

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 Minkowska¹ 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 Québec² et elle a reçu le soutien financier de la Fondation de France³. 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.

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

² 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.

³ 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 comprendre⁴ ? 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.

⁴ 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 soi⁵.

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.

⁵ 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 bateau⁶ ». 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).

⁶ 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
- 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
- Hays, P. A. (2008). *Addressing cultural complexities in practice: Assessment, diagnosis and therapy* (2nd 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 Sellar, 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.