

Marie-Jo Bourdin

*Attachée de Direction
Responsable du Pôle Formation et du MEDIACOR
Présidente du Mouvement Européen
des Travailleurs Sociaux (Mets)
Vice-Présidente de l'Association
Française de Psychiatrie Sociale
Centre Médico Psycho Social F. MINKOWSKA (Paris)*

Stéphanie Larchanché

*Anthropologue médicale
Coordinatrice du Pôle Enseignement et Recherche
Centre Médico Psycho Social F. MINKOWSKA (Paris)
Vice-Présidente ISM Interprétariat (Paris)*

DE L'INTERPRÉTARIAT À LA MÉDIATION EN SANTÉ MENTALE : L'EXPÉRIENCE DU CENTRE FRANÇOISE MINKOWSKA

« Nous traduisons à l'intérieur même de notre langue, dans la mesure où il est toujours possible de dire la même chose » (Paul RICCEUR)

L'interprétariat professionnel est aujourd'hui accessible et adapté à de nombreux services publics. Or, dans bon nombre d'institutions, pour de multiples raisons – principalement économiques – on fait appel aux proches des patients ou à des collègues. Ainsi dans les hôpitaux a-t-on vu apparaître des listes de professionnels ayant telle ou telle compétence linguistique et qui peuvent être sollicités (Kotobi, Larchanché et Kessar, 2013). On voit encore ici ou là des professionnels du soin qui refusent de travailler avec un interprète (Favereau, 2010).

Pourquoi travailler avec un interprète professionnel ?

Afin d'éviter une communication inadéquate qui limitera les compétences cliniques d'un professionnel de santé mentale, et biaisera l'établissement d'un diagnostic, il y a un intérêt à travailler avec un interprète qualifié (Tabouri, 2009) pour :

- Développer une relation thérapeutique ;
- Comprendre l'expérience et le point de vue du patient et le contexte culturel qui sous-tend selon son comportement ;
- Mener une évaluation ;
- Formuler un diagnostic ;
- Décider, en accord avec le patient, d'un programme de traitement approprié ;
- Surveiller l'évolution de la maladie ;

- Évaluer l'efficacité du traitement, ainsi que les effets négatifs potentiels.

En effet, une communication inadéquate entre un professionnel de la santé mentale et son patient peut entraîner des erreurs de diagnostic et de traitement. Par exemple :

- Une sous-estimation ou une surestimation de la sévérité de la pathologie ;
- Une incapacité à identifier correctement le type de pathologie présenté.

De même qu'une communication inadéquate entraînera une compréhension limitée ou erronée de la part du patient sur :

- Le rôle du professionnel de santé mentale ;
- Le rôle du service ;
- La nature de la maladie ;
- L'objectif du traitement et des médicaments ;
- Les effets secondaires des médicaments.

Aspects importants de l'interprétariat en santé mentale

Le travail avec l'interprète ne va pas de soi, particulièrement dans le contexte de la santé mentale (Brisset et al., 2013). Il existe encore peu de travaux empiriques sur le sujet, notamment sur ses caractéristiques dans le champ de la psychiatrie (Bauer et Alegria, 2010) et des consultations transculturelles (Leanza et al., 2014), outre quelques études sur les différents positionnements de l'interprète (Es-Safi, 2001, Leanza, 2005) et sa spécificité dans le travail avec les enfants et adolescents (Leanza et al. *A paraître*, Sturm et al., 2012). Entre autres, ces derniers travaux soulignent combien il est important de pouvoir préparer l'intervention de l'interprète. En premier lieu la place qu'il doit occuper physiquement dans le bureau où l'entretien se déroulera : à côté du patient ? Entre le patient et le thérapeute ? Ce positionnement dans l'espace a une incidence directe sur la dynamique de l'échange, et donc sur la confiance qui pourra s'établir entre le patient, son thérapeute et l'interprète. Ensuite, un aspect très important à aborder est celui de la confidentialité. Il est soumis lui aussi au secret professionnel. Il faut veiller à son positionnement : l'interprète doit savoir se décentrer vis-à-vis d'un patient qui peut chercher la complicité culturelle, notamment lorsqu'interprète et patient sont du même pays. À l'inverse, le professionnel demandeur doit être vigilant sur la question des origines lorsque le patient vient d'une région du monde où les groupes ethniques d'un même pays se trouvent en conflit : ce conflit peut alors se jouer à nouveau entre un interprète et un patient de deux groupes opposés. Enfin, l'interprète doit pouvoir traduire en tenant compte des représentations culturelles et des métaphores utilisées par le patient pour exprimer sa souffrance psychique et éviter toute stigmatisation et assignation culturelle du patient.

Ces considérations reposent en partie sur le concept de « compétence culturelle » (Kleinman et Benson, 2006), essentiel dans tous les domaines d'intervention en interprétariat, mais particulièrement en santé mentale. Dans le terme « compétence culturelle », la référence à la culture ne se restreint pas au sens national ou ethnique du terme, ni à un attribut à décoder chez le patient uniquement. Nous faisons référence à la culture au sens anthropologique et contemporain du terme (Miklavcic et LeBlanc, 2014). Ainsi, la compétence culturelle est à la fois un savoir-être et un savoir-faire, qui se caractérise notamment par :

- **le décentrage**, c'est-à-dire, dans le cadre du contre-transfert, la capacité pour le thérapeute à percevoir ses propres représentations, et à s'en distancer ;
- **la compréhension** des références culturelles du patient dans le cadre du transfert ;
- **la nécessaire confrontation des modèles explicatoires** de la souffrance et du soin entre le thérapeute et son patient.

Cette approche permet aux professionnels de ne pas stigmatiser l'autre, c'est-à-dire de ne pas l'enfermer dans des stéréotypes culturels, et d'accueillir sa demande afin de proposer une prise en charge adaptée. La culture ainsi définie joue un rôle majeur non seulement dans l'expression et l'expérience de la souffrance, mais aussi dans la manière dont les gens appréhendent les services de santé mentale, leur possibilité d'y recourir ou non, leurs attentes vis-à-vis des services, et enfin la relation qu'ils pourront construire avec les professionnels de ce champ (Lewis-Fernandez and Diaz, 2002). Le stigma de la maladie mentale, s'il est présent dans toutes les sociétés, est susceptible d'être accru parmi les populations migrantes et réfugiées parmi lesquelles cet état est directement associé à « la folie ». Tous ces éléments font de la santé mentale un exemple paradigmatique sur l'importance de la compétence culturelle dans les services de soins en général, et par rapport au travail de l'interprète en particulier (Bennegadi et al., 2009).

Enfin, le travail psychothérapeutique reposant sur l'établissement d'une relation continue et de confiance avec un thérapeute, il est souhaitable de transposer cette continuité avec le service d'interprétariat, et travailler autant que faire se peut avec le même interprète. En tant qu'« expert » de communication, il prête en effet son langage verbal et non-verbal, et donc au-delà de fluidifier la conversation, il est co-créateur de la relation.

Quand et pourquoi passer de l'interprétariat à la médiation ?

Le concept de médiation a souvent été utilisé sans qu'il n'y ait jamais de véritable consensus autour de sa définition. Comme l'interprétariat, il s'agit d'un concept polymorphe avec une multiplicité des pratiques (Miklavcic et LeBlanc, 2014). De manière générale, la médiation interculturelle renvoie à l'intervention d'un tiers entre des individus ou des groupes à l'enracinement culturel différent. On peut cependant discerner deux visions de la médiation. D'une part la médiation est perçue comme une pratique visant l'intervention d'un tiers pour faciliter la circulation

d'information (rôle de-facto de l'interprète: certains parlent souvent d'interprète/ médiateur). Selon Michèle Guillaume-Hoffnung, dans sa définition juridique, «le médiateur est neutre, il ne rajoute rien au message de chaque partenaire» (Hoffnung, 2012). Dans la médiation relais également, le rôle du médiateur est limité à celui d'intermédiaire entre les usagers et les institutions (cf. l'expérience des femmes relais). À l'inverse, la médiation peut impliquer un processus de transformation et de participation active. Pour Serge Bouznah et Catherine Lewertowski, la médiation est une dynamique qui vise justement à modifier une situation, et le médiateur joue ainsi un rôle actif dans la recherche de solutions (Bouznah et Lewertowski, 2013).

Le passage de l'interprétariat à la médiation s'opère généralement à partir du moment où le déséquilibre inhérent à la relation soignant-soigné et à l'opposition entre discours expert et discours profane (Kleinman, 1980) entrave la mise en place d'une relation transférentielle positive, nécessaire au processus thérapeutique. Il s'agit alors pour le médiateur de mettre en place, à la fois par le biais d'un savoir-être (empathie avec le patient) et d'un savoir-faire (maîtrise de son rôle de tiers), un processus de triangulation qui permette au thérapeute de rendre accessible son travail aux besoins et aux représentations du patient d'une part, et au patient de trouver en la personne du médiateur un allié pour transmettre son histoire avec les modèles explicatoires qui lui sont propres (De Pury et Bouznah, 2009).

À l'instar du travail d'interprétariat, la médiation implique une réflexion sur le cadre thérapeutique lui-même, dans la recherche de pistes cliniques permettant d'améliorer l'état du patient. Le thérapeute doit ainsi considérer lui aussi le médiateur comme un pair, d'où la nécessité pour ce dernier d'acquérir les bases des approches psycho-pathologique et psycho-anthropologique¹.

Au Centre Minkowska, à l'occasion d'un projet européen (Projet T-Share) auquel ont participé cinq pays (la France, l'Italie, la Norvège, le Portugal et la Slovénie), nous avons formalisé le statut de médiateur culturel dans le cadre du soin en santé mentale (T-SHaRE, 2012). Des interprètes, médiateurs culturels, professionnels soignants y ont participé. Une charte professionnelle a été élaborée, définissant les paramètres de la médiation culturelle dans le cadre du soin, avec quelques critères innovants.

Dans cette charte, le médiateur culturel est un professionnel (qu'il appartienne à une institution de soin ou non) bilingue, formé à la confrontation des modèles explicatoires dans la relation de soin (cadre de l'anthropologie médicale clinique, cadre théorique de travail clinique) et au décentrage (évite toute forme de stigmatisation ou d'assignation culturelle, intentionnelle ou non). Il/Elle est formé(e) au fonctionnement des institutions de soin (trajectoires d'accès au soin) et aux différentes formes de prise en charge.

Les grandes lignes du programme de la formation à la médiation culturelle en santé mentale portent essentiellement sur :

- L'introduction aux principales pathologies psychiatriques ;
- La santé mentale des migrants et des réfugiés : Définition, prévention, éducation ;

¹ Serge Bouznah propose à cet égard la fonction de « médecin animateur » qui, en tant que médecin expert, va pouvoir « transposer une conception strictement pathologique de la maladie en une conception de cette dernière qui prend en considération sa dimension existentielle. » (De Pury et Bouznah 2009 :38).

- L'approche psycho-anthropologique : Culture, personnalité et processus d'acculturation ;
- L'asile et ses conséquences : Trauma et résilience ;
- L'organisation familiale en contexte migratoire : Approche systémique ;
- La Psychiatrie transculturelle centrée sur la personne : Approche psychopathologique qui tient compte des représentations culturelles de la personne sans pour autant focaliser sur la culture, en tenant en compte d'autres paramètres tels que les déterminants sociaux de la souffrance, les conditions d'accès aux soins, etc.

Le cas de Madame U.

Madame U. est une patiente originaire du Nigeria. Elle est anglophone, et est orientée au Centre Minkowska pour la problématique linguistique et la difficulté des institutions référentes (travailleurs sociaux et ASE) à communiquer avec elle, tant sur le plan linguistique qu'institutionnel. Lorsque nous rencontrons Madame U., en présence d'une interprète en anglais, elle est dans un état dépressif grave. En effet, elle a successivement enduré un parcours migratoire difficile durant lequel elle a subi plusieurs types de violences, une précarisation sociale et administrative suite à une perte d'emploi en Italie où elle s'était installée pendant presque dix ans, et une spirale de précarisation en France où elle avait suivi un homme qui avait fini par l'exploiter en la prostituant notamment. Suite à cette dernière expérience, la police l'avait arrêtée et on lui avait retiré la garde de sa fille. C'est à sa sortie de prison, seule, sans statut régulier et déchu de son autorité de mère que nous l'avons rencontrée. Au-delà de la reconstitution du parcours traumatique de Madame U. et de son impact sur son état psychique, l'intervention de l'interprète a rapidement mis en lumière les incompréhensions de Madame U., notamment concernant la définition et la logique du placement de son enfant, mais aussi la rigidité des acteurs institutionnels face aux incompréhensions et parfois aux oppositions de Madame U. Cette situation sociale ne permettait pas à Madame U. d'élaborer sur sa souffrance et sa situation, et empêchait le clinicien de travailler le lien de confiance et l'alliance thérapeutique qui en découle. Après discussion de l'équipe pluridisciplinaire du Centre, il a été décidé de faire le passage de l'interprétariat à la médiation, en accompagnant Madame U. non seulement sur le plan clinique mais également en éclairant le contexte social. L'objectif de ce passage à la médiation était de permettre la confrontation des représentations culturelles, pas seulement entre soignant/soigné, mais entre Madame U. et les acteurs institutionnels l'accompagnant, ainsi que sa fille. En considérant le médiateur comme partenaire à part entière de la relation de soin, en travaillant et élaborant avec lui les stratégies de travail clinique, le clinicien a ainsi pu progressivement mettre en place un suivi psychothérapeutique pour Madame U. Avant cela il lui aura fallu, avec l'aide du médiateur, travailler sur les logiques du placement des enfants en France pour Madame U., sur la confrontation des représentations culturelles liées à l'autorité parentale et aux définitions de ce que c'est d'être « une bonne mère ». Ce travail de médiation a intégré les acteurs institutionnels en les faisant participer à cette

confrontation des représentations culturelles, et en les accompagnant eux-aussi –par le biais d'échanges téléphoniques brefs– sur leurs pistes de travail, sans trahir bien sûr le secret médical. Le rôle du médiateur a ainsi consisté à résoudre un conflit de valeurs complexe, dans une situation de souffrance extrême. Il a permis à la patiente d'accéder à une meilleure compréhension de la réponse des institutions françaises face à sa situation, pour pouvoir ensuite mieux comprendre les intentions des différents acteurs les accompagnant, elle et sa fille, et pour pouvoir enfin avoir un transfert positif avec le clinicien et suivre une psychothérapie.

Les bénéfices de l'interprétariat et de la médiation

En termes de bénéfices pour la santé publique (Tabouri, 2009), et lorsqu'il n'y a pas de langue en commun entre le thérapeute et son patient, travailler avec un interprète ou un médiateur culturel dans le cadre du soin en santé mentale permet :

- Une fiabilité du diagnostic : Distinction entre souffrance psychique, troubles psychologiques, et troubles psychiatriques ;
- Une réduction des délais d'intervention, et donc récupération plus rapide pour le patient ;
- Sur le registre de l'économie de la santé, on note une efficacité des consultations, moins d'orientations vers les urgences, une adéquation des services par rapport à la demande ;
- Enfin, grâce à une prise en charge optimale, on peut avancer la dimension d'intégration par le biais du soin.

Au-delà des bénéfices sanitaires au sens strict donc, le recours à l'interprète ou au médiateur souligne un respect de la personne et de son droit à s'exprimer. À cet égard, il participe implicitement à la lutte contre les inégalités d'accès aux soins et les discriminations en santé dont la langue est un des facteurs centraux (Verrept, 2012).

BIBLIOGRAPHIE

- Bauer A. M., Alegria, M. - Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care : A systematic review. *Psychiatric Services* – 2010 - 61(8), 765–773.
- Bennegadi R., Kalil U.-A., Larchanché S., et Mitic Y. - Cultural Competence and Training in Mental Health Practice in Europe: Strategies to Implement Competence and Empower Practitioners. Background Paper, International Organization for Migration (IOM), available online: http://www.migrant-health-europe.org/files/Mental%20Health%20Practice_Background%20Paper%281%29.pdf
- Bouznah S., Lewertowski C. - Quand les esprits viennent aux médecins. 7 récits pour soigner. Paris, Editions In Press - 2013
- Camille B., Leanza Y., Rosenberg E., Vissandjée B., Kirmayer L., Muckle G., Xenocostas S., Laforce H. - Language Barriers in Mental Healthcare: A Survey of Primary Care Practitioners. *Journal of Immigrant Minority Health* - Publié en ligne le 29 décembre 2013
- De Pury S., Bouznah S. - La traduction, un outil pour guérir. *Soins psychiatrie*, n° 260, pp.34-40. – 2009 - Disponible en ligne sur : <http://www.ipaos-culture-et-sante.com/ipaos/presentation/#3>
- Es-Safi L. - La médiation culturelle dans les hôpitaux ou Comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant. *Pensée plurielle* - 2001/1 - n° 3, p. 27
- Favereau E. - Interprète à l'hôpital, pour dire les maux. *Libération* - 25 mai 2010
- Guillaume-Hoffnung M. - La Médiation. Collection Que Sais-je ?, Paris : PUF - 2012
- Kleinman A. - Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley, CA: University of California Press - 1980
- Kleinman A. - Benson P, Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It (Arthur Kleinman and Pete Benson), *PLoS Med* 3(10): e294. – 2006 - Disponible en ligne : <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0030294>
- Kotobi L., Larchanché S., Kessar Z. - Enjeux et logiques du recours à l'interprétariat en milieu hospitalier: une recherche-action autour de l'annonce. *Migrations Santé, Représentations et Pratiques Soignantes en Contexte Interethnique*, n° 146-147 - 1^{er} trimestre 2013
- Leanza Y. - Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. *Interpreting* – 2005 - 7(2), 167–192.
- Leanza Y., Miklavcic A., Boivin I., Rosenberg, E. - Working with interpreters. In L. Kirmayer, C. Rousseau, & J. Guzder (Eds.) Cultural consultation: Encountering the other in mental health care (pp. 89–114). New York, NY: Springer Science+Business Media - 2014
- Leanza Y., Boivin I., Moro M.-R., Rousseau C., Brisset C., Rosenberg E., Hassan G. - *Transcultural Psychiatry* - A paraître
- Lewis-Fernandez & Diaz - The cultural formulation : a method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatry Quarterly* 73(4): 271-95 - 2002
- Miklavcic A., et Le Blanc M.-N. - Culture Brokers, Clinically Applied Ethnography, and Cultural Mediation. In L. Kirmayer, C. Rousseau, & J. Guzder (Eds.) Cultural consultation: Encountering the other in mental health care (pp. 115-137). New York, NY: Springer Science + Business Media - 2014
- Gesine S, Moro M.-R. et Babet T. - Mental health care for unaccompanied minors in France: towards a comprehensive approach to the needs of a vulnerable minority. In Ingleby D., Charenza A., et Deville W. (Eds.), *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities*, volume 2 (pp.207-220). Garant Uitgevers N V - 2012
- Tabouri A. - L'interprétariat dans le domaine de la santé. *Hommes et migrations*, 1282-2009 - 102-106.
- T-ShaRE - Transcultural Skills for Health and Care. Standards and Guidelines for Practice and Training - avril 2012 - Disponible en ligne : http://tshare.eu/drupal/sites/default/files/confidential/WP11_co/MIOLO_TSHARE_216paginas.pdf
- Verrept H. - Notes on the employment of intercultural mediators and interpreters in health care In Ingleby D., Charenza A. et Deville W. (Eds.), *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities*, Volume 2 (p115-127). Garant Uitgevers N V - 2012