

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE
FACULTÉ DE SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES
INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

*Collaboration inter-professionnelle entre
psychothérapeutes et interprètes professionnels.
Quelle coopération mise en acte ?*

Méline Maksutaj

Mémoire de Maîtrise en Psychologie

Session de Janvier 2017

Directeur de mémoire : Jean-Claude Métraux

Experte : Fabienne Fasseur

SOMMAIRE

Introduction

*Collaboration inter-professionnelle entre psychothérapeutes et interprètes professionnels.
Quelle coopération mise en acte ?* 1

A. Élaboration théorique.....	5
1. Collaboration, coopération et coordination : quelles définitions, quels enjeux ?	5
1.1 Vers une définition du métier	5
1.2 Travail collectif.....	7
1.3 Collaboration	8
1.4 Coordination	10
1.5 Coopération	11
1.5.1 Visibilité	12
1.5.2 Confiance	12
1.5.3 Controverse et délibération	12
1.5.4 Arbitrage.....	13
1.5.5 Consensus et discipline	13
1.6 Synthèse.....	13
2. L'interprétariat communautaire en psychothérapie	15
2.1 Vers une définition de l'activité d'interprétariat communautaire.....	17
2.2 Passage de la dyade à la triade.....	18
2.3 Rôles et fonctions	20
2.3.1 Interprète ou traducteur ?	20
2.3.2 Le co-thérapeute :	21
2.3.3 L'avocat du patient :	22
2.3.4 Co-constructeur d'appartenances :	22
2.4 Difficultés perçues dans la collaboration.....	26
2.4.1 Attentes et représentations	26
2.4.2 Difficultés liées à la communication	27
3. Interprète communautaire en psychothérapie : une activité et une collaboration en négociation ?	29
B. Partie empirique	31
4. Méthodologie	31
4.1 Présentation des participantes.....	31
4.2 Récolte des données : l'interview dyadique	31

4.3	Guide d'entretien	34
4.4	Déroulement de l'entretien	35
4.5	Méthode d'analyse.....	35
5.	Résultats de l'analyse thématique	37
5.1	Présentation des thèmes	38
5.1.1	Eléments significatifs partagés.....	38
5.1.2	Rôles professionnels.....	43
5.1.3	La confiance	48
5.1.4	Articulation des domaines d'expertise	51
5.2	Discussion.....	55
6.	Conclusion	60
7.	Limites et perspectives.....	63
	Bibliographie.....	65
8.	Annexes.....	70
8.1	Code professionnel des interprètes communautaires et des médiateurs/trices interculturel-le-s (2005)	70
8.2	Code professionnel des interprètes communautaires et des médiateurs/trices interculturel-le-s (2015)	72
8.3	Guide d'entretien	74
8.4	Grille d'analyse thématique.....	76
8.5	Formulaire d'information	79
8.6	Formulaire de consentement.....	81
8.7	Retranscription de l'entretien	82

AVANT-PROPOS

L'élaboration de mon travail de mémoire s'est faite au fil de différentes rencontres et lectures au cours de mes deux dernières années en tant qu'étudiante en psychologie à l'Université de Lausanne. Deux cours auxquels j'ai participé durant mon Master en Psychologie clinique et psychopathologie de l'adulte ainsi que mon expérience de psychologue stagiaire à Appartenances Vaud ont contribué au choix final de mon thème de mémoire. Le cours dispensé par le Dr Jean-Claude Métraux intitulé *Santé et migrations et santé et altérités* m'a permis d'envisager ma future pratique professionnelle d'une manière innovante et riche de sens pour moi. J'y ai découvert une manière d'être en lien s'appuyant sur des concepts dont j'entendais parler pour la première fois : les similitudes fondamentales, les dons de paroles précieuses, la reconnaissance mutuelle. Par cette nouvelle approche, il semblait possible d'envisager la relation psychologue-patient – et toutes autres relations - en mettant l'accent sur l'importance de la création d'un lien social et moins sur le rapport soignant-soigné comportant une certaine asymétrie en terme d'échanges où le premier apporte son savoir académique et le second reçoit ce savoir brut, mais donne de lui-même ses douleurs, ses souffrances ; partage de son intimité.

Intéressée aussi par le monde du travail, j'ai suivi le cours de Michèle Grossen intitulé *Interactions et dialogues en milieu professionnel*. Dans lequel plusieurs thèmes ont été abordé, mais j'ai été particulièrement intéressée par les différentes approches des difficultés et des enjeux liés à la collaboration, au travail en équipe pluridisciplinaire, à la place des patients et à leurs rôles dans l'élaboration des démarches de soins. Il me semblait que les apports de Métraux (2011) pouvaient contribuer à concevoir autrement les relations dans le monde du travail entre collègues, entre professionnels et bénéficiaires et dans le travail collectif plus étendu, interdisciplinaire par exemple.

Lors de mon stage au sein de l'association Appartenances Vaud, j'ai été très intéressée par l'aspect collaboratif que je découvrais dans le travail des psychothérapeutes avec des interprètes. L'opportunité de pouvoir élaborer une démarche de soin avec le patient, mais aussi avec un professionnel issu d'un autre corps de métier me captivait de part ses richesses et sa complexité de mise en œuvre. Finalement c'est au travers de discussions avec mes collègues lors de mon stage et par mon implication éphémère dans une collaboration d'une dyade psychothérapeute-interprète que mon intérêt s'est précisé : je souhaitais approfondir ce qu'interprètes et psychothérapeutes mettaient en place concrètement pour coopérer.

Collaboration inter-professionnelle entre psychothérapeutes et interprètes professionnels. Quelle coopération mise en acte ?

Dans ce travail, il s'agira d'appréhender la collaboration entre psychothérapeutes et interprètes communautaires professionnels et de s'interroger sur les éléments qui soutiennent un ajustement mutuel au sein de la dyade et une collaboration satisfaisante pour les deux professionnels concernés.

Au jour d'aujourd'hui, dans des sociétés toujours plus cosmopolites, recourir à un interprète professionnel dans le domaine de la santé - plus précisément de la santé mentale pour ce travail – constitue un élément indispensable pour garantir l'égalité des soins et offrir des soins adaptés à des personnes en souffrance psychique issues de communautés migrantes et ne parlant pas la langue du pays d'accueil. Il s'agit avant tout de leur offrir la possibilité d'exercer leur droit à la parole (Métraux, 2002). Cependant, il existe relativement peu d'études menées sur l'interprétariat communautaire dans le domaine de la santé mentale et plus précisément en ce qui concerne la collaboration psychothérapeute-interprète. Pourtant, les prestations de santé adressées à des personnes allophones en présence d'un interprète professionnel se construisent dans la collaboration et leur qualité en dépend aussi (Hsieh, 2010). Il est à noter que la majeure partie de la littérature se concentre sur le point de vue des cliniciens et moins sur celui des interprètes. Pourtant, l'interprétariat dans le domaine de la santé mentale est souvent rapporté par les interprètes comme une charge de travail plus rude que dans d'autres domaines sociaux notamment de part l'implication émotionnelle évaluée par des interprètes comme parfois excessive (Goguikian, 2010).

Psychothérapeutes et interprètes appartiennent tous deux au système de soin occidental et y sont amenés à collaborer étroitement au quotidien au sein des mêmes institutions. De part les différents statuts et parcours de vie des personnes migrantes qu'ils reçoivent en consultation, leur pratique relève souvent, selon Sironi (2009), d'une pratique engagée. Cette pratique met en évidence le rôle de témoin engagé des criminalités politiques vécues, tout en restant ancré à « une parfaite et rigoureuse objectivité professionnelle » (p. 11) exigée dans les deux professions concernées.

Dans leur collaboration, les apports de l'interprète vont bien au-delà de la langue. L'interprète offre la possibilité au thérapeute d'avoir accès au sens donné par la personne à ce qu'elle vit. La présence d'un interprète professionnel permet notamment de rassurer, de dédramatiser et

d'expliquer aux patients la situation de consultation psychologique souvent ancrée dans des représentations de la maladie et de la folie très anxiogènes et stigmatisantes (Strasser & Goguikian Ratcliff, 2009). La présence même d'un interprète professionnel favorise chez les patients des sentiments de cohérence, de maîtrise et de continuité.

La collaboration s'élaborerait dans un ajustement mutuel entre interprète et psychothérapeute. Goguikian (2006) souligne que la composante la plus pertinente pour expliquer cet « ajustement interprète-clinicien » (p. 45) est la durée depuis laquelle ils travaillent ensemble. Ajustement dans lequel sont mis au travail différents contenus propres à cette collaboration comme la définition des rôles et fonctions de l'interprète, les représentations et les attentes mutuelles ainsi que les difficultés ressenties par les deux parties dans leur collaboration (Suardi & Goguikian Ratcliff, 2006; Goguikian Ratcliff, 2010 ; Boss Prieto & al., 2010 ; Elghezouani, 2010).

L'ajustement thérapeute-interprète dépendrait lui-même d'un temps relativement long d'adaptation et de négociation entre les professionnels concernés. Il découlerait de cet ajustement mutuel plusieurs éléments nécessaires au bon déroulement d'une psychothérapie adressée à un patient ne parlant pas la langue de son pays d'accueil. Selon Goguikian (2006) « il se créerait donc à force de travailler ensemble des représentations communes de la prise en charge entre thérapeutes et interprètes » (p. 45). Or, dans une pratique qui négocie avec les vagues migratoires et, de ce fait, doit s'adapter aux nationalités des interprètes en plus d'une question de disponibilités des différentes parties, il est plutôt rare qu'un même tandem psychologue-interprète professionnel ait l'occasion de collaborer régulièrement et sur le long terme.

De l'ajustement mutuel, dépend aussi la construction de l'alliance thérapeutique reconnue dans la littérature comme facteur d'adhésion, de qualité et de continuité du suivi psychothérapeutique (Boss-Prieto, De Roten, Elghezouani, Madera & Despland, 2010). Dans les thérapies où le psychothérapeute se trouve dans la nécessité de recourir aux services d'un interprète professionnel, il est aujourd'hui admis que le patient, originaire bien souvent de la même communauté d'appartenance de l'interprète, accorde premièrement sa confiance à celui-ci. Situation qui peut donner lieu à des différends au sein de la collaboration, voir mener le psychologue ou tout autre professionnel de la santé à préférer se passer des services d'un interprète professionnel (Goguikian Ratcliff, 2010).

Interprètes et psychologues lorsqu’interrogés sur ce qu’ils considèrent respectivement comme important dans leur collaboration rapportent leurs préoccupations quant à la délimitation des rôles. Les interprètes professionnels interrogés par Goguikian (2006) relevaient des difficultés de délimitation quant à leur rôle attendu de la part des cliniciens, mais aussi quant à leur positionnement face au patient : entre professionnel et pair issu d’une même communauté. Cette double appartenance (Métraux, 2002) génère une implication émotionnelle et une potentielle conflictualité identitaire entre identité personnelle, culturelle et professionnelle toutes trois mobilisées dans leur activité professionnelle quotidienne. Ceci n’est pas sans causer certaines difficultés pour les interprètes professionnels intervenant dans des settings psychothérapeutiques.

L’élaboration des représentations du rôle de l’interprète professionnel semble être un élément indispensable à prendre en compte dans l’établissement de la collaboration entre interprète professionnel et psychothérapeute. Pourtant, Gogukian & Suardi (2006) montrent que la plupart du temps le psychologue n’explicite pas ses attentes quant au rôle qu’il attend de la part de l’interprète professionnel. Il existerait donc une sorte de « mandat implicite » (Goguikian & Suardi, 2006) à l’intention de l’interprète en plus de consignes explicites. L’interprète prendrait connaissance de ces éléments implicites seulement sur le long terme, au fur et à mesure qu’il travaille avec la même personne.

Goguikian & Suardi (2006) montrent que les psychologues interviewés dans leur étude considéraient la position de l’interprète professionnel comme centrale dans le processus psychothérapeutique de leur groupe de consultation ethnopsychiatrique, mais que paradoxalement ils souhaitaient tout de même réfléchir seulement entre psychothérapeutes après la séance. Hsieh (2010) fait aussi état de conflits autour de la communication et des prises de pouvoir durant les interactions entre soignants et interprètes dénotant d’un certain protectionnisme de l’expertise des soignants vis-à-vis de celle des interprètes. Tout comme Métraux (2002), Hsieh (2010) met aussi en avant les asymétries entre les statuts sociaux propres au corps médical et ceux des interprètes professionnels se trouvant parfois encore en situation précaire et met en garde sur les éventuels abus de pouvoir qui peuvent en résulter dans la collaboration.

Dans l’ensemble, il semble bien que psychothérapeutes et interprètes soient confrontés à un certain nombre d’embûches potentielles à l’élaboration d’une collaboration satisfaisante pour

eux et efficace pour le patient. D'où l'intérêt d'interroger dans la suite de ce travail les éléments qui pourraient favoriser une coopération satisfaisante pour les deux parties.

Pour ce faire, je m'appuierai sur deux cadres théoriques différents. Le premier concerne la collaboration et s'inscrit dans la psychologie clinique du travail et le deuxième concerne l'interprétariat communautaire en psychothérapie. Selon Gaubert (2012), la clinique du travail permet d'investiguer « [...] les enjeux de la dynamique de l'expérience vécue du sujet et des collectifs en situation de travail » (p. 183). Ce champ théorique est vaste, je me concentrerai dans ce travail, sur des aspects liés à la collaboration. Dans la première partie théorique de ce travail, j'aborderai certains des enjeux et des difficultés génériques liés à la collaboration interprofessionnelle. Ce qui me permettra de poser un cadre théorique pour penser la collaboration entre psychothérapeutes et interprètes professionnels.

Dans la deuxième partie théorique, j'aborderai certains enjeux propres à l'évolution et à la définition du métier d'interprète communautaire dans la mesure où ces éléments influencent la collaboration entre psychothérapeutes et interprètes. Après avoir proposé des éléments de définitions concernant l'activité d'interprète en psychothérapie, certaines difficultés liées à la collaboration dans ce domaine d'activité seront approfondies comme le passage de la dyade à la triade, les rôles et les fonctions de l'interprète, les attentes et les représentations des psychothérapeutes et des interprètes quant au rôle professionnel de l'autre et des difficultés liées à la communication (Suardi & Goguikian Ratcliff, 2006; Goguikian Ratcliff, 2010 ; Boss Prieto & al., 2010 ; Elghezouani, 2010).

Finalement, suite à l'élaboration théorique, il s'agira dans la partie empirique d'explorer l'histoire de l'élaboration d'une coopération interprète-psychologue, constituée depuis plusieurs années dans l'association Appartenances Vaud. Le but de cette partie empirique est d'appréhender une expérience vécue de coopération en mettant l'accent sur la dimension du réel de l'activité (Dejours, 2009). Il est à préciser que ce travail s'inscrit en continuité avec mon premier stage clinique réalisé à Appartenances Vaud lors du semestre d'Automne 2015. J'ai réalisé un seul entretien qui appréhende une expérience unique de coopération entre une psychologue psychothérapeute FSP et une interprète professionnelle. Il s'agit d'une étude de situation exploratoire sans visée de généralisation dont l'élaboration s'est faite en partie en amont dans les échanges avec les deux participantes.

A. ÉLABORATION THÉORIQUE

1. COLLABORATION, COOPÉRATION ET COORDINATION : QUELLES DÉFINITIONS, QUELS ENJEUX ?

Pour commencer, il convient d'aborder le cadre dans lequel s'élaborent collaboration, coopération et coordination : le métier voire les métiers dans la collaboration interprofessionnelle. Une fois contextualisées, ces notions seront aussi définies dans ce chapitre.

Pour définir la notion de métier, je ferai appel à Clot (2007, 2008) qui l'interroge et le définit en mobilisant quatre modalités : personnelle, interpersonnelle, transpersonnelle et impersonnelle. Ce dernier appréhende le développement du métier sous l'angle de la controverse professionnelle et de la négociation (Clot, 2007). Cette négociation prend place dans un travail de collaboration : psychothérapeutes et interprètes professionnels sont amenés à collaborer dans un espace de chevauchement entre deux milieux professionnels parfois soumis à différentes tensions. La collaboration est essentielle et s'improvise dans un double mouvement de coopération et de coordination (Dejours, 2009; Ravon, 2012). Dans cette perspective, la collaboration professionnelle s'érige sur la co-construction d'un socle de connaissances partagées, se confronte et suscite l'hétérogénéité et s'appuie sur un travail d'articulation et d'actualisation des frontières entre les différents métiers (Grosjean & Lacoste, 1999 ; Ravon, 2012). Après avoir défini le métier selon Clot (2007, 2008) et Dejours (2009), je définirai les notions de travail collectif, de collaboration, de coopération et de coordination selon Dejours (2009).

1.1 Vers une définition du métier

Selon Dejours (2009), il existe un travail prescrit et un travail réel. Le travail prescrit relève des tâches, ce qui est attendu du travailleur et formalisé dans des procédures, les cahiers des charges, les codes déontologiques etc. Le travail réel/effectif est ce que le travailleur a l'impression de produire, ce qu'il produit, parfois en suivant les règles du travail prescrit, parfois en ne les suivant pas. L'écart entre les deux est le travail, au sens de Clot (2007), c'est-à-dire, une activité de transformation du monde. Selon Clot (2007), « l'activité est, dans la réalisation effective de la tâche, par elle mais aussi parfois contre elle, production d'un milieu d'objets matériels ou symboliques et de rapports humains ou plus exactement recreation d'un

milieu de vie » (p. 6.). En l'occurrence, la collaboration dont il est question dans ce travail réunit deux activités différentes : celle de psychothérapeute et celle d'interprète communautaire professionnelle se réunissant dans une activité à part entière de coopération (Dejours, 2009) – que j'aborderai après avoir développé la conception du métier selon Clot (2007).

Au-delà du rapport salarié et de l'emploi, la notion de travail questionne. Un travail est-il toujours un métier ? Selon Clot (2007), pour parler de métier, il doit s'agir d'une « discordance créatrice – ou destructrice – entre quatre instances en conflit d'une architecture foncièrement sociale » (p. 86). Cette architecture se compose de quatre dimensions :

1. Dimension impersonnelle : le métier a une composante impersonnelle de part la tâche ou la fonction définie. Cette dimension est décontextualisée, imputée à chaque travailleur ayant le même cahier des charges, par exemple. Elle est composée du travail prescrit, des tâches qui sont attendues du travailleur, cristallisée dans l'institution et indispensable dans la mesure où elle le codifie et l'officialise notamment par des documents officiels tels que les cahiers des charges ou les codes déontologiques contenant les prescriptions de tâches et les règles de métier.
2. Dimension personnelle : personnelle dans la mesure où chaque situation dans laquelle le travailleur se retrouve est singulière, est une activité réelle et est exposée à l'inattendu avec lequel il faut pouvoir composer.
3. Dimension interpersonnelle : ces mêmes situations singulières s'encrent dans des activités qui sont toujours destinées à un tiers et non reproductible de part leur unicité.
4. Dimension transpersonnelle : cette dimension est la plus complexe. Elle prend en compte l'histoire collective qui traverse le métier. Ce peut être des enseignements tirés de situations auxquelles plusieurs générations ont été confrontées, des attendus génériques et donc reproductibles contenus dans ce que Clot & Faïta (2000) nomment le « genre professionnel » en opposition au « style » - dont les définitions seront données ci-dessous. Cette dimension est dépendante du collectif de travail dans le sens où elle se construit et évolue grâce à lui : il lui donne la possibilité de vivre ou de disparaître.

Selon Clot (2007), ces quatre dimensions font le métier et montrent qu'il n'est pas sédentaire. Il vit grâce aux « migrations fonctionnelles » (p. 86) qui lient et délient ces instances les unes

avec les autres. Tant qu'il y a une dynamique de transfert entre ses quatre modalités d'existence, un métier se développe et vit.

Clot & Faïta (2000) définissent le genre par rapport à l'activité comme en représentant la partie immergée : « [...] ce que les travailleurs d'un milieu donné connaissent et voient, attendent et reconnaissent, apprécient et redoutent ; ce qui leur est commun et qui les réunit ; ce qu'ils savent devoir faire [...] sans qu'il soit nécessaire de respécifier la tâche chaque fois qu'elle se présente. C'est comme un "mot de passe" connu seulement de ceux qui appartiennent au même horizon social et professionnel » (p. 11). Le genre contient par exemple des contraintes, mais aussi des normes et des stratégies, issues de l'histoire collective du métier, permettant de faire face à des difficultés, des urgences propres à chaque corps de métier.

Le style permet, à partir du genre professionnel, de s'ajuster à chaque situation singulière et de créer des moyens personnalisés de mobiliser le genre dans son activité. Clot & Faïta (2000) précisent que le style n'est pas seulement « un attribut psychologique du sujet », mais qu'il se crée dans « [...] la transformation des genres dans l'histoire réelle des activités, au moment d'agir, en fonction des circonstances. Mais du coup [...] ceux qui agissent doivent pouvoir jongler avec les différentes variantes qui animent la vie du genre » (p. 15). Ainsi, le genre produit le style et le style vient rénover le genre dans une dynamique circulaire traversant les quatre modalités d'existence du métier et lui donnant ainsi vie.

Les perspectives de Clot & Faïta (2000) et de Clot (2007) permettent de mieux se représenter les subtilités et la complexité propres au fait d'être amené à collaborer et coopérer ensemble lorsqu'on provient de deux milieux professionnels différents avec leurs propres genres et leurs propres styles variant encore d'individu en individu.

Afin d'appréhender la collaboration, la coopération et la coordination, je commencerai par définir la notion de travail collectif comprenant ces trois formes lorsqu'il est pensé ou discuté dans la collaboration, mis en acte dans la coopération et organisé dans la coordination.

1.2 Travail collectif

Selon Dejours (2009), le travail collectif s'étaie dans la « mobilisation des intelligences individuelles » (p. 77). Il souligne que l'intelligence mobilisée dans le travail est créative et dépend fortement des singularités de chaque individu. Il en découle un risque dans le

développement du travail collectif. Dejours (2009) le décrit comme provenant du fait que cette multiplicité d'intelligences singulières ne tend pas spontanément à s'accorder mutuellement. Au contraire de part la divergence créée par leurs multiplicités, les intelligences individuelles comportent le risque de générer désordre, incohérence ou chaos. Selon Dejours (2009), « un travail collectif n'est possible que si l'on parvient à fédérer les intelligences singulières pour les inscrire dans une dynamique collective commune » (p. 77). Il est important de rappeler que dans la situation qui m'intéresse ici, il y a une troisième personne impliquée : le patient. Bien que l'accent soit mis sur la relation entre psychothérapeute et interprète, la relation avec le patient est partie prenante dans le travail collectif qui réunit ces trois protagonistes.

La dynamique collective produite par la réunion d'intelligences singulières prend forme dans « les chaînons intermédiaires de la coopération » décrits par Dejours (2009, p. 75). Je présenterai et définirai ces chaînons après avoir proposé des définitions pour les concepts de collaboration, coordination et coopération selon Dejours (2009), Ravon (2012) et Edwards (2011, 2012).

1.3 Collaboration

Le terme de collaboration est étymologiquement issu de *co-laborare* qui signifie : travailler ensemble. La collaboration est définie dans le glossaire du manuel de psychologie du travail et des organisations (2012) comme étant « le moyen de dépasser les limites individuelles » en « travaillant à une œuvre commune » (p. 404).

De manière générale, dans le monde professionnel, et en particulier dans le domaine social, il est souvent considéré que cela va de soi de collaborer, mais selon Edwards (2011) c'est quelque chose qui peut faire l'objet d'un apprentissage. Selon Edwards (2011, 2012), il existe une difficulté principale dans l'élaboration d'une collaboration : celle consistant à créer du savoir partagé. Edwards remarque que dans une équipe pluridisciplinaire il y a beaucoup de savoirs en circulation, mais que finalement ce que chacun sait du travail de l'autre est passablement réduit. Ces savoirs sont de différentes sortes : les acquis théoriques développés lors des formations, les savoirs-faire portant sur les actions à entreprendre, les savoirs concernant le vocabulaire et la communication spécifique à un corps de métier et finalement les savoir-être concernant les comportements adéquats à adopter dans telle ou telle profession (Edwards, 2011).

Comme nous l'avons vu précédemment avec Clot (2007) : toute activité est adressée à un ou des destinataires. En l'occurrence, dans leur coopération, psychothérapeute et interprète professionnelle s'adressent à un patient possédant lui aussi son domaine d'expertise et « co-construisent du soin » avec lui (Béal & Chambon, 2015).

En effet, dans la situation de triadique en psychothérapie, trois expertises sont en présence et seront donc mises en lien d'une manière ou d'une autre par les participants. Il convient d'aborder à présent les contenus de ces expertises et la manière dont ils sont définis en faisant un détour par la littérature concernant les interactions médicales. Lacoste (1993) distingue et définit l'existence de quatre sortes de savoirs impliqués dans la rencontre médicale incluant un tiers traducteur (professionnel ou non) (p. 48) :

1. Les savoirs du patient contiennent les événements biographiques, les rencontres avec d'autres médecins, les symptômes et l'évolution passée de sa maladie.
2. Les savoirs du médecin portent sur ses connaissances médicales spécialisées.
3. Les savoirs du médecin et du patient, eux, proviennent de ce qu'ils ont pu mettre en commun lors de leur rencontre ou auparavant.
4. Les savoirs de membre de la communauté portent sur les savoirs partagés par les membres d'une communauté partageant la même langue.

Lacoste (1993) souligne l'asymétrie existant entre ces formes de savoirs en présence : un savoir de spécialiste recherché par le patient pour guérir. Impliquant donc une relation de dépendance. Mais elle précise que l'asymétrie des savoirs se retrouve contrebalancée de part le fait que chaque protagoniste possède sa propre expertise. La situation dans la rencontre psychothérapeutique avec interprète professionnel implique aussi la rencontre et l'articulation de ces quatre sortes de savoirs.

Pour parvenir à créer du savoir partagé dans la collaboration, Edwards (2011, 2012) souligne qu'il y a un effort de décentration à fournir afin de se tourner et d'adopter la perspective d'autres professionnels pour voir et saisir les valeurs et les buts à l'origine de leurs actes. Après cette étape, il y a encore un effort à faire pour parvenir à articuler ses propres savoirs avec ceux des autres. La notion d'articulation des domaines d'expertise est considérée et définie par Grosjean & Lacoste (1999) comme constituant un travail supplémentaire et

nécessaire pour développer une collaboration efficace parce qu'il consiste à mettre en lien les expertises de chacun.

Edwards (2011) propose un concept permettant de penser la collaboration, basée sur la création de savoirs partagés et leur mise en concordance, comme pouvant faire l'objet d'un apprentissage à développer au cours des formations professionnelles. Il s'agit du concept de « relational agency » qui pourrait se traduire par « capacité d'action relationnelle » selon Grossen (2016). Edwards (2011) définit la « relational agency » comme suit : « [...] a capacity for working with others to strengthen purposeful responses to complex problems » (p. 34). Edwards en développant cette notion de capacité d'action relationnelle insiste sur l'importance de compétences relationnelles pour pouvoir collaborer efficacement. Elle considère qu'il s'agit d'une forme d'expertise supplémentaire en plus de l'expertise de chacun – en termes de savoirs - nécessaire à l'élaboration d'une collaboration satisfaisante et efficace entre professionnels

La collaboration telle que définie par Edwards (2011, 2012) et Grosjean & Lacoste (1999) prendrait ainsi la forme d'une conversation professionnelle permettant de créer des objets discutables au sein des équipes inter-professionnelles (Ravon, 2012). La collaboration s'élaborerait ainsi dans les réflexions, les discussions menées sur la manière de travailler ensemble tandis que la coopération, comme je le montrerai plus loin, concerne ce que les individus font pour collaborer, leurs actions. Néanmoins, les deux concepts sont interdépendants : la collaboration est essentielle dans le travail en équipe et s'improvise dans un double mouvement de coopération et de coordination (Dejours, 2009) – dont les définitions seront données ci-dessous.

1.4 Coordination

D'après le glossaire du manuel de psychologie du travail et des organisations (2012), la coordination « [...] est une conception anticipée de l'enchaînement des actions, un agencement des objets, une manière de disposer, d'arranger, de combiner en vue d'une fin. Cela conduit à ordonner des activités, c'est-à-dire à définir un ordre à suivre dans le temps, dans l'espace et entre les acteurs impliqués dans le processus de travail » (p. 404).

Selon Dejours (2009), la coordination représente une partie du travail collectif : son aspect prescriptif, organisationnel. Elle relève de l'organisation formelle du travail et comprend les

conditions qui favorisent la coopération. Mais Dejours (2009) insiste sur le fait que pour aborder dans son ensemble un travail collectif, il faudrait d'abord s'intéresser à la coopération. Il convient justement de s'y intéresser et d'en appréhender les « chaînons intermédiaires » décrits par Dejours (2009, p. 75).

1.5 Coopération

Dejours (2009) a développé une conception intéressante de la notion de coopération sur laquelle je m'appuierai tout au long de ce travail. Sa définition de la coopération s'encre dans une idée plus générale de « réel du travail ». En effet, selon Dejours (2009), le réel du travail ou de l'activité représente toutes les expériences telles qu'elles sont vécues par les individus dans leur activité professionnelle. Contrastant avec la dimension du travail prescrit qui représente les exigences et les obligations avec lesquelles les travailleurs s'adaptent, composent et innovent dans le réel du travail justement.

Dans mon travail, j'ai choisi de m'appuyer sur la notion de coopération telle que définie par Dejours parce qu'il la conçoit comme un processus se construisant sur le long terme, au fil des interactions et non comme une réalité « allant de soi » qu'il suffirait de favoriser en créant des conditions de travail particulières. Il donne ainsi plus de place à la liberté, la créativité et aux ressources dont disposent chacun pour composer avec les obligations du travail prescrit. Selon Dejours (2009), la coopération est un processus à élaborer « pour que puisse se constituer, sur le terrain, une équipe ou un *collectif* uni pour travailler ensemble » (p. 74).

Contrairement à la coordination, la coopération relève du travail vivant dans le sens où personne ne peut prescrire la coopération. Parce qu'elle relève de l'intelligence collective et se traduit par ce que les personnes choisissent de mettre en œuvre pour coopérer. La coopération n'est pas définissable à priori : son contenu concret dans une situation de travail échappe à une discussion préalable. Elle ne peut pas non plus être prescrite, mais seulement favorisée (Grossen, 2016). Dejours (2009) lors d'un entretien réalisé pour une revue scientifique, précise que l'intelligence collective permet un renversement de « [...] l'organisation prescrite du travail pour construire, à la place de la coordination, la coopération » (p. 227). Dans ce travail, je m'intéresse donc bien à explorer la coopération élaborée par deux professionnelles et non la coordination. Pour ce faire il est d'abord nécessaire de définir les différents « chaînons intermédiaires » de la coopération Dejours

(2009, p. 75). Ils sont au nombre de cinq : la visibilité, la délibération et la controverse, la confiance, l'arbitrage et le consensus.

1.5.1 Visibilité

La visibilité rend compte de la nécessité première pour développer une coopération de comprendre et de connaître la façon dont travaillent les autres. Parce que le cœur du travail effectif n'est pas visible pour autrui. Dejours (2009) précise que ceci implique d'explicitier aux autres sa propre manière de travailler, « c'est-à-dire comment je respecte les règles de travail et comment je fais des écarts par rapport à ces règles » (p. 78).

1.5.2 Confiance

La coopération s'établit à travers des liens de confiance indispensables qui ne peuvent être prescrits. La confiance complète le principe de visibilité qui ne sollicite pas seulement des efforts de communication et de clarification, mais aussi des prises de risques dans la coopération. Par exemple, selon Dejours (2009) s'ouvrir à l'autre en révélant ses astuces implique risquer de se les faire prendre et d'ensuite risquer de rendre visible « à côté de mon ingéniosité, les failles de mon savoir-faire, mes maladresses ou mes incompétences voire les infractions au règlement que je commets » (p. 78). Il existe aussi le risque que les informations révélées soient retournées contre soi. Ainsi, on ne montre les secrets de son travail seulement lorsqu'on a confiance en la loyauté de l'autre. La confiance est indissociable de la loyauté et relève de l'éthique selon Dejours (2009).

1.5.3 Controverse et délibération

Si la mise en visibilité et l'instauration « d'éthiques de la confiance » (p. 79) sont présentes, la controverse et la délibération des divers modes opératoires mis au point par les membres du collectif sont envisageables. Dans le but selon Dejours (2009) de retenir les modes opératoires les plus « avantageux pour la coopération et de rejeter voir d'interdire ceux qui sont nuisibles à la coopération » (p. 79). La délibération demande du temps et nécessite aussi une capacité du collectif à pouvoir développer ses compétences collectives. Au mieux, cette phase permet au collectif de dégager un consensus sur ce qu'il convient de faire ou non. Si la délibération ne progresse plus du tout, la seule solution est alors l'arbitrage.

1.5.4 Arbitrage

L'arbitrage est un procédé délicat à mener parce qu'il implique que la parole de certains collègues l'emporte sur la parole d'autres collègues. Il peut en résulter des frustrations, sentiments d'injustice, ressentiments qui nuiront à la coopération. C'est lorsque cet arbitrage est effectué avec l'appui de l'autorité des supérieurs qu'il peut être profitable à la progression du travail collectif.

1.5.5 Consensus et discipline

Le consentement de chaque collaborateur est attendu après aboutissement à un consensus ou après un arbitrage, si ce n'est un consentement volontaire, un accord basé sur la discipline serait à rechercher.

1.6 Synthèse

La notion de métier a été questionnée à travers ses modalités d'existence : impersonnelle, personnelle, interpersonnelle et transpersonnelle. Un métier, selon Clot (2007), vit et se développe grâce à une dynamique de transfert entre ces dimensions alimentées par le collectif de travail. Au sein du collectif de travail, les travailleurs issus d'un même domaine professionnel partagent un genre professionnel et à partir du genre, ils peuvent s'en distinguer dans leurs styles professionnels tout en continuant à prendre en compte et à rénover le genre.

Nous avons vu aussi qu'un métier comporte une part de travail prescrit et une part de travail réel (Dejours, 2009) ou activité selon Clot (2007). Le concept de travail collectif a été défini ainsi que les différentes formes qu'il peut prendre : collaboration, coopération ou de coordination. A ce stade nous avons vu dans la collaboration interprofessionnelle, la difficulté de parvenir à créer des savoirs partagés et à comprendre la manière de travailler et les buts de l'autre (Edwards, 2011, 2012). La deuxième difficulté consistant ensuite à pouvoir articuler efficacement ces différentes formes de savoirs entre eux. Ce travail d'articulation des savoirs se met en acte dans la coopération au travers de la visibilité et de la délibération lorsqu'une relation de confiance réciproque le permet (Dejours, 2009). Ces notions seront utilisées pour l'analyse de l'entretien dans la partie empirique.

Suite à ce premier chapitre théorique, nous allons aborder le second chapitre consacré à l'interprétariat communautaire en psychothérapie afin de se représenter les enjeux et les difficultés propres à la collaboration entre psychothérapeute et interprète professionnel. En effet, comme il s'agit de deux domaines professionnels spécifiques avec leurs propres histoires de métiers, leurs propres genres professionnels et qu'au sein de ces corps de métier viennent encore interférer les styles professionnels, il convient de consacrer une partie théorique aux spécificités décrites dans la littérature à propos de la collaboration entre psychothérapeutes et interprètes professionnels.

L'articulation de ces deux chapitres théoriques me permettra ensuite de développer mes questions de recherche et mon hypothèse qui seront explicitées dans la conclusion théorique. Afin de pouvoir ensuite aborder la partie empirique de ce travail.

2. L'INTERPRÉTARIAT COMMUNAUTAIRE EN PSYCHOTHÉRAPIE

Afin d'appréhender l'interprétariat communautaire en psychothérapie et les enjeux spécifiques à la collaboration entre psychothérapeute et interprète, je commencerai par présenter certains résultats d'une recherche menée par Elghezouani (2010) et les mettrai en perspective avec le développement de l'activité d'interprète communautaire. Pour ensuite en proposer une définition selon INTERPRET, Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle.

Elghezouani (2010) s'appuie sur l'analyse de l'activité¹ et approche la manière dont des interprètes appréhendent et font sens de leur activité. Il remarque que chaque interprète se positionne de manière unique face aux obligations définies dans la profession et face aux attentes des professionnels. Selon Elghezouani (2010), les interprètes s'approprient ainsi leur activité en développant leur propre « style personnel » d'interprétariat face au « genre » défini par exemple dans leur code professionnel, par l'institution ou par le professionnel avec qui ils collaborent. L'étude en question a permis de mettre en lumière l'existence d'un écart dans l'importance accordée à un ensemble de tâches prescrites relatives à la traduction (et à certains aspects déontologiques comme la confidentialité ou la neutralité) et une dimension majeure de l'activité d'interprète communautaire : celle de la dimension communautaire². Elghezouani (2010) précise d'ailleurs qu'aucune tâche relative à cette dernière dimension ne semble avoir fait l'objet de prescriptions.

Interpellée, je me suis rendue sur le site d'INTERPRET à la recherche de documents officiels comme les cahiers des charges, les codes de déontologie dans lesquels figurent en général les prescriptions et obligations à remplir en termes de tâches ou d'objectifs (Dejours, 2009). Il existe un code professionnel des interprètes communautaires et médiateurs/trices interculturelles datant de 2005 ainsi qu'une nouvelle version entrée en vigueur en juillet 2015. La création de ce nouveau code professionnel semble attester des considérations de plusieurs travaux à propos de l'évolution et de la quête de définition constante de l'activité d'interprète communautaire (Métraux, 2002 ; Goguikian & Suardi, 2006 ; Goguikian, 2010 ; Elghezouani,

¹ L'analyse de l'activité est une méthode utilisée en psychologie du travail permettant d'analyser les pratiques réelles à l'œuvre dans un collectif de travail. Voir Clot & Faïta (2000).

² Communautaire signifiant ici, selon Elghezouani (2010), « provenant de la même communauté que celle des clients, mais pas celle des professionnels » (p. 20).

2010 ; Bertschy, 2016). Trois changements semblent montrer une certaine évolution de la pratique des interprètes communautaires :

1. La rubrique *Mission sociale* préférée dans le code de 2015 au principe d'utilité sociale décrit dans le code de 2005 est plus fournie et fait référence à l'activité de médiation culturelle. Il y a par exemple la notion « d'établir des ponts linguistiques et culturels » et d'aide à la compréhension mutuelle et à la communication, auparavant absentes du code de 2005. Les fonctions de soutien social et de médiation relationnelle décrites ci-dessus (Elghezouani, 2010) ont pris plus de place que dans le code professionnel de 2005.
2. Le principe de neutralité³ défini dans leur code professionnel (2005) comme étant l'adoption d'« une attitude neutre envers les interlocuteurs » (p. 1) disparaît du code professionnel de 2015. Au profit de l'adoption d'une « attitude multipartiale » par laquelle il leur est demandé de « garder la même distance professionnelle par rapport à chaque interlocuteur avec comme objectif de permettre à toutes les personnes impliquées d'agir avec la plus grande autonomie possible » (p. 1). La notion d'autonomie à favoriser chez ces deux interlocuteurs n'apparaissait pas dans le code professionnel de 2005. Il est intéressant de remarquer qu'il s'agit aussi d'un élément présent dans le Code de déontologie de la Fédération Suisse des Psychologues (2011) dans la rubrique des *Principes éthiques* dans l'alinéa 1 intitulé *Respect des droits et de la dignité de la personne* (p. 10). Le droit à l'autonomie fait partie des droits fondamentaux relevant de la dignité de la personne.
3. Dans la version de 2015, il est fait mention de la pluralité des rôles de l'interprète dans la rubrique : *Clarté des rôles*. Il leur est demandé de signaler tout changement de rôles. Il semblerait donc que la diversité des rôles de l'interprète soit officiellement reconnue par INTERPRET comme faisant partie intégrante de leur activité. Néanmoins cette diversité des rôles semble encore être perçue comme une difficulté dans l'exercice de leur profession : la diversité des rôles figure comme motif d'interruption d'un mandat dans le code professionnel de 2015 sous la rubrique *Professionnalisme*.

³ La neutralité est définie dans *le petit Larousse en ligne* comme étant « l'état de quelqu'un, d'un groupe qui ne se prononce pour aucun parti ». A noter qu'il s'agit d'un principe déontologique faisant objet de débat pour la pratique des interprètes communautaires.

Dans le cadre de mon travail, il m'est paru important de prendre en compte l'existence de ce nouveau code professionnel dans la mesure où ma problématique porte sur la collaboration entre deux professionnels issus de corps de métier différents. En l'occurrence, l'activité d'interprète communautaire est encore engagée dans un processus de création de genres (Clot, 2007) et en recherche de définitions quant à son activité (Elghezouani, 2010). Alors que des professions comme celles de médecin, d'infirmier ou de psychologue sont plus anciennes et ont eu plus de temps pour développer et définir certains genres professionnels (Clot & Faïta, 2000) et bénéficient aussi d'une reconnaissance institutionnelle plus solide et de plus de clarté dans la définition de leur rôle professionnel. Les histoires de ces professions pourrait contribuer à éclairer les enjeux et les difficultés propres à la collaboration entre l'interprète communautaire et psychothérapeute. Face à des professions plus établies, comment se positionner dans la collaboration lorsque son statut professionnel d'interprète communautaire se trouve encore en construction et en quête de définition ?

2.1 Vers une définition de l'activité d'interprétariat communautaire

D'après une fiche d'information d'INTERPRET (2014), « l'interprétariat communautaire désigne la traduction orale [...] d'une langue à l'autre de tout ce qui est dit, en tenant compte de l'origine sociale et culturelle des personnes participant à l'entretien » et prend place « dans une situation de triologue –“dialogue à trois”– dans laquelle l'interprète communautaire peut se trouver physiquement sur place ou être en communication par téléphone » (p. 1). Il s'agirait là d'une partie de l'activité de l'interprète communautaire. Dans ce même document, INTERPRET (2014) présente aussi les objectifs principaux visés par l'interprétariat communautaire (p. 1) :

- Permettre le “bon fonctionnement” des prestations de service public et leur réalisation de manière professionnelle
- Assurer aux personnes migrantes un accès sans discrimination aux offres et aux prestations du service public ainsi qu'un traitement équitable.
- Garantir le passage des informations, permettre la compréhension des différences (d'ordre culturel, socio-économique, sociétal, linguistique, religieux, etc.) et fournir une aide pour une gestion constructive de celles-ci.
- Créer les conditions nécessaires à une compréhension mutuelle, à une relation de confiance et à une collaboration constructive.

- Renforcer les personnes migrantes dans leur responsabilité individuelle et soutenir les efforts d'intégration.

Ces objectifs précisent la part de leur activité d'interprète destinée à l'aspect communautaire – discuté précédemment. En reprenant les concepts de Clot & Faïta (2000) et de Dejours (2009), nous pourrions voir ces objectifs comme l'aspect prescrit de leur travail ou comme le genre qui pourrait constituer leur métier et seraient ensuite mis en acte dans le réel du travail et transformés au travers des styles professionnels de chacun.

Dans la mesure où interprète communautaire est une profession récente et en cours de développement, sa définition fait encore objet de discussions (Elghezouani, 2010 ; Goguikian Ratcliff, 2010 ; Bertschy, 2016). Il n'est donc pas évident d'en dresser une définition précise. Pour l'appréhender, je me concentrerai dans cette partie sur le contexte de l'interprétariat communautaire en psychothérapie et tenterai de définir leur activité en abordant différents apports de leurs prestations en psychothérapie, ainsi que les différents rôles professionnels qu'ils peuvent adopter.

Dans la psychothérapie, lors de la collaboration avec un interprète communautaire, des changements sont induits dans l'activité des psychothérapeutes avec lesquels il s'agira de trouver un certain ajustement. Nous allons commencer par aborder le changement du setting thérapeutique dû à l'introduction d'un tiers dans la dyade thérapeute-patient, puis nous aborderons les rôles et fonctions de l'interprète, les représentations et les attentes des psychothérapeutes envers l'interprète et les difficultés ressenties par les psychologues et les interprètes dans leur collaboration (Suardi & Goguikian Ratcliff, 2006; Goguikian Ratcliff, 2010 ; Boss Prieto & al., 2010 ; Elghezouani, 2010).

2.2 Passage de la dyade à la triade

L'interprète professionnel exerce quotidiennement son activité dans une triade. Tandis que pour un psychothérapeute, avoir recours à un interprète implique une modification de la configuration relationnelle avec laquelle il travaille habituellement : la dyade psychothérapeute/patient. L'introduction d'un tiers intervenant directement dans la communication entre le psychothérapeute et son patient peut susciter diverses réticences et même de la méfiance chez les professionnels (Goguikian Ratcliff, 2006). Dans les interactions, les interprètes structurent et coordonnent activement les échanges (Wadensjö,

1998) dans la mesure où ils sont le dénominateur commun de « la triade composée de trois dyades : thérapeute- interprète, thérapeute – patient et interprète-patient » (Goguikian & Changkakoti, 2004, p. 263). La compréhension ou l'incompréhension mutuelle des buts des interventions de chacun influe sur la dynamique triadique en créant parfois des déséquilibres momentanés (Goguikian & Changkakoti, 2004).

Suite à une enquête de terrain menée en France sur les enjeux et les problèmes soulevés par la collaboration avec un interprète en santé mentale, Béal & Chambon (2015) constatent que certains cliniciens perçoivent le passage à la triade comme un trouble pour la démarche de soin. Les auteurs proposent l'explication suivante : la configuration triadique« [...] peut participer à rendre la relation de soin étrange, non dans son contenu mais dans sa forme. L'incommunicabilité se situerait moins dans l'impossibilité de se faire comprendre et de comprendre ce que dit l'autre, que dans l'impossibilité de comprendre ce type de communication en tant que tel et de savoir comment construire du soin avec elle » (p. 14).

Ainsi certains thérapeutes interviewés expérimentent plus de difficultés avec le setting à trois où ils peuvent parfois ressentir « [...] une exclusion de l'échange et finalement une perte de pouvoir et de contrôle » (p. 14) qu'avec la compréhension du contenu des échanges.

Selon De Pury (1998), ce sentiment d'inconfort peut s'expliquer du fait qu'en occident, il est commun de discuter sans intermédiaire dans la majorité des situations. Le processus de médiation est donc souvent perçu comme un « dispositif artificiel » (p. 75).

Dans la configuration triadique, Weiss et Stuker (1998) observent l'émergence de « [...] tendances à l'idéalisation ou, à l'inverse, la mise en évidence des complications » (p. 42). Il semblerait qu'il soit souvent délicat de parvenir à mobiliser et à réunir au mieux les ressources et les compétences de chaque professionnel. Les raisons de ces difficultés d'ajustement au sein de la dyade psychothérapeute/interprète professionnel sont multiples. D'une part, il convient de souligner le rapport d'inégalité induit au sein de la triade par l'asymétrie des statuts sociaux (Weiss et Stuker, 1998 ; Kilmkiewicz, 2005 ; Métraux, 2011). D'autre part, plusieurs frictions peuvent s'installer autour du contrôle dans le déroulement de l'entretien et dans la compréhension du rôle de l'interprète au sein de la dyade professionnelle (Hsieh, 2010). Par exemple, des tensions émergent souvent autour d'un idéal de neutralité souhaité dans le rôle de l'interprète par le psychothérapeute et parfois par les interprètes eux-mêmes (Goguikian Ratcliff & Suardi, 2006). Selon Weiss et Stuker (1998), l'attente d'un tel

positionnement relève d'un paradoxe dans la mesure où l'interprète participe avec sa propre subjectivité aux interactions, il ne peut être relayé au rôle de simple machine à traduire et agit d'une manière ou d'une autre dans le processus thérapeutique (Hsieh, 2010).

Afin d'éclairer au mieux ces tensions potentielles au sein de la dyade psychothérapeute-interprète professionnel, il convient d'aborder les multiples définitions possibles des rôles de l'interprète.

2.3 Rôles et fonctions

Dans le but d'offrir un aperçu des différents rôles des interprètes, je me baserai sur une classification réalisée par Weiss & Stuker (1998) : le traducteur mot à mot, le traducteur restituant le sens, le co-thérapeute et le tiers avocat du patient. Afin de compléter cette classification, je présenterai aussi les rôles de « médiateur culturel », de « co-constructeur d'appartenances » appréhendées lors du cours du Dr. Métraux (2015).

2.3.1 *Interprète ou traducteur ?*

♣ *Le traducteur mot à mot*

L'interprète peut choisir d'exercer une traduction mot à mot ou cette modalité peut lui être demandée. La traduction mot à mot demeure stricte dans sa forme et consiste à traduire les paroles des patients de manière littérale. Selon Boivin, Brisset & Laenza (2011), si cette forme de traduction persiste dans la pratique des interprètes communautaires, cela proviendrait du domaine professionnel de l'interprétariat de conférence qui demeure la référence pour l'interprétariat communautaire. Il découlerait aussi de l'interprétariat de conférence, un idéal de neutralité attendu aussi dans la pratique des interprètes communautaires. Selon Boivin, Brisset & Laenza (2011), attendre de l'interprète qu'il occupe une position neutre « sert ainsi à assurer la confiance du médecin, rendre la pratique de l'interprète transparente et guider les interprètes en toutes circonstances. Pour ces praticiens, l'idéal est représenté par la métaphore de la machine à traduire » (p. 111).

Selon Weiss & Stuker (1998), dans la rencontre psychothérapeutique, cette option relèverait plutôt de l'importance du langage pour la psychothérapie. Métraux (2002) avance l'idée que si psychiatres et psychologues privilégient ce modèle de traduction c'est qu'ils pensent ainsi éviter toutes influences émotionnelles dans le processus de traduction. Weiss & Stuker (1998) soulignent la fonction paradoxale attribuée à l'interprète par ce type de traduction : « derrière

la recherche d'une traduction littérale se cache ainsi parfois l'objectif de l'invisibilité de l'interprète » (p. 44).

♣ *Le « traducteur restituant le sens » ou « médiateur culturel »*

Selon Weiss & Stuker (1998), le médiateur culturel s'investit de telle manière à établir la compréhension mutuelle entre deux personnes « [...] vivant dans des contextes socioéconomiques et culturels distincts » (p. 45). La compréhension du sens est particulièrement importante dans le domaine de la santé L'interprète privilégiant la restitution du sens lors de ses prestations s'efforce de comprendre et de restituer la signification des paroles qu'il doit transmettre.

Métraux (2002) souligne la distinction entre traduire et interpréter en précisant que si « les codages culturels des deux partenaires diffèrent, l'interprète se doit de restituer le sens culturel latent caché sous le sens manifeste ; il ne peut se contenter de traduire, il doit *interpréter* » (p. 125). C'est-à-dire chercher à comprendre les sens « latents, psychique et social » (p. 125) des paroles échangées. De Pury (1998) souligne à ce propos que pour parvenir à appréhender le sens des mots, il est nécessaire « [...] d'interroger la langue qui permet d'accéder au monde dont on parle » (p. 59). La recherche de la compréhension mutuelle passe alors par la « convocation du monde du patient » pour emprunter les mots de Courbin (2008) afin de créer un pont entre les mondes en présence lors de la consultation.

2.3.2 Le co-thérapeute :

La conception du rôle de co-thérapeute a été élaborée dans les années 1990 au sein d'un courant ethnopsychiatrique francophone (de Pury, 1998 ; Métraux, 2002). Ce furent les premiers à faire une proposition théorique du rôle de l'interprète dépassant les attentes de traduction, d'information et de médiation. Ainsi cette « fonction de co-thérapeute » (Métraux, 2002) réunit un ensemble de rôles qui seraient attendus de l'interprète en séance. Goguikian Ratcliff (2010) rapporte qu'il devrait alors « [...] à la fois être le représentant du groupe socioculturel d'origine du patient ; avoir une expertise dans les explications étiologiques culturelles et les techniques de soin traditionnelles ; jeter des passerelles entre les deux mondes en présence moderne et traditionnel ; et enfin, aider activement le thérapeute principal à mener les échanges au sein du groupe thérapeutique » (p. 46). Cette posture nécessite donc de la part de l'interprète bien plus « [...] d'engagement et d'implication dans le processus

thérapeutique » (p. 46) que dans les rôles présentés ci-dessus. Mais elle lui confère aussi une place plus importante aux côtés du psychothérapeute (Weiss & Stuker, 1998).

Métraux (2002) relève toutefois qu'il existe d'importants écarts entre une définition théorique de la fonction de co-thérapeute et « la réalité de fait sur le terrain » (p. 124). Dans la mesure où il existe une asymétrie de fait entre les statuts du psychothérapeute et de l'interprète, « l'égal status » une condition majeure pour pouvoir parler de co-thérapie, n'est pas remplie selon Weiss & Stuker (1998).

2.3.3 L'avocat du patient :

En adoptant cette fonction d'avocat du patient, l'interprète s'engage encore plus aux côtés du patient et n'est clairement plus dans une position de neutralité. Cette posture est ancrée dans une réalité prenant en compte l'inégalité sociale dans laquelle évoluent les personnes allophones confrontées aux systèmes de soins occidentaux (Weiss & Stuker, 1998 ; Métraux, 2002 ; Goguikian, 2006, 2010). En effet, face aux soignants « inclus » dans le pays d'accueil, les patients migrants sont placés dans un rapport social d'exclusion et dans un rapport de pouvoir dominants/dominés (Métraux, 2002).

L'interprète prend alors sur lui de défendre les droits du patient en veillant à ce que sa parole soit entendue et respectée, à ce qu'il n'y ait pas de discrimination ou d'abus de pouvoir (Weber, Singy & Guex, 2009).

2.3.4 Co-constructeur d'appartenances :

Par la conception théorique du rôle de l'interprète comme co-constructeur d'appartenances, Métraux (2002) signale la place toute particulière de celui-ci dans le cheminement vers la compréhension et l'accueil du « sens de l'autre » (p. 128). Le sens de l'autre est à entendre ici comme portant les « significations imaginaires sociales » co-construites et partagées au sein de la ou des communautés d'appartenance de chaque personne (Métraux, 2011). Le monde de sens d'une communauté comprend les manières dont ses membres donnent du sens au monde, aux relations au sein de la communauté, à leur propre communauté et au territoire sur lequel elle vit. Les mondes de sens s'élaborent intérieurement et ne sont pas d'emblée accessibles consciemment à la personne elle-même et encore moins à quelqu'un d'extérieur à la communauté dont il est question. C'est par l'apprentissage de la langue que l'enfant s'insère

petit à petit dans son monde de sens et peut ainsi *en être*, se sentir appartenir à un monde sens (Métraux, 2011).

L'interprète appartient à une communauté d'origine, mais il s'est aussi inséré dans le pays d'accueil et dans l'institution dans laquelle il s'est formé et pour laquelle il travaille. Il a ainsi une double appartenance et évolue constamment entre deux mondes de sens différents. Métraux (2002) attire l'attention du lecteur sur le fait qu'il y a aussi une « double contrainte » (p. 128) liée au fait que l'interprète a un double mandat de travail : être au service de l'institution et du patient migrant. Il n'est pas évident de se positionner entre deux communautés et l'interprète peut être confronté à des conflits de loyauté importants. Toutefois suivant la manière dont l'interprète vit et accueille cette double appartenance, Métraux (2002) avance que si l'interprète parvient à créer une négociation intérieure des significations imaginaires et sociales de ses deux communautés d'appartenance, il peut devenir « [...] l'artisan d'un élargissement de la brèche, d'une meilleure compréhension mutuelle des cultures respectives, d'une possible confiance entre 'soignants' autochtones et 'soignés' migrants » (p. 128).

Dans cette perspective idéale, l'interprète va faire de son mieux pour construire des appartenances communes afin de parvenir à créer un monde de sens partagé entre le psychothérapeute et le patient.

Pour y parvenir, l'interprète devrait s'impliquer personnellement pour créer de la reconnaissance mutuelle entre le patient et lui-même. Pour créer une relation basée sur la reconnaissance mutuelle, Métraux (2002) préconise de porter une attention toute particulière à la qualité et à la quantité des paroles échangées. Métraux (2011) porte l'attention du lecteur sur trois niveaux qualitatifs des paroles :

1. Les paroles monnaies : les échanges de paroles monnaies peuvent se réaliser dans toute relation, elles n'ont pas de signification importante pour l'un ou l'autre des interlocuteurs. Elles n'ont pas valeur de lien social réciproque. Métraux (2011) nomme comme exemple les paroles d'enseignants dispensées lors de leurs cours qui peuvent être retransmises à n'importe qui et ne nécessitent ainsi même pas forcément la présence des élèves. Elles se retrouvent aussi dans les paroles des corps professionnels des soignants et des travailleurs sociaux dans la mesure où ils ne partagent rien d'eux-mêmes, ils ne se soucient pas de ce qu'il va advenir de leurs paroles contrairement aux

usagés qui eux livrent majoritairement des paroles précieuses – définies ci-dessous – dans l’attente d’une prise en compte de ces paroles.

2. Les paroles précieuses : en revanche, sont déjà colporteuses d’un certain indice de la qualité relationnelle en jeu. Elles vont au-delà de leurs contenus : elles informent sur la réciprocité du lien social engagé. Elles sont échangées lorsqu’il existe un lien de confiance entre les interlocuteurs et elles participent au développement de ce lien et de la qualité de la relation engagée. Les paroles précieuses portent par exemple sur nos sentiments, nos souffrances, nos limites en termes d’impuissance, d’ignorance (dans le sens de non-savoirs) et d’incompétence, ainsi que sur toute forme de reconnaissance (Métraux, 2011).
3. Les paroles sacrées : sont, elles, uniquement réservées aux membres de la famille, de la communauté ou à des cercles d’amis restreints parce que leur partage pourrait mettre en péril la cohésion et l’identité familiale ou collective. Les secrets de famille en sont un exemple.

En ce qui concerne la relation psychothérapeute-patient, le psychothérapeute reçoit des paroles précieuses de la part du patient, mais y répond principalement par des paroles monnaies. L’échange en termes de dons et de contre-dons de paroles précieuses n’est alors pas réciproque. Le psychothérapeute s’il en prend conscience, peut tenter de créer un équilibre en étant attentif à partager aussi des paroles précieuses, en remerciant le patient lorsqu’il lui partage des paroles précieuses, et en respectant la sphère sacrée du patient, c’est-à-dire d’aller au rythme du patient, en respectant ses silences et les sujets qu’il ne souhaite pas aborder.

L’interprète en tant qu’intermédiaire dans ces échanges tient un rôle crucial mais éprouvant, dans la mesure où il reçoit et donne deux fois des paroles précieuses : il se trouve dans une situation de « double endettement » (Métraux, 2015) non propice à la création d’une alliance. Pour l’interprète, il n’est pas évident de faire don de paroles précieuses de part sa fonction et aussi parce qu’il pourra le faire uniquement si le psychothérapeute lui laisse cette possibilité. S’il ne peut le faire dans le cadre des séances, il tentera de rendre ce qui lui a été donné de précieux par des moyens dépassant ses obligations d’interprète professionnel en donnant par exemple son numéro privé aux patients.

Nous avons vu qu’il existe plusieurs conceptions différentes du rôle de l’interprète et qu’il ne s’agit pas d’un rôle fixe. Les interprètes s’adaptent constamment en modifiant leurs styles

(Clot, 2007) en fonction des professionnels et de leurs attentes. Il ne semble pas exister de consensus quant à une définition généralisable de l'activité d'interprète communautaire exigeant une grande flexibilité de leur part (Elghezouani, 2010 ; Bertschy, 2016).

Elghezouani (2010) fait aussi état de quatre fonctions principales traversant ces différents rôles et décrites par les interprètes lorsqu'il leur était demandé de définir leurs rôles (p. 22) :

1. La fonction technique : consiste à faire passer un message d'une langue à une autre.
2. La fonction de communication : rendre la communication accessible aux deux acteurs et faciliter la compréhension mutuelle.
3. La fonction de médiation relationnelle⁴ : favoriser le développement d'une relation de confiance entre le psychothérapeute et le patient.
4. La fonction de soutien social : aider et assister les patients en mobilisant leurs connaissances lors des séances mais aussi en dehors.

Elghezouani (2010) met en avant la perspective des interprètes sur la définition de leur propre rôle. Il remarque que les interprètes revendiquent surtout leur implication relationnelle ainsi que leur fonction sociale dans la définition de leur métier. Ces fonctions peuvent être reliées aux rôles de médiateur culturel et d'avocat du patient précédemment définis. Toutefois comme le souligne Elghezouani (2010), ces deux dernières fonctions ne sont pas explicitement prescrites aux interprètes dans leur code professionnel⁵. Leur mise en œuvre dépend majoritairement de la manière dont chaque interprète souhaite se positionner et de la manière dont le psychothérapeute conçoit le rôle de l'interprète. Mais Elghezouani (2010) souligne que de manière générale, les interprètes « définissent leurs fonctions et leurs rôles comme indispensables et utiles non seulement aux professionnels qui les engagent, mais aussi aux communautés auxquelles les patients, et eux-mêmes d'une certaine façon, appartiennent » (p. 23). Les deux collaborateurs ont donc chacun des attentes et des représentations du rôle de l'interprète qui peuvent ou non être similaires. Nous verrons ci-

⁴ Voir Boss-Prieto, de Roten, Elghezouani, Madera & Despland (2010) pour une réflexion théorique plus approfondie sur l'alliance thérapeutique en situation interculturelle et sur le rôle de médiateur relationnel de l'interprète.

⁵ Le code professionnel des interprètes communautaires suisses établi par INTERPRET figure dans les annexes.

dessous que des divergences entre ces représentations peuvent générer certaines difficultés dans la compréhension mutuelle (Goguikian Ratcliff & Suardi, 2006).

2.4 Difficultés perçues dans la collaboration

2.4.1 *Attentes et représentations*

Lors d'une étude interrogeant des psychothérapeutes et des interprètes professionnels, Goguikian Ratcliff & Suardi (2006) mettent en avant les difficultés éprouvées par les uns et les autres dans la collaboration. Elles montrent le rôle primordial de la concordance ou des différences de représentations quant à la définition du rôle de l'interprète. En effet, nous avons constaté lors du chapitre consacré aux rôles des interprètes, qu'il en existe théoriquement une multitude, mais Goguikian & Suardi (2006) montrent que le rôle effectif adopté par l'interprète résulte d'une adaptation des représentations et des attentes des deux acteurs.

A propos des représentations du rôle de l'interprète, les chercheuses ont constaté l'existence d'un consensus entre interprètes et psychothérapeutes : ils semblent s'accorder sur l'idée que ce sont les rôles de traducteur et de référent culturel qui priment sur celui de médiateur ou de co-thérapeute. Mais cela ne fait toutefois pas l'objet d'un consensus, selon Métraux & Alvir (1995), les interprètes se revendiquent aussi des rôles de médiateurs culturels et revendiquent une position de « spécialistes des mentalités et des coutumes ». La distinction des rôles de chacun ne transparaît pas clairement dans la littérature, mettant plutôt en évidence des ambivalences de chaque côté comme le montre Goguikian (2010) chez les interprètes « qui se réclament d'incarner le rôle de référent culturel tout en se glissant très facilement dans le rôle d'agent du système de soins » (p. 43). Chez les psychothérapeutes, l'ambivalence transparaît dans les différents degrés d'inclusion de l'interprète dans les réflexions cliniques (Goguikian Ratcliff & Suardi, 2006).

En ce qui concerne le rôle de co-constructeur d'appartenances abordé plus haut, Goguikian Ratcliff & Suardi (2006) remarquent que les interprètes se définissent fortement comme appartenant au groupe des thérapeutes. Des enjeux de démarcation identitaire semblent ici être en jeu pour les interprètes devant se positionner constamment entre ces deux appartenances. Sur cet aspect, le groupe de thérapeutes interrogé semble peiner à se positionner et pris dans des enjeux de pouvoir autour de l'intégration de l'interprète dans les réflexions cliniques post-séance. Goguikian Ratcliff & Suardi (2006) qualifient cette ambivalence de

« protectionnisme » (p. 45) de leur domaine professionnel « [...] face à l'interprète qui incarnerait un autre corps de métier » (p. 45). Interprètes et psychothérapeutes se retrouvent confrontés à une menace identitaire (Cohen Emerique, 2002, cité dans Goguikian Ratcliff & Suardi) : les premiers face à la charge émotionnelle liée à leur double appartenance; les seconds en tant que professionnels de la santé mentale sont confrontés à l'introduction de ce tiers dans leur domaine professionnel bien établi.

Si nous revenons ici sur la perspective de Métraux (2011), où collaborer avec un interprète contribue à favoriser la reconnaissance de l'autre – en l'occurrence d'un patient migrant inscrit dans un monde de sens (Métraux, 2011) - il semble pertinent de questionner aussi le développement d'une reconnaissance mutuelle entre psychothérapeute et interprète. Dans la mesure où la reconnaissance mutuelle pourrait alors permettre aux psychothérapeutes d'entrevoir la présence de l'interprète autrement qu'une menace identitaire et de parvenir à la co-construction d'un monde de sens partagé dans leur collaboration. Sans compter que l'interprète pour pouvoir créer de la reconnaissance mutuelle avec le patient dépend du psychothérapeute. Pour que ce dernier entre en matière, Métraux (2002) remarque qu'un long travail de deuil est nécessaire : celui du « deuil de la maîtrise totale de l'échange » (p. 131).

2.4.2 Difficultés liées à la communication

Dans une étude récente réalisée aux Etats-Unis, Hsieh (2010) investigate précisément les perceptions de la compétition et les stratégies de contrôle déployées dans les interactions en entretien médical entre soignants et interprètes dans la communication avec le patient. Elle met en évidence trois sortes de situations dans lesquelles soignants et interprètes rencontrent souvent des difficultés de communication et de compréhension : « (a) adopting different speech conventions, (b) controlling other's narratives, and (c) overstepping expertise and role boundaries » (p. 156).

La première situation provient de la pratique de l'interprète parfois formé à utiliser certaines stratégies verbales et non-verbales pour façonner les interactions d'une certaine manière. Par exemple en utilisant la première personne lorsqu'il traduit l'un ou l'autre des intervenants et en évitant le plus possible les contacts visuels. Ils prennent ainsi le moins de place possible dans l'interaction en pensant faciliter et parfois améliorer l'interaction directe entre le patient et le soignant. Mais ces comportements peuvent parfois être interprétés par les soignants comme inutiles voir dérangeants. Ces exemples illustrent bien les propos de Béal & Chambon

(2015) quant au sentiment d'étrangeté de la communication parfois rapporté par les psychologues interrogés dans leur enquête. Dans la deuxième situation, à propos des stratégies de contrôle sur le récit de l'autre, Hsieh (2010) constate que les interprètes peuvent interrompre le soignant ou refuser de traduire lorsqu'ils trouvent qu'il y a quelque chose de culturellement déplacé ou inefficace et parfois ils adaptent les mots utilisés pour faciliter la compréhension du patient. Les soignants eux aussi ont des stratégies pour préserver un certain contrôle sur les interventions des interprètes malgré le fait qu'ils ne comprennent pas les échanges entre l'interprète et le patient. Hsieh (2010) observe principalement des tentatives de surveillance de la longueur du discours de l'interprète comparé à celui du soignant initialement prononcé.

Certains soignants cherchent aussi à reconnaître des mots avec lesquels ils se sont familiarisés au fil du temps dans une langue étrangère. Les comportements non-verbaux ainsi que les intonations permettant de refléter un état émotionnel sont considérés comme universaux et donc perçus comme des indices fiables de la fidélité de la traduction. L'auteur mentionne aussi que certains soignants n'hésitent pas à interrompre l'interprète s'ils ont l'impression que son comportement non-verbal n'est pas en adéquation avec l'intentionnalité émotionnelle recherchée ou s'ils estiment un déséquilibre dans les deux temps de parole.

Finalement, dans la troisième situation, Hsieh (2010) observe des conflits survenant lorsque l'un ou l'autre sort de sa propre expertise professionnelle et est alors perçu par l'autre comme empiétant sur son domaine d'expertise. Elle utilise d'ailleurs le terme de « role boundaries » pouvant être traduit en français par « frontières des rôles » professionnels en l'occurrence. Plusieurs des soignants interrogés par Hsieh (2010) rapportent avoir parfois rencontré des difficultés avec des interprètes expérimentés et appréciés dans la collaboration sur le long terme, mais qui dépassaient parfois leur domaines d'expertise. Hsieh (2010) avance qu'il s'agit là d'une impasse à la collaboration : « As interpreters gain their expertise in mediating a medical dialogue, they may begin to claim medical expertise » (p. 157). Cela peut devenir problématique dans la collaboration lorsque l'interprète souhaitant s'investir au mieux dans la médiation culturelle mélange la restitution d'une interprétation d'un savoir médical avec le fait de dispenser ce savoir. Hsieh (2010) donne l'exemple d'une interprète qui pour informer au mieux des patients nigériens des médicaments utilisés aux Etats-Unis donnait sa propre définition de deux médicaments différents, mais qui en l'occurrence était apparemment fausse.

Les soignants se réclament de la priorité de leur domaine d'expertise médical sur le domaine d'expertise de l'interprète aux yeux du patient. Ils rapportent en majorité penser que l'expertise de l'interprète n'intéresse pas tant que ça le patient, qu'il vient prioritairement pour être soulagé de ses douleurs. Hsieh (2010) met en exergue que l'asymétrie entre les statuts professionnels, mais également sociaux entre soignants et interprètes fait fois et voix aux Etats-Unis. En effet, plusieurs des soignants ayant participé à son étude rapportent avoir parfois viré un interprète – ou entendu parler d'une pareille situation - parce qu'il n'avait pas traduit de la manière souhaitée. Certains d'entre eux rapportent aussi avoir eu recours à des ordonnances du tribunal pour pousser un patient à accepter un traitement qui n'était pas culturellement approprié.

Hsieh (2010) montre et défend l'importance de prendre en compte les problématiques concernant la collaboration entre soignants et interprète afin de pouvoir suggérer des solutions. Selon elle, une des manières de partir sur de bonnes bases dans l'élaboration d'une collaboration efficace permettant de fournir des prestations de qualité est de partir avec l'apriori que chacun des participants de la rencontre médicale avec interprète « [...] actively influence the communicative contexts » (p. 158). Selon elle, une des causes principales des difficultés de compréhension mutuelle provient des problèmes de définition des domaines d'expertise et des rôles des interprètes et des soignants : un rôle très spécialisé et rigide du côté médical donnant lieu à un domaine d'expertise restreint et une compréhension succincte de la situation du patient contre un rôle multifonctions et très souple du côté des interprètes avec un domaine d'expertise plus vaste et difficile à définir précisément et une compréhension plus globale de la situation du patient.

Suite à ce deuxième chapitre, il devient possible de se représenter la complexité dans laquelle évoluent psychothérapeutes et interprètes lorsqu'ils sont amenés à collaborer et coopérer. Dans la partie théorique conclusive suivante, il est maintenant temps de présenter les questions de recherche, auxquelles l'élaboration théorique précédente m'a conduite, ainsi que l'hypothèse développée pour tenter d'y répondre.

3. INTERPRÈTE COMMUNAUTAIRE EN PSYCHOTHÉRAPIE : UNE ACTIVITÉ ET UNE COLLABORATION EN NÉGOCIATION ?

Issus de milieux professionnels différents, nous avons vu qu'interprètes professionnels et psychothérapeutes sont confrontés à différents sujets de discordance relatifs à leur collaboration

inter-professionnelle : la délimitation et la définition des rôles de l'interprète, la communication entravée parfois par une part d'implicite et par des enjeux de pouvoir liés – entre autres - aux différences des statuts professionnels et sociaux créant des asymétries, la compréhension des attentes de l'autre, l'explicitation de ses propres attentes et manières de travailler et la gestion des savoirs provenant des deux domaines d'expertise. Ainsi, psychothérapeutes et interprètes professionnels sont amenés à collaborer dans un espace de chevauchement entre deux milieux professionnels parfois soumis à différentes tensions. Afin de parvenir à une coopération efficace et satisfaisante entre psychothérapeute et interprète, ces contenus thématiques seraient des aspects majeurs à élaborer dans la coopération en mobilisant la visibilité et la négociation pour autant qu'une confiance réciproque le permette (Dejours, 2009).

Dans ce contexte, je me suis alors demandée ce qu'interprète et psychothérapeute faisaient concrètement pour élaborer une coopération satisfaisante malgré ces difficultés. J'ai alors élaboré la partie empirique de ce travail autour des questions de recherche suivantes : dans le cadre de la création d'une collaboration inter-professionnelle étroite soulevant potentiellement différentes tensions, comment psychothérapeutes et interprètes élaborent-ils une coopération ? Que considèrent-ils comme important pour développer une coopération ?

Questions de recherche pour lesquelles j'ai formulé l'hypothèse suivante en m'appuyant sur la littérature :

La coopération s'élabore dans la manière dont psychothérapeute et interprète professionnel parviennent, au travers de la visibilité, la délibération et de la confiance (Dejours, 2009), à articuler leurs domaines d'expertises (Edwards, 2011) malgré les difficultés liées à la situation de collaboration interprofessionnelle. Ces difficultés semblent être principalement de deux ordres :

- Parvenir à cerner ce qui est important comme buts et comme savoirs pour les uns et les autres.
- Parvenir à se positionner de manière à ce que, face aux questions de délimitation des rôles, il soit possible de créer des savoirs partagés et des zones de chevauchement où effectivement on ne peut pas définir précisément qui fait quoi, mais créer une certaine manière de communiquer permettant de thématiser ces zones de chevauchement (Edwards, 2011).

B. PARTIE EMPIRIQUE

Dans ce chapitre consacré à l'aspect empirique de ce travail, suite à la présentation ci-dessus de mes questions de recherche et de mon hypothèse, je présenterai la démarche méthodologique utilisée.

4. MÉTHODOLOGIE

Dans cette partie consacrée à la méthodologie, je présenterai mes participantes, exposerai la manière dont j'ai procédé pour la récolte des données, l'élaboration de mon guide d'entretien et dirai quelques mots sur le déroulement de l'entretien pour finalement présenter la méthode d'analyse utilisée et commencer la discussion des résultats.

4.1 Présentation des participantes

Dans le contexte de ce mémoire, les noms utilisés sont des noms d'emprunt afin d'anonymiser les données obtenues. Toutefois, il est à préciser que l'anonymisation ne peut être garantie à l'interne, dans la mesure où j'interroge seulement deux collaboratrices d'Appartenances et qu'il m'a fallu obtenir l'accord d'Appartenances afin que l'interprète puisse être rétribuée pour l'heure qu'elle me consacrait. Mais cela a été discuté avec les participantes avant qu'elles acceptent de participer à cette recherche et elles ont souhaité participer en connaissance de cause, ce dont je tiens à les remercier chaleureusement.

- Amina Bari : titulaire d'un Brevet Fédéral d'interprète communautaire, elle travaille à Appartenances depuis une dizaine d'années et traduit pour une communauté africaine.
- Elena Soler : psychologue psychothérapeute FSP, elle travaille aussi depuis une dizaine d'années à Appartenances.

Afin de procéder à la récolte des données, j'ai réalisé un entretien avec les deux participantes en même temps. Il s'agit d'une interview dyadique, présentée et définie ci-dessous.

4.2 Récolte des données : l'interview dyadique

Le choix de mener un entretien avec une dyade est attribuable à mes questions de recherche. Il me semblait en effet plus enrichissant d'avoir l'opportunité d'interroger les deux collaboratrices en même temps afin d'obtenir un aperçu de la manière dont elles ont construit ensemble leur coopération au fil du temps. En l'occurrence, l'interview dyadique offre aux

participants la possibilité « to co-construct their version of the research topic » (Morgan, 2012 cité dans Morgan, Ataie, Carder & Hoffman, 2013, p. 1277). Le fait d'avoir opté pour une interview dyadique présente des avantages et des désavantages dont je vais discuter dans cette partie après avoir défini en quoi consiste l'interview dyadique.

Dans la littérature (Thompson & Walker, 1982 ; Eisikovits & Koren, 2010) la dyade est définie généralement comme une relation entre deux personnes se connaissant bien ou partageant une relation plus intime comme un couple et perdurant sur le long terme voir sur le cours de la vie. Dyade au sein de laquelle un attachement émotionnel prend place ou pour les dyades plus intimes, selon les mots d'Eisikovits & Koren (2010) : « a we-ness experience » (p. 11) qui implique en plus de l'attachement émotionnel une construction à deux d'un sens donné à l'existence.

L'interview dyadique présente certains avantages en regard de l'interview en face-à-face. Par exemple, les interactions entre les deux participants génèrent des données qui sont impossibles à obtenir en face à face étant donné qu'elles se co-construisent dans les échanges. Pour les participants, l'interview dyadique offre une opportunité de pouvoir partager au sujet d'une expérience commune dont ils ont rarement l'occasion de discuter dans d'autres contextes. L'interview dyadique peut aussi permettre d'atténuer l'asymétrie des positions entre chercheur et interviewé plus préminente dans une interview en face-à-face (Morgan & al., 2013).

Selon Duchesne & Haegel (2009), un entretien est considéré comme collectif lorsqu'il implique plus de deux personnes. En l'occurrence : une dyade interviewée et la modératrice. Avec cette configuration relationnelle, la relation sociale ainsi créée va au-delà du rapport intervieweur/interviewé des entretiens en face à face et nécessite donc une attention particulière à porter aux interactions sociales. En ce qui concerne l'entretien réalisé pour ce mémoire, les deux intervenantes partagent une expérience commune (Duchesne & Haegel, 2009) : celle de leur collaboration professionnelle sur laquelle elles ont accepté d'échanger ensemble et avec moi. Pour ma part, j'ai aussi eu l'opportunité durant mon stage de participer à certains de leurs suivis. En plus de mon rôle d'animatrice de la discussion, je partageais donc aussi avec elles une part d'expérience commune.

Au sens de Duchesne & Haegel (2009), nous formions alors un groupe d'interconnaissance. Les deux participantes se connaissent depuis une dizaine d'années. La familiarité entre

participants et en l'occurrence aussi entre l'animatrice et les participantes implique certains biais. Par exemple, même si les participants se connaissent, la situation d'entretien peut leur paraître étrange. Aussi, partager une certaine familiarité peut rendre plus difficile l'explicitation des propos de chacun pour différentes raisons. Par exemple, le fait de réaliser des entretiens avec des connaissances comporte le risque que les personnes interrogées ne voient pas l'intérêt d'explicitier leur propos (Duchesne & Haegel, 2009). Je m'étais d'ailleurs demandé lors de la réalisation du canevas si le fait de les interroger sur leur collaboration n'allait pas leur sembler étrange étant donné que je les avais vues travailler ensemble et donc qu'à priori je « savais » comment elles s'y prenaient. Durant l'entretien, il y a eu certains moments où il était effectivement difficile pour moi d'obtenir des explicitations de ce qu'elles entendaient par certains propos. Sans compter l'influence que peut exercer l'interconnaissance sur la liberté de parole de chaque participant. En effet, il est bien plus compliqué de parler d'expériences difficiles ou critiques s'il y a un risque à courir pour la relation avec la personne concernée que si on est amené à discuter avec de parfaits inconnus.

A ce propos, je ne peux m'exprimer au nom des participantes, mais en ce qui me concerne, il n'était pas évident d'aborder avec elles les éventuelles difficultés de communication ou de compréhension qu'elles auraient pu expérimenter dans leur coopération. Dans mes questions et formulations à ce propos, j'ai alors eu de la peine à être claire. J'ai pu expérimenter une certaine tension à être en même temps dans la position formelle de l'intervieweuse devant garder en tête son canevas de recherche et une aspiration à participer plus librement à la discussion. Par contre, le fait de bien se connaître et de partager une relation agréable peut participer à créer un sentiment de confiance réciproque et les interactions en sont alors influencées positivement (Morgan & al., 2013). Elles peuvent aussi mieux compléter les dires de l'autre et ainsi enrichir les propos partagés. Tandis que dans l'interview d'une dyade formée de deux personnes étrangères l'une pour l'autre, il est parfois difficile d'obtenir une profondeur similaire dans les données (Eisikovits & Koren, 2010).

Pour préparer l'interview, j'ai réalisé un guide d'entretien que je vais présenter brièvement⁶ dans la section suivante.

⁶ Le guide d'entretien est disponible dans la partie « Annexes ».

4.3 Guide d'entretien

Pour mener cet entretien, j'ai élaboré un guide d'entretien semi-structuré, après avoir parcouru la littérature, contenant les thèmes à aborder pour tenter de répondre à mes questions de recherche. Ce type d'entretien se situe entre l'entretien non-structuré et l'entretien structuré de recherche (Blanchet & Gotman, 2010). Le guide d'entretien créé permet de conserver un fil rouge regroupant les thèmes relatifs aux questions de recherche que le chercheur peut conserver sur lui ou mémoriser pour l'avoir en tête lors de l'entretien.

En considérant le setting collectif préalablement choisi, ainsi que l'aspect recherché de co-construction d'une discussion autour du thème de leur coopération ; le choix d'un entretien semi-structuré m'est apparu le plus judicieux. Dans la mesure où il me permettait de préparer certains contenus thématiques à aborder, alors qu'un entretien non-structuré me semblait intéressant mais peu évident à mener avec deux personnes en même temps. Et en même temps, grâce à la mobilisation de questions ouvertes il était possible de laisser aux participantes le plus de liberté possible. Lors de l'entretien j'avais mon guide d'entretien à proximité, mais je l'avais précédemment mémorisé.

Afin d'explorer les thèmes relatifs à la coopération, en plus de l'utilisation de questions ouvertes d'exploration, j'ai cherché à aborder avec elles des situations précises dans lesquelles elles avaient pu rencontrer certaines difficultés ou surprises dans leur coopération. Pour penser et me guider dans cette partie-là, je me suis appuyée sur certaines techniques d'explicitation⁷ de l'action proposées par Vermersch (1994). Il a développé un ensemble de techniques spécifiques permettant de privilégier dans le discours de l'interviewé la verbalisation détaillée de l'action et plus précisément « [...] la description du déroulement d'une action, telle qu'elle a été effectivement mise en œuvre dans une tâche réelle » (Vermersch, 1994, p.10). Sa démarche privilégie la description de l'action et tend à faire expliciter au sujet le vécu de son action.

En rapport avec ma première question de recherche, il s'agissait d'explorer en quoi consiste leur vécu de l'action de coopérer, ce qu'elles font pour coopérer et comment et de quoi elles délibèrent dans leur coopération.

⁷ J'ai ajouté aux annexes avec le canevas d'entretien, une liste des techniques que j'avais préparées pour l'entretien.

4.4 Déroulement de l'entretien

L'entretien s'est déroulé dans les locaux d'Appartenances Lausanne. J'avais demandé la possibilité d'avoir une salle au calme afin de pouvoir enregistrer l'entrevue à l'aide d'un dictaphone. Les formulaires d'information et de consentement ont été lus et signés en début d'entretien⁸. Pour débiter la discussion, je leur ai proposé de commencer par se présenter avant d'entamer la discussion avec le premier thème de mon guide d'entretien. Etant donné que l'on se connaissait toutes, nous nous sommes tutoyées. De manière générale, elles ont participé avec un certain engouement, l'une et l'autre prenait garde à ne pas se couper la parole, elles complétaient souvent les dires de l'autre. Leurs discours étaient riches et une fois les principaux thèmes amorcés, je les relançais principalement par des questions ouvertes, des reformulations et des clarifications échos (Blanchet & Gotman, 2010). J'ai toutefois été plus directive pour pouvoir passer à la deuxième partie de l'entretien, lorsque j'avais besoin qu'elles s'appuient sur des situations concrètes rencontrées ensemble.

Le lendemain de l'entretien, j'ai retranscrit l'ensemble de la rencontre⁹. La retranscription est une étape importante, permettant de passer de l'oral à l'écrit pour ensuite réaliser une analyse de contenu – présentée dans la section suivante. Il est conseillé de retranscrire les entretiens le plus rapidement possible et de prendre des notes directement après l'entretien sur les conditions de déroulement de l'entretien, les comportements non-verbaux, les éventuelles interruptions ou gênes rencontrées. Ces notes seront ensuite reportées dans la retranscription afin d'obtenir un aperçu le plus général possible des éléments susceptibles d'enrichir et/ou d'influencer la récolte de données.

4.5 Méthode d'analyse

Dans la mesure où j'apprends la coopération en tant que processus à élaborer au fil du temps et comme un processus psycho-sociologique relevant à la fois des interactions entre individus mais s'inscrivant aussi dans des institutions sociales porteuses de leur propres conceptions de la collaboration (Dejours, 2009). Du fait que j'ai mené un seul entretien avec une dyade, il me fallait trouver une méthode d'analyse qui me permette de tenir compte de la

⁸ Les formulaires utilisés sont accessibles dans la partie « Annexes ».

⁹ La retranscription peut être consultée dans la partie « Annexes ».

singularité de la coopération créée dans le tandem psychologue-interprète considéré. Sans oublier l'importance à accorder dans l'analyse aux interactions entre les intervenantes.

En fonction des critères cités ci-dessus, le choix d'une méthodologie qualitative me semblait le plus judicieux. Etant donné que les méthodes qualitatives, contrairement aux méthodes quantitatives, appréhendent les phénomènes en cherchant à les décrire et à les comprendre dans leur globalité et non à les mesurer, les prédire ou les évaluer (Blanchet & Gotman, 2010).

La méthode d'analyse apparaissant la plus propice à y répondre est l'analyse thématique. Telle que définie par Braun & Clarke (2006), l'analyse thématique permet de distinguer des thèmes à l'intérieur d'un corpus de données qui permettront ensuite d'en réaliser une analyse soit sous forme d'une description la plus riche possible de l'entier du corpus ou sous forme d'une analyse détaillée d'un aspect particulier. Dans ce travail, il s'agira d'une analyse détaillée de l'élaboration de leur coopération. Ainsi, dans l'analyse thématique une part du travail interprétatif sera déjà entamée et approfondie ensuite dans la discussion. Braun & Clarke (2006) définissent un corpus de données comme suit : « a data corpus refers to all data collected for a particular research project » (p. 79). En l'occurrence pour mon mémoire, le corpus de donnée se limite à un entretien mené avec une dyade psychothérapeute-interprète professionnelle.

Selon Dejours (2009), rappelons que la coopération serait à envisager comme un processus psycho-sociologique relevant à la fois des interactions entre individus mais s'inscrivant aussi dans des institutions sociales porteuses de leur propres conceptions de la collaboration. La méthode d'analyse thématique proposée par Braun & Clarke (2006) me permettrait ici de fournir une analyse détaillée de la manière singulière dont mes répondantes ont élaboré leur coopération dans ses dimensions de visibilité, de confiance et de délibération (Dejours, 2009). Dans ce travail, il s'agit d'une approche inductive étant donné que je pars de leur expérience pour voir comment elles décrivent leur coopération. Selon Blais & Martineau (2006), l'analyse inductive de données consiste à raisonner en partant du spécifique pour rejoindre le général. Ainsi le chercheur prend comme point de départ des faits observés ou rapportés et ne cherche pas à mettre à l'épreuve un cadre théorique préétabli. En employant l'analyse inductive, le chercheur s'attache à donner du sens aux données brutes. Il le fait en réalisant

des interprétations du sens que les personnes construisent à partir de leur expérience vécue (Blais et Martineau, 2006).

Dans les recherches s'intéressant aux dyades, la relation est considérée comme l'unité d'analyse (Thompson & Walker, 1982). Selon Eisikovits & Koren (2010), dans l'analyse dyadique, il est capital de prendre en considérations les contrastes et les chevauchements dans les récits individuels croisés lorsque chaque membre est interrogé séparément. C'est-à-dire d'observer principalement les accords et les points de désaccords en tenant compte d'éléments propres aux relations comme les statuts sociaux, les prises de pouvoir dans les interactions, les conflits (Thompson & Walker, 1982). Selon Eisikovits & Koren (2010), la manière dont les membres de la dyade décrivent et interprètent l'expérience partagée (sur un continuum entre similarités et divergences dans leurs récits) joue un rôle dans la qualité de la relation. Il en est de même dans les interactions lorsque la dyade est interviewée ensemble. Grâce à ces éléments repérables dans les discours individuels, il est possible d'obtenir un aperçu des perspectives individuelles mais également de la structure relationnelle de la dyade appréhendée (Eisikovits & Koren, 2010).

5. RÉSULTATS DE L'ANALYSE THÉMATIQUE

Dans cette partie, je rendrai compte des thèmes et sous-thèmes que j'ai pu mettre en évidence lors des relectures de l'entretien et répertorier dans une grille d'analyse¹⁰. Ceux-ci me permettront de réaliser une analyse détaillée de la manière dont mes deux répondantes ont co-construit leur coopération. Je prêterai une attention particulière aussi à la manière dont elles discutent ensemble de certains thèmes.

Pour préparer mon entretien, comme mentionné ci-dessus, j'ai créé un guide d'entretien regroupant les thèmes que je souhaitais aborder, en lien avec ma problématique. Il s'agissait de :

1. *Histoire de leur coopération*
2. *Visibilité*
3. *Délibération*
4. *Confiance*

¹⁰ La grille d'analyse se trouve dans la partie « Annexes ».

Après relecture de la retranscription de l'entretien, cette classification semblait nécessiter des modifications. En effet, différents contenus thématiques semblaient pouvoir se retrouver à la fois dans *visibilité* et *délibération*. De plus au niveau de la logique de l'analyse thématique,

il m'a semblé plus approprié de dégager les thèmes dont elles ont le plus délibéré ou ce qu'elles ont souhaité expliciter à l'autre de leur activité. J'ai ainsi créé le thème : *articulation des domaines d'expertise* permettant de rendre compte plus efficacement de leur dynamique de coopération. Dans ce dernier thème, j'inclus d'ailleurs la perspective du patient telle que rapportée par les intervenantes. Ce que je n'avais pas initialement prévu dans mon guide d'entretien, mais qui tient une place importante dans leurs propos. J'ai aussi renommé le thème *Histoire de leur coopération* en *Eléments significatifs partagés* suite à l'importance accordée par les intervenantes au fait d'avoir des points communs et des accords partagés dans leur coopération.

5.1 Présentation des thèmes

5.1.1 *Eléments significatifs partagés*

Ce thème rend compte d'éléments dont l'importance dans l'élaboration de leur coopération est partagée. Comme l'idée d'un projet commun et explicite à leur collaboration, les modalités et contenus de la traduction et les affinités personnelles.

♣ *Un projet commun et explicite*

Les deux intervenantes partagent un projet commun mais le décrivent et en discutent en adoptant des perspectives différentes. Elena, la psychothérapeute, ancre ce projet dans un souhait partagé dans l'équipe professionnelle à laquelle elle appartient : « [...] ouvrir la porte à la communauté Y et qu'il y ait quelque chose qui se passe dans la communauté pour qu'elle consulte » (p. 84, l. 33-34). Elena s'appuie ainsi sur son appartenance à une équipe professionnelle. L'interprète ajoute quelques propos explicatifs quant à la préoccupation des professionnels de faire venir la communauté Y à Appartenances : « [...] la communauté Y pensait que venir chez les psychologues et psychiatres c'est le médecin de folie. Il y avait cette méfiance, peur de venir même s'ils ont des problèmes » (p. 84, l. 46-48). L'interprète s'appuie ici sur son appartenance commune avec la communauté Y et sur ses connaissances comme experte de sa propre communauté pour compléter l'intervention de sa collègue. A ce propos,

Amina rajoute que même s'il s'agit, dans la forme, de consultations individuelles « [...] *c'est vraiment le suivi de la communauté Y* » (p. 84, l. 29-30).

Amina rapporte aussi avoir consacré ensemble une demi-journée de travail « fixe du groupe Y » (p. 84, l. 29). L'interprète met l'accent sur l'orientation communautaire de leur prestation commune. Précisons ici que leur projet a été initié à la demande explicite de la psychothérapeute : « *Donc j'ai dit à Amina écoutes c'est moi qui vais prendre les demandes en langue Y, il faut que je connaisse l'histoire du pays, il faut que je connaisse son organisation.* » (p. 98, l. 429-430). Dès le début de leur collaboration, la psychothérapeute fait explicitement référence aux compétences et aux connaissances d'Amina dans son rôle de médiatrice culturelle et lui demande de les lui partager pour pouvoir exercer son travail de psychothérapeute Appartenances. Elle revient là-dessus plus loin dans l'entretien en précisant qu'« [...] *au départ c'était quand même explicite qu'en tout cas pour moi en tant que psychothérapeute Appartenances je devais connaître, être un peu initiée à la culture du patient* » (p. 99, l. 458-459). Ce faisant, Elena reconnaît et valorise le statut professionnel d'interprète comme étant indispensable au bon exercice de son propre métier de psychothérapeute. Nous pouvons nous demander dans quelle mesure cela pourrait participer à atténuer l'asymétrie existant entre leurs statuts professionnels.

Elles commencent à travailler ensemble autour de 2009, à la demande de la psychothérapeute qui recherche une « *collaboration privilégiée* » (p. 99, l. 460). L'histoire de leur coopération est aussi colorée par une envie partagée d'échanger : « *Ça s'est bien passé, on avait beaucoup envie d'échanger* » (p. 84, l. 38). Echanger à propos de différents sujets propres à la communauté Y « [...] *comme la politique du pays comment c'était, les tribus, l'histoire, les minorités, la culture, la nourriture.* » (p. 98, l. 441-442).

Leurs premiers suivis communs ayant donné satisfaction, elles se sont coordonnées et ont réservé une demi-journée par semaine à la communauté Y. Elles ont aussi officialisé leur coopération auprès de l'équipe en amenant l'idée qu'elles souhaitaient ensemble créer « *une approche particulière pour la communauté* » (p. 84, l. 42) selon les mots de la psychothérapeute qui rajoute : « *Et du coup dans l'équipe on a pu apporter le message que pour travailler avec la population Y il fallait quand même une base par rapport à la culture, à l'approche et puis que ça ait le temps d'être connu dans la communauté* » (p. 84, l. 38-41). A propos des enjeux relatifs à la double appartenance de l'interprète, nous relevons ici qu'Elena

inclut sa collègue explicitement auprès de l'équipe de psychothérapeutes dans laquelle elle travaille.

♣ *Travailler ensemble*

Notons que chacune rapporte certains éléments comme étant nécessaires afin d'exercer leur métier comme elles le souhaitent, bien que ce ne soit pas toujours possible avec d'autres interlocuteurs. Par exemple, la psychothérapeute avance en incluant sa collègue : « [...] *on est partie toutes les deux du principe que chacune de son côté on n'arriverait pas à faire ce travail-là. Moi j'avais besoin de mon regard et Amina avait besoin du sien et il fallait qu'ils soient mis ensemble.* » (p. 98, l. 436-438).

L'interprète acquiesce à ce que dit sa collègue. Par contre, de part l'asymétrie de fait entre leurs deux statuts professionnels, il me semble important d'apporter une certaine nuance à ces propos sur un besoin mutuel. En effet, pour exercer son métier d'interprète professionnelle, il faut de toute manière qu'il y ait des demandes de la part d'autres corps professionnels. Là où la psychothérapeute peut choisir de coopérer ou non avec une interprète professionnelle ainsi que la manière dont elle souhaite le faire, l'interprète est amenée *volens nolens* à collaborer avec les utilisateurs de ses prestations. Toutefois, dans leur dyade, l'asymétrie de fait ne semble pas entraver l'élaboration d'une coopération satisfaisante et enrichissante pour les deux intervenantes.

Peut-être que la présence d'un élément particulier joue un rôle dans l'atténuation de cette asymétrie de fait: la présence d'un sentiment de liberté au sein de leur coopération. En effet, tout au long de l'entretien, l'interprète souligne l'importance pour elle de la liberté que lui donne sa collègue dans ses apports culturels, ses interventions en entretien, dans la manière de traduire les paroles du patient. La référence au sentiment de liberté est partagée, toutefois c'est dans le discours de l'interprète que ce terme revient le plus souvent et semble particulièrement apprécié et valorisé. Par exemple : « *j'ai vraiment cette liberté quand je suis avec (regarde Elena). Ce n'est pas le cas avec tous les psychologues (sourit) mais il y a ça et là je dis : Elena il y a quelque chose de culturel, je vais préciser avec le patient comment il le voit* » (p. 94, l. 306-308).

La psychothérapeute s'y réfère aussi en soulignant la réciprocité de ce don de liberté : « *Mais quand Amina justement elle a la liberté de faire ces apports en entretien, après elle me donne*

aussi la liberté de choisir si je continue dans cette voie-là ou si j'estime que je ne vais pas diriger l'entretien comme ça, je vais faire autre chose » (p. 95, l. 352-354). Par ces paroles, elle offre une marge d'action, une place active à sa collègue interprète. Dans le sens où ce n'est pas seulement elle en tant que meneuse de l'entretien qui possède tous les pouvoirs décisionnels, elle précise bien qu'ici l'interprète lui accorde cette liberté. Nous pouvons nous demander si cette dynamique précieuse de don et contre-don de liberté participe à créer de la reconnaissance mutuelle (Métraux, 2011). En tout cas, ces échanges autour de la liberté d'intervenir et de tenir son rôle au fil des entretiens dénote à tout le moins d'une confiance mutuelle bien établie. J'en discuterai plus loin, étant donné que je lui ai donné la place d'un thème au vu de son importance pour les deux participantes.

♣ *Affinités personnelles*

De manière générale, tout au long de l'entretien, leur gestuelle, leurs échanges de regards et de sourires témoignent d'une complicité et d'une affection partagée. L'importance d'une entente mutuelle, d'affinités personnelles influençant la qualité des relations entre collègues ressort dans le discours de la psychothérapeute : « [...] *je pense qu'à la base on s'entend bien comme personnalités (rires) à mon avis c'est quand même nécessaire on est collègues de travail donc- je pense qu'on s'entend bien mais je crois qu'on partage en commun un peu deux principes : je pense qu'on est toute les deux assez cuiseuses, on a envie de comprendre les choses » (p. 98, l. 432-435).*

Elena accorde à ces points une valeur explicative du fait que leur coopération se déroule bien. En plus d'affinités personnelles, elles partagent aussi des manières d'être au monde comme leur curiosité et l'envie de comprendre ce qu'elles voient. L'interprète semble d'accord, elle renchérit d'ailleurs sur sa curiosité à elle : « [...] *parfois il y a certaines réponses que je ne peux pas donner, mais je dis tiens c'est important, je vais faire des recherches. Alors je fais des recherches et après je reviens avec des outils (rires) » (p. 99, l. 447-449).*

Amina parle de sa curiosité déjà bien plus tôt dans l'entretien : « *chaque fois je disais ha, ÇA j'ai entendu, mais je ne connais pas, comment ça se passe ? [...] Et puis c'est là que vraiment-moi aussi ça m'a donné plus- hem voilà, j'ai appris beaucoup de choses de chez moi que je ne connaissais pas, que j'ignorais » (p. 86, l. 102-107). Remarquons que l'interprète rapporte aussi un enrichissement personnel suite à sa démarche de recherche active d'informations*

culturelles. Dans ses interventions, elle mentionne d'ailleurs plusieurs fois des éléments qui peuvent être mis en lien avec l'implication personnelle liée au métier d'interprète.

♣ *Modalités et contenus de la traduction*

Dans la partie théorique, nous avons vu à quel point il semble important si ce n'est capital de discuter explicitement des modalités et des contenus de la traduction effectuée par l'interprète afin d'éviter des malentendus. Dans la dyade rencontrée, il apparaît qu'elles ont pris le temps d'en délibérer. L'interprète amène ce sujet lorsque nous parlions de leurs manières de communiquer lors d'un entretien avec un patient. C'était suite à un joli moment où l'une et l'autre ont constaté qu'elles avaient développé toute une communication non-verbale avec des regards, des expressions particulières et qu'elles parvenaient rapidement à se comprendre dans certaines situations sans même se parler.

Je leur demandais si elles pensaient que c'était propre à leur coopération. L'interprète n'a pas explicitement répondu à ma question, mais elle a embrayé sur la manière dont elles ont commencé à négocier ses prestations : « [...] *les premières fois je me souviens que j'ai commencé avec toi de temps en temps, avec Elena ((me regarde)). Chaque fois je te disais alors, ÇA VA ma façon de faire ou je dois changer ? Et c'est là que tu me disais c'est parfait comment tu fais, mais je préférerais s'il y a quelque chose un peu plus de culturel ou plus - c'est là qu'elle me donnait cette liberté aussi de dès que je sens qu'il y a quelque chose de - voilà, dès que je sens je peux dire, je traduis, mais je peux dire : attention il y a quelque chose de culturel ou des croyances* » (p. 98, l. 416-422).

Nous constatons que l'interprète demande explicitement à sa collègue de l'aiguiller sur le type de traduction qu'elle attend d'elle. Elle rapporte que son interlocutrice lui répond aussi explicitement sur ses attentes tout en valorisant d'ailleurs la manière dont elle procède déjà. L'interprète associe le fait que sa collègue psychothérapeute lui demande plus de contenus culturels à la liberté qu'elle lui donne. Elles ont délibéré et opté ensemble pour une traduction impliquant plus un rôle autour de la médiation culturelle de la part de l'interprète. Ensemble, elles ont aussi convenu de certaines notions et métaphores qu'elles utilisent régulièrement comme : « [...] *par la parole on peut se libérer d'un poids ou qu'à plusieurs têtes on peut trouver plus de solutions ou qu'on peut discuter ET de la maladie physique ET de la maladie spirituelle* » (p. 85, l. 66-67).

5.1.2 Rôles professionnels

Ce thème concerne la manière dont chacune décrit son propre rôle professionnel mais aussi la manière dont elle perçoit celui de sa collègue au sein de leur coopération. Il comporte donc les définitions et représentations des rôles et les attentes de l'une envers l'autre.

5.1.2.1 Perspectives de l'interprète professionnelle

♣ *Définition et représentations de son propre rôle*

Au début de l'entretien, Amina se présente comme interprète communautaire, titulaire du Brevet Fédéral, travaillant depuis dix ans à Appartenances. Elle fait beaucoup de recherches d'informations à propos de la culture Y spécialement à propos des différences entre maladies mentales et spirituelles. C'est au cours de sa collaboration avec Elena qu'elle a commencé à faire toutes ces recherches d'informations et de significations culturelles : *« Et puis après dès qu'on faisait les consultations, j'ai commencé à téléphoner au pays, aux gens. J'ai fait beaucoup de recherches de ce côté-là sur les sites internet, en langue Y. Et puis après je reviens vers Elena et je lui dis voilà il y a ça et ça et ça s'explique de cette façon, il y a cette manière de soigner »* (p. 86, l. 102-105).

Amina précise plus loin dans l'entretien que les recherches qu'elle fait l'ont petit à petit amenée à modifier l'exercice de son activité : *« [...] c'est clair normalement quand on travaille avec les psychologues, les psychiatres que l'on doit traduire mot à mot, le plus proche possible. Mais depuis que j'ai fait ces recherches quand j'entends des mots clés des maladies spirituelles des fois qu'ils disent si je traduis qui donnent un autre sens. Et puis si je dis : ha il dit ça, mais il y a un autre sens qui- et il dit : non, non j'ai besoin seulement mot à mot. Alors là je sens que je n'arrive pas vraiment à faire comme je voulais mon travail, et le thérapeute qui ne veut pas vraiment savoir un peu plus c'est dommage ouais. Ça c'est des choses à travailler peut-être»* (p. 100, l. 482-487).

Dans l'extrait précédent, nous pouvons remarquer que l'interprète nous partage quelque chose de son style personnel (Elghezouani, 2010). Elle se positionne par rapport à une prescription. Amina préfère utiliser une traduction restituant le sens que de réaliser du mot à mot, même si cela consiste en une consigne qui leur est parfois donnée. Dans ces cas-là, il lui est arrivé de se sentir dans des situations d'inconfort dans la mesure où la demande de traduction mot-à-mot ne lui permettait plus d'exercer son activité comme elle la concevait.

L'interprète décrit une certaine implication personnelle dans son activité, en dehors des prestations de traduction : « *mhm sincèrement pour moi c'était- le fait que c'est des choses que j'aime, c'est personnel aussi j'aime bien être ouais- je suis curieuse aussi, je fais de recherches* » (p. 99, l. 464-465) « *Et voilà c'est- j'aime* » (p. 99, l. 471). Amina fait aussi référence dans cette partie de l'interview à la dimension conflictuelle qu'il peut parfois y avoir entre les usagés migrants et les professionnels de la santé. Elle y décrit aussi un investissement personnel : « *Je fais des recherches, je suis quelqu'un qui dit : tiens il y a un conflit, et je traduis à ce moment-là et puis après ça me donne une idée et je fais des recherches. [...] Je ne fais pas que sur les maladies spirituelles, il y a aussi les jeux traditionnels* » (p. 99, l. 466-468). Dans ces situations, elle rapporte s'être parfois lancée dans la création de formation à destination des professionnels : « *Je vois qu'il y a des choses difficiles aussi, il y a des malentendus même- dans la formation sur l'excision que je donne parfois, ce sont des pratiques qui chez nous se font et je vois qu'il y avait des conflits, de la méfiance, des peurs de la part des professionnels ici et aussi des personnes concernées* » (p. 99, l. 469-472).

Son rôle d'interprète communautaire, comme elle le souligne ici comprend alors une partie de médiation entre les différents partis. Nous noterons qu'elle n'utilise pas le terme de médiatrice culturelle utilisé par la thérapeute. Elle décrit cet aspect de médiation dans son activité avec ses propres mots : « *[...] j'ai fait un lien, ça n'a rien à voir, mais je fais ça aussi : le lien. Lorsque j'ai dit à la patiente qui a subi l'excision ou l'affabulation. Je lui dis que les médecins ils ont fait des études, ils connaissent, hein ce n'est pas quelque chose qui va les étonner. Et là ça soulage, et là la personne commence ouvertement à parler. Et puis c'est clair il y a aussi des différents moments à aborder et c'est là aussi que je fais un échange avec le professionnel sur le moment à aborder et la manière de le faire en disant : attention c'est ce moment qu'il y a à aborder et pour ce sujet-là et de cette façon. Ça aide !* » (p. 102, l. 544-550). Amina décrit là une dimension propre au travail d'interprète communautaire qu'elle s'est bien appropriée : « *faiseuse de liens* » entre deux mondes de sens. Dans cet extrait, elle met aussi en évidence sa double casquette : comme une aide, un soutien pour les patients, mais aussi comme une aide pour les professionnels qu'elle peut guider s'il y a des sujets sensibles en les orientant sur une manière d'aborder certains thèmes, un moment pour le faire.

Elle précise plus loin dans l'entretien que les échanges avec la psychothérapeute font partie de la manière dont elle souhaiterait exercer son activité d'interprète communautaire et que ce

serait très bénéfique de développer les échanges entre psychologues, médecins et autres soignants. Elle argumente ce positionnement professionnel en plaçant les patients au cœur de sa réflexion : « *Parce qu'il avait une maladie spirituelle quand il était chez lui, il faisait des choses rituelles qui lui faisaient du bien et puis ici le thérapeute, le psychologue ici, on lui parle d'autres diagnostics pour son problème de santé et d'autres non et on lui propose des traitements. Puis c'est vraiment deux sens différents* » (p. 101, l. 507-510). En tant qu'interprète professionnelle et membre de la communauté Y, Amina pose le fait que deux mondes de sens co-existent et que pour le bien-être des patients, il est nécessaire que se développent des ponts, des liens entre les deux mondes.

Suite à cet aperçu de la manière dont Amina perçoit son rôle d'interprète, nous allons voir dans la partie suivante quelles sont ses attentes envers les professionnels de la santé.

♣ *Ses attentes*

Les attentes de l'interprète portent en grande partie sur l'attitude du professionnel envers le patient : s'intéresser à connaître le patient, faire preuve d'ouverture, s'intéresser à la culture de l'autre. Et aussi sur l'attitude du professionnel envers elle-même : orienter son activité et idéalement favoriser une traduction restituant le sens.

Par exemple, Amina revient à plusieurs reprises sur l'importance d'un temps à prendre par les professionnels pour s'intéresser au patient et au pays d'où il vient : « *[...] si c'est la première fois qu'on voit le patient c'est très important que les deux professionnels échangent vraiment pendant 10-15minutes, que le professionnel s'intéresse aussi, pas qu'il reste sur les études qu'il a fait ici, mais vraiment s'intéresse à connaître le patient, d'où il vient et là ça aide* » (p. 103, l. 559-562). Elle met aussi en avant les nombreux avantages à créer une ouverture et des intérêts partagés avec les patients : « *[...] quand vous allez dans un pays que vous ne connaissez pas avec une autre culture par exemple. Si vous trouvez une personne qui vous dit : ha je connais une partie de ta culture. Là ça soulage et là comme ça la personne essaie d'expliquer avec fierté* » (p. 102, l. 530-532). L'interprète s'identifie aux patients migrants et souligne l'importance que ça peut avoir dans la relation de créer un monde de sens partagé et de la reconnaissance mutuelle et d'offrir au patient une possibilité de *pouvoir se dire* et d'être reconnu comme expert de son monde (Métraux, 2011).

Après cet aperçu des perspectives d'Amina sur son propre rôle d'interprète communautaire ainsi que des attentes qu'elle peut avoir envers les professionnels avec qui elle est amenée à collaborer, nous allons passer aux perspectives de la psychothérapeute.

5.1.2.2 Perspectives de la psychothérapeute

♣ *Définition et représentations de son propre rôle*

Dans l'extrait suivant, Elena raconte comment, à sa demande, leur collaboration est devenue plus soutenue en échanges culturels. C'était avec un patient, avec lequel elle avait « [...] besoin en tant que clinicienne de savoir faire la part de ce qui pouvait être délirant ou pas, ce qui était culturel, ce qui était religieux pour accompagner ce monsieur dans ses parties SAINES et mieux savoir où on était » (p. 86, l. 95-97). C'est avec la situation de ce patient, qu'elles ont discuté pour la première fois d'esprits comme le Djinn et qu'ensuite l'interprète a continué dans cette démarche de recherches d'informations culturelles pour pouvoir toujours amener plus d'explications à sa collègue. La psychothérapeute ressentait dans cette situation : « un besoin d'aller au fond des choses [...] de rentrer dans l'interculturalité, c'est-à-dire de ne pas poser une grille de lecture de la schizophrénie occidentale ou du syndrome de stress-posttraumatique standard. Il est coloré par la culture, les croyances et la personne et de faire ce pas supplémentaire en fait » (p. 87, l. 111-114). Autrement, à propos du rôle qu'elle tient dans leur relation de coopération, elle précise que c'est son rôle « de décider du contenu » (p. 95, l. 356).

Il est intéressant de remarquer qu'il y a un contraste entre une définition plutôt formelle de son métier de psychothérapeute qu'elle donne en début d'entretien : « [...] je suis psychothérapeute donc je m'occupe du psychisme et du stress-posttraumatique à l'occidentale » (p. 90, l. 197-198) et son style personnel (Clot, 2008). Dans lequel elle s'approprie son activité et se positionne vis-à-vis de son domaine professionnel en faisant des choix de posture à adopter ou non comme l'interculturalité. Ci-dessous, elle souligne bien que la manière dont se positionnent les psychothérapeutes dans leur collaboration avec des interprètes relève de choix personnels et épistémiques : « [...] en tant que psychothérapeute moi [...] j'ai le parti pris qu'il faut avoir une connaissance transculturelle. Moi je connais très bien mon métier je suis une très bonne professionnelle dans le psychotraumatisme mais je ne suis pas une spécialiste à priori de la communauté Y. Alors je peux décider de mettre ça de côté et d'être psychothérapeute spécialiste mais ça ne fait pas tout à fait sens pour moi et du coup j'ai besoin de cette chose en plus et puis ce n'est pas de la perte de contrôle, du bruit ou

de la difficulté ou de la complexité supplémentaire- c'est que si vraiment on veut s'approcher de la complexité du patient, on ne peut pas prétendre pouvoir tout savoir ou tout maîtriser de ce qui va se passer. Et j'ai l'impression que c'est un peu dans ce lâcher prise que le patient prend sa place. Puis ça, ça convient ou pas aux professionnels qu'on est ou pas. Mais il faut choisir où on se met » (p. 101, l. 519-529). Elena argumente son choix de posture en fonction premièrement de l'intérêt du patient, d'un besoin d'adopter une perspective thérapeutique avec laquelle elle soit en accord et finalement sur l'acceptation qu'il n'est pas possible de tout maîtriser. A propos du deuil de la maîtrise (Métraux, 2002) défini dans la partie théorique, la psychothérapeute semble avoir fait ce chemin en reconnaissant selon ses propres mots : « on ne peut pas prétendre tout savoir ou tout maîtriser de ce qui va se passer ». Rappelons qu'il s'agit, selon Métraux (2011), d'une étape nécessaire dans le chemin vers la reconnaissance mutuelle et la co-construction d'un monde de sens partagé.

♣ *Ses attentes*

Un certain rôle d'interprète était recherché par Elena dès le départ : « *on m'a recommandé Amina pour l'envie de l'aspect médiateur ce qui était justement ce que je ne trouvais pas avant et qui pour moi était une des causes que le patient était venu deux fois et n'était pas revenu ensuite »* (p. 104, l. 604-606).

Ses attentes envers sa collègue s'articulent donc principalement autour du rôle d'interprète en tant que médiatrice culturelle : « *[...] avoir le retour d'Amina comme MEDIATRICE culturelle c'est-à-dire de me dire : mais dans la population générale il est tout à fait banal de vivre qu'on est possédé ou habité par un esprit ça n'a rien à voir avec la folie. Par contre cette façon-là de parler de l'esprit, ça ce n'est pas banal. Pis moi du coup ça me dit : ha donc il y a des références culturelles, mais pas de la façon dont la communauté l'utilise normalement. Donc c'est pour rentrer dans cette finesse là »* (p. 87, l. 115-119). Elle décrit ci-dessus la manière dont l'interprète peut l'orienter, l'éclairer grâce à son expertise culturelle dans sa pratique psychothérapeutique.

Un autre aspect attendu par Elena concerne la dimension de création de liens décrite aussi par l'interprète comme faisant partie de son rôle. La psychothérapeute en parle dans l'extrait ci-dessous : « *[...] elle fait tout ce pont, ces approches, ces apports et elle me les transmet au fur et à mesure qu'elle voit que c'est pertinent et que ça peut amener le « plus » nécessaire au patient »* (p. 89-90, l. 194-195). Par cette intervention, elle relève l'expertise propre à

l'interprète qui amènerait d'elle-même un « plus » au patient. Selon les mots de la psychothérapeute, l'interprète aurait donc elle-même un savoir en termes de ce qui serait bénéfique pour tel patient ou tel autre. Elena utilise aussi le terme d'intermédiaire pour désigner le rôle de l'interprète dans certaines situations comme dans l'exemple suivant : « [...] *si tout d'un coup je dis, ha mais vous pensez que ça aurait à voir par exemple avec un mauvais sort ? Je constate que le patient regarde Amina. Du style, tiens qu'est-ce que cette femme suisse elle parle de ça. Puis comme Amina n'a pas l'air choquée ni surprise, généralement Amina dit : oui oui je lui ai expliqué beaucoup de choses. Ben le patient il teste. Il dit ha ben on va voir si c'est vrai qu'on peut dire quelques mots* » (p. 91, l. 237-241). La psychothérapeute précise ensuite qu'à son avis ce n'est pas forcément tous les interprètes qui peuvent et acceptent de parler d'éléments spirituels comme ceux-ci. Elle remarque donc ici que les interprètes aussi sont amenés à faire des choix personnels dans leur façon de travailler.

5.1.3 *La confiance*

Ce thème comprend tout ce qui est rapporté quant au lien de confiance au sein de la dyade, mais aussi au niveau de la triade : à la confiance entre patient et interprète, ainsi qu'entre patient et psychothérapeute.

Il y a plusieurs interventions qui peuvent se rapporter à la confiance dans cet entretien. J'ai essayé d'en ressortir celles qui semblaient le plus importantes pour les intervenantes. Tout d'abord, nous pouvons relever la manière dont l'une fait confiance à l'expertise de l'autre. Par exemple, lorsque l'interprète intervient dans leurs entretiens avec les patients, la psychothérapeute rapporte qu'elle : « [...] *laisse Amina faire de toute façon je ne comprends pas, donc voilà (regarde Amina et sourit)* » (p. 94, l. 304-305). Ici, non seulement Elena accepte les limites de son domaine d'expertise, mais elle accepte aussi d'être en retrait dans ces moments d'échanges entre Amina et le patient sans chercher à savoir ou à maîtriser ce qu'elle va traduire.

L'interprète intervient dans ce sens-là lorsque nous parlions de leurs stratégies de communication en entretien avec un patient. Elle décrit qu'elles se comprennent sans recours aux mots parfois : « [...] *ce qui est vraiment bien et qui- qui m'aide beaucoup aussi, je sais qu'elle va rester sur cette problématique-là occidentale comme on en parle, le moment qu'elle a envie de commencer aussi- je sais que- Pis après moi aussi, je la suis. Et vraiment je ne sais pas comment on fait, mais en tout cas, on se complète. Le regard, et puis le patient il*

me regarde [...] Et là je sais chaque fois quelle direction elle prend sans qu'elle me dise, je prends cette direction ((semble touchée)) » (p. 96, l. 371-377).

Puis suite à une incompréhension de ma part, la psychologue précise que lorsque sa collègue intervient, elle l'avertit qu'elle va rechercher une information et qu'à ce moment là elle lui laisse vraiment carte blanche : « [...] puis donc je sais et dans ce moment-là même je n'écoute même pas vraiment enfin- elle est en train de faire son travail de médiatrice » (P. 97, l. 386-387). Les extraits ci-dessus reflètent une certaine confiance mutuelle, une complicité et une prévisibilité visiblement appréciées des deux côtés. Quelques tours de paroles plus loin, l'échange à propos de leur communication non-verbale continue comme suit :

« Amina : et aussi certains moments- parce que normalement hem (silence de plus de 3 sec) quand le patient il me parle de certains sujets, de certaines problématiques et que ça m'arrive des fois je ne comprends même pas comment il fait sa phrase, comment il parle. Alors tel qu'il est je le donne à S. Elle me regarde et je dis oui c'est comme il a dit. C'est-à-dire ça n'a rien à voir avec le lien culturel et là elle fait son travail. [Voyez c'est ?]

MM : [d'accord, oui.]

Elena : mhm. Voilà oui effectivement il y a quelque chose dans le regard d'Amina qui me dit : il parle, il y a rien de spécial ou bien il parle je te dis ce qu'il me dit puis c'est comme un avertissement qu'il est en train de dire quelque chose qu'elle ne comprend pas trop. Et donc c'est à moi en tant que psychologue de donner du sens à ça d'un point de vue psychiatrique, par exemple oui » (p. 97, l. 392-402).

L'extrait précédent me semblait important dans la mesure où il s'y dit beaucoup sur leur dynamique de travail et sur la confiance au sein de leur coopération. L'interprète nous fait part ici des limites de son domaine d'expertise, elle partage avec nous un aveu d'incompétence (Métraux, 2011). Dans la perspective de Dejours (2009), en termes de confiance dans la coopération, « avouer des failles dans son savoir-faire » (p. 78) demande de pouvoir faire pleinement confiance à sa collègue. On remarquera qu'elles reconnaissent toutes deux que leurs savoir-faire ont des limites et que lorsque ces limites semblent atteintes elles « donnent » volontiers à l'autre la liberté d'intervenir.

Entre les deux, elles se valorisent et se complimentent sur leurs compétences et rôles professionnels chacune à sa manière. Par exemple, l'interprète commente souvent la pratique de sa collègue durant l'entretien en lui partageant ce qu'elle a apprécié spécifiquement dans son travail : « [...] j'ai beaucoup aimé aussi comment Elena s'appliquait, comment elle s'adaptait aussi au patient [...] Et là elle disait que : je ne touche pas cette partie, je l'accueille ouvertement, elle est BIENVENUE la partie de lui et son esprit de Djinn et tout. Et ça c'était vraiment- c'était bien. Et ça a aidé le patient. Et là il a senti cette reconnaissance, de sa propre maladie » (p. 87-88, l. 135-140). Elle va même plus loin en partageant ce qu'elle pense que le patient a pu ressentir à ce moment-là : de la reconnaissance. Aussi, l'une et l'autre reconnaissent l'utilité de ce qu'apporte l'autre dans la collaboration (dans l'exemple ci-dessus pour l'interprète). La psychothérapeute l'exprime ainsi plus loin dans l'entretien : « [...] on est assez ouverte pour dire que quand Amina doit apporter quelque chose généralement c'est parce que j'en ai besoin et que ça m'est utile et que quand j'apporte quelque chose c'est qu'il y en a besoin puis que c'est utile et à partir de là ça fait qu'on discute, sinon finalement chacune garde ses choses et puis voilà » (p. 98, l. 438-441).

En ce qui concerne la confiance entre interprète et patient, Elena relève l'importance de pouvoir compter sur le lien de l'interprète avec le patient qui peut faciliter par la suite l'élaboration d'une confiance patient-psychothérapeute : « ils ont aussi confiance qu'Amina dans son rôle d'interprète professionnelle peut aussi parler de ça. Ce qui n'est peut-être pas le cas pour tous les interprètes hein ? Et puisque Amina est aussi d'accord d'en parler avec moi entre guillemets la non-Y-ienne ben alors on est d'accord d'en discuter à trois hein ? Mais- mais je pense que si moi je peux dire certains mots entre guillemets spirituels c'est parce qu'Amina est d'accord que j'en parle et puis elle est la première à faire ce pont dans la confiance » (p. 91, l. 242-247).

Dans l'extrait suivant, Elena fait part de la manière dont ensemble, elles créent du lien avec les patients : « [...] on précise toujours qu'Amina m'a beaucoup expliqué de l'histoire du pays, de l'histoire du conflit de guerre et puis qu'elle m'a aussi beaucoup parlé des différentes tribus, des différentes croyances, de la religion. Ce qui fait que les gens, hem voilà ils testent, ils commencent à parler de ça puis quand ils voient qu'on peut rentrer dans ce dialogue, ben voilà » (p. 85, l. 67-72).

Dans les deux extraits présentés ci-dessus, la place privilégiée de l'interprète et la valeur de cette place en termes de création d'alliance avec le patient est reconnue par la thérapeute. Amina complète l'intervention de sa collègue en partageant ce qu'elle dit en général dans ces moments-là pour faciliter le lien entre patient et psychothérapeute : « *Et là je dis souvent : on a fait beaucoup d'échanges, elle connaît, elle croit aussi. C'est pour ça que le patient quand il me regarde, je dis oui oui ici vous pouvez vraiment parler de tout ça, j'ai déjà, elle connaît-on a déjà parlé de ça. Ça ça donne vraiment à l'aise. Et ils commencent à tester aussi, ils ne disent pas tout tout de suite et puis petit à petit voilà ils répondent ouvertement* » (p. 91, l. 248-252). L'interprète met en avance le fait que sa collègue a été initiée au monde dont il vient et qu'« elle croit aussi ». Amina choisit bien ses mots en fonction de la valeur qu'ils contiennent pour le patient. Elle participe à la création d'un monde de sens partagé entre le patient et la psychothérapeute et en parle déjà en tout début d'entretien en disant « *[...] que dès qu'il a su le patient que les connaissances- qu'Elena aussi connaissait tout ça, qu'on a fait cet échange, ça lui a donné aussi une liberté de s'exprimer. Sans avoir peur [...]* » (p. 87, l. 122-124). Plus loin dans l'entretien elle y revient en adoptant la perspective des patients, selon ses propres mots : « *[...] en tant que patient étranger, si je sens que le médecin il écoute et s'intéresse aussi aux problématiques avec lesquelles je viens culturellement comment ça se passe et comment ça se soigne si j'étais dans mon pays comment ça se passe. Ça ça donne aussi plus de confiance pour les patients, ils s'ouvrent un peu plus. Ou bien s'il dit ha j'ai connu certaines régions de votre pays où on fait ci ou ça, qu'est-ce que vous pensez ? déjà ça aide !* » (p. 103, l. 576-581).

5.1.4 Articulation des domaines d'expertise

Ce thème concerne les manières dont elles utilisent et réunissent leurs savoirs et leurs compétences professionnels respectifs dans leur coopération et dans les échanges avec les patients.

De manière générale, les moments où les domaines d'expertise des deux professionnelles se rejoignent émergent dans les rencontres avec les patients. Par exemple, lorsque la psychothérapeute parle de la manière dont elles commencent les entretiens avec les patients, elle précise que : « *d'avoir ouvert le bureau à plusieurs univers sans dire lequel était juste ou faux. Le patient lui-même finalement est venu avec tous ses univers différents en disant ben là il y a le Djinn qui parle, il est ici. Là au jour d'aujourd'hui c'est moi tout à fait moi ou bien*

aujourd'hui c'est la partie de moi qui ne veut pas vous parler. Donc il a aussi pu dire qu'il avait très peur de venir en fait. Qu'une partie de lui avait très peur de venir.

Et il a pu dire des événements de sa vie- je pense notamment quand il a été fait prisonnier (regarde Amina)- qu'il n'aurait pas pu raconter s'il ne racontait pas ça avec l'histoire du Djinn, ça n'aurait pas eu de sens pour lui. Puis à partir du moment où il a pu raconter avec l'histoire du Djinn, il a pu aussi nous raconter que finalement il y avait toute une partie de cette vie spirituelle qui était aussi une ressource importante. Il ne voulait pas que ce Djinn disparaisse de sa VIE. Donc les tentatives par exemple de médecins qui voulaient grâce à des psychotropes enlever toute hallucination, il y était ultra résistant parce qu'en fait il ne voulait pas perdre tout ça, c'était aussi une aide. Et ça on ne l'aurait pas su, si on n'avait pas pu parler d'une façon ouverte [de ces hallucinations] » (p. 88, l. 146-161). Elena rapporte qu'avoir discuté en amont de la manière dont elles entrent en matière avec les patients, d'avoir décidé ensemble d'accueillir toutes vérités permet dans ce cas au patient de partager et de montrer son propre domaine d'expertise : ses ressources, les significations données à sa souffrances et ses propres connaissances et croyances spirituelles, ainsi que des événements importants de sa vie. En plus, le fait de pouvoir parler de Djinn a permis au patient de donner du sens à ce qu'il vit comme il en avait envie et besoin. Dans l'extrait ci-dessus, la confiance du patient portée à l'interprète et à la psychothérapeute, elle aussi initiée au monde spirituel, joue aussi un rôle. Il a pu s'ouvrir et partager quelque chose d'essentiel et cela permet aux professionnelles de le comprendre au mieux.

Puis, l'interprète continue à propos de l'introduction d'une médication : « On lui a dit, les médicaments on ne les donne pas pour cet esprit, son Djinn, mais on les donne pour lui-même qu'il trouve la force de continuer, pour sa vie de- que ça le dérangera, mais pas tout le temps mais quand même- alors là il a accepté. Au début c'était très dur pour lui de prendre ces médicaments, il n'acceptait pas. Mais depuis cette façon- j'ai beaucoup aimé comment- c'était comme une négociation qu'on a dit : votre esprit Djinn c'est le bienvenu, on ne le touche pas, mais pour vous pour retrouver des forces, trouver du sommeil c'est pour ça qu'on vous donne et ça c'était- [ça a fonctionné !] »

Elena : [mhm et là il a pris oui] (p. 88-89, l. 164-171).

Dans cette interaction, il est intéressant de remarquer que l'interprète amène le sujet de la médication. A priori, il s'agit d'une question propre au domaine d'expertise de la

psychothérapeute, mais ici l'interprète se sent libre d'en parler et sa collègue n'intervient pas. Tandis que la psychothérapeute parle de l'esprit du Djinn et de ce que ça signifiait pour le patient. Bien que selon la psychothérapeute « [...] *il est important que dans la collaboration on a pu garder chacune notre domaine de compétence* » (p. 89, l. 192-193), l'une et l'autre s'est approprié une partie des savoirs partagés entre elles et peut l'intégrer dans son propre domaine d'expertise. Par exemple, à un moment donné l'interprète rapporte ceci : « *j'ajoute à certaines thérapies aussi certaines des techniques de respiration, des techniques de soulagement, quand elle donne ça- les façons d'ici et on- j'adapte (sourit) d'une façon qu'ils reconnaissent, ou bien qu'ils peuvent utiliser facilement comment- après le moment qu'ils font les prières, les choses qu'on lit, qui est lié aux croyances et que ça aide* » (p. 85, l. 73-77).

Plus loin, la psychothérapeute souligne bien l'importance de prendre en compte le sens des éléments spirituels dans la vie des patients afin d'éviter des incompréhensions pouvant mener à un arrêt de la thérapie ou à un refus catégorique de toute médication. A propos de sa propre définition de son rôle professionnel, l'interprète soulignait bien l'importance de la confrontation aux incompréhensions et aux conflits entre patients et soignants.

Or, on remarque ici qu'elle met justement en avant la négociation de la médication avec ce patient. Dans l'entretien de manière générale l'une et l'autre parlaient parfois d'éléments relevant de l'expertise de l'autre sans être interrompue, mais parfois l'une complétait les dires de sa collègue. Peut-être que cette dynamique provient aussi du fait que les rôles étaient clairs, mais qu'elles ont œuvré à mettre ensemble leurs compétences. A ce propos, Elena avance « [...] *qu'on ne peut pas l'une faire comme l'autre on- chacune a sa spécialité puis on met ça ensemble on trouve les zones communes, parfois il n'y en a pas, mais jusqu'ici on a plutôt trouvé. Pis après on regarde si ça fait sens pour le patient ou pas* » (p. 90, l. 198-200).

Dans un autre exemple d'interactions avec un patient, elles rencontrent un patient souffrant d'épilepsie, mais ne prenant aucune médication. Elena précise qu'elle a demandé à sa collègue avant de rencontrer ce patient de lui expliquer les perceptions du phénomène d'épilepsie dans la population Y, parce qu'elle avait déjà connaissance qu'il existait des conceptions traditionnelles de maladies comme le VIH ou l'épilepsie dans certaines populations africaines. Elles ont donc pu échanger quelques mots à ce sujet avant l'entretien. Lors de la séance avec ce patient, la psychothérapeute rapporte qu'« [...] *il m'a parlé de l'épilepsie d'une façon complètement occidentalisée, tel que lui disait son médecin. Il ne*

prenait pas de médicaments, mais ne disait pas pourquoi et puis je lui ai posé la question : mais finalement Monsieur ? ici on vous dit que c'est l'épilepsie, on vous donne ce médicament, mais pour vous en fait qu'est-ce que c'est ? Qu'est-ce qui se passe pour vous ? » (p. 95, l. 331-335).

La psychothérapeute peut poser ces questions au patient tout en ayant conscience de certains éléments culturels relatifs à la maladie de l'épilepsie. Suite à ses questions, elle rapporte que le patient « [...] s'est mis à parler plus ou moins et là il y a eu tout un échange entre lui et Amina pendant un bout. Et puis si je me souviens bien à ce moment-là Amina a pu me dire alors effectivement l'épilepsie c'est le moment où il y a un Djinn qui vient nous molester et l'épilepsie ça pourrait même être une relation intime entre- un moment de relation intime entre le Djinn et la personne, mais monsieur n'ose pas dire ça » (p. 95, l. 336-340). Elena rapporte donc l'échange qu'il y a ensuite eu entre l'interprète et le patient. Elle ajoute qu'une fois au courant de cette information, elle doit choisir si elle continue « [...] à parler selon l'épilepsie occidentale ? Est-ce que je vais rentrer dans cette idée d'une Djinn qui le séduit ? Puis on regarde un peu comment c'est sur le moment » (p. 95, l. 342-344).

5.2 Discussion

Mes questions de recherche portaient sur la manière dont psychologue et interprète parviennent à élaborer une coopération, malgré certaines tensions – évoquées dans la partie théorique – et sur ce qui pourrait être considéré comme important pour eux dans la coopération. Dans cette section, je tenterai d’y répondre en m’appuyant sur les perspectives rapportées par la dyade interrogée pour ce travail. Etant donné que j’ai interrogé une seule dyade psychothérapeute-interprète, je n’ai pas la prétention ici d’interpréter les résultats dans une perspective globale, mais de restituer leur propre expérience de coopération et de proposer des pistes réflexives sur des aspects précis à partir de leur expérience.

Pour entamer la discussion suite à l’analyse thématique, je commencerai par aborder le projet commun qui les a réunies, puis les perspectives de chacune quant à leur propre rôle et aux attentes pour le rôle de l’autre et la manière dont ces perspectives se répondent mutuellement. Pour finalement aborder la confiance et la manière dont elles mettent en lien leurs domaines d’expertise et celui du patient.

L’histoire de leur collaboration débute en 2009 autour d’un projet commun, dont l’importance est partagée : pouvoir mettre quelque chose en place pour la communauté Y. Bien que d’un point de vue dyadique, elles décrivent ce projet commun depuis une perspective différente (Eisikovits & Koren, 2010), le sens qu’elles lui attribuent est semblable et partagé : faire en sorte que les membres de la communauté Y n’aient plus autant de réticences à venir consulter et demander de l’aide s’ils en ressentent le besoin et développer ensemble une approche qui puissent favoriser leur venue. Elles s’engagent alors à co-construire une relation de collaboration autour d’un projet commun. En amont de l’élaboration de leur coopération, elles partent d’emblée avec un engagement mutuel auquel s’ajoute une signification et un but communs.

Du point de vue de l’élaboration de la coopération, nous avons vu avec le concept de visibilité de Dejours (2009) l’importance d’explicitier à l’autre nos manières de travailler, nos attentes et nos buts pour ensuite pouvoir en délibérer ensemble. En l’occurrence, dès le départ la psychothérapeute rapporte avoir été explicite dans ce qu’elle attendait de sa collègue dépassant déjà une des embûches à la collaboration entre psychothérapeute et interprète professionnel : la question du « mandat implicite » à l’attention de l’interprète (Goguikian Ratcliff & Suardi, 2006). Sa collègue interprète rapportait aussi avoir demandé si la manière

dont elle procédait lui convenait. Elles ont aussi rapporté avoir discuté ensemble de certains éléments concernant la traduction et être parvenues à des consensus.

En ce qui concerne la question des difficultés relatives au fait de créer des savoirs partagés (Edwards, 2011), elles sont dans une dynamique active de partage de savoirs comme nous avons pu le voir à maintes reprises dans l'analyse : elles apprécient toutes deux d'échanger au fil des situations qu'elles partagent. L'une et l'autre portent de l'intérêt et donne de l'importance au domaine d'expertise autre que le sien, tout en parvenant selon la psychologue « à garder chacune notre domaine de compétence » et tout en expliquant à l'autre « les facettes » de leur métier (p. 7, l. 191-192). Elles parviennent ainsi à dépasser les difficultés de communication et de compréhension mutuelle pouvant entraver la collaboration entre soignants et interprète - décrites dans la partie théorique (Hsieh, 2010).

Pour la psychologue, dans la définition de son rôle nous avons pu remarquer un contraste entre une prescription propre à son domaine professionnel, s'occuper du psychisme à l'occidentale, et un choix d'une posture épistémique : prendre en compte le transculturel et en faire sens dans sa pratique. Il s'agit d'une combinaison qui fait sens pour elle et qui fait partie de son style de psychologue (Clot & Faïta, 2000). Afin d'appréhender au mieux la complexité du patient, elle trouve nécessaire de réunir ces deux mondes. En cohérence avec ces choix-là, elle recherche, valorise et reconnaît chez sa collègue interprète son expertise en tant que médiatrice culturelle.

En l'occurrence, la manière dont sa collègue interprète définit son rôle et son style d'interprétariat (Clot & Faïta, 2000 ; Elghezouani, 2010) concorde passablement bien avec les attentes de la psychologue. En effet, en tant qu'interprète, elle décrit bien sa curiosité, son envie de partager ses connaissances culturelles sur son pays, de continuer à les développer, son implication lorsqu'elle remarque la présence de conflits ou de malentendus d'ordre culturels, son souhait de s'investir activement afin de créer des liens entre professionnels et patients migrants de sa propre communauté.

A propos de ses attentes envers les professionnels de la santé, elle relève certains aspects plus importants que d'autres comme montrer de l'intérêt pour le monde culturel du patient, faire preuve d'ouverture, orienter l'activité de l'interprète et favoriser une traduction restituant le sens. Dans ses interventions, elle n'a pas fait mention de difficultés de rôles ou autres liées aux questions des « doubles appartenances » (Métraux, 2011) pourtant souvent évoquées

comme étant des difficultés dans l'activité d'interprète (Goguikian & Suardi, 2006 ; Goguikian Ratcliff, 2010). Cela pourrait provenir du setting d'interview dyadique, comme déjà mentionné dans la partie méthodologique, il peut être délicat lorsque deux personnes se connaissant bien sont interrogées ensemble, d'amener des sujets pouvant être conflictuels.

Dans leur cas, le rôle choisi et préféré par l'une répond plutôt bien aux attentes de l'autre. La concordance entre définition de son propre rôle et attentes envers l'autre contribue probablement en partie aux affinités personnelles que la psychothérapeute décrit comme étant précieuses dans leur collaboration et à leur entente mutuelle. Apparemment, dans leur collaboration, elles n'ont pas expérimenté de conflits quant aux rôles respectifs à tenir (Weiss & Stuker, 1998 ; Métraux, 2002 ; Goguikian Ratcliff, 2010). Et elles ont développé une certaine complémentarité dans leur collaboration.

Nous avons vu qu'elles reconnaissent toutes deux des limites à leur domaine d'expertise (Edwards, 2011) et qu'elles n'ont pas peur de partager avec l'autre les failles de leurs savoirs (Dejours, 2009) en faisant part d'aveux d'ignorance ou d'incompétence (Métraux, 2011). Pour ces deux auteurs, partager ses failles en tant que collègue ou ses limites en tant qu'être humain sont de puissants constructeurs d'une relation basée sur la confiance dans la coopération (Dejours, 2009) ou basée sur la reconnaissance mutuelle (Métraux, 2011). De plus, l'une comme l'autre reconnaît et valorise les contributions et les compétences de l'autre et les considère comme utiles et nécessaires pour comprendre et accompagner au mieux les patients.

Même si l'accent est mis dans ce travail sur la relation de collaboration entre interprète et psychothérapeute, la confiance que le patient porte à l'interprète joue aussi un rôle important et peut favoriser ou entraver l'alliance thérapeutique entre patient et psychothérapeute (Elghezouani, 2010 ; Boivin, Brisset & Laenza, 2011). Dans leur dyade, la psychothérapeute a d'ailleurs relevé la préciosité de la confiance que lui porte sa collègue en lui partageant des paroles sacrées à propos des mondes spirituels de sa communauté et en l'initiant à ces mondes. Selon la psychothérapeute, c'est ensuite seulement parce que l'interprète peut et veut bien parler de ces choses-là, que le patient peut lui aussi se sentir assez en confiance pour entrer en matière.

Dans leurs propos, deux éléments m'ont particulièrement marquée et dénotent probablement d'une confiance mutuelle et d'un lâcher prise du contrôle sur les interactions (Hsieh, 2010) :

un sentiment partagé de liberté dans leur coopération et la communication non-verbale à laquelle elles recourent en entretien. Lors de l'entretien, il y a eu deux moments assez forts en lien avec ces aspects où il m'a semblé sentir que l'une et l'autre étaient touchées. Je me suis alors demandé s'il s'agissait là de quelque chose de précieux pour l'une et l'autre et de propre à leur dynamique de coopération.

Finalement, par rapport à l'articulation des domaines d'expertise (Lacoste, 1993 ; Grosjean & Lacoste, 1999), les participantes ne semblent pas faire état de difficultés particulières contrairement à ce que nous avons pu voir dans littérature concernant la collaboration (Edwards, 2011, 2012). Elles se coordonnent la plupart du temps pour consacrer des temps d'échange particuliers avant ou après les séances avec les patients où elles mettent en commun les savoirs respectifs semblant utiles à la situation du patient. Il semblerait donc qu'elles peuvent en même temps préserver chacune leur domaine de compétence et créer « des zones communes », selon les termes de la psychothérapeute. Elles articulent leurs savoirs théoriques et pratiques en trouvant des manières - adaptées à chaque situation - de mettre en lien les savoirs encyclopédiques et pratiques de l'interprète - connaissances de la langue et connaissances culturelles, adaptation de techniques thérapeutiques occidentales - et ceux de la psychothérapeute - connaissances du fonctionnement psychique, techniques thérapeutiques occidentales (Lacoste, 1993).

De plus, comme nous avons pu le voir lors de l'analyse du thème *Articulation des domaines d'expertise*, elles rapportent qu'elles réalisent aussi ce travail d'articulation avec le patient en séance. Chaque patient possède et amène en séance ce qu'il souhaite de son propre domaine d'expertise - les significations données à sa souffrance, ses propres stratégies de soin, ses connaissances culturelles et religieuses et ses propres ressources (Lacoste, 1993). Mais la psychothérapeute rapportait que c'était bien à elles en tant que professionnelles - psychothérapeute et interprète - de proposer un cadre thérapeutique offrant la possibilité au patient de se sentir assez en confiance pour pouvoir partager ce qu'il a besoin et envie de dire. Elles construisent des savoirs partagés à partir des rencontres avec certains patients dans lesquelles l'une ou l'autre est confrontée aux limites de son expertise et cherchent – parfois avec le patient en séance – à créer des ponts entre leurs domaines d'expertises respectifs. Par exemple, dans le cas du patient qui avait partagé avec elles des paroles sacrées (Métraux, 2011) concernant l'importance d'un esprit, un Djinn, dans sa vie. Si ce patient a pu s'ouvrir ainsi et partager quelque chose d'aussi précieux pour lui, c'est entre autres parce qu'il savait

que la psychothérapeute avait été initiée à son monde et qu'ici il serait entendu (Courbin, 2008). Il avait besoin de partager une part de son expertise à lui et cette part devait être prise en compte pour pouvoir appréhender au mieux le vécu de ce patient et la place qu'y tenait le Djinn en termes de source de peurs, mais aussi en tant que ressources.

Dans cet extrait de l'entretien, ils semblaient les trois œuvrer à « [...] une co-construction d'un cadre thérapeutique » (Wolmark, Nguyen & Cossart, 2015, p. 62). Ces auteurs parlent d'une « co-construction » d'un cadre thérapeutique à trois, mais la part importante accordée aux patients dans leur coopération – la recherche et la prise en compte de l'expertise du patient en séance - permettrait d'ouvrir la réflexion sur l'idée de l'élaboration d'une coopération à trois avec comme but commun de rechercher ensemble le mieux *pour* mais aussi *avec* le patient et *avec* sa communauté d'appartenance¹¹.

Dans leur coopération, elles semblent pouvoir dépasser un écueil propre aux deux systèmes de formation différents : une opposition entre individuel et collectif. En effet, dans la formation de base d'un psychologue en Suisse, les primats sont mis – dans leur grande majorité – sur la construction et le développement psychique de l'individu et ce n'est que dans un deuxième temps qu'il peut se former plus en profondeur dans des courants théoriques prenant plus pleinement en compte le collectif et son importance dans le développement de l'individu. Tandis qu'il est directement demandé aux interprètes communautaires de se focaliser sur tout ce qui pourrait relever de dimensions collectives dans la problématique du patient. Bien que comme nous l'avons vu avec l'article d'Elghezouani (2010), les prescriptions en lien avec la dimension communautaire de leur travail ne soient pas évidentes à définir, les attentes des thérapeutes tournent principalement autour du rôle de référent culturel (Goguikian & Suardi, 2006) leur donnant ainsi accès au monde de sens partagé dans la communauté (Métraux, 2011). Dans leurs deux discours, la prise en compte du collectif était là, et l'interprète y faisait référence d'une manière qui m'a marquée dès le tout début de l'entretien : « on les voit un par un, mais c'est vraiment le suivi de la communauté Y » (p. 2, l. 29-30). Cette citation venait pour moi illustrer les propos de Métraux (2002) quant à l'écoute et la prise en compte en séance des résonances émotionnelles des interprètes permettant de restituer une place

¹¹ Il s'agit d'ailleurs d'une perspective adoptée et défendue dans les approches communautaires participatives cherchant à favoriser le pouvoir agir de communautés vivant dans la précarité (Métraux, 2011).

importante à « [...] la dimension communautaire que nous-mêmes, abreuvés au discours de l'individualité, oublions si souvent » (p. 131).

6. CONCLUSION

Mon travail s'est articulé autour des deux questions de recherche suivantes : comment psychothérapeutes et interprètes élaborent-ils une coopération ? Que considèrent-ils comme important pour développer une coopération ?

Auxquelles, j'ai tenté de répondre par l'hypothèse suivante : la coopération s'élabore dans la manière dont psychologue et interprète professionnel parviennent, au travers de la visibilité, la délibération et de la confiance (Dejours, 2009), à articuler leurs domaines d'expertises (Edwards, 2011) malgré les difficultés liées à la situation de collaboration interprofessionnelle. Ces difficultés semblent être principalement de deux ordres :

- Parvenir à cerner ce qui est important comme buts et comme savoirs pour les uns et les autres.
- Parvenir à se positionner de manière à ce que, face aux questions de délimitation des rôles, il soit possible de créer des savoirs partagés et des zones de chevauchement où effectivement on ne peut pas définir précisément qui fait quoi, mais créer une certaine manière de communiquer permettant de thématiser ces zones de chevauchement (Edwards, 2011)

Si le récit de la dyade interrogée pour ce travail de mémoire ne permet pas d'infirmer ou de confirmer mon hypothèse, il offre certaines pistes quant à une coopération satisfaisante pour les deux collaboratrices qui pourraient l'être aussi pour d'autres dyades.

En effet, Elena et Amina semblent être parvenues à dépasser les difficultés principales décrites par Edwards (2011) concernant la compréhension des buts des interventions et des actions de l'autre et la création de savoirs partagés. Nous avons vu tout au long de l'analyse et de la discussion, qu'Elena et Amina ont été rapidement claires l'une avec l'autre sur leurs attentes et leurs manières de travailler et que la délibération semble faire partie intégrante de leur coopération au quotidien. De plus, elles ont commencé à travailler ensemble en ayant un but commun : s'engager à collaborer pour soutenir et répondre au mieux aux besoins de la communauté. Dans leur récit, le fait de partager ce but commun était explicite dès le début et

semblait particulièrement important dans l'histoire de leur coopération. Elles ont aussi été explicites sur leurs attentes mutuelles et quant aux rôles de chacune et ont particulièrement bien réussi à préserver leurs domaines d'expertise tout en parvenant à créer des savoirs partagés (Edwards, 2011) entre elles et avec les patients. Elles ont développé sur le long terme une complicité et un lien de confiance importants. De plus, Amina et Elena font preuve d'une certaine réciprocité en termes d'échanges précieux en partageant certains aveux d'ignorance ou d'incompétence (Métraux, 2011). La réciprocité dans les échanges entre interprète et psychologue est reconnue comme favorisant leur collaboration, mais c'est au psychologue d'en prendre conscience et de rendre cette forme d'échange réalisable (Métraux, 2002 ; Goguikian Ratcliff, 2010 ; Bertschy, 2016). Dans leur cas, Elena s'y attache de part la liberté d'intervention qu'elle laisse à sa collègue et de part l'acceptation des limites de son domaine d'expertise. En plus d'une visibilité, d'une délibération et d'une confiance bien présentes dans leur coopération, elles s'entendent aussi particulièrement bien.

Relevons ici que plusieurs des caractéristiques propres à leur coopération se retrouvent dans une définition de Métraux (1995) cité dans Weiss & Stuker (1998) à propos d'une forme particulière de collaboration entre psychothérapeute et interprète : « la co-thérapie, ou la co-intervention, implique néanmoins la nécessité d'une confiance réciproque entre interprète et professionnel de la santé. De plus, ceux-ci doivent avoir un projet commun et préciser les conditions de l'intervention de l'un ou de l'autre » (p. 50). Il s'agirait là d'une configuration particulière, dans laquelle le psychothérapeute accorde une grande marge de manœuvre à l'interprète dont le rôle se rapprocherait plus de celui de co-thérapeute que des autres. La coopération décrite par Elena et Amina répond effectivement à plusieurs de ces critères, toutefois aucune d'elle n'a fait directement mention de co-thérapie ou de co-intervention ou d'une quelconque autre forme de qualification de leur coopération. Quoi qu'il en soit, leur coopération dure depuis huit ans et fonctionne particulièrement bien et ce n'est pas forcément une situation des plus répandues.

Dans leur expérience, le fait d'avoir un but commun adressé non seulement aux patients, mais à leur communauté d'appartenance semble avoir été une source importante pour démarrer sur une base solide et dont le sens était partagé. La confiance mutuelle est aussi très présente entre Amina et Elena et joue aussi un rôle capital dans l'efficacité et la satisfaction dans la coopération (Dejours, 2009). La visibilité mutuelle quant à leurs rôles et à leurs attentes consiste aussi un atout permettant la délibération nécessaire pour pouvoir comprendre les

perspectives de l'autre et s'y adapter (Dejours, 2009). La visibilité dans la coopération semble représenter une compétence importante à développer, afin de pouvoir dépasser la partie implicite du contrat entre psychothérapeute et interprète décrite par Goguikian Ratcliff & Suardi (2006) et aussi rendre visible les éléments de tension afin de pouvoir en discuter et améliorer la situation dans la mesure du possible. De même, l'articulation des savoirs (Grosjean & Lacoste, 1993) se réalise aussi au travers de la visibilité et de la délibération.

Dans le but de favoriser la collaboration entre psychothérapeutes et interprètes, l'importance de la formation des interprètes dans le but de collaborer avec des soignants et plus précisément avec des psychothérapeutes a été maintes fois soulignée. Mais l'importance de créer des formations également à l'attention des psychothérapeutes dans le but de les sensibiliser à la collaboration avec un interprète serait tout autant importante à retenir (Goguikian, 2010 ; Métraux, 2015 ; Bertschy, 2016). Lors de l'entretien, Amina fait référence à l'importance pour elle « [...] de pouvoir approfondir cette collaboration dans les échanges entre les thérapeutes et les interprètes » (p. 18, l. 499-500). Elle souligne aussi que l'importance de ces échanges réside surtout dans les bénéfices pour le bien-être des patients.

Il serait peut-être envisageable de proposer des formations aux interprètes et aux différents corps soignants offrant des modules à réaliser en réunissant les deux corps de métier afin qu'ils puissent travailler et penser collectivement ces zones d'articulation des savoirs, ces zones de chevauchement à créer par la suite dans les collaborations en dyades. Le fait de créer ainsi des groupes hétérogènes - et si possible de personnes ne travaillant pas ensemble - pourraient favoriser l'émergence des sujets de discordes propres à leur collaboration dont il a été question tout au long de ce travail. Ce type de dispositif permettrait d'interroger, de confronter les genres (Clot, 2007) des deux domaines d'activité et d'essayer aussi d'en appréhender les buts communs, d'explicitier aussi ce qui réunit ces deux professions dans leur collaboration.

Dans l'ensemble, aborder la collaboration et la coopération comme constituant une forme de travail supplémentaire (Grosjean & Lacoste, 1999) s'appuyant sur un ensemble de compétences spécifiques – la capacité d'action relationnelle et la création de savoirs partagés d'Edwards (2011), des compétences communicationnelles comme la visibilité et la délibération de Dejours (2009) – permettrait d'ouvrir un espace commun aux activités d'interprète communautaire et de psychothérapeute et autres professions du domaine de la

santé. Dans la mesure où il s'agit d'un ensemble de compétences à part dont chacun peut faire l'apprentissage et l'acquisition selon Edwards (2011, 2012). L'accent serait alors moins mis sur l'acquisition de savoirs et de compétences propres au domaine de compétences de l'autre, ce qui peut être vécu comme menaçant (Hsieh, 2010), mais sur la co-construction d'un domaine d'expertise nouveau, émergeant des apports des deux professionnels. De plus, l'acquisition de compétences propres à la coopération permettrait leur transposition en séance dans le dialogue avec le patient afin d'élaborer un espace de coopération et de co-construction du soin à trois.

7. LIMITES ET PERSPECTIVES

Dans le cadre de ce travail de mémoire, certaines limites sont à prendre en compte. Les premières sont liées à l'échantillon constitué d'une seule dyade psychothérapeute-interprète se connaissant depuis longtemps et que je connaissais aussi – dont les difficultés liées à l'interconnaissance des participantes ont déjà été développées dans la partie méthodologique. De part ce petit échantillon, il n'était pas envisageable de généraliser les résultats de l'analyse de l'entretien. Toutefois, de part la taille de l'échantillon, l'interconnaissance et le climat de confiance entre elles, mais aussi lors de l'interview, il a été possible de réaliser une analyse détaillée de leur expérience de coopération particulièrement positive. Le partage de leur expérience a ainsi ouvert la réflexion quant aux éléments favorisant une coopération satisfaisante pour les deux parties. Il aurait été aussi enrichissant pour ce mémoire de réaliser par exemple un deuxième entretien avec la dyade dans lequel il aurait été possible d'approfondir et peut-être de préciser certains points ressortis dans le premier entretien comme chercher à savoir si elles donneraient une appellation particulière à leur coopération en regard des autres coopérations auxquelles elles participent, d'approfondir ce qui distingue leur coopération.

Dans de futures recherches, il pourrait être intéressant d'interroger par exemple plusieurs dyades interprètes-psychothérapeutes travaillant ensemble depuis une durée similaire en réalisant cette fois des interviews séparées qui permettraient d'obtenir des discours moins influencés par l'interconnaissance et de comparer ensuite les deux versions en utilisant l'analyse dyadique (Eisikovits & Koren, 2016). Un tel setting permettrait de répondre à une autre limite induite par la situation d'interconnaissance : le fait qu'aucune difficulté liée à la coopération n'a émergé dans la discussion.

Dans l'interview, les participantes ont souvent fait mention des effets que pouvaient avoir leur manière de coopérer sur la relation avec le patient. Il serait alors aussi particulièrement intéressant de chercher à investiguer la manière dont les dyades interrogées co-construisent ou non avec le patient et d'interroger aussi des patients sur leur expérience face à des dyades psychothérapeutes-interprètes afin d'avoir leurs perspectives quant à ce qui semble importants pour qu'eux-mêmes se sentent en confiance et libres de parler de ce dont ils ont envie et besoin.

BIBLIOGRAPHIE

- Béal, A., & Chambon, N. (2015). Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes. *Les Cahiers de Rhizome : santé mentale et précarité*, 55, 9-19.
- Bertschy, A. (2016). *Interprétariat en milieu social : quelle définition pour quel rôle ?* (Mémoire de Master non publié). Université de Lausanne, Lausanne, Suisse.
- Blais, M. & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Blanchet, A. & Gotman, A. (2010). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris, France : Armand Colin.
- Bobillier-Chaumon, M.-E. & Sarnin, P. (2012). Glossaire. In Bobillier-Chaumon, M.-E. & Sarnin, P. (Eds.), *Manuel de psychologie du travail et des organisations. Les enjeux psychologiques du travail*, pp. 403-409, Paris, France : L'Harmattan.
- Boivin, I., Brisset, C., & Leanza, Y. (2011). Interprétation et interprétariat : chassé-croisé en thérapies analytiques plurilingues. *Filigrane : écoutes psychothérapeutiques*, 20(2), 107-122.
- Boss-Prieto, O.-L., de Roten, Y., Elghezouani, A., Madera, A. & Despland, J.-N. (2010). Differences in therapeutic alliance when working with an interpreter: a preliminary study. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 161(1), 14-16.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Clot, Y. & Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, 4, 7-42.
- Clot, Y. (2007). De l'analyse des pratiques au développement des métiers. *Education et Didactique*, 1(1), 83-94.
- Clot, Y. (2008). Introduction. In Clot, Y. (Ed.), *Travail et pouvoir d'agir* (1^{ère} éd, pp. 1-31). Paris, France: Presses Universitaires de France.

- Courbin, L. (2008). « Traduire » dans les consultations d'ethnopsychiatrie : réflexion sur la médiation ethnoclinique. *Les chantiers de la création*. 1-11, consulté le 17 septembre 2016 à 16h16, à l'adresse <https://lcc.revues.org/106>
- Dejours, C. (2009). *Travail vivant. 2 : Travail et émancipation*. Paris : Payot.
- De Pury, S. (1998). *Traité du malentendu. Théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique*. Paris : Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond.
- Duchesne, S. & Haegel, F. (2009). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien collectif*. Paris, France : Armand Colin.
- Edwards, A. (2011). Building common knowledge at the boundaries between professional practices : relational agency and relational expertise in systems of distributed expertise. *International journal of educational research*, 50, 33-39.
- Edwards, A. (2012). The role of common knowledge in achieving collaboration across practices. *Learning, culture and social interaction*, 1, 22-32.
- Eisikovits, Z. & Koren, C. (2010). Approaches to and outcomes of dyadic interview analysis. *Qualitative Health Research*. Prépublication. doi: 10.1177/1049732310376520
- Elghezouani, A. (2010). Modélisation des pratiques psychothérapeutiques avec des migrants allophones. L'interprète communautaire, « maillon essentiel » ou « chaînon manquant » ? *Psychothérapies*, 30(1), 15-24.
- Fédération Suisse des Psychologues FSP. (2011). Code de déontologie. Repéré à https://www.psychologie.ch/fileadmin/user_upload/dokumente/politik_recht/berufsdokument_d-f-i.pdf
- Gaubert, T. (2012). Activités et développement. In Bobillier-Chaumon, M.-E. & Sarnin, P. (Eds.), *Manuel de psychologie du travail et des organisations. Les enjeux psychologiques du travail* (pp. 181-198), Paris, France : L'Harmattan.
- Goguikian Ratcliff, B. & Changkakoti, N. (2004). Le rôle de l'interprète dans la construction de l'interculturalité dans un entretien ethnopsychiatrique. *L'Autre*, 2(5), 255-264.

- Goguikian Ratcliff, B. & Suardi, F. (2006). L'interprète dans une consultation thérapeutique : conception de son rôle et difficultés éprouvées. *Psychothérapies*, 1, 37-49.
- Goguikian Ratcliff, B. (2009). Introduction. Clinique de l'exil : quelles atteintes, quelles réponses ? In Goguikian Ratcliff, B. & Strasser, O. (Eds.), *Clinique de l'exil : chroniques d'une pratique engagée* (pp. 15-28), Genève, Suisse : Georg Editeur, collection Médecine et Société.
- Goguikian Ratcliff, B. (2010). Du bon usage de l'interprète, entre neutralité et implication émotionnelle. *Cahiers de l'ILSL*, 28, 39-56.
- Grosjean, M., & Lacoste, M. (1999). Articulation et intelligence collective *Communication et intelligence collective* (pp. 165-204). Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Grossen, M. (2016). *Interactions et dialogue en milieu professionnel : approche historico-culturelle*. Notes de cours, Université de Lausanne, Lausanne, Suisse.
- Hsieh, E. (2010). Provider-interpreter collaboration in bilingual health care : competitions of control over interpreter-mediated interactions. *Patient education and counseling*, 78, 154-159.
- INTERPRET, Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle. (2014). Fiche d'information : interprétariat communautaire. Repéré à <http://www.inter-pret.ch/fr/angebote/linterpretariat-communautaire-et-la-mediation-interculturelle-6.html>
- INTERPRET, Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle. (2015). Code professionnel des interprètes communautaires et des médiateurs/trices interculturel-le-s. Repéré à <http://www.inter-pret.ch/fr/angebote/linterpretariat-communautaire-et-la-mediation-interculturelle-6.html>
- Klimkiewicz, A. (2005). L'interprétation communautaire : un modèle de communication « triadique ». *TTR : traduction, terminologie, rédaction*, 18 (2), 209-224.

- Lacoste, M. (1993). Langage et interaction. Le cas de la consultation médicale. In Cosnier, J., Grosjean, M. & Lacoste, M. (Eds.), *Soins et communication, approche interactionniste des relations de soins* (pp. 31-61), Lyon, France : Presses Universitaires de Lyon.
- Métraux, J.-C. & Alvir, S. (1995). L'interprète: traducteur, médiateur culturel ou co-thérapeute. *Interdialogos*, 2, 22-26.
- Métraux, J.-C. (2002). L'interprète, ce nouvel acteur. *Cahiers psychiatriques*, 29, 115-135.
- Métraux, J.-C. (2011). *La migration comme métaphore*. Paris, France : La Dispute.
- Métraux, J.-C. (2015). *Santé et migration : santé et altérité*. Notes de cours, Université de Lausanne, Lausanne, Suisse.
- Morgan, D. L., Ataie, J., Carder, P. & Hoffman, K. (2013). Introducing dyadic interviews as a method for collecting qualitative data. *Advancing Qualitative Methods*, 23(9), 1276-1284.
- Ravon, B. (2012). Refaire parler le métier. Le travail d'équipe pluridisciplinaire : réflexivité, controverses, accordage. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 14, 97-111.
- Sironi, F. (2009). Préface. D'une pratique engagée à la constitution de la géopolitique clinique. In Goguikian Ratcliff, B. & Strasser, O. (Eds.), *Clinique de l'exil : chroniques d'une pratique engagée* (pp. 9-15), Genève, Suisse : Georg Editeur, collection Médecine et Société.
- Thompson, L. & Walker, A. J. (1982). The dyad as the unit of analysis : conceptual and methodological issues. *Journal of Marriage and Family*, 44(4), 889-900.
- Vermersch, P. (1994). *L'entretien d'explicitation*. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. London, United Kingdom : Longman.
- Weber, O., Singy, P. & Guex, P. (2009). La communication triadique en consultation : quels rôles pour l'interprète ? In Goguikian Ratcliff, B. & Strasser, O. (Eds.), *Clinique de l'exil : chroniques d'une pratique engagée* (pp. 47-58), Genève, Suisse : Georg Editeur, collection Médecine et Société.

Weiss, R. & Stuker, R. (1998). *Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins. Rapport de base*. Neuchâtel : Forum suisse pour l'étude des migrations.

Wolmark, L., Nguyen, A. & Cossart, M. (2015). Le rire de l'interprète. *Les cahiers de Rhizome : santé mentale et précarité*, 55, 61-69.

Dictionnaire en ligne

Neutralité. Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*, consulté le 5 septembre 2016 à 15h30, à l'adresse <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/neutralit%C3%A9/54442>

Publications citées par d'autres auteurs

Cohen, Emerique, M. (2002). Menaces à l'identité personnelle chez les professionnels en situation interculturelle. In Sabatier, C., Malewska-Peyre, H., & Talon, F. (Eds.), *Identité, acculturation et altérité* (pp. 199-228), Paris, France : L'Harmattan.

Morgan, D. L., (2012). Focus groups and social interaction. In Gubrium, J. & Holstein, J. (Eds.), *Handbook of interview research* (2ème éd., pp. 161-176). Thousand Oaks, Etats-Unis: Sage.

8. ANNEXES

8.1 Code professionnel des interprètes communautaires et des médiateurs/trices interculturel-le-s (2005)

Schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln
Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle
Associazione svizzera per l'interpretariato e la mediazione interculturale

INTERPRET 

Code professionnel des interprètes communautaires

1. Application et but

Le code professionnel INTERPRET s'adresse aux interprètes communautaires titulaires du certificat INTERPRET. Ce code protège et régit le travail des interprètes communautaires. Il définit leur statut professionnel et crée la transparence pour les organisations qui proposent l'interprétariat communautaire et pour celles qui l'utilisent.

Il contient les principes éthiques et professionnels ainsi que les droits et les obligations que les interprètes communautaires doivent respecter.

2. Principes

Principes éthiques

Les interprètes communautaires exercent leur profession en respectant le principe de l'égalité des chances pour tous.

Ils/elles respectent l'intégrité et la dignité de la personne dans sa globalité, quelle que soit sa situation, sans distinction de langue, ethnie, culture, nationalité, sexe, âge, religion, état civil, opinions politiques, couleur, orientation sexuelle, état de santé, etc.) Ils/elles sont ouverts vis-à-vis des personnes qui ont d'autres normes et valeurs.

Fonctions d'utilité sociale

Les interprètes communautaires contribuent à l'égalité des chances et à l'intégration des migrant-e-s dans une société pluraliste.

Dans l'exercice de leur activité professionnelle, en permettant aux interlocuteurs de se comprendre,

- ils/elles facilitent l'accès aux services publics pour les migrant-e-s
- ils/elles secondent les professionnel-le-s afin qu'ils/elles offrent leurs prestations de manière efficace et professionnelle.

3. Droits et obligations

Transparence

Les interprètes communautaires informent leurs interlocuteurs de toute relation personnelle ou professionnelle qu'ils/elles auraient avec les personnes présentes.

Neutralité

Les interprètes communautaires adoptent une attitude neutre envers les interlocuteurs.

Responsabilité et professionnalisme

Les interprètes communautaires refusent un mandat ou y mettent un terme s'ils / si elles ne sont pas en mesure, dans une situation donnée, de respecter le code professionnel. Ils/elles acceptent uniquement les mandats qu'ils/elles se sentent être à même de mener professionnellement et personnellement.

Confidentialité

Les interprètes communautaires respectent l'obligation de confidentialité. Cette obligation subsiste même après cessation du mandat. Les interprètes communautaires qui enfreignent l'obligation de confidentialité sont passibles de sanctions judiciaires.

Conditions cadres et déroulement de l'entretien

Les interprètes communautaires veillent à ce que les conditions cadres et le déroulement de l'entretien leur permette de fournir une bonne interprétation :

- Lors d'un entretien préalable, ils/elles s'enquerront du contenu et de l'objectif de l'entretien.
- Ils/elles s'assureront que leur rôle est connu de tous les participants.
- Pour éviter des malentendus, ils/elles interrompront l'entretien
- S'ils/ Si elles doivent fournir des explications complémentaires, les interprètes communautaires les présenteront comme telles à tous leurs interlocuteurs.

4. Compétence professionnelle

Restitution complète et compréhensible du message

Les interprètes communautaires restituent le message de manière complète et fidèle. Ils/elles utilisent un vocabulaire et un style adaptés à leurs interlocuteurs.

Compétences transculturelles

Les interprètes communautaires sont en mesure de reconnaître des difficultés de compréhension dues aux différences structurelles, sociales, culturelles ou autres, et savent réagir de façon adéquate.

Assurance qualité

Pour leur propre assurance qualité, les interprètes communautaires demandent un feed-back après une intervention.

Les interprètes communautaires mènent une réflexion sur leur travail et leur rôle et partagent leurs expériences avec leurs collègues (p.ex. via la supervision ou l'intervision).

Les interprètes communautaires défendent la dignité de la profession par la qualité de leurs prestations et contribuent à la valoriser par leur façon de travailler et par leur conduite.

5. Application du code professionnel

Problèmes de compréhension et violation des dispositions du code

Si l'application du présent code professionnel soulève des questions ou suscite un différend, les interprètes communautaires ont le droit d'être conseillés par INTERPRET.

Si INTERPRET a connaissance d'un différend ou d'une violation du code, la Commission qualité est tenue de se saisir de l'affaire. Elle peut prononcer des sanctions (blâme, communication de la violation au service d'interpréariat, exclusion de l'association, etc.) et, en cas de grave violation du présent code, elle peut retirer le certificat à l'interprète communautaire. Les sanctions sont prises après avoir entendu les personnes concernées. La procédure fait l'objet d'un règlement spécial.

6. Entrée en vigueur

Le présent code professionnel a été adopté par l'Assemblée des membres le 4 juin 2005 à Berne et entre en vigueur le 1er octobre 2005.

8.2 Code professionnel des interprètes communautaires et des médiateurs/trices interculturel-le-s (2015)

Code professionnel des interprètes communautaires et des médiateurs/trices interculturel-le-s

Les présents principes d'éthique professionnelle de l'Association suisse pour l'interpréariat communautaire et la médiation interculturelle INTERPRET décrivent l'identité professionnelle et l'attitude éthique qui sous-tendent les activités de l'interpréariat communautaire et de la médiation interculturelle, et qui guident dans leur pratique les professionnel-le-s de ces domaines.

Ethique professionnelle

Attitude éthique fondamentale

Les interprètes communautaires et les médiateurs/trices interculturel-le-s considèrent l'être humain dans sa globalité et reconnaissent sa dignité inaliénable, sans distinction de langue, ethnie, culture, nationalité, sexe, âge, religion, position sociale, état civil, convictions politiques, couleur de peau, orientation sexuelle, handicap ou état de santé. Ils/Elles sont ouvert-e-s à l'égard de personnes ayant d'autres normes et valeurs.

Mission sociale

Les interprètes communautaires et les médiateurs/trices interculturel-le-s orientent leur action sur le principe de l'égalité des chances pour tous. De par leur activité, ils/elles apportent leur contribution à l'intégration et à la compréhension au sein d'une société pluraliste. En établissant des ponts linguistiques et culturels,

- ils/elles facilitent l'accès aux structures et aux institutions publiques pour les personnes immigrées ;
- ils/elles permettent aux professionnel-le-s de fournir leurs services de manière efficace et professionnelle ;
- ils/elles aident des personnes d'origine différente à communiquer entre elles en surmontant des obstacles linguistiques et culturels.

Pratique professionnelle

Les interprètes communautaires et les médiateurs/trices interculturel-le-s s'engagent à vivre leur pratique professionnelle selon les principes suivants :

Multipartialité

Dans leur activité, ils/elles adoptent une attitude multipartiale et gardent la même distance professionnelle par rapport à chaque interlocuteur/trice. Par le biais de l'interpréariat communautaire ou de la médiation interculturelle, ils/elles ont pour objectif de permettre à toutes les personnes impliquées d'agir avec la plus grande autonomie possible.

Devoir de confidentialité

Ils/Elles sont tenu-e-s au devoir de confidentialité pendant leur mandat de même qu'après sa conclusion. La violation du secret professionnel peut faire l'objet de sanctions judiciaires.

Transparence

Ils/Elles déclarent toutes les relations avec les personnes impliquées ainsi que tout autre facteur susceptible d'influencer la situation.

Clarté des rôles

Ils/Elles s'assurent que leur rôle d'interprète communautaire et/ou de médiateur/trice interculturel/le ainsi que toutes les activités et limites qui y sont liées sont clairs pour toutes les personnes impliquées et ils/elles déclarent ouvertement d'éventuels changements de rôle.

Professionalisme

Ils/Elles clarifient l'objet et le but d'un mandat, dans la mesure du possible au préalable, afin de pouvoir s'y préparer de manière optimale.

Ils/elles acceptent uniquement les mandats qu'ils/elles se sentent être à même d'assumer du point de vue professionnel et personnel.

Ils/Elles veillent à ce que les conditions cadres leur permettent d'effectuer leur tâche avec professionnalisme.

Dans des situations d'interprétariat, ils/elles traduisent dans les deux sens de manière complète et le plus fidèlement possible, de sorte que le message soit compréhensible pour les destinataires.

Lors de difficultés de communication manifestes ou présumées entre les participant-e-s (ou interlocuteurs/trices) ils/elles contribuent à une clarification en signalant les malentendus possibles.

Ils/Elles mettent fin à un mandat lorsque les conditions cadres pour exercer leur rôle ne sont plus données.

Ils/Elles interrompent un mandat lorsqu'il ne leur est plus possible de gérer leur rôle professionnellement (par ex. proximité, diversité des rôles).

Réflexion sur son activité

Après un mandat, ils/elles demandent un feed-back aux personnes impliquées et réfléchissent à leur prestation.

Ils/Elles veillent à entretenir des échanges, à partager leurs réflexions et expériences avec des collègues, par ex. dans le cadre de séances de supervision ou d'intervision.

Formation professionnelle continue

Ils/Elles mettent à jour et développent leurs compétences linguistiques et professionnelles au travers d'une formation continue formelle et informelle.

Si des questions et des conflits surgissent dans la pratique professionnelle, les interprètes communautaires et les médiateurs/trices interculturel-le-s peuvent solliciter les conseils d'INTERPRET.

Entrée en vigueur

Le présent code professionnel a été adopté par l'Assemblée générale d'INTERPRET le 11 juin 2015 et entre en vigueur au 1^{er} juillet 2015. Il remplace le code professionnel du 4 juin 2005.

8.3 Guide d'entretien

⇒ **L'histoire de leur collaboration à Appartenances**

Dans quel contexte votre collaboration a débuté ?

Depuis combien de temps ?

Comment avez-vous mis en place votre collaboration dans les premiers temps ?

Quelles étaient les préoccupations et les attentes de chacune ?

Qu'est-ce que vous décririez-comme important pour vous dans cette coopération ?

⇒ **Visibilité**

Rendent-elles visibles et compréhensibles aux yeux de l'autre leur manière de travailler ? Si oui, comment le font-elles ?

Comment explicitent-elles à l'autre leurs manières de travailler, leurs astuces, leurs éventuelles failles, difficultés, leurs attentes, leurs objectifs ?

⇒ **Délibération**

De quoi discutent-elles dans leur collaboration ? Quels contenus, comment le font-elles et dans quels buts ?

Ont-elles rencontré parfois des points de désaccords dans leur collaboration ? Si oui, comment y ont-elles réagi ?

Sinon qu'est-ce qui ferait selon elles, qu'elles n'ont pas rencontré de points de désaccord important ?

⇒ **Confiance**

Est-ce qu'elles semblent partager un lien de confiance ? Si oui, par quoi semble passer la confiance ? (pas de questions directes, mais être attentive à la manière dont elles pourraient en parler)

Deuxième partie de l'entretien :

Je vous propose maintenant de choisir ensemble une situation avec laquelle vous avez expérimenté certaines difficultés (désaccords, incompréhensions, qui-proco).

A quel moment dans le processus thérapeutique est apparue cette difficulté (évaluation, milieu du suivi, fin du suivi) ?

Ça m'intéresse de savoir comment vous avez fait face à cette difficulté. Pour ce faire, je vous propose de choisir une séance dans laquelle vous avez discuté ensemble de cette/ces difficulté-s rencontrée-s.

8.4 Grille d'analyse thématique

Thèmes	Catégories	Unités de sens
--------	------------	----------------

Éléments significatifs partagés	Buts communs et explicites	Faciliter l'accès à Appartenances pour la communauté Y
		Créer une approche particulière pour la communauté Y
	Travailler ensemble	Perçu comme une nécessité
		Envie d'échanger
		Sentiment de liberté
		Estime professionnelle
		Complémentarité
	Modalités et contenus de la traduction	Restituer le sens VS mot à mot
		Utilisation de notions discutées auparavant
		Plusieurs vérités existent
	Affinités personnelles	Bonne entente de base
		Principes et valeurs

Rôles professionnels	Attentes vis-à-vis du rôle professionnel de l'autre <i>Psychothérapeute</i> => <i>Interprète</i>	Rôle d'intermédiaire entre psychothérapeute et patients
		Ouvrir la porte aux mondes spirituels
		Médiatrice culturelle
		Envie de l'aspect médiateur
		Entrer dans une certaine finesse
		Orienter la psy sur ce qui est culturellement admis ou non
		Faire le pont
		Amener le plus nécessaire au patient
	Attentes vis-à-vis du rôle professionnel de l'autre <i>Interprète</i>	S'intéresser à connaître le patient
		Faire preuve d'ouverture
		Orienter l'activité d'interprète

	=> <i>Psychothérapeute</i>	Favoriser une traduction visant la restitution du sens
		S'intéresser à la culture de l'autre
	Définition de son propre rôle d'interprète professionnelle	Interprète communautaire
		Implication personnelle
		Adaptation
		S'intéresser au sens des mots et le restituer
		Faiseuse de liens
		Repérer et expliciter les liens culturels
		Aide et soutien pour les patients
		Orienter les professionnels par rapport à l'aspect culturel
	Définition de son propre rôle de psychothérapeute	Accompagner le patient
		Appréhender au mieux la complexité du patient
		S'occuper du psychisme à l'occidentale
		Prendre en compte le transculturel
		Décider du contenu à aborder durant les séances
Faire la part entre ce qui est délirant ou non		
Donner du sens à ce à qui dépasse l'expertise culturelle de l'interprète		
Intégration des apports culturels de l'interprète		
Se préoccuper des médications des patients		

Confiance	Entre psychothérapeute et interprète	Liberté donnée à l'autre
		Valorisation mutuelle
		Aveux d'ignorance
		Aveux d'incompétence
		Acceptation de ses propres limites de compétence
		Domaines de compétence préservés
		Ce que ma collègue m'apporte est utile
	Entre interprète et patient	Facilite la confiance entre psy et patient
		Pouvoir parler d'éléments spirituels avec l'interprète
	Entre patient et psychothérapeute	Créer un monde de sens partagé permet que le patient se sente plus libre de parler
		Aveux d'ignorance
		Expertise du patient valorisée

Articulation des domaines d'expertise	Apports interprète	Significations culturelles
		Adaptation de techniques thérapeutiques occidentales
		Traduction
	Apports psychothérapeute	Connaissances du psychisme
		Connaissances psychiatriques
		Techniques thérapeutiques occidentales
	Apports patients	Significations données à sa souffrance
		Stratégies de soins
		Connaissances culturelles et religieuses
		Connaissance de soi et de sa souffrance
		Ressources personnelles

8.5 Formulaire d'information



Travail de Mémoire

Collaboration inter-professionnelle entre psychothérapeutes et interprètes professionnels.
Quelle coopération mise en acte ?

Formulaire d'information :

Responsable(s) de l'étude

Docteur : Jean-Claude Métraux

Chercheuse : Méline Maksutaj

Dans le cadre de mes études en psychologie clinique et psychopathologie, j'apprends à utiliser des outils de recherche qualitatifs. Je m'adresse à vous dans le but d'effectuer un entretien de recherche.

But de l'étude : Cet entretien vise à explorer les expériences de collaboration entre une psychothérapeute et une interprète professionnelle.

Nature de la participation : Je vous propose de participer à un entretien de recherche enregistré, d'une durée de 90 minutes environ. La participation est libre et volontaire. Cet entretien est élaboré de manière à éviter tout inconfort pour vous.

Confidentialité et utilisation des résultats : Les renseignements donnés seront traités de manière totalement confidentielle. Après transcription, l'enregistrement sera détruit. Les personnes impliquées sont soumises au secret professionnel. De plus, les résultats de cette étude pourront être communiqués avec votre accord. Par la suite, ils pourront éventuellement être utilisés à des fins de publication après accord des participantes.

Droit du participant : Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude. Si vous décidez de ne pas participer, cela ne changera rien. Vous pouvez à tout moment suspendre votre participation.

Questions au sujet de l'étude : N'hésitez pas à contacter les référents mentionnés ci-dessus pour toute question complémentaire.

Suivi de l'entretien : Cet entretien aide à la formation de la personne qui vous rencontre. Si vous vous sentez inconfortable après cet entretien ou souhaitez en parler, n'hésitez pas à en informer la chercheuse et/ou ses référents.

Nom du participant

Date

Signature

Nom du chercheur

Date

Signature

8.6 Formulaire de consentement



Travail de Mémoire

Collaboration inter-professionnelle entre psychothérapeutes et interprètes professionnels.
Quelle coopération mise en acte ?

Formulaire de consentement :

Responsable de la recherche

Docteur Jean-Claude Métraux

Chercheuse : Méline Maksutaj

- 1) Je déclare avoir été informé(e) sur les objectifs de cet entretien, ainsi que de son déroulement, par oral et par écrit.
- 2) On m'a remis un exemplaire du feuillet d'information et du formulaire de consentement.
- 3) Après avoir lu ces documents, j'ai pu poser toutes les questions voulues concernant ce projet et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. Je conserve la feuille d'information et reçois une copie de ma déclaration de consentement écrite.
- 4) Je prends part à cette étude de façon volontaire. Je peux, à tout moment et sans avoir à me justifier, révoquer mon consentement à participer à l'étude, sans que cela n'ait de répercussion.
- 5) Les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques par les partenaires identifiés au formulaire d'information.
- 6) J'ai lu le présent formulaire et je consens volontairement à participer à cette étude.

Nom du participant

Date

Signature

Nom du chercheur

Date

Signature

8.7 Retranscription de l'entretien

- Psychologue-psychothérapeute : Elena
- Interprète professionnelle : Amina
- Intervieweuse : MM

1 MM : Bonjour à vous deux, pour commencer, je voudrais vous remercier d'avoir accepté de
2 participer à cette interview pour mon mémoire. Je vous laisse prendre connaissance des
3 formulaires d'information et de consentement et les signer si vous êtes d'accord. N'hésitez si
4 vous avez des questions. Je pensais vous proposer de commencer par vous présenter, si ça
5 vous convient ?

6 Amina : Mon nom c'est Amina Bari. Je suis interprète communautaire à Appartenances et
7 d'une langue africaine. Ça fait maintenant dix ans que je travaille à Appartenances. Je suis
8 aussi la titulaire du Brevet Fédéral d'interprète communautaire et ça fait plusieurs années que
9 j'ai commencé de faire des recherches. De surtout les différences des maladies mentales et
10 spirituelles et d'autres formations.

11 MM : Mhm merci. Oui comme tu veux (regarde Elena)

12 Amina : voilà, je te laisse (rires).

13 Elena : Donc Elena Soler, je travaille comme psychothérapeute- psychologue
14 psychothérapeute à Appartenances. Maintenant depuis douze ans. Je suis d'origine espagnole
15 et portugaise mais la majorité de ma famille est italienne. Et puis c'est progressivement qu'est
16 venu mon intérêt pour le domaine de la clinique en milieu transculturel et aussi pour la
17 clinique du psychotraumatisme que ce soit au travers d'approches de psychologie d'urgence
18 ou d'EMDR et une combinaison un peu du tout.

19 MM : Mmh. Et je ne sais plus si tu l'as dit toi, ça fait combien de temps que tu es à
20 Appartenances déjà ?

21 Elena : ça fait hem, bientôt douze ans.

22 MM : alors ok merci. Et puis maintenant si vous êtes d'accord, je voulais vous proposer de me
23 parler un peu de votre collaboration. Par exemple déjà, comment votre collaboration à vous
24 s'est mise en place ?

25 Amina : Hem (s'éclaircit la voix). Personnellement, le premier contact- on a eu deux patients
26 quand on a commencé à travailler ensemble et puis pendant- chaque fois on prenait un petit
27 moment de 10-15 minutes d'échange sur la culture Y et c'est pour ça que hem- petit à petit il
28 y a eu plusieurs demandes de patients et c'est là qu'on a mis une jour- demi-journée de
29 comment ? fixe du groupe Y. On les voit un par un, mais c'est vraiment le suivi de la
30 communauté Y.

31 Elena : oui alors dans mon souvenir, il y a maintenant plusieurs années, on a commencé à
32 recevoir des demandes en langue Y. Et puis j'avais eu un ou deux entretiens par-ci par-là mais
33 qui n'avaient pas bien abouti. Et puis on sentait dans l'équipe qu'il fallait voilà ouvrir la porte
34 à la communauté Y et qu'il y ait quelque chose qui se passe dans la communauté pour qu'elle
35 consulte. A cette époque-là, il y a peut-être six ans en arrière, ils ne consultaient pas tant que
36 ça, la population Y. Et puis à ce moment-là, je cherchais une interprète qui soit d'accord de
37 venir un certain nombre d'heures et puis on a commencé avec Amina. Ça s'est bien passé, on
38 avait beaucoup envie d'échanger. Et du coup dans l'équipe on a pu apporter le message que
39 pour travailler avec la population Y il fallait quand même une base par rapport à la culture, à
40 l'approche et puis que ça ait le temps d'être connu dans la communauté. Et du coup il a été
41 décidé que je prenais toutes les demandes en langue Y pour pouvoir faire vraiment une
42 approche particulière avec Amina pour la communauté.

43 MM : donc une approche particulière ?

44 Amina : [oui heu, juste si j'ajoute ?]

45 MM : [Mhm]

46 Amina : parce que la communauté Y pensait que venir chez les psychologues et psychiatres
47 c'est le médecin de folie. Il y avait cette méfiance, peur de venir même s'ils ont des
48 problèmes. Et aussi il y avait une peur d'aussi de partager si- déjà ils avaient d'autres
49 problématiques de santé comme on appelle chez nous une maladie spirituelle. Ils avaient peur
50 de partager, de faire. Et c'est là que voilà on a commencé vraiment cet échange et puis les

51 présentations aussi- quand Elena elle se présente ce n'est pas que ici il vient le médec- et il y a
52 des gens qui ont des problèmes de folie, mais on aide voilà. C'est là qu'on a installé petit à
53 petit, il y a eu cette confiance et puis les gens aussi ils se disent [et]

54 MM : [entre eux]

55 Amina : entre eux. C'est pour ça que vraiment, maintenant ils n'ont pas peur de venir, même
56 des fois c'est eux-mêmes qui sont demandeurs de venir.

57 MM : mhm. Tu me parlais de vous présenter. Justement comment vous vous présentez la
58 plupart du temps, comment vous présentez votre travail la première fois que vous voyez un
59 patient ?

60 Elena : alors généralement la première fois que je vois un patient Y, Amina le connaît déjà.
61 Alors c'est souvent facilité en termes de confiance. Alors ensuite moi je présente mon nom,
62 Appartenances dans ses fonctions. Je dis que je suis psychothérapeute et j'explique que
63 psychothérapeute c'est une personne avec qui on peut discuter des souffrances de l'âme parce
64 que l'âme souffre aussi des expériences dramatiques de la migration. Puis sur la base de ça,
65 Amina traduit et puis après on s'est mis d'accord sur certaines notions. Par exemple que par la
66 parole on peut se libérer d'un poids ou qu'à plusieurs têtes on peut trouver plus de solutions
67 ou qu'on peut discuter ET de la maladie physique ET de la maladie spirituelle. Et puis on
68 précise toujours qu'Amina m'a beaucoup expliqué de l'histoire du pays, de l'histoire du
69 conflit de guerre et puis qu'elle m'a aussi beaucoup parlé des différentes tribus, des
70 différentes croyances, de la religion. Ce qui fait que les gens, hem voilà ils testent, ils
71 commencent à parler de ça puis quand ils voient qu'on peut rentrer dans ce dialogue, ben
72 voilà.

73 Amina : ouais, et moi aussi, j'ajoute à certaines thérapies aussi certaines des techniques de
74 respiration, des techniques de soulagement, quand elle donne ça- les façons d'ici et on-
75 j'adapte (sourit) d'une façon qu'ils reconnaissent, ou bien qu'ils peuvent utiliser facilement
76 comment- après le moment qu'ils font les prières, les choses qu'on lit, qui est lié aux
77 croyances et que ça aide. Ils essaient ils disent : Ha ça m'a soulagé, certains ne disent pas ça.
78 On s'adapte chaque fois, chaque personne est différente et chaque personne est unique hein ?
79 (regarde Elena), je- ils sont vraiment différents- façon de s'exprimer leur problématique et
80 souffrance. Chaque fois on s'adapte et puis après on rediscute. Puis comment les prochaines

81 fois on peut modifier, comment on peut faire. Il y a des choses que des fois je ne sais pas,
82 qu'ils disent et après je fais des recherches. Quand je recherche je viens vers Elena et on fait
83 un échange, c'est pour ça qu'on s'adapte.

84 MM : si je comprends bien, vous faites beaucoup un travail ensemble, où vous discutez
85 beaucoup, et où vous vous adaptez à chaque situation particulière. Et puis, je me demandais
86 aussi dans ces débuts où vous avez commencé à travailler ensemble, quelles étaient les
87 préoccupations et les attentes de chacune d'entre vous ?

88 Elena : alors moi je me souviens que quand j'ai vraiment senti l'importance d'un échange
89 important avec Amina, c'était autour d'une situation particulière d'un monsieur. Où à ce
90 moment-là, jusque là tout se passait bien, je travaillais avec lui comme s'il portait un
91 diagnostic de syndrome de stress post-traumatique et de schizophrénie. Mais à un moment
92 donné les choses qui lui faisaient peur, le contenu de ses angoisses était très très connoté par
93 des croyances spirituelles et puis au bout d'un moment il s'est mis à utiliser un vocabulaire et
94 des concepts finalement culturels qui existent par ailleurs chez toute la population Y. Et là
95 moi j'avais besoin en tant que clinicienne de savoir faire la part de ce qui pouvait être délirant
96 ou pas, ce qui était culturel, ce qui était religieux pour accompagner ce monsieur dans ses
97 parties SAINES et mieux savoir où on était. Et c'est là que du coup- ben la première fois où
98 on s'est mis à parler ouvertement avec Amina de Djinn, hein c'est-à-dire d'esprit Y- la
99 première fois qu'on en a parlé et puis ensuite ça a ouvert la porte à ce qu'Amina elle-même se
100 mette à faire des recherches là-dessus pour pouvoir toujours mieux m'expliquer ce que c'est.

101 Amina : chaque fois je disais ha, ÇA j'ai entendu, mais je ne connais pas, comment ça se
102 passe ? Et puis après dès qu'on faisait les consultations, j'ai commencé à téléphoner au pays,
103 aux gens. J'ai fait beaucoup de recherches de ce côté-là sur les sites internet, en langue Y. Et
104 puis après je reviens vers Elena et je lui dis voilà il y a ça et ça et ça s'explique de cette façon,
105 il y a cette manière de soigner. Et puis c'est là que vraiment- moi aussi ça m'a donné plus-
106 hem voilà, j'ai appris beaucoup de choses de chez moi que je ne connaissais pas, que
107 j'ignorais.

108 MM : donc si je comprends bien, votre collaboration elle a pris un peu une construction
109 différente à partir du moment où toi tu as eu ce patient pour lequel tu rencontrais- je ne sais
110 pas comment tu appellerais ça, une difficulté ou ?

111 Elena : mmh... le besoin d'aller au fond des choses. Et puis vraiment de ne pas- de rentrer
112 dans l'interculturalité, c'est-à-dire de ne pas poser une grille de lecture de la schizophrénie
113 occidentale ou du syndrome de stress-posttraumatique standard. Il est coloré par la culture, les
114 croyances et la personne et de faire ce pas supplémentaire en fait. Et en même temps d'avoir
115 le retour d'Amina comme MEDIATRICE culturelle c'est-à-dire de me dire : mais dans la
116 population générale il est tout à fait banal de vivre qu'on est possédé ou habité par un esprit ça
117 n'a rien à voir avec la folie. Par contre cette façon-là de parler de l'esprit, ça ce n'est pas
118 banal. Pis moi du coup ça me dit : ha donc il y a des références culturelles, mais pas de la
119 façon dont la communauté l'utilise normalement. Donc c'est pour rentrer dans cette finesse là.

120 MM : d'aller dans une subtilité particulière.

121 Elena : oui, oui.

122 Amina : et c'est LA que dès qu'il a su le patient que les connaissances- qu'Elena aussi
123 connaissait tout ça, qu'on a fait cet échange, ça lui a donné aussi une liberté de s'exprimer.
124 Sans avoir peur et ça c'est- avec lui on a eu aussi [beaucoup d'explications]

125 Elena : [mmh]

126 MM : [mmh]

127 Amina : Comment il voyait, comment il traitait, quelle langue il donnait.

128 Elena : Effectivement, au bout d'un moment lui-même en fait s'est mis à parler d'éléments
129 culturels [et même religieux]

130 Int : [religieux, oui]

131 Elena : tout en précisant que normalement il ne devrait pas nous en parler puisque- enfin en
132 tout cas à moi puisque je suis ni Y-ienne, ni musulmane. Mais avec une confiance et à travers
133 d'Amina oui.

134 MM : ok, donc il y avait une ouverture du coup aussi.

135 Amina : il y a vraiment eu cette ouverture. Et j'ai beaucoup aimé aussi comment Elena
136 s'appliquait, comment elle s'adaptait aussi au patient. Et quand elle rentre, qu'on a envie

137 d'aller de ce côté-là, la thérapie ici donc. Et là elle disait que : je ne touche pas cette partie, je
138 l'accueille ouvertement, elle est BIENVENUE la partie de lui et son esprit de Djinn et tout. Et
139 ça c'était vraiment- c'était bien. Et ça a aidé le patient. Et là il a senti cette reconnaissance, de
140 sa propre maladie.

141 MM : lui l'a dit ?

142 Amina : voilà, il sentait. Et puis là- puis après il essaie de dire maintenant je suis de tel côté et
143 maintenant je suis avec vous. Ça c'était bien !

144 MM : dans ce que vous dites, j'entends que ce patient et peut-être d'autres sentent que vous
145 avez établi des recherches de sens plus profondes que peut-être par rapport à d'autres
146 situations qu'ils ont pu vivre eux, qui seraient similaires. (silence de plus de 3sec). Ou en tout
147 cas ils sentent cet intérêt.

148 Elena : oui, parce que d'avoir posé ces conceptions-là, d'avoir ouvert le bureau à plusieurs
149 univers sans dire lequel était juste ou faux. Le patient lui-même finalement est venu avec tous
150 ses univers différents en disant ben là il y a le Djinn qui parle, il est ici. Là au jour
151 d'aujourd'hui c'est moi tout à fait moi ou bien aujourd'hui c'est la partie de moi qui ne veut
152 pas vous parler. Donc il a aussi pu dire qu'il avait très peur de venir en fait. Qu'une partie de
153 lui avait très peur de venir. Et il a pu dire des événements de sa vie- je pense notamment
154 quand il a été fait prisonnier (regarde Amina)- qu'il n'aurait pas pu raconter s'il ne racontait
155 pas ça avec l'histoire du Djinn, ça n'aurait pas eu de sens pour lui. Puis à partir du moment où
156 il a pu raconter avec l'histoire du Djinn, il a pu aussi nous raconter que finalement il y avait
157 toute une partie de cette vie spirituelle qui était aussi une ressource importante. Il ne voulait
158 pas que ce Djinn disparaisse de sa VIE. Donc les tentatives par exemple de médecins qui
159 voulaient grâce à des psychotropes enlever toute hallucination, il y était ultra résistant parce
160 qu'en fait il ne voulait pas perdre tout ça, c'était aussi une aide. Et ça on ne l'aurait pas su, si
161 on n'avait pas pu parler d'une façon ouverte [de ces hallucinations]

162 MM : [donc l'ouverture aussi]

163 Elena : ou de son Djinn (rires) hein ? Après on peut le prendre de différentes façons, [mais]

164 Int : [mais] vraiment aussi que- pour- le moment où il devait prendre ses traitements aussi. On
165 lui a dit, les médicaments on ne les donne pas pour cet esprit, son Djinn, mais on les donne

166 pour lui-même qu'il trouve la force de continuer, pour sa vie de- que ça le dérangera, mais pas
167 tout le temps mais quand même- alors là il a accepté. Au début c'était très dur pour lui de
168 prendre ces médicaments, il n'acceptait pas. Mais depuis cette façon- j'ai beaucoup aimé
169 comment- c'était comme une négociation qu'on a dit : votre esprit Djinn c'est le bienvenu, on
170 ne le touche pas, mais pour vous pour retrouver des forces, trouver du sommeil c'est pour ça
171 qu'on vous donne et ça c'était- [ça a fonctionné !]

172 Elena : [mhm et là il a pris oui]

173 MM : oui. Donc là vous m'avez parlé un peu de comment- d'un exemple en fait avec un
174 patient, comment ça s'est passé- à quel moment toi Elena tu as réalisé quelque chose
175 d'important qu'il fallait que tu demandes à Amina et je me demandais aussi justement pour
176 l'une et pour l'autre qu'est-ce qui était important pour vous dans ce processus d'établissement
177 de votre coopération ? (silence de plus de 3 sec)

178 Amina : pour moi sincèrement, cette collaboration, cette façon dont on a travaillé que je
179 voyais aussi qu'on a aidé ce patient, et j'ai vu qu'on a aidé ce patient et on a aussi appris pas
180 mal de choses qui étaient très importantes de savoir pour l'aider. Pour moi le fait que j'ai fait
181 des recherches, de plus en plus je suis plus attentive, j'entends aussi chez d'autres patients-
182 avant ces mots-là quand ils l'utilisaient, je ne c- je traduisais le mot comme ils disaient mais
183 maintenant je sais le sens de ce mot-là. Et je traduis en même temps mais je demande aussi le
184 sens, pourquoi il a utilisé ce mot-là pour mieux comprendre s'il parle d'esprit, s'il parle
185 d'autre chose. Mais avant cette recherche plutôt pour moi à mon avis, j'ai l'impression que
186 j'ai échappé pas mal de problématiques spirituelles que certaines personnes voulaient
187 exprimer que moi- mais maintenant je suis plus sensible à ce côté-là du fait que j'ai fait ces
188 recherches

189 MM : d'accord donc tu dirais que c'est dans la collaboration avec Elena que tu as développé
190 ça ?

191 Amina : oui j'ai développé ça, oui.

192 Elena : je pense qu'il est important que dans la collaboration on a pu garder chacune notre
193 domaine de compétence. C'est-à-dire qu'Amina elle est interprète et médiatrice culturelle
194 donc elle fait tout ce pont, ces approches, ces apports et elle me les transmet au fur et à

195 mesure qu'elle voit que c'est pertinent et que ça peut amener le « plus » nécessaire au patient
196 et puis ça a toujours été comme ça en fait. Et puis moi de mon côté, ben mon métier c'est-
197 moi je suis psychothérapeute donc je m'occupe du psychisme et du stress-posttraumatique à
198 l'occidentale et on ne peut pas l'une faire comme l'autre on- chacune a sa spécialité puis on
199 met ça ensemble on trouve les zones communes, parfois il n'y en a pas, mais jusqu'ici on a
200 plutôt trouvé. Pis après on regarde si ça fait sens pour le patient ou pas. Mais chacune de nous
201 a son métier, donc on peut expliquer à l'autre les facettes, mais on est garantes toutes les deux
202 de faire notre métier.

203 MM : pis tu disais trouver les zones communes, alors vous le faites comment justement
204 concrètement ? Vous l'avez fait comment ?

205 Amina : avec les échanges ? dans chaque situation ?

206 Elena : oui, concrètement c'est après chaque entretien de prendre un temps pour discuter de ce
207 qui s'est passé et puis Amina en donne sa lecture culturelle en disant par exemple : oui on
208 parle facilement des esprits comme ça, mais là normalement on n'en parle pas comme ça donc
209 c'est quand même bizarre, même d'un point de vue culturel. Et puis moi je dis : ha ben voilà
210 d'un point de vue psychiatrique occidental c'est ça la psychose, c'est avoir des références
211 mais qui ne sont pas les mêmes que celles de la communauté générale. Pis là on regarde ben
212 est-ce qu'on est entrain de parler de quelque chose qui est quand même pas normal dans les
213 deux mondes ou est-ce qu'il y a une normalité dans un des deux mondes ? Et puis on a fait,
214 ben sur ce monsieur-là on a pris le temps de faire une étude de cas assez profonde hein ? Pour
215 voir vraiment le processus depuis le début et comment il avait émergé et de prendre du recul
216 par rapport à tout ça hem. Ouais, c'est comme ça concrètement ! (regarde Amina)

217 MM : mhm, ok. Oui, tu voulais dire quelque chose ?

218 Amina : non bien moi ce que je voulais dire aussi ? Des fois il y a aussi certains patients qui
219 qui- le fait qu'Elena si elle dit qu'elle connaît la culture, qu'elle connaît aussi certains esprits,
220 que ça existe aussi voilà dans certaines communautés. En général quand elle parle, il y a
221 certains patients aussi qui donnent de la confiance en eux-mêmes qui nous parlent plus aussi.
222 Qui disent ha et ma mère elle a de ce Djinn, ben moi j'ai aussi tel type de Djinn qui est plus
223 faible que celui de ma mère. Voilà, ça donne, je- le fait qu'elle a connu aussi certains noms de
224 Djinn, et certains esprits, qu'on a fait des échanges, ça permet aussi aux patients Y qui

225 viennent consulter de se mettre à l'aise et parler ouvertement des choses qu'ils ne pouv- qu'ils
226 n'oseraient pas parler à quelqu'un d'autre.

227 MM : Donc ça a une importance sur le lien de confiance ?

228 Amina : Mhm, oui je trouve.

229 Elena : Mmh. Sur le lien de confiance qui permet que la personne dise vraiment son vécu en
230 fait, qu'il dise vraiment comment elle, elle explique sa souffrance psychique.

231 Amina : oui. En disant que chaque fois quand- au début, ils ne disent pas, mais quand on
232 commence à rentrer dans leur histoire, qu'Elena dit qu'elle a aussi des connaissances des
233 choses spirituelles et autres. Là ça donne plus confiance, là ils n'ont pas peur de- s'ils sentent
234 quelque chose, ils n'ont pas peur de se confier en fait. Ils sentent qu'on ne les juge pas, on ne
235 pense pas autrement. Mais voilà ce sont des choses dont ils peuvent parler. Je trouve.

236 Elena : mais je trouve qu'il y a un intermédiaire important. Parce que par exemple si tout d'un
237 coup je dis, ha mais vous pensez que ça aurait à voir par exemple avec un mauvais sort ? Je
238 constate que le patient regarde Amina. Du style, tiens qu'est-ce que cette femme suisse elle
239 parle de ça. Puis comme Amina n'a pas l'air choquée ni surprise, généralement Amina dit :
240 oui oui je lui ai expliqué beaucoup de choses. Ben le patient il teste. Il dit ha ben on va voir si
241 c'est vrai qu'on peut dire quelques mots. Puis il commence à parler puis Amina prend ses
242 mots et les traduit. Donc ils ont aussi confiance qu'Amina dans son rôle d'interprète
243 professionnelle peut aussi parler de ça. Ce qui n'est peut-être pas le cas pour tous les
244 interprètes hein ? Et puisqu'Amina est aussi d'accord d'en parler avec moi entre guillemets la
245 non-Y-ienne ben alors on est d'accord d'en discuter à trois hein ? Mais- mais je pense que si
246 moi je peux dire certains mots entre guillemets spirituels c'est parce qu'Amina est d'accord
247 que j'en parle et puis elle est la première à faire ce pont dans la confiance.

248 Amina : Et là je dis souvent : on a fait beaucoup d'échanges, elle connaît, elle croit aussi.
249 C'est pour ça que le patient quand il me regarde, je dis oui oui ici vous pouvez vraiment parler
250 de tout ça, j'ai déjà, elle connaît- on a déjà parlé de ça. ÇA ça donne vraiment à l'aise. Et ils
251 commencent à tester aussi, ils ne disent pas tout tout de suite et puis petit à petit voilà ils
252 répondent ouvertement. Et puis quand on se voit ailleurs et qu'il essaie de m'en parler un peu

253 plus, je lui dis : ha tu ne veux pas amener ça pendant la consultation ? c'est intéressant et là-
254 ils se disent aussi entre eux, ça ça donne un « plus » aussi hein ?

255 MM : le fait aussi qu'ils voient que toi tu lui fais confiance et que vice versa aussi tu lui fais
256 confiance, si j'ai bien compris dans ce que vous dites, ça a aussi une influence finalement,
257 quand les personnes voient le lien qu'il y a entre vous ?

258 Amina : oui parce que là je leur dis- je confirme parce que les maladies spirituelles chez nous
259 les gens qui ont ça, ils ne sont pas considérés comme fous, ce n'est pas les maladies
260 psychiques locales. Alors là je leur confirme [qu'on a discuté de ça et il n'y aura pas de ce
261 jugement.]

262 Elena : [Mhm oui, voilà !]

263 MM : je vous remercie beaucoup d'avoir précisé tout ça pour moi. Je voulais vous proposer
264 maintenant de choisir ensemble, donc vraiment vous pouvez à part ça discuter entre vous
265 pendant l'entretien si vous avez envie. Je voulais vous proposer de choisir ensemble vous
266 deux une situation que vous avez rencontrée et qui vous a posé des difficultés ou des- oui des
267 choses que vous avez du par la suite travailler ensemble où vous avez senti qu'il y avait
268 quelque chose à creuser.

269 Amina : qui était difficile, qu'on aurait ?

270 Elena : autour d'une maladie spirituelle ou d'un§

271 MM : §en fait la situation ce serait un peu égal, c'est plus le fait que vous avez du travailler
272 ensemble là-dessus et puis négocier quelque chose ou discuter ensemble de cette difficulté
273 que vous rencontriez dans la situation de la patiente ou du patient.

274 Elena : mhm, je fais un peu le tour de nos patients (rires)

275 Amina : ouais je cherche parce que- pour nous vraiment, j'ai la chance que j'ai de travailler
276 avec Elena parce qu'on ne laisse jamais de côté des situations compliquées [on fait tout de
277 suite]

278 Elena : [oui, c'est vrai on fait tout de suite après l'entretien]

279 Amina : j'ai une certaine liberté pendant que je traduis si je sens quelque chose tout de suite
280 elle est avertie hein ? S'il y a quelque chose qu'elle a envie de savoir, je sens qu'elle a envie
281 de savoir cette chose-là un peu plus on a de communication-

282 MM : comment vous faites justement concrètement ?

283 Amina : tu es d'accord avec moi ? (regarde Elena)

284 Elena : oui je pense que la résolution des difficultés se fait durant l'entretien

285 Amina : voilà, durant.

286 Elena : UN peut-être pour des questions logistiques parce qu'on n'a pas toujours le temps de
287 faire à l'extérieur et puis DEUX sauf très grande urgence, ce n'est pas si mauvais que le
288 patient assiste à ça. Hem

289 MM : Mhm

290 Amina : pendant que je traduis, je regarde. Des fois je traduis tellement- pour moi c'est
291 normal, je connais la culture et tout et peut-être qu'on a jamais abordé et pendant que je
292 traduis je surveille, je regarde le regard d'Elena et aussi le patient. Et quand je vois qu'elle est
293 un peu en dehors de ce sujet-là, qu'elle n'arrive pas me suivre, là j'essaie- [je le vois hein ?]

294 MM : [ça tu le vois comment justement ?]

295 Elena : Mhm (sourit)

296 Amina : je ne sais pas

297 MM : c'est un jeu d'expressions ?

298 Amina : je ne sais pas, elle me regarde, je ne sais pas, je le sens. Et là je dis HA ce sujet-là il y
299 a un lien culturel, mais je vais voir le patient comment il va s'expliquer. Je ne traduis pas
300 comme moi je vois que ça vient du culturel.

301 Elena : à ce moment-là Amina me dit [attends]

302 Amina: [attention] (rires)

303 Elena : je vais lui demander quelque chose, puis je te dis. Donc on fait une bulle méta en
304 entretien. Puis après je laisse Amina faire de toute façon je ne comprends pas, donc voilà
305 (regarde Amina et sourit)

306 Amina : ouais, alors il y a- j'ai vraiment cette liberté quand je suis avec (regarde Elena). Ce
307 n'est pas le cas avec tous les psychologues (sourit) mais il y a ça et là je dis : Elena il y a
308 quelque chose de culturel, je vais préciser avec le patient comment il le voit. Et c'est là que je
309 repose les questions et le patient m'explique comment il voit les choses. Si on a le même
310 point de vue, je dis voilà culturellement chez nous c'est ça, comme il dit le patient. Et je ne
311 dis pas si je suis d'accord aussi, mais une façon que moi je crois aussi cet- mais des fois ça
312 arrive dans certaines cultures, certaines façons de s'exprimer, on n'a pas le même point de
313 vue, mais là je m'arrête, je dis : la patiente ELLE dit. Et puis après nous on discute. Je dis moi
314 je ne crois pas ça, mais c'est§

315 MM : §est-ce que du coup vous arriveriez- ce que je peux vous proposer en fait ce serait de
316 vous souvenir d'une situation justement où vous avez du faire ça pendant un entretien ou un
317 bout d'entretien récent pour que vous me décriviez comment ça se passait ?

318 Elena : moi j'ai l'idée par exemple de notre monsieur là qui a eu un enfant et puis où on s'est
319 demandé si la maladie dont il parlait c'était la syphilis. Là il y a eu tout un moment où tu as
320 du discuter avec lui.

321 Amina : épilepsie ?

322 Elena : ou bien aussi l'épilepsie ouais, aussi les deux... hem ? (regarde le plafond)

323 Amina : mhm... ouais ?

324 Elena : alors il y avait- la situation comme elle s'est passée, c'est qu'il y a un monsieur qui
325 nous a été adressé pour une épilepsie, il ne prenait pas du tout ses médicaments. A ce
326 moment-là Amina et moi on travaillait déjà ensemble et puis comme moi j'ai beaucoup
327 travaillé dans le domaine du VIH avec des populations africaines, je savais que dans le VIH et
328 puis l'épilepsie il y avait des idées très traditionnelles de ce qui se passe à ces moments-là.
329 Donc j'ai tout de suite demandé à Amina : Amina qu'est-ce qu'on dit de l'épilepsie, du
330 phénomène de l'épilepsie chez les Y-iens ?

331 Puis on s'était déjà échangé deux-trois mots. Puis quand ce monsieur est arrivé, il m'a parlé
332 de l'épilepsie d'une façon complèteMENT occidentalisée, tel que lui disait son médecin. Il ne
333 prenait pas de médicaments, mais ne disait pas pourquoi et puis je lui ai posé la question :
334 mais finalement Monsieur ? ici on vous dit que c'est l'épilepsie, on vous donne ce
335 médicament, mais pour vous en fait qu'est-ce que c'est ? Qu'est-ce qui se passe pour vous ?

336 Puis là il y a un moment donné où il s'est mis à parler plus ou moins et là il y a eu tout un
337 échange entre lui et Amina. pendant un bout. Et puis si je me souviens bien à ce moment-là
338 Amina a pu me dire alors effectivement l'épilepsie c'est le moment où il y a un Djinn qui
339 vient nous molester et l'épilepsie ça pourrait même être une relation intime entre- un moment
340 de relation intime entre le Djinn et la personne, mais monsieur n'ose pas dire ça.

341 Puis ensuite une fois qu'Amina m'a dit cette information, là je reprends mon rôle et c'est à
342 moi de savoir : est-ce que je vais continuer à parler selon l'épilepsie occidentale ? est-ce que
343 je vais rentrer dans cette idée d'une Djinn qui le séduit ? Puis on regarde un peu comment
344 c'est sur le moment.

345 MM : ensemble ?

346 Elena : mhm

347 MM : ou vous avez eu une- parce que je vois que§

348 Elena : §alors on se regarde. Je pense qu'ensemble- je ne peux pas dire comme ça je parle
349 maintenant occidental ou maintenant- quoiqu'il y a certains patients où je dis. Je dis : il y a
350 plusieurs vérités qui existent, je vous propose aujourd'hui de parler plutôt de médecine
351 occidentale ou bien je vous propose aujourd'hui de parler de Djinn. Mais quand Amina
352 justement elle a la liberté de faire ces apports en entretien, après elle me donne aussi la liberté
353 de choisir si je continue dans cette voie-là ou si j'estime que je ne vais pas diriger l'entretien
354 comme ça, je vais faire autre chose.

355 MM : donc tu fais une sorte d'aiguillage ?

356 Elena : oui. C'est quand même mon rôle de décider du contenu. Et puis après selon lequel je
357 choisirais, on reviendra en fin d'entretien pour se dire voilà ça c'est important faudra revenir
358 dessus ou pas

359 Amina : ça on fait toujours cet échange. Ce moment-là si on n'arrive pas vraiment se
360 compléter sans se dire est-ce qu'il y a ça et ça, mais à la fin on dit on devait vraiment rester
361 sur ce point-là plus que sur ce point-là. Après on reprend et de mon côté je fais quelques
362 recherches et la prochaine consultation avant qu'il vienne on parle des choses que j'ai trouvé.
363 Et c'est là que ça part.

364 MM : mmh, c'est comme ça que vous vous organisez.

365 Elena : et par exemple en début d'entretien, parfois on se dit ben cette fois s'il y a la place on
366 va rentrer un peu plus dans l'étiologie spirituelle et s'il n'y a pas, on va revenir autrement par
367 exemple parce que ce monsieur d'un point de vue clinique occidental, il est en train de
368 décompenser et je dois parler médicaments, c'est aussi mon travail (rires) et puis de fois en
369 fois comme ça on juge et on sait qu'on a comme ça plusieurs casseroles sur le feu, un peu.

370 MM : en même temps oui

371 Amina : ouais. Et là à ce moment-là on se dit- et là je sens, le sujet comment- ce qui est
372 vraiment bien et qui- qui m'aide beaucoup aussi, je sais qu'elle va rester sur cette
373 problématique-là occidentale comme on en parle, le moment qu'elle a envie de commencer
374 aussi- je sais que- Pis après moi aussi, je la suis. Et vraiment je ne sais pas comment on fait,
375 mais en tout cas, on se complète. Le regard, et puis le patient il me regarde et peut-être que ça
376 nous aide l'échange qu'on fait avant la consultation. Et là je sais chaque fois quelle direction
377 elle prend sans qu'elle me dise, je prends cette direction. ((semble touchée))

378 MM : mhm. Si je comprends bien vous avez vraiment développé une manière plus même
379 gestuelle et dans la méta-communication comme tu disais une bulle, mais vous ne repérez pas
380 forcément tout de suite que vous êtes en train de le faire, vous ne repérez pas forcément
381 comment vous le faites en fait ?

382 Amina : non, on sait comment on le fait, on sait. (regarde Elena)

383 Elena : non on sait. Quand je vois qu'Amina doit chercher une information pour trouver du
384 sens, généralement elle me dit [attends je vais]

385 Amina : [attends oui] (sourit)

386 Elena : puis donc je sais et dans ce moment-là même je n'écoute même pas vraiment enfin-
387 elle est en train de faire son travail de médiatrice. Et puis après quand elle me dit,
388 généralement c'est une information importante que je dois intégrer moi-même à ce que je
389 faisais en tant que psychothérapeute avant, je me prends un petit moment et puis après je
390 décide ce que je fais de tout ça et je pense qu'à ce moment-là il y a un temps qui se passe.
391 Hem ouais (regarde Amina)

392 Amina : et aussi certains moments- parce que normalement hem (silence de plus de 3 sec)
393 quand le patient il me parle de certains sujets, de certaines problématiques et que ça m'arrive
394 des fois je ne comprends même pas comment il fait sa phrase, comment il parle. Alors tel
395 qu'il est je le donne à Elena. Elle me regarde et je dis oui c'est comme il a dit. C'est-à-dire ça
396 n'a rien à voir avec le lien culturel et là elle fait son travail. [Voyez c'est ?]

397 MM : [d'accord, oui.]

398 Elena : mhm. Voilà oui effectivement il y a quelque chose dans le regard d'Amina qui me dit :
399 il parle, il y a rien de spécial ou bien il parle je te dis ce qu'il me dit puis c'est comme un
400 avertissement qu'il est en train de dire quelque chose qu'elle ne comprend pas trop. Et donc
401 c'est à moi en tant que psychothérapeute de donner du sens à ça d'un point de vue
402 psychiatrique, par exemple oui

403 MM : [et vous diriez§]

404 Elena : [§Ha ouais c'est vrai (rires). C'est drôle hein ? ouais c'est vrai]

405 MM : mhm. Vous diriez que§

406 Elena : §ouais c'est vrai !

407 MM : justement je ne saurais pas comment on pourrait appeler cette manière de communiquer
408 où vous dites des fois les choses comme tu dis si vraiment il y a quelque chose tu traduis tel
409 quel mais tu te repères enfin toi tu repères dans la gestuelle d'Amina ou vice versa ou dans le
410 regard. C'est une communication assez fine finalement. Vous diriez que vous l'avez
411 développé au fil du temps ou que c'est venu assez vite. Est-ce que c'est typique de votre
412 coopération ?

413 Amina : mais dès le début personnellement quand j'ai commencé les traductions je pensais
414 que tous les psychologues devaient travailler de la même façon. Mais au moment où j'ai
415 commencé avec Elena avant que j'ai commencé je crois- quand j'ai compris qu'ils faisaient
416 des études différentes et la façon de poser des questions est différente. Et les premières fois je
417 me souviens que j'ai commencé avec toi de temps en temps, avec S ((me regarde)). Chaque
418 fois je te disais alors. ÇA VA ma façon de faire ou je dois changer ? Et c'est là que tu me
419 disais c'est parfait comment tu fais, mais je préférerais s'il y a quelque chose un peu plus de
420 culturel ou plus- c'est là qu'elle me donnait cette liberté aussi de dès que je sens qu'il y a
421 quelque chose de – voilà, dès que je sens je peux dire, je traduis, mais je peux dire : attention
422 il y a quelque chose de culturel ou des croyances.

423 Elena : mais parce que je pense qu'à un moment donné il y avait quand même un projet
424 explicite. A un moment donné on s'est dit avec Amina écoute c'est moi qui vais prendre
425 toutes les demandes en langue Y- et comme pour par exemple à l'époque quand j'étais arrivée
426 les albanais du Kosovo, pour pouvoir comprendre beaucoup de choses il fallait avoir des
427 notions de ce que c'était que le kanoun et le Kosovo par rapport à l'Albanie. Il y avait des
428 éléments clés qu'il fallait connaître sinon on passait à côté. Donc j'ai dit à Amina écoutes
429 c'est moi qui vais prendre les demandes Y-iennes, il faut que je connaisse l'histoire du pays, il
430 faut que je connaisse son organisation. Puis Amina était une professionnelle qui déjà avait
431 beaucoup de connaissances de son pays et qui était intéressée à faire ça.

432 Et moi j'ai l'impression- je pense qu'à la base on s'entend bien comme personnalités (rires) à
433 mon avis c'est quand même nécessaire on est collègues de travail donc- je pense qu'on
434 s'entend bien mais je crois qu'on partage en commun un peu deux principes : je pense qu'on
435 est toute les deux assez cuiseuses, on a envie de comprendre les choses. Et puis on est partie
436 toutes les deux du principe que chacune de son côté on n'arriverait pas à faire ce travail-là.
437 Moi j'avais besoin de mon regard et Amina avait besoin du sien et il fallait qu'ils soient mis
438 ensemble. Et du coup on est assez ouverte pour dire que quand Amina doit apporter quelque
439 chose généralement c'est parce que j'en ai besoin et que ça m'est utile et que quand j'apporte
440 quelque chose c'est qu'il y en a besoin puis que c'est utile et à partir de là ça fait qu'on
441 discute, sinon finalement chacune garde ses choses et puis voilà.

442 Amina : Ouais, on parle des fois de la politique du pays comment c'était, les tribus, l'histoire,
443 les minorités, la culture, la nourriture. On fait vraiment- chaque fois on commence avec une

444 situation, un problème et après autour de cette situation [on regarde vraiment ce qui ne va pas
445 et]

446 MM : [mhm savoir dans quelle direction aller]

447 Amina : oui et parfois il y a certaines réponses que je ne peux pas donner, mais je dis tiens
448 c'est important, je vais faire des recherches. Alors je fais des recherches et après je reviens
449 avec des outils (rires)

450 MM : c'est intéressant ce que vous me racontez. Notamment j'ai retenu que vous avez pu en
451 parler de manière explicite au début. Parce que dans ce que j'ai pu lire par exemple sur la
452 collaboration entre psychothérapeute et interprète professionnel, il est souvent dit que c'est
453 des contrats souvent implicites la plupart du temps. Justement ce que tu dis que chacun a ses
454 manières de faire, sa profession mais que la manière dont s'est mis ensemble ça reste parfois
455 implicite. Je trouvais [intéressant de]

456 Elena : [mais je pense qu'il y a des mécanismes implicites] parce que c'est encore assez entre
457 guillemets nouveau que ce soit étudié mais c'est vrai qu'au départ c'était quand même
458 explicite qu'en tout cas pour moi en tant que psychothérapeute Appartenances je devais
459 connaître, être un peu initiée à la culture du patient donc déjà c'est un apriori et que je
460 demandais à Amina qu'on ait cette collaboration privilégiée où moi j'allais prendre les
461 patients Y-iens et Amina allait les traduire. Mmh quitte à remplir des journées entières de
462 travail, donc on allait passer du temps ensemble, et est-ce qu'on était partante ? Enfin c'était
463 quelque chose comme ça

464 Amina : mhm sincèrement pour moi c'était- le fait que c'est des choses que j'aime, c'est
465 personnel aussi j'aime bien être ouais- je suis curieuse aussi, je fais de recherches. Je vois
466 qu'il y a des choses difficiles aussi, il y a des malentendus même- dans la formation sur
467 l'excision que je donne parfois, ce sont des pratiques qui chez nous se font et je vois qu'il y
468 avait des conflits, de la méfiance, des peurs de la part des professionnels ici et aussi des
469 personnes concernées. Je fais des recherches, je suis quelqu'un qui dit : tiens il y a un conflit,
470 et je traduis à ce moment-là et puis après ça me donne une idée et je fais des recherches. Et
471 voilà c'est- j'aime, je ne fais pas que sur les maladies spirituelles, il y a aussi les jeux
472 traditionnels dans l'unité de développement chez les enfants- les petits que j'ai monté. Il y a
473 vraiment- je vois qu'il y a un problème et-

474 MM : mhm et tu l'investis tout de suite.

475 Amina : voilà j'investis et je cherche (sourit)

476 Elena : et je pense que ça ce n'est pas tous les interprètes enfin que ce n'est pas tous les
477 interprètes qui veulent travailler comme ça ou qui ont l'intérêt ou qui veulent apporter ça et
478 puis je pense que ce n'est pas tous les thérapeutes qui veulent incorporer ça

479 MM : mhm donc ça viendrait§

480 Amina : §oui oui il y a certains thérapeutes que je voulais même- dès la troisième consultation
481 que je voulais arrêter. Parce que c'est clair normalement quand on travaille avec les
482 psychologues, les psychiatres que l'on doit traduire mot à mot, le plus proche possible. Mais
483 depuis que j'ai fait ces recherches quand j'entends des mots clés des maladies spirituelles des
484 fois qu'ils disent si je traduis qui donnent un autre sens. Et puis si je dis : ha il dit ça, mais il y
485 a un autre sens qui- et il dit : non, non j'ai besoin seulement mot à mot. Alors là je sens que je
486 n'arrive pas vraiment à faire comme je voulais mon travail, et le thérapeute qui ne veut pas
487 vraiment savoir un peu plus c'est dommage ouais. Ça c'est des choses à travailler peut-être.

488 MM : oui ?

489 Amina : d'améliorer cet échange entre les thérapeutes et aussi les interprètes

490 MM : entre les deux milieux ?

491 Amina : oui entre les deux milieux différents.

492 Elena : mhm.

493 MM : donc vous diriez que, après ce que j'ai entendu, c'est vraiment plusieurs éléments qui
494 font qu'il y a eu une combinaison qui a donné lieu à votre collaboration toute particulière
495 finalement ?

496 Elena : mhm.

497 Amina : ouais ouais.

498 Elena : mhm. (silence de plus de 3 sec)

499 MM : mhm je ne sais pas si vous voyez des éléments que je n'aurais pas abordé en rapport
500 avec votre collaboration ou des choses sur la collaboration entre psychothérapeute et
501 interprète professionnel que je n'ai pas abordé mais que vous souhaiteriez amener ?

502 Amina : je pense que personnellement j'allais- je ne sais pas si tous les interprètes
503 partageraient mon avis, mais personnellement en tant qu'interprète ça serait bien de pouvoir
504 approfondir cette collaboration dans les échanges entre les thérapeutes et les interprètes. Et la
505 raison pour laquelle je dis ça c'est que depuis que j'ai fais cette recherche, j'ai l'impression
506 que je sens aussi des fois que le patient parfois il dit des choses, mais il a ses idées. Parce qu'il
507 avait une maladie spirituelle quand il était chez lui, il faisait des choses rituelles qui lui
508 faisaient du bien et puis ici le thérapeute, le psychologue ici, on lui parle d'autres diagnostics
509 pour son problème de santé et d'autres non et on lui propose des traitements. Puis c'est
510 vraiment deux sens différents. Voilà et ça c'est des choses vraiment que- installer la
511 confiance, de pousser un peu la recherche des deux côtés pour se mettre ensemble comme-
512 c'est venu comme ça pour nous aussi, il n'y avait pas vraiment de§

513 Elena : §mais c'est vrai que je pense qu'il y a des interprètes plus dans l'interprétariat et
514 d'autres plus dans la médiation culturelle et que c'est quand même deux façons d'aborder les
515 choses différemment. Moi je le vois comme ça avec d'autres interprètes.

516 Amina : mais parce que si je reste que dans l'interprétariat, je ne peux pas faire le pont, mais-
517 si je traduis les mots qu'il a dit, mais le sens va s'en échapper et ça va être très difficile de
518 faire ce lien ((ralentit nettement le débit))

519 Elena : mais je pense qu'il est là le principe commun. C'est qu'en tant que psychothérapeute
520 moi j'ai le parti pris, c'est un parti pris, j'ai le parti pris qu'il faut avoir une connaissance
521 transculturelle. Moi je connais très bien mon métier je suis une très bonne professionnelle
522 dans le psychotraumatisme mais je ne suis pas une spécialiste à priori de la communauté Y-
523 ienne. Alors je peux décider de mettre ça de côté et d'être psychorthérapeute spécialiste mais
524 ça ne fait pas tout à fait sens pour moi et du coup j'ai besoin de cette chose en plus et puis ce
525 n'est pas de la perte de contrôle, du bruit ou de la difficulté ou de la complexité
526 supplémentaire- c'est que si vraiment on veut s'approcher de la complexité du patient, on ne
527 peut pas prétendre pouvoir tout savoir ou tout maîtriser de ce qui va se passer. Et j'ai
528 l'impression que c'est un peu dans ce lâcher prise que le patient prend sa place. Puis ça ça
529 convient ou pas aux professionnels qu'on est ou pas. Mais il faut choisir où on se met.

530 Amina : mais sincèrement quand vous allez dans un pays que vous ne connaissez pas avec
531 une autre culture par exemple. Si vous trouvez une personne qui vous dit : ha je connais une
532 partie de ta culture. Là ça soulage et là comme ça la personne essaie d'expliquer avec fierté.
533 Mais si la personne vient et qu'on fait tout avec la culture, la mentalité, les études d'ici, mais
534 qu'on ne cherche pas plus loin, ça ça ne donne pas.

535 Elena : mhm.

536 MM : quelque chose oui. Donc il y a vraiment cette dimension de créer le lien entre ces deux
537 systèmes de médecine aussi de soin, ces deux domaines de représentations.

538 Amina : même sans vraiment prendre totalement l'autre, mais le fait qu'on dit voilà j'ai connu
539 et on sait que ça se passe et là est-ce que vous pouvez vraiment m'en expliquer un peu plus
540 comment vous vous le voyez. Là déjà cette reconnaissance ça aide

541 MM : ça ouvre

542 Amina : voilà ! et ça crée la confiance

543 Elena : personne ne prétend détenir toute la vérité en fait.

544 Amina : ouais et ça aussi j'ai fait un lien, ça n'a rien à voir, mais je fais ça aussi : le lien.
545 Lorsque j'ai dit à la patiente qui a subi l'excision ou l'affabulation. Je lui dis que les
546 médecins ils ont fait des études, ils connaissent, hein ce n'est pas quelque chose qui va les
547 étonner. Et là ça soulage, et là la personne commence ouvertement à parler. Et puis c'est clair
548 il y a aussi des différents moments à aborder et c'est là aussi que je fais un échange avec le
549 professionnel sur le moment à aborder et la manière de le faire en disant : attention c'est ce
550 moment qu'il y a à aborder et pour ce sujet-là et de cette façon. Ça aide !

551 MM : mhm. Donc c'est vraiment tout un- il y a beaucoup de choses dans ce que vous avez dit,
552 mais c'est vraiment un travail complexe entre les deux professionnelles que vous êtes et plus
553 généralement aussi entre interprète professionnel et quelqu'un du domaine médical par
554 exemple. De faire un aiguillage l'un avec l'autre mais toujours aussi en passant par le patient,
555 enfin de créer de la confiance- enfin je crois que j'ai compris comme ça ce que vous
556 m'expliquiez c'est que quand même que créer le lien entre les deux professionnels a quand
557 même un impact sur comment va se faire le lien avec le patient

558 Elena : ouais j'ai§

559 Amina : §c'est très important de même- si c'est la première fois qu'on voit le patient c'est très
560 important que les deux professionnels échangent vraiment pendant 10-15minutes, que le
561 professionnel s'intéresse aussi, pas qu'il reste sur les études qu'il a fait ici, mais vraiment
562 s'intéresse à connaître le patient, d'où il vient et là ça aide. Cet échange et puis après ça donne
563 aussi des- moi je trouve !

564 Elena : mais c'est vrai que- le patient au cœur de l'échange. On a tous été patient une fois, on
565 ne peut pas trouver quelqu'un- ou alors c'est tout à fait exceptionnel- mais dont on se sent
566 parfaitement compris en tant que patient. C'est normal, moi je ne comprends pas parfaitement
567 les patients suisses d'ailleurs. Donc le patient il a quelque chose de compliqué à dire, en plus
568 il est migrant, il sait que ce n'est pas le discours dominant, il sait que ça peut être
569 complètement étranger à l'oreille des autres et il voit l'interprète et le soignant qui essaient de
570 faire au mieux ensemble pour le comprendre et je pense que là il y a déjà la reconnaissance
571 que personne n'a raison, que personne n'a toute la vérité et que chacun va faire de son mieux.
572 Et j'ai l'impression du coup que le patient il fait aussi de son mieux et il se met à parler
573 comme il peut. Puis voilà

574 Amina : ouais, ça aide

575 Elena : parce que finalement on ne peut pas faire plus que de son mieux enfin mhm

576 Amina : non, non. Mais en tant que patient étranger, si je sens que le médecin il écoute et
577 s'intéresse aussi aux problématiques avec lesquelles je viens culturellement comment ça se
578 passe et comment ça se soigne si j'étais dans mon pays comment ça se passe. Ça ça donne
579 aussi plus de confiance pour les patients, ils s'ouvrent un peu plus. Ou bien s'il dit ha j'ai
580 connu certaines régions de votre pays où on fait ci ou ça, qu'est-ce que vous pensez ? déjà ça
581 aide !

582 MM : [ça aide de pouvoir oui]

583 Amina : [rentrer dans sa porte]

584 MM : oui rentrer dans la porte. Je repense à une expression que tu avais utilisée T, tu avais
585 dit : ouvrir le bureau aux deux mondes

586 Elena : ou trois ou quatre hein (rires)

587 MM : ha oui c'est sûr, je dis deux mais

588 Amina : oui (rires)

589 MM : alors il me semble que j'ai pu aborder tous les thèmes prévus pour cet entretien, mais
590 est-ce que vous souhaiteriez dire quelque chose encore ?

591 Amina : je crois que j'ai tout dit

592 Elena : oui je crois que c'est bon pour moi

593 MM : ha oui juste excusez-moi j'ai encore une information toute concrète à vous demander,
594 ça fait combien de temps que vous travaillez ensemble ?

595 Amina : mhm depuis 2008 ? (regarde T)

596 Elena : oui quelque chose comme ça !

597 MM : ha depuis 10 ans presque finalement !

598 Elena : oui quelque chose comme ça, les premières personnes Y ?

599 Amina : 2009 ?

600 Elena : oui peut-être par là autour, j'avais eu une ou deux consultations avec une autre
601 interprète, et puis, ouais 2008-2009 quelque chose comme ça. Parce qu'on m'avait déjà parlé
602 de toi donc tu étais déjà un peu connue à Lausanne.

603 Amina : Oui, oui j'étais connue ici (rires) que j'ai fait- et pour

604 Elena : Parce qu'on m'a recommandé Amina pour l'envie de l'aspect médiateur ce qui était
605 justement ce que je ne trouvais pas avant et qui pour moi était une des causes que le patient
606 était venu deux fois et n'était pas revenu ensuite.

607 MM : mhm d'accord.

608 Amina : dès le début quand j'ai commencé en 2006, j'ai commencé à faire les cours, les
609 formations et tout et la première psychologue avec qui j'ai travaillé c'était N.

610 Elena : mhm voilà ! Et Aurélie t'avait recommandée à moi (sourit)

611 Amina : Et c'était une patiente très très compliquée qui ne voulait pas de traducteur d'origine
612 Y. Elle ne voulait pas quelqu'un de ma tribu ou de celle de ma collègue. Et puis elle ne savait
613 pas quoi faire et là j'ai dit, je vais tenter ma chance, me présenter et c'est là qu'à la fin elle a
614 accepté.

615 Elena : exactement et je me souviens qu'Aurélie m'avait dit ça, elle m'avait dit : regarde avec
616 Amina elle a toute une façon de parler des tribus pour aider le patient à accepter. Puis là je me
617 suis dit : ha !

618 MM : intéressant !

619 Elena : C'était quelque chose un peu comme ça

620 Amina : c'était drôle parce qu'il y avait des gens de ma tribu qui ont maltraité cette dame et
621 aussi des gens de la tribu de ma collègue qui l'ont maltraité. Bon c'étaient des tribus
622 minoritaires. Et là je me suis présenté, j'ai dit : mhm moi-même j'ai quitté le pays à cause de
623 cette guerre et ces conflits entre tribus et si je suis là, qu'Appartenances m'a engagé, que je
624 dois vraiment aider tout le monde, de traduire avec la confidentialité. J'ai utilisé- j'ai dit :
625 chaque chose naît un jour et grandit petit à petit. Si vous voulez aujourd'hui pour commencer
626 une petite confiance et voir. Puis si ça ne vous convient pas, vous pouvez arrêter. Et si on
627 arrête aujourd'hui et qu'on se voit dehors, on peut se dire bonjour, c'est vraiment deux
628 casquettes complètement différentes. Et c'est là que ça a commencé ! Et aujourd'hui elle a
629 une confiance aveugle avec moi (sourit).

630 MM : mhm.

631 Amina : Et même j'ai dit : si vous vous souvenez les moments qu'ils vous ont fait mal les
632 gens de ma tribu : insultez, faites ce que vous voulez, je sais que ce n'est pas moi ! (rires)
633 C'est une manière de voilà de, qu'elle comprenne que-

634 MM : de mettre en confiance ?

635 Amina : de la mettre à l'aise oui

636 Elena : ha ouais, oui voilà c'est à partir de là, je me suis dit, ha il me la faut ! (rires)

637 Amina : c'est là que j'ai été connue un peu partout ! (rires)

638 MM : bon alors si-

639 Amina : oui parce que dès le début j'ai commencé, j'ai traduit. Et s'il y a des aspects culturels
640 ou religieux. Je dis ha il ou elle a dit ça, mais il y a un sens culturel ou religieux. Et après je
641 donne la possibilité que le thérapeute pose ses questions

642 MM : prenne ou non ce que tu amènes sur la culture ?

643 Amina : oui, mais j'attire seulement l'attention (rires)

644 MM : mmh, d'accord. Alors je vois qu'on arrive au bout du temps qui m'est imparti ! Je vous
645 remercie beaucoup de votre temps, votre participation et de tout ce que vous m'avez apporté !