les changements sociaux. Leur activité est bénévole, autrement dit gratuite et libre » (Romener *et al.*, 1989, p. 19).

## La naissance du groupe de Montpellier

À l'automne 2016, lorsque nous, Graziella et Thomas, nous sommes rencontrés, nous avons trouvé important de nous appuyer sur le bilan des tentatives passées de création d'un groupe REV pour construire notre propre projet. Nos échanges avec des membres des précédents groupes ont fait apparaître trois questions concernant le lieu, les participants, la facilitation. Pouvoir se réunir régulièrement nécessite en effet de trouver un local, de préférence extérieur aux institutions, offrant la possibilité de se dégager de l'image de « patient ». Idéalement, il s'agit d'un lieu citoyen, prêt à accueillir sans préjugé un groupe de réflexion sur l'entente de voix et autres expériences déroutantes, offrant un cadre sécurisant et gratuit. Le groupe doit-il être ouvert seulement aux personnes concernées par l'entente

de voix et par d'autres phénomènes sensoriels, ou peut-il intégrer des personnes confrontées à d'autres difficultés, des parents d'usagers et/ou des professionnels intéressés par la cause ? Qui le facilite ? À quoi s'engage la personne désireuse de faciliter un groupe, en termes de régularité, de constance dans son engagement ? Le passage entre la position de porter le projet d'un groupe et celui de le faciliter va-t-il toujours de soi ?

Les difficultés à trouver un lieu de réunion adéquat, à définir les contours du groupe et à trouver une personne facilitatrice engagée sur la durée avaient eu raison des premières tentatives de mise en place d'un groupe REV pérenne. Être en binôme a été une première réponse à certains de ces écueils.

---

## Mise en place du projet

Je (Thomas) me suis engagé dans le projet après avoir rencontré Graziella venue le présenter dans le GEM que je fréquentais à l'époque. Nous nous sommes ensuite revus à plusieurs reprises pour faire connaissance, construire le projet et nous préparer à en faciliter les réunions. En dehors des réunions, nous aurons à gérer la boîte mail, les échanges avec les participants, avec les personnes intéressées pour intégrer le groupe et/ou leur famille, des partenaires locaux, le REV, le planning des rencontres, les entretiens préalables avec des personnes désireuses d'intégrer le groupe. Prévoyant des réunions d'une durée de deux heures, avec une pause de quinze minutes au milieu, nous réfléchissons à la manière dont nous allons nous répartir la gestion du temps, garantir le respect de la parole de chacun, des temps de parole, de l'ouverture et de la fin des réunions. Nous échangeons également sur notre vision de ce groupe, sur la philosophie du REV et sur nos attentes personnelles. Nous avons en commun l'envie d'aider des personnes en situation d'isolement et d'exclusion, mais également une motivation plus intime et personnelle, en relation avec nos expériences de vie, dont cet espace pourrait nourrir l'élaboration. Nous avons coutume de dire, au REV, que chaque participant au groupe est là pour son propre rétablissement, y compris les facilitateurs. Il nous a semblé important d'être au clair avec nous-mêmes et avec les autres sur nos motivations, car elles influencent consciemment ou inconsciemment ce que l'on donne de soi au groupe et l'écoute que l'on aura. Nous avons décidé d'explicitier aux membres du groupe qui nous sommes, pour respecter le principe d'horizontalité du groupe ainsi que notre propre besoin d'authenticité et d'implication. Moi, Thomas, je suis un homme, usager de la psychiatrie, faisant partie d'une école bouddhiste, bénévole dans plusieurs associations. Moi, Graziella, je suis une femme, psychologue de formation, pas encore

en activité, bénévole pour le REV, artiste peintre, à l'écoute de mes propres voix intérieures qui parfois me limitent dans la vie. Nos différences de parcours et de genre amènent les participants à nous convoquer sur des choses différentes ou se référer à la personne avec laquelle ils se sentent le plus à l'aise.

Dans ce temps de la préparation, nous construisons des partenariats avec le réseau médico-social de la ville (Unafam, GEM, services d'accompagnement à la vie sociale [SAVS], psychiatrie). Lorsque nous nous sommes sentis prêts, nous avons proposé une première date de réunion, relayée par ces partenaires. En novembre 2017, lors de la première rencontre, notre surprise est entière : onze personnes étaient présentes. Ensemble nous discutons des éléments de fondation du groupe. Ils s'appuient sur les valeurs du REV, des règles d'échange faites d'écoute mutuelle, de respect pour les convictions de chacun et de non-jugement. Le groupe décide d'être réservé aux personnes concernées par l'entente de voix et autres perceptions sensorielles et valide le fait que nous assurons sa facilitation. Depuis cette date, il se réunit dans un café du centre-ville disposant d'une salle un peu à l'écart, sans que nous renoncions à trouver un lieu plus adéquat.

---

## La facilitation vécue

Pourquoi utilisons-nous le terme facilitateur plutôt que celui d'animateur ou de thérapeute ? C'est que nous ne nous plaçons pas en surplomb vis-à-vis du groupe ni dans une position d'animateur. Nous ne détenons pas de savoirs plus importants que le reste du groupe. Nous ne savons pas ce dont les autres participants ont besoin pour leur propre bien-être et rétablissement. Nous n'occupons pas une place d'expert, ni une position de pouvoir, condition a minima pour que les participants construisent leur propre expertise et reprennent du pouvoir sur leur vie.

Nous veillons à ce que les rencontres puissent avoir lieu et se déroulent dans un climat où tous les participants se sentent à l'aise. Nous sommes attentifs aux contenus abordés, au respect de la parole de chacun, à la communication non verbale, au temps, à l'environnement extérieur. Cela nous demande une certaine gymnastique mentale et un contrôle sur nos propres réactions pour être à l'écoute des participants et de ce qui se passe dans le groupe. Il y a des choses qui forcément échappent à un seul regard. C'est alors un grand confort de nous appuyer l'un sur l'autre et sur nos sensibilités différentes, dans leur complémentarité. Parfois, nous nous autorisons à parler de notre propre expérience, afin de valoriser cette parole particulière qui consiste à parler à partir de son vécu sans venir interpréter-juger le vécu de l'autre (cf. communication non violente).

---

## Les effets des groupes sur leurs participants

Quels effets les groupes d'entendeurs de voix produisent-ils sur leurs participants ? Une récente enquête par questionnaire auprès de groupes d'entraide affiliés au réseau britannique a évalué leur impact et leur efficacité sur des dimensions telles que le bien-être social, émotionnel et clinique. Parmi les aspects notables relevés dans les réponses figure la possibilité de rencontrer d'autres entendeurs de voix, de trouver un soutien indisponible ailleurs et de considérer le groupe comme un endroit confidentiel et sécurisant pour discuter de problèmes difficiles. Les participants perçoivent les groupes comme facilitant leurs processus de rétablissement et comme une ressource importante pour les aider à composer avec leurs expériences (Longden, Read et Dillon, 2018).

Dans notre groupe, les personnes peuvent parler de leurs expériences sans catégorisation, sans stigmatisation, sans pathologisation, en acceptant tous les modes de compréhension et d'interprétation des voix, même s'il n'est pas toujours facile de s'y tenir. Juger le vécu de l'autre est en effet un réflexe fréquent, même lorsqu'on a été soi-même jugé comme « fou », « inapte » à la vie en société. Ainsi, un des enjeux de l'entraide entre pairs est de s'adresser aux autres en parlant de ses propres expériences sans venir interpréter ni juger leur vécu. Dans cette reconnaissance mutuelle entre ce que je suis et ce qu'est l'autre, dans les différences entre mon cadre de compréhension et le sien, chacun peut trouver son propre chemin pour se rétablir.

La rencontre entre pairs permet de sortir de son isolement, de se réapproprier son expérience, de lui chercher un sens : en quoi les voix révèlent-elles des choses de moi-même auxquelles je ne suis plus connecté ? Ou bien de les accepter, de ne pas vouloir s'en défaire. Certains participants témoignent en effet que c'est ainsi qu'ils ont pu se libérer de leur emprise, reprendre progressivement le contrôle de leur vie quotidienne. Le partage d'outils, de stratégies permet aussi de reprendre le pouvoir sur ses voix.

---

## Les effets sur les facilitateurs

Le groupe produit aussi des effets sur les facilitateurs.

J'ai (Thomas) de l'admiration pour la pugnacité des participants, compte tenu des difficultés dont ils font état. Cela m'invite à l'humilité face aux difficultés que je peux

moi-même rencontrer. Et me voici également plus attentif aux petites joies qui pourraient passer inaperçues. Faciliter un groupe d'entendeurs de voix est une bonne école de la vie. Pour moi qui suis animé par un principe de bienveillance, faciliter le groupe est un bon baromètre pour évaluer la solidité de ce principe et identifier dans quelles situations il est mis à mal.

Le groupe m'a donné aussi le courage et l'occasion récente de témoigner de mon parcours de vie auprès d'étudiants infirmiers, ce qui me procure la satisfaction d'apporter ma petite pierre à l'édifice des connaissances en santé mentale. De plus, cette intervention s'est déroulée dans la ville où j'ai vécu ma première hospitalisation, il y a treize ans de cela. J'ai pensé sur le moment qu'une boucle se bouclait. Je le vois plutôt aujourd'hui comme une manière de sortir par le haut d'années difficiles, en même temps qu'une forme de validation de tout le travail sur moi-même que j'ai accompli au cours de ces mêmes années.

Pour moi (Graziella), mon engagement dans la facilitation du groupe me nourrit. C'est en tant que citoyenne de ce monde que je m'y inscris. Je trouve très gratifiant de donner de mon temps et de ma personne pour une cause humaine, de m'engager pour que notre société voie la différence chez les individus comme une richesse plutôt que comme un facteur d'exclusion. Parfois sollicitée pour témoigner à l'extérieur du groupe devant un public composé de professionnels, étudiants, usagers de la psychiatrie et autres personnes intéressées, ma double casquette de facilitatrice et de psychologue me donne le sentiment profond d'être en accord avec ce que je suis et avec mes valeurs, ancrées dans mon histoire familiale.

Mon expérience de facilitatrice vient également traiter mon rapport à la parole qui n'a rien d'évident. Petite, je bégayais, ce qui provoquait la moquerie de mes pairs. Puis ma parole fut brutale, manquant de diplomatie, donc très peu audible pour les autres. Il m'a fallu un long chemin pour être dans une parole plus souple et plus libre. Aujourd'hui, dans ce rôle de facilitatrice, je suis en quelque sorte « gardienne » du respect de la parole de tous. Mon expérience est devenue une force, car elle me permet d'être dans la vigilance sur ce sujet particulier. Elle peut néanmoins parfois amener chez moi de la rigidité que je mets au travail dans le groupe. J'apprends ainsi à mieux accepter que parfois plusieurs conversations s'établissent en même temps ou bien qu'un participant ne puisse pas aller au bout de sa parole, étant interrompu par la question d'un autre.

## Conclusion

Le groupe de parole des entendeurs de voix de Montpellier a maintenant plus de deux ans d'existence. Les participants ont développé une relation de confiance entre eux. Ils s'y sentent en sécurité, écoutés et compris. Cela est très précieux. Dans ce climat de confiance, ils peuvent parler plus facilement de choses difficiles et douloureuses, ce qui est source d'apaisement, mais aussi partager des outils, des stratégies pour reprendre le pouvoir sur leurs voix. Le groupe est aussi un espace de socialisation. Ses membres ont plaisir à prendre des nouvelles les uns des autres et peuvent parfois se retrouver pour des activités extérieures au groupe.

Un deuxième groupe de parole est en cours de création. Les trois « candidats » facilitateurs viennent du premier groupe et débattent en ce moment de leur vision de la facilitation. Nous avons également noué des liens avec des institutions soignantes qui nous sollicitent pour des interventions extérieures.

Enfin, au cours des discussions passionnantes d'élaboration de cet article, nous avons eu envie d'ouvrir notre cadre d'échange (en ligne) à d'autres facilitateurs des groupes du réseau, comme cela se pratique dans d'autres pays. ▶

## BIBLIOGRAPHIE

Dillon, J. et Hornstein, G. A. (2013). Hearing voices peer support groups: A powerful alternative for people in distress. *Psychosis*, 5(3), 286-295.

Longden, E., Read, J. et Dillon, J. (2018). Assessing the impact and effectiveness of hearing voices network self-help groups. *Community Ment Health*, 54(2), 184-188.

May, R. et Hayes, J. (2012). Le mouvement Hearing Voices : une approche émancipatrice du fait d'entendre des voix. Dans E. Gardien (dir.), *Des innovations sociales par et pour les personnes en situation de handicap* (p. 195-214). Toulouse : Érès.

Molinié, M. et Demassiet, V. (2016). Des groupes d'entendeurs de voix, pour qui, pourquoi, pour quoi faire ? Dans R. Jardri, F. Larøi et J. Favrod, *Psychothérapies des hallucinations* (p. 93-106). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Romeder, J.-M. et al. (1989). *Les groupes d'entraide et la santé : nouvelles solidarités*. Ottawa, Canada : Conseil canadien de développement social.

Romme, M. et Escher, S. (1989). Hearing Voices. *Schizophr Bull*, 15(2), 209-216.



