



**Mémoire présenté en vue de l'obtention du Master 2 « Sociologie Appliquée au Développement Local » à
l'Université Lyon II Lumière**

Soutenance réalisée le 08 septembre 2014

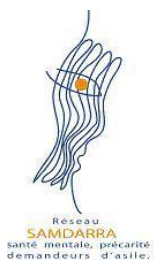
**L'INTERPRETARIAT EN SANTE MENTALE AUPRES DES POPULATIONS EN
DEMANDE D'ASILE ET DES REFUGIES**

Natacha CARBONEL

Année universitaire 2013/2014

Sous la direction de : Monsieur Bertrand RAVON

**Université Lyon II Lumière
5 avenue Pierre Mendès France - 69500 BRON – France**



**UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2
UNIVERSITÉ DE LYON**

« *Traduttore, traditore*¹. »

« Traduire est un acte de parole qui fait intervenir un sujet humain, un être de chair et d'émotion, l'interprète, qui interprète, réexprime, fait le choix à partir des différentes possibilités offertes par les langues concernées de moyens qui conviennent le mieux à la formulation, du vouloir dire dans l'espace interactif.

La langue n'est pas un calque de la réalité, ce n'est pas une liste, une nomenclature ; c'est une façon d'être et de comprendre le monde, un ensemble de pratiques à la fois individuelles et sociales. »²

¹ « *Traduire, c'est trahir* ». Expression italienne.

² DENIS-KALLA, Sandrine & MOUSSAOUI, Louisa. « Quand le tiers permet que les langues se lient, se délient et se relient ! », « *Figures du tiers dans la rencontre clinique inter culturelle* », Journée d'étude ONSMP-ORSPERE, Centre Hospitalier Le Vinatier, Bron. 19.06.2006, 7 p.

Remerciements

Tout d'abord, j'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont suivie et orientée dans la réalisation de ce travail. Je remercie notamment Monsieur Bertrand RAVON, enseignant référent de ce mémoire, qui m'a accompagné tout au long de la rédaction de ce travail. Je remercie également Monsieur Spyros FRANGUIADAKIS pour avoir accepté d'être le deuxième lecteur de ce travail.

J'exprime ma gratitude à Monsieur Nicolas CHAMBON, sociologue à l'ORSPERE-ONSMP/SAMDARRA, pour m'avoir apporté son aide et m'avoir orientée au cours de ma période de stage. Je suis reconnaissante à Madame Halima ZEROUG-VIAL, directrice, et aux membres de l'équipe de l'ORSPERE-ONSMP/SAMDARRA pour m'avoir accueillie au sein de leur structure pendant quatre mois, me permettant ainsi de réaliser un stage au cours de mon année de Master 2 en Sociologie Appliquée Au Développement Local.

Je remercie toutes les personnes qui se sont avérées être des personnes clés pour la réalisation de cette étude, qui ont ouvert les portes à mon terrain de recherche et sans qui, la réalisation de ce travail aurait été beaucoup plus difficile.

Mes derniers remerciements se tournent vers toutes les personnes qui m'ont aidée et qui m'ont encouragée, soutenue grâce à leur enthousiasme et bonne humeur au cours de cette expérience.

Sommaire

Remerciements	3
Sommaire	4
Introduction	6
Première partie : Présentation contextuelle et méthodologique du travail de recherche.....	14
Etude sur l'interprétariat en milieu psychiatrique	14
Contextualisation de la commande.....	14
Retour sur la commande de stage : les problématiques de l'interprétariat en santé mentale	17
Evolution de la commande de stage	21
Les demandeurs d'asile et réfugiés : une préoccupation mondiale	27
La demande d'asile : un statut et des droits particuliers au niveau mondial	27
Procédures administratives : la demande d'asile et l'accès au séjour en France.....	29
La demande d'asile en France: définitions et procédures.....	33
Focus : l'accès aux soins pour les demandeurs d'asile et réfugiés	37
Méthodologie de recherche appliquée dans l'élaboration et la réalisation d'une enquête de nature qualitative	39
Justification des outils méthodologiques.....	39
Difficultés méthodologiques de l'enquête	46
La position et la légitimité du chercheur en sociologie.....	47
Deuxième partie : Les régimes d'épreuves	51
Régimes d'épreuve de l'usager	51
Les souffrances psychiques des migrants précaires	51
Entre jugements et une « capacité de survie » administrative.....	54
Une certaine méconnaissance de l'interprétariat professionnel	57
Difficultés méthodologiques d'enquête auprès du public migrant précaire	61
Régimes d'épreuves du clinicien en psychiatrie	62
Le monde psychiatrique face au monde social.....	62
La santé mentale des exilés: un phénomène de plus en plus reconnu et croissant dans l'espace public, scientifique et politique	63
Le langage et l'« histoire de vie » en tant que matériaux cliniques.....	65
La clinique face aux épreuves d'interculturalité.....	69
Introduire un tiers dans la relation thérapeutique	71
Régimes d'épreuves de l'interprète	75

L'épreuve de proximité	76
Les compétences langagières	81
Une distanciation nécessaire	84
La professionnalisation et la reconnaissance du métier d'interprète	86
Solidarité avec la santé mentale ?.....	91
Conclusion.....	94
Bibliographie.....	101
Ouvrages.....	101
Articles scientifiques	101
Conventions, traités, rapports.....	103
Colloques.....	104
Sitographie	104
Liste des sigles	105
Table des matières.....	106

Introduction

Le CADA/ HUDA³ d'Ambérieu-en-Bugey, petite commune se trouvant localisée à moins d'une heure de la ville de Lyon, est situé dans un quartier populaire à l'extérieur de la ville. C'est au cœur de ces bâtiments, des immeubles de type logement social qui semblent mal vieillir et se dégrader rapidement, destinés à l'accueil des migrants en procédure de demande d'asile, que j'ai accompagné une infirmière psychologue lors de la réalisation d'entretiens thérapeutiques.

Après avoir réalisé un premier entretien avec une jeune mineure d'origine kosovare dans le CADA, nous avons changé d'étage pour nous rendre dans le HUDA où nous attendait la travailleuse sociale de la structure afin de continuer les consultations avec des personnes qui avaient déjà été déboutés une première fois de leur demande d'asile, ou qui étaient en procédures particulières. Nous avons été installées dans le bureau dans lequel se déroulent habituellement les consultations, situé en face de celui de la travailleuse sociale qui accueille les familles hébergées dans la structure. La pièce était petite et lumineuse, au milieu de laquelle un bureau était placé, ainsi que des chaises de chaque côté. Comme lors de la consultation précédente, l'infirmière m'a placée à ses côtés. Les patients prenaient place en face de nous.

Les consultations suivantes concernaient des premières rencontres entre l'infirmière psychologue et les patients. Dès notre arrivée, la première consultation a débuté très rapidement. La patiente était une femme d'origine albanaise, d'une cinquantaine d'années, et était étonnamment accompagnée d'un enfant d'environ une dizaine d'années. Les deux personnes sont entrées dans la pièce, ont fermé la porte et ont pris place. Très déstabilisée par la présence de l'enfant, la soignante a immédiatement demandé, en français, qui était cet enfant et pour quelles raisons il était présent lors de l'entretien. Cependant, la femme, tout comme l'enfant, ne semblaient pas du tout comprendre ce qui leur a été dit ni les questions qui leur ont été posées par la soignante. Parallèlement, la patiente s'adressait d'un ton sévère et agacé à son fils et lui a demandé de traduire à la soignante ce qu'elle avait dit. La patiente semblait très agitée ; son regard était exorbité, elle se tenait la tête entre les mains, remuait sur sa chaise et soupirait très

³ Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) / Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile (HUDA)

fort. L'enfant tentait, tant bien que mal, de traduire de l'albanais au français ce que disait la patiente. Elle souhaitait, en réalité, que la soignante lui prescrive des médicaments car elle se plaignait de très forts maux de tête. Comprenant que la présence du fils gênait la soignante, la femme a finalement demandé à l'enfant d'aller chercher sa fille, plus âgée, pour pouvoir traduire la conversation et lui servir ainsi d'interprète. L'enfant s'est levé en tentant d'expliquer ce que sa mère lui avait demandé et a commencé à rouvrir la porte pour quitter la pièce. Perplexe, l'infirmière a demandé pour qui avait été prise cette séance. Quand elle a compris que c'était pour la femme, elle a tenté de lui expliquer qu'elle allait avoir recours à un interprète par téléphone pour pouvoir réaliser la consultation sans ses enfants et qu'il était donc préférable que son enfant quitte la pièce. Très rapidement, la situation est devenue très confuse, laissant place à un véritable « brouhaha » causé par les plaintes de la patiente en albanais, les quelques mots que baragouinait l'enfant en français et ses entrées et sorties et les explications de l'infirmière. L'enfant étant parti chercher sa grande sœur dans leur hébergement, obéissant ainsi aux ordres de sa mère, l'infirmière a fini par appeler directement l'interprète pour clarifier la situation avec la patiente vu que la situation ne s'était pas améliorée. Le téléphone portable utilisé pour appeler l'interprète est un téléphone basique de faible qualité. L'infirmière semblait ne pas savoir comment manier l'appareil et m'a demandé de l'aide. Le haut-parleur a été activé pour que toutes les personnes présentes puissent entendre l'interprète. Le son était tout de fois de très mauvaise qualité. Dès que la communication fut établie avec l'interprète, l'infirmière a expliqué, un peu paniquée, qu'elle était confrontée à un problème conséquent puisque la patiente était venue en consultation avec un enfant âgé d'une dizaine d'années et qu'elle voulait s'assurer qui était cet enfant, pourquoi il était là et pour qui était la consultation. Dans un même temps, elle a également expliqué dans la précipitation, que j'étais présente lors des consultations et voulait avoir l'aval de l'interprète pour que je puisse observer les entretiens. Dans l'agitation, l'infirmière me passa l'interprète au téléphone. Je lui ai donc expliqué ma démarche et l'interprète m'a confirmé que cela ne lui posait pas de problème particulier. L'infirmière a récupéré le téléphone avec empressement. Entre temps l'enfant était revenu dans la pièce. L'infirmière a demandé à l'interprète de questionner la femme afin de savoir pour qui était la consultation. L'interprète a traduit. La patiente semblait étonnée de la scène, elle a regardé le téléphone d'où sortait une voix albanaise avec un air d'incompréhension et de fort étonnement. L'enfant semblait également perplexe. De manière évidente, la patiente et son fils ne devaient pas être habitués à l'interprétariat téléphonique. Elle a répondu que la consultation était bien

pour elle. Quand l'interprète l'a informé que la présence de l'enfant n'était pas souhaitable sauf si elle le désirait vraiment, la femme a demandé à l'enfant de quitter la pièce.

Après une bonne quinzaine de minutes, la consultation a enfin débuté. L'infirmière a commencé par questionner la femme afin de remplir le formulaire qu'elle remplissait avec chaque nouveau patient. Le formulaire récapitule toutes les informations de base concernant la situation familiale, administrative et le parcours de vie du demandeur d'asile⁴. Ces questions sont posées et repesées de manière incessante aux personnes en demande d'asile. La femme a répondu aux questions du formulaire. Elle semblait fatiguée et agacée de répondre à ces questions formelles.

Les interactions entre l'infirmière et la patiente étaient rythmées par l'intervention de l'interprète, matérialisé par un objet d'où sortait le son d'une voix qui alternait entre l'albanais et le français. Le portable était posé au centre du bureau donc au centre des deux acteurs. L'infirmière, sûrement habituée à ce type d'exercice, avait tendance à se pencher au-dessus de la table pour se rapprocher du téléphone lorsqu'elle parlait. La patiente, assise sur sa chaise en ayant toujours un comportement très agité, restait plus distante de l'appareil. Cela entraînait une mauvaise compréhension des phrases formulées par la patiente de la part de l'interprète. L'interprète demandait donc à la patiente de répéter plusieurs fois ce qu'elle disait. La patiente étant proche d'un malaise ou d'une crise de panique, l'exercice de répétition et reformulation semblait être très fatigant pour elle. Les temps de paroles des interlocutrices, l'infirmière et la patiente, étant relativement longs, l'interprète écourtait les dialogues en synthétisant leurs propos et en résumant à l'essentiel.

La patiente est hébergée dans le HUDA avec son mari et avec ses deux enfants cadets, sa fille adolescente et son fil âgé d'un peu plus de dix ans, qui était présent au début de l'entretien. Elle est également mère de deux enfants plus âgés, deux filles mariées, restées en Albanie. La famille doit être en fin de recours de demande d'asile.

En évoquant son parcours d'asile et les raisons qui l'ont poussé à quitter l'Albanie⁵, elle avait des bouffées de chaleur et avait l'impression d'étouffer. A ce moment-là, elle s'est plainte

⁴ Le formulaire reprend les informations principales sur les personnes : nom ; prénom ; date de naissance ; pays et ville d'origine ; date d'arrivée en France ; membres avec qui elle est hébergée en France ; situation familiale ; situation administrative et évolution ; problème de santé connu ; raison de demande d'asile.

⁵ En essayant de répondre au formulaire de l'infirmière, la patiente a éprouvé de grandes difficultés à raconter en détail les raisons qui ont poussé la famille à quitter l'Albanie. Habitants d'un village, la famille a vécu des

d'avoir la nausée. Elle a demandé à ouvrir la fenêtre. Au vu de son état perturbé à cet instant, l'interprétariat téléphonique s'est compliqué. L'interprète avait des difficultés pour comprendre ce que la femme disait, ce qui a créé des incompréhensions du côté de l'infirmière qui essayait de connaître la patiente pour pouvoir établir un premier diagnostic clinique. La communication difficile entre la patiente et l'interprète s'explique aussi par le fait que la patiente, étant agitée, n'arrivait pas à rester immobile à proximité du téléphone. Par exemple, au début, l'interprète n'avait pas compris que c'était la patiente elle-même qui s'était fait édenté. La patiente s'est soudain écroulée et est partie dans une crise de larmes. A ce moment-là, l'interprète ne comprenait pas ce qu'il se passait. Elle disait donc à l'autre bout du téléphone : « *Allo ?! Allo ?! Je n'entends plus rien !* ». L'infirmière tenait donc deux rôles en même temps, puisqu'elle devait rassurer sa patiente, elle a par exemple essayé de lui tendre une main que la patiente a ignorée, et, en parallèle, elle devait intégrer l'interprète qui n'était pas présent en lui apportant des renseignements sur la situation et donc lui expliquer que la patiente était renfermée dans ses pleurs et ne parlait plus.

La patiente se plaignait d'avoir des maux de têtes très importants, elle se tenait d'ailleurs souvent la tête entre les mains et la nuque qui semblait être raide. Elle souhaitait que l'infirmière lui prescrive des médicaments pour pallier ses maux de têtes permanents. L'infirmière lui a expliqué qu'elle n'était pas autorisée à lui prescrire des médicaments compte tenu de son statut. En considérant l'état très perturbé de la patiente à ce moment-là, l'infirmière a préféré écouter l'entretien. Elle a demandé à la femme d'aller lui chercher le dossier médical concernant ses problèmes cardiaques et sa médication actuelle⁶. La femme a quitté la pièce et est partie chercher son dossier médical. L'infirmière a donc décidé de raccrocher avec l'interprète et de la rappeler plus tard, quand la patiente serait revenue.

Au bout d'une dizaine de minutes, la femme est revenue dans la pièce avec son dossier médical. Elle l'a donné à l'infirmière qui a confirmé que la femme avait subi des opérations cardiaques lourdes depuis son arrivée en France. Elle a essayé par la suite de communiquer avec la patiente en lui faisant des signes et des mimiques par rapport aux médicaments qu'elle

agressions violentes et a été menacé de mort à la suite de créances non honorées. Elle-même a été battue avec violence au niveau de la mâchoire. Elle a d'ailleurs perdu de nombreuses dents, ce qu'elle a tenu à nous montrer.

⁶ La patiente nous a expliqué que, dès son arrivée en France, elle avait été opérée trois fois au cœur. Au vu des cicatrices qu'elle nous a montrées au niveau de sa poitrine et de sa jambe (opération également liée à ses problèmes cardiaques), les opérations semblaient être assez sérieuses. Depuis on lui a prescrit un grand nombre de médicaments à prendre quotidiennement. Actuellement, la femme est suivie par un médecin généraliste d'Ambérieu-en-Bugey, en contact avec les migrants du CADA/HUDA.

devait prendre pour les insomnies, l'angoisse et les maux de têtes ce qui s'est révélé être un véritable jeu de devinettes. Toutefois la femme ne semblait pas vraiment comprendre tout ce qui lui était dit. Finalement l'infirmière a décidé de rappeler l'interprète pour pouvoir communiquer avec sa patiente. Entre temps, le mari de la patiente suivante s'impatientait derrière la porte du bureau et ne cessait de l'ouvrir et de la refermer, ce qui a fini par agacer l'infirmière. L'infirmière a terminé la consultation en convenant d'une nouvelle rencontre avec la patiente. Celle-ci a insisté une dernière fois pour avoir des médicaments pour alléger ses maux de têtes. L'infirmière lui a une nouvelle fois expliqué qu'elle ne pouvait rien lui prescrire et qu'elle devait se diriger vers le médecin généraliste pour avoir des médicaments plus forts. Les attentes de la patiente ne semblaient pas avoir été satisfaites. Lorsque celle-ci a quitté la pièce définitivement, l'infirmière a demandé à l'interprète son ressenti par rapport à la patiente. Elle voulait surtout savoir si elle considérait les propos de la femme délirants. L'interprète a alors répondu en disant qu'elle avait surtout eu de grandes difficultés à comprendre ce que la femme disait, à cause de la qualité sonore de l'appel. Au vu de l'impatience de la patiente suivante, l'infirmière lui a fait prendre place dans la pièce sans raccrocher avec l'interprète en albanais qui était également sollicitée pour la consultation suivante. La deuxième consultation avec interprétariat téléphonique a montré le même genre de difficultés.

Cette ethnographie d'une expérience d'interprétariat téléphonique dans le cadre d'un entretien thérapeutique montre une situation de *care*⁷ complexe. Une série d'éléments et de situations s'enchaînent de manière rapide. Les moments d'incompréhensions et de malentendus se multiplient. Ils mettent non seulement à l'épreuve les rôles et les attentes de chaque acteur mais, de plus, ils créent inévitablement une certaine tension auprès des trois acteurs concernés par la consultation de *care* : la patiente, la soignante et l'interprète. L'interprète tient un rôle très important dans la réalisation d'entretiens thérapeutiques pour permettre la communication, donc le dialogue, entre les différents acteurs. Dans ce cas précis, l'interprétariat téléphonique permet aux acteurs de communiquer entre eux malgré l'absence physique de l'interprète. Toutefois, cette situation de *care* n'est pas optimale au vu de son déroulement chaotique, et ce dès le début de la consultation.

⁷ Le *care* est ici défini comme la notion de soigner en prenant soin des personnes. Cette notion sera définie plus loin dans ce mémoire.

C'est dans le cadre d'un stage réalisé au sein du Réseau SAMDARRA⁸ au Centre Hospitalier psychiatrique Le Vinatier⁹ en deuxième année de Master Professionnel SADL¹⁰ à l'Université Lyon 2 Lumière au cours de l'année 2013-2014, que j'ai pu réaliser l'observation sociologique suivante dans l'objectif de traiter de la question de l'interprétariat en entretien thérapeutique. Ce travail de recherche s'appuie sur un travail d'enquête, préférant une approche de nature qualitative, sous la base d'entretiens individuels et d'observations ethnographiques. L'approche sociologique de cette partie de l'enquête a comme objectif de déterminer la posture professionnelle et la figure de l'interprète au cours d'entretiens thérapeutiques.

Si l'on considère sa position sur le continent européen et son rayonnement historique en tant que « patrie des droits de l'Homme »¹¹, la France est une terre d'asile pour des populations migrantes depuis des décennies. Depuis six années consécutives les chiffres de demandes d'asiles enregistrés ne cessent de croître, représentant plus de soixante-six milles demandes pour l'année 2013. Aujourd'hui, le territoire français est le deuxième pays d'accueil de demandeurs d'asile à l'échelle européenne¹².

En accord avec les droits humains intégrés dans le droit des réfugiés, l'accès aux soins et aux services de santé sont des droits accordés aux populations réfugiées par leur pays d'accueil¹³. En France, et sous conditions exceptionnelles, les demandeurs d'asiles peuvent avoir accès aux soins dans le domaine de la santé mentale en cas de souffrances psychologiques. Toutefois, la prise en charge du public migrant précaire dans le domaine de la santé mentale est problématique à différents niveaux.

Au regard de l'importance des flux migratoires au niveau mondial, les objets de recherches concernant la « santé des migrants » se sont fortement développés dans le temps,

⁸ Santé Mentale, précarité, Demandeurs d'Asile et Réfugiés en Rhône-Alpes (SAMDARRA).

⁹ Le Centre Hospitalier psychiatrique Le Vinatier se situe dans la commune de Bron dans la Région Rhône-Alpes.

¹⁰ Master 2 Professionnel Sociologie Appliquée au Développement Local (SADL).

¹¹ LE PORS, Anicet. *Le droit d'asile*, 4e éd., Paris, Presses Universitaires de France « Que sais-je ? », 2011, 128 pages. URL : <http://www.cairn.info/le-droit-d-asile--9782130590118.htm>

¹² Le premier pays d'accueil enregistré est l'Allemagne. « Rapport d'activité 2013 de l'OFPPA », OFPPA, 12 avril 2014, 63 p.

¹³ « *Le programme d'action (para. 10.22 et 10.23.)* », Conférence Internationale sur la Population et le Développement. Le Caire (Egypte), 5-13 septembre 1994, 123 p.

http://www.gitpa.org/Processus%20GITPA%20200/GITPA20029RESSOURCESDOCU1994_ProgAction_LeCaire.pdf, page consultée le 21.04.14.

notamment du côté des sciences sociales nord-américaines et anglophones¹⁴. Toutefois, les rapports existants sur le thème de l'interprétariat sont très peu nombreux en France. A ce jour, il n'y a pas eu de recherche à proprement dit à ce sujet.

Perçue comme une personne cruciale dans la réalisation d'entretiens thérapeutiques pour permettre la communication du patient allophone avec le soignant et donc faciliter et améliorer son accès aux soins, la présence de l'interprète, en tant que personne tierce au cours de l'entretien thérapeutique, peut être contestée par les professionnels soignants en psychologie ou en psychiatrie. De fait, et comme le démontre l'observation ethnographique qui introduit ce travail, le rôle de l'interprète n'est pas réduit à un simple outil de traduction dans ce type d'entretien. Etant à la croisée de divers champs, la présence de l'interprète a des impacts dans le positionnement de chaque acteur, ce qui modifie incontestablement la prise en charge du public allophone. Sa présence a un impact, du côté de la personne qu'il traduit et du côté de la personne à qui il traduit. Une relation tripartite se crée inévitablement entre les trois acteurs ce qui soulève la question du rôle relationnel de l'interprète. Cet impact créé par une relation tripartite mérite d'être analysé. L'interprétariat est donc une problématique intéressante à étudier en regard de la relation tripartite créée par cet acteur.

En considérant le rôle relationnel de l'interprète auprès des soignants et soignés, il est intéressant de soulever la question de proximité de ces acteurs. En suivant cette approche, les notions de *care*¹⁵ et de *cure*¹⁶ se présentent comme des bonnes pistes d'analyse pour étudier le rôle relationnel et de proximité de l'interprète.

A la suite des constats énoncés supra et à une analyse approfondie du terrain, des premières questions de recherche émergent : Comment soigner le public allophone avec un interprète ? Quelles attentes ont les professionnels du soin sur l'interprétariat ? Quels sont les enjeux quant à la professionnalisation de cette pratique ? Quelles sont les missions de l'interprète et quels sont les rôles qui lui sont attribués au cours de ce type d'entretien ? Quelles sont les spécificités de l'entretien thérapeutique et du travail avec les migrants précaires en interprétariat ?

¹⁴ COGNET, Marguerite, HOYEZ, Anne-Cécile & POIRET, Christian. « Éditorial : Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations », *Revue européenne des migrations internationales*, mis en ligne le 10 octobre 2012, consulté le 10 octobre 2012, 174 p. URL : <http://remi.revues.org/5861>

¹⁵ Ici, entendre la notion de *care* comme « soigner, prendre soin des personnes ».

¹⁶ Ici, entendre la notion de *cure* comme « soigner, guérir ».

Afin d'approfondir ces questions de recherche, trois hypothèses seront considérées. La première hypothèse est que l'interprétariat garantit, facilite et améliore l'accès au soin et la prise en charge des publics allophones, notamment les migrants précaires. La deuxième hypothèse est que les professionnels de soin en santé mentale se plaignent d'un manque de sensibilisation et de professionnalisation des interprètes ce qui peut être un frein au fait de recourir à un interprète. La troisième hypothèse est que, dans un souci de distanciation imposée par les représentants du milieu psychiatrique, et d'une demande de proximité créée par le public migrant précaire, l'interprète devient un acteur sensible devant porter trois casquettes différentes : en tant qu'acteur de *care*, de *cure* et d'interprétariat. De ces trois hypothèses découle la problématisation suivante :

Comment tenir, du point de vue de la professionnalisation de l'interprète, une tension entre une politique relationnelle du proche et une sensibilisation rationnelle, instrumentale, mais nécessaire aux questions psychiatriques ? En d'autres termes, la professionnalisation de ce métier sur la thématique spécifique de la santé mentale est-elle nécessaire ?

Pour répondre à la problématisation formulée, la première partie de ce mémoire sera consacrée à une présentation contextuelle de la commande de stage formulée par le Réseau SAMDARRA ainsi que d'une présentation des choix méthodologiques de cette étude. La deuxième partie exposera une analyse des données récoltées sur le terrain qui dévoilent les différents degrés d'épreuves auxquels sont confrontés les interprètes au cours des entretiens thérapeutiques avec le public migrant précaire.

Première partie : Présentation contextuelle et méthodologique du travail de recherche

Avant de présenter l'analyse de l'enquête, issue des entretiens et observations ethnographiques menées avec des interprètes et des soignants en santé mentale sur la question de l'interprétariat, des précisions doivent être apportées. Tout d'abord, dans le cadre d'un stage dans le domaine scientifique de la sociologie, il est important, d'un point de vue scientifique, de revenir sur la commande formulée initialement par la structure de stage. Cette analyse de la commande permet ainsi de la resituer, et donc de la décomposer et de la déconstruire sous un angle sociologique, dans son contexte institutionnel, politique et social au sein de son institution mère: l'ORSPERE-ONMSP/SAMDARRA. L'acquisition de connaissances spécifiques sur le public de recherche, public source de cette enquête, ont été une étape incontournable pour la réalisation de cette étude. Expliquer la méthodologie de travail qui a été appliquée pour réaliser ce travail est également nécessaire pour justifier ma démarche et les différentes étapes réalisées pour mener à bien cette étude.

Etude sur l'interprétariat en milieu psychiatrique

Contextualisation de la commande

Présentation de la structure de stage : l'ORSPERE-ONSMP et le Réseau SAMDARRA

Hébergés au sein du Centre Hospitalier Le Vinatier, le Réseau Santé Mentale, précarité, Demandeurs d'Asile et Réfugiés en Rhône-Alpes (SAMDARRA) s'inscrit dans l'unité « Psychiatrie et Société » avec l'Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion (ORSPERE). Ces institutions dépendent administrativement du Centre Hospitalier Le Vinatier. Au vu du lien existant entre ces deux institutions, une courte présentation de l'ORSPERE s'impose.

L'ORSPERE a été fondé en 1996 par un psychiatre et un sociologue. Ces deux disciplines scientifiques sont donc liées depuis le départ, ce qui est une des spécificités principales de l'observatoire. Il est destiné aux professionnels du champ sanitaire et social qui sont confrontés au cours de leur travail aux thématiques de la souffrance psychique pouvant

entraîner une certaine exclusion sociale ainsi qu'une modification de la santé mentale des individus. Ainsi, l'ORSPERE se base et s'inscrit dans le champ de la « clinique psychosociale »¹⁷. En 2002, l'ORSPERE a été également désigné comme l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP) grâce à son développement élargi au niveau national.

Cet observatoire articule ses actions en trois domaines spécifiques. Il développe un premier axe destiné directement aux professionnels de terrain en mettant en place des séminaires, colloques, journées d'études et des formations. L'ORSPERE-ONSMP est également un centre de ressource. A titre d'exemple, l'observatoire publie des bulletins nationaux trimestriels sur la santé mentale et la précarité dans les revues *Rhizomes* et *Cahiers de Rhizome*. Le dernier volet est consacré aux recherches-actions traitant sur la thématique de la santé mentale, le lien social et l'exclusion. C'est au sein de ce dernier domaine d'action que le Réseau SAMDARRA a vu le jour.

En effet, le Réseau SAMDARRA est né d'une recherche-action effectuée par l'ORSPERE au sujet de l'accompagnement des demandeurs d'asile. Les difficultés et malaises auxquels étaient confrontés les professionnels et bénévoles qui interviennent directement, de manière occasionnelle ou régulière auprès de ce public spécifique ont confirmé la création du Réseau SAMDARRA en tant que réseau-centre ressource destiné aux professionnels et bénévoles en contact avec le public migrant précaire. De fait, depuis le départ et jusqu'à aujourd'hui, le Réseau SAMDARRA et ORSPERE sont fortement liés. Etant à la base deux institutions de recherches distinctes composées d'une même équipe de professionnels pluridisciplinaires, l'ORSPERE-ONSMP a fusionné avec le Réseau SAMDARRA au cours de

¹⁷ La « clinique psychosociale » est une clinique créée par Jean FURTOS, psychiatre fondateur de l'ORSPERE. Cette clinique propose une autre approche des individus en situation de grande précarité en distinguant les situations de précarité économique et celles de situations de rupture de liens sociaux. La précarité est définie par FURTOS comme une perte d'« objets sociaux » (comme le travail, l'argent, le logement...) qui entraîne une désaffiliation du sujet de son appartenance collective (dans sa famille, un groupe ou la société). L'individu va manifester cette exclusion duale par un mécanisme psychique dans lequel il va chercher à se protéger de sa propre souffrance en s'auto-excluant. Cette démarche psychique est vécue comme une problématique hégémonique pour les « aidants », les travailleurs sociaux. La clinique psychosociale étudie les relations entre les individus en souffrance et les professionnels, inscrits dans le champ du social et non du médical, qui y sont confrontés. La clinique psychosociale prend ainsi en compte la souffrance psychique comme un élément qui s'introduit dans les lieux du travail social. Elle met ainsi en exergue l'évolution des pratiques et des modes d'interventions des professionnels dans les structures sanitaires et sociales.

PAUL, Jacques. « Souffrance psychique et souffrance sociale », *Pensée plurielle*, 2004/2 no 8, p. 21-29. URL: <http://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2004-2-page-21.htm>

l'année 2014. Soutenu initialement par la DRASS¹⁸, SAMDARRA est aujourd'hui appuyé par l'ARS¹⁹.

Les missions du Réseau SAMDARRA

Au vu de la complexité existante aujourd'hui en France dans les domaines de l'accueil, l'accompagnement et le soin des migrants précaires, les professionnels et bénévoles auxquels s'adresse le travail du Réseau SAMDARRA représentent un important éventail de professions (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, médecins généralistes, infirmiers, interprètes, éducateurs spécialisés, juristes...).

Ayant comme objectif de faciliter et d'améliorer l'accès aux soins des demandeurs d'asile et réfugiés, SAMDARRA soutient les professionnels et bénévoles confrontés aux problématiques environnant le public migrant précaire. Les espaces de réflexion sur les différentes pratiques professionnelles ont comme but de faciliter la construction d'une coordination des acteurs en regard de leur pluridisciplinarité afin de promouvoir le soutien à la santé mentale et réduire les risques existants.

Les axes d'actions principaux du Réseau sont l'organisation de formations et d'actions de sensibilisation des professionnels en activités ou futurs professionnels autour des thématiques des migrants précaires et de la santé mentale, la coordination et l'animation d'un réseau dans la région Rhône-Alpes et la réalisation d'études et de recherches-actions afin de promouvoir les projets de recherches en sciences humaines visant à améliorer la prise en charge des migrants précaires. C'est dans le cadre de ce dernier axe de développement du Réseau SAMDARRA qu'une recherche est actuellement menée sur la question de l'interprétariat en santé mentale.

¹⁸ Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS).

¹⁹ Agence Régionale de santé de la région Rhône-Alpes (ARS).

L'organisation du Réseau SAMDARRA

D'un point de vue institutionnel, le Réseau SAMDARRA compte trois personnes salariées de manière pérenne : une psychiatre (à 20%), une psychologue (à 30%) et une coordinatrice de projet (à temps complet).

Un comité technique, qui inclut les acteurs de terrain des différents domaines liés à la demande d'asile, nourrit la dynamique et la réflexion du réseau. Il se regroupe de manière mensuelle.

De plus, un comité régional de coordination se réunit semestriellement. Il est constitué de collectivités territoriales, associations et institutions régionales concernées directement par les thématiques de SAMDARRA. Il a comme finalité d'orienter et d'évaluer les actions du Réseau.

Retour sur la commande de stage : les problématiques de l'interprétariat en santé mentale

L'interprétariat : une recherche au cœur du Réseau SAMDARRA

Avant d'analyser la commande de stage traitant de l'interprétariat, nous pouvons mettre en exergue l'apparition et l'intérêt du Réseau envers cette thématique spécifique pour comprendre comment celle-ci est aujourd'hui devenue un sujet d'enquête au sein de SAMDARRA.

Tout d'abord, nous pouvons signaler que même avant la création du Réseau, les problématiques liées à l'interprétariat en santé mentale étaient déjà soulevées par l'ORSPERE-ONSMP. En effet, en juin 2006 l'ORSPERE a mené une journée d'étude à Lyon sur la « *Figure du tiers dans la rencontre clinique inter culturelle* »²⁰. Deux volets d'études ont été présentés lors de cette rencontre. Le volet sociologique traitait des difficultés de prise en charge du public allophone au regard des différences linguistiques existantes, ce qui impliquait le recours à l'interprétariat. Le volet clinique présentait quant à lui les difficultés des professionnels quant au recours aux interprètes dans le cadre d'une thérapie psychique.

²⁰ « *Figures du tiers dans la rencontre clinique inter culturelle* », Journée d'étude ONSMP-ORSPERE, Centre Hospitalier Le Vinatier, Bron. 19.06.2006, 58 p.

Au cours de cette rencontre, les professionnels soignants en santé mentale ainsi que des interprètes ont pu échanger sur la position de l'interprète lors d'entretiens thérapeutiques et notamment les difficultés que les professionnels pouvaient rencontrer lors de ces pratiques au sein de leurs différents domaines professionnels. Les premiers questionnements sur la posture des interprètes, les difficultés de traduction et leur rôle au cours de l'entretien thérapeutique ont pu être abordés.

Un an plus tard, l'ORSPERE-ONMSP fonda le Réseau SAMDARRA. De fait, on peut noter que la thématique de l'interprétariat est présente au sein du Réseau SAMDARRA depuis sa création.

Les études sur l'interprétariat en France sont peu nombreuses. Bien que les avis et points de vue divergent à ce sujet, notamment selon les diverses filières de recherche de chacun, le constat suivant a pu être avancé : l'interprétariat apparaît comme une barrière d'accès aux soins du public allophone et peut également être vécu comme une difficulté de la part des soignants en santé mentale. L'interprétariat en santé mentale est donc un sujet qui questionne et qui pose problème.

En se basant sur ce constat, SAMDARRA publia le rapport de synthèse « *Etat des lieux national de la prise en charge et prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du Dispositif National d'Accueil* »²¹ en 2012. Ce rapport, financé par le FER²², a souligné à plusieurs reprises les difficultés des soignants dans la prise en charge de la souffrance et des pathologies psychiques des migrants précaires allophones. La spécificité de ce public nécessite une prise en charge particulière qui dépasse les cadres dits « classiques » de la psychiatrie publique. Cette ré-interrogation des cadres cliniques de prise en charge du public allophone induit inévitablement le recours à l'interprétariat. Le rapport signale que, depuis 2010, le contexte général de l'asile, comprenant le contexte géopolitique, la politique de l'asile, et les politiques de l'immigration, connaissent d'importants changements et des évolutions majeures qui complexifient la prise en charge du public migrant. La réduction des budgets des

²¹ « *Etat des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil* », Rapport de Synthèse, Réseau SAMDARRA. Avril 2012, 74p.

²² Fonds Européen pour les Réfugiés (FER).

structures de santé en 2010, a affecté les marges de manœuvre des acteurs de la santé mentale et de l'asile dans la prise en charge de ce public.

L'évolution restrictive de la configuration des structures d'accueil a directement impacté le Réseau SAMDARRA de par la baisse des budgets des centres d'hébergements pour demandeurs d'asile, contraints à ne plus pouvoir payer d'interprètes dans le cadre du soin, et au niveau des structures hospitalières qui ne pouvaient plus répondre à l'accès au soin du public allophone par manque d'interprète.

Les sept restitutions nationales ont, elles aussi, soulevé la question de l'interprétariat à plusieurs reprises et notamment lors de la cinquième journée d'étude du Réseau SAMDARRA²³.

L'interprétariat en santé mentale : un problème récurrent et central dans le soin des personnes allophones: exemple de l' « évaluation du système d'interprétariat » au sein du Centre Hospitalier Le Vinatier

Une première dynamique de travail a été lancée par le Réseau SAMDARRA au sein du Centre Hospitalier Le Vinatier pour traiter de la problématique de l'interprétariat²⁴. L'idée de cet état des lieux intra-hospitalier est née des difficultés rencontrées par les soignants et les patients de la région Rhône-Alpes lors de l'accès au soin. Le but de cette étude, approuvée par la Commission « Parcours de soin », sous-commission de la CME²⁵, a été d'effectuer un état des lieux des demandes en interprétariat dans les différents services de soins de l'Hôpital, de connaître les positionnements des professionnels face à l'interprétariat, d'évaluer le « Recours à un interprète » au sein de l'Hôpital et la connaissance de ce service par ses salariés, ainsi que d'évaluer la satisfaction du recours à l'interprétariat.

En amont de l'enquête, les premières préconisations concernant la réduction du recours aux interprètes ressortaient d'un manque de budget. En réalité il s'est avéré qu'il existait une disparité dans l'offre d'interprétariat en fonction des services de soins. L'état des lieux a également été réalisé pour comprendre pourquoi on retrouvait un positionnement différent au

²³ « Récits et paroles de migrants en quête d'asile : Quels enjeux ? Quels effets sur la santé mentale ? », 5ème journée du Réseau SAMDARRA, Réseau SAMDARRA, 18 octobre 2012, 56 p.

²⁴ « Evaluation du système d'interprétariat », Groupe de travail « interprétariat », Centre Hospitalier Le Vinatier, Bron. 27.06.2013, 16 p.

²⁵ Commission Médicale d'Etablissement (CME).

sein même de l'Hôpital par rapport à l'interprétariat. En mettant en parallèle les différents services de soins, les disparités mises en avant ont été les suivantes : soit l'interprétariat était réalisé avec un interprète amené par le patient (le plus souvent, un membre de la famille ou de l'entourage proche), soit les services sollicitaient les interprètes d'un service extérieur au Vinatier²⁶, soit ils faisaient appel aux professionnels et stagiaires présents à l'Hôpital qui maîtrisent les langues étrangères. Ces trois pratiques de l'interprétariat ont pointé un certain nombre de constats positifs et négatifs rencontrés par les soignants lorsqu'ils ont recours à l'interprétariat.

Par ailleurs, il est apparu que les services d'interprétariat n'étaient ou n'avaient jamais été proposés au sein de certaines unités de soin.

Au-delà des disparités existantes entre les différents services, il s'est avéré que le recours à l'interprétariat divergeait aussi au sein d'un même service. Les points de vue sur le recours à l'interprétariat pouvaient varier d'un soignant à un autre. Certains priorisent et promeuvent les entretiens thérapeutiques avec interprète (professionnel ou personne interne à l'Hôpital) et à l'opposé, certains soignants peuvent refuser de manière catégorique de réaliser des entretiens thérapeutiques en présence d'un interprète. Le recours à l'interprétariat avec un public allophone est ainsi apparu comme un véritable choix individuel.

Les freins au recours à l'interprétariat décelés au cours de cette première enquête ont donc été divers. L'interprète peut être ainsi perçu comme une présence gênante d'une personne tierce, étrangère, au cours de l'entretien. Les soignants ont également pointé les modifications du cadre clinique qui sont la conséquence de la présence de ce tiers. Quant à la question financière énoncée au départ, celle-ci n'a jamais été mise en avant comme un frein à l'accès aux interprètes au sein de l'Hôpital.

Les résultats de l'évaluation du système d'interprétariat au sein de l'Hôpital ont confirmé l'intérêt et l'implication des professionnels de la santé sur cette question, ce qui a poussé le Réseau SAMDARRA à continuer des recherches sur ce sujet.

²⁶ Le Centre Hospitalier Le Vinatier sollicite ISM Corum, Inter service Migrants, Centre d'observation et de recherche sur l'urbain et ses mutations, propose des services d'interprétariat et de traduction à Lyon. Ce service est sous convention avec l'Hôpital.

Evolution de la commande de stage

Déconstruction de la commande de stage initiale

La question de l'interprétariat en soin thérapeutique a été ma mission majeure au cours de mon stage au Réseau SAMDARRA.

Dans l'objectif d'approfondir les premières recherches sur l'interprétariat et afin de bénéficier des financements nécessaires pour mener à bien ce travail de recherche, le Réseau SAMDARRA a répondu à un appel à projet formulé par le CSR²⁷ de l'Hôpital en mars 2013. Ce projet a été approuvé et financé par le CSR pour une durée d'un an, de septembre 2013 à septembre 2014, avec un rendu prévu pour décembre 2014. La subvention accordée est d'une valeur de cinq mille euros et est répartie entre le paiement d'un stagiaire en Master 2 sociologie (pour une durée de six mois) et l'organisation d'une journée d'étude sur le thème de l'interprétariat. En effet, la septième journée d'étude, intitulée « *L'interprétariat à l'épreuve de la clinique* », a été organisée par le Réseau SAMDARRA et le comité technique du Réseau le 1^{er} juillet 2014 à Chambéry²⁸. Cette journée a été divisée en deux thématiques distinctes. La première partie de la matinée a été consacrée à la présentation de l'étude sur l'interprétariat menée actuellement par le Réseau SAMDARRA et notamment les premières pistes d'analyses qui en découlent. La deuxième partie de la matinée donnait quant à elle la voix aux interprètes, et était consacrée à la place et aux rôles des interprètes. L'après-midi portait sur l'aspect clinique. Celle-ci analysait la prise en charge en santé mentale du public allophone, en s'interrogeant notamment sur la présence de l'interprète au cours de ces entretiens.

L'enquête traitant de l'interprétariat en santé mentale comporte deux volets de recherche, déterminés par la réalisation d'enquêtes qualitatives : un volet clinique et un volet sociologique.

Le volet clinique a pour objectif de déceler les différents enjeux des rapports existants entre les soignants et les soignés en présence d'un interprète. Cependant, depuis le début de cette étude, le Réseau SAMDARRA ne possède pas de psychologue spécifié dans le domaine

²⁷ Conseil Scientifique de la Recherche (CSR).

²⁸ « *La clinique à l'épreuve de l'interprétariat* », Septième journée d'étude, Réseau SAMDARRA-ORSPERE/ONSMP, Chambéry, 1^{er} juillet 2014.

de la recherche et qui pourrait être en charge de cette enquête, l'approche clinique n'a, à ce jour, pas été traitée au sein de l'enquête. Afin de palier cette approche clinique qui a tout de même de l'importance au sein de cette enquête, le sociologue et la chargée de mission du Réseau SAMDARRA se sont initialement chargés de ce volet de l'enquête qui permet d'explorer la question de l'interprétariat du côté de la psychiatrie publique. Ils ont ainsi réalisé des enquêtes auprès des professionnels soignants en santé mentale pour comprendre le positionnement de chacun face au recours à l'interprétariat avant mon arrivée en stage. Le départ précipité de la chargée de mission en congé maternité a ralenti cette phase de recherche. Néanmoins, j'ai pu participer à des entretiens sociologiques auprès de cliniciens en santé mentale, en compagnie du sociologue du Réseau.

L'approche sociologique de l'enquête a comme objectif de déterminer la posture professionnelle, la figure de l'interprète et de connaître les différentes positions défendues par les professionnels de soin face à l'interprétariat. Cette partie de l'enquête, à laquelle j'ai été intégrée, permet de pointer les difficultés pointées du côté des interprètes.

Dans une démarche de « déconstruction » de la commande de stage initiale, j'ai pu constater qu'un des constats mis en avant dans l'évaluation du système d'interprétariat intra-hospitalier au Vinatier est que les professionnels se sont plaint du fait que les interprètes, professionnels ou non, n'étaient pas sensibilisés à la spécificité de la psychiatrie. Cet argument peut être un frein majeur au recours à l'interprétariat dans le soin de la santé mentale.

En accord avec les objectifs fixés par le Réseau SAMDARRA, qui sont à la fois de permettre, faciliter et améliorer l'accès au soin du public migrant précaire et, à la fois, de soutenir les professionnels qui travaillent avec ce public, SAMDARRA semble avoir l'intuition que l'interprétariat professionnel spécifique au domaine psychiatrique a une importance dans le soin du public allophone suite aux recherches menées. L'idée de l'enquête, selon la commande initiale, serait donc de confirmer ou non cette intuition pour pouvoir ainsi envisager la mise en place de formations à la spécificité de l'interprétariat en santé mentale, destinées aux interprètes et professionnels du soin. Ma commande a donc consisté en la réalisation d'une enquête de nature qualitative auprès d'interprètes de la région lyonnaise, sollicités par les professionnels de la santé mentale. Ces entretiens individuels ont questionné, au départ, la professionnalisation de ce métier ou son besoin de professionnalisation. De fait, cette focalisation sur la professionnalisation des interprètes permettra de soulever la nécessité, ou non, de mettre en place des formations sur la spécificité de la santé mentale à destination des

interprètes. Toutefois, traiter de la professionnalisation du métier d'interprète a également eu comme conséquence de soulever d'autres thématiques d'analyse sur la question de l'interprétariat.

Les interprètes en tant qu'acteurs du care

Afin de garantir une meilleure compréhension et appropriation du sujet de recherche, les premières lectures bibliographiques, de nature et d'origines diverses, m'ont permis de comprendre les enjeux et problématiques autour de l'interprétariat.

Dans un premier temps mes lectures se sont focalisées sur le public touché de manière indirecte par cette enquête. Celles-ci ont souligné la spécificité du public migrant précaire. En effet, au regard de leur parcours de vies, de migration et de leur traumatismes passés accentués par leurs états de précarité sociale et administrative, s'informer sur la souffrance psychique liée aux parcours de migration violents m'a semblé être très important dans l'appropriation de mon terrain de recherche. Bien que je ne suis pas confrontée de manière frontale aux demandeurs d'asile et réfugiés en souffrance psychique, les recherches à ce sujet m'ont semblé être des entrées clés de compréhension pour connaître les spécificités auxquelles pouvaient être confrontés le public cible de mon enquête, les interprètes.

Comme cela a été signalé, l'étude de l'accès au soin du public allophone a longuement été explorée et étudiée par des pays anglophones, notamment en Australie et au Canada, pays construits autour de phénomènes migratoires. Les rapports existants sur le thème de l'interprétariat sont non seulement rares en France, mais se basent de plus sur une majorité de ces études anglo-saxonnes et américaines. Les articles exposent des positionnements très divergents sur cette question. Les points de vue, discours et argumentations, diffèrent tout d'abord selon qu'on se place en psychiatrie publique ou en sociologie. Les auteurs défendent des points de vue opposés: soit la promotion, voire la grande nécessité, d'un interprète dans la réalisation d'entretiens thérapeutiques, soit l'impossibilité de réaliser des entretiens avec une personne tierce. En France, le rapport officiel du Ministère de la Santé intitulé « *Usage et*

opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé »²⁹ publié en décembre 2012 dresse des premiers constats sur les problématiques de l'interprétariat en France. En synthèse de ce rapport, certains professionnels et scientifiques défendent le professionnalisme croissant de l'interprétariat et sa nécessité pour favoriser et améliorer l'accès au soin du public allophone. Cette émergence de la professionnalisation de l'interprétariat peut être analysée dans le domaine de la sociologie des professions. Néanmoins, l'évolution de mon terrain de recherche a mis en exergue un autre phénomène qui semble être pertinent.

Selon les premières lectures bibliographiques et les premiers entretiens individuels menés auprès d'interprètes aux différents statuts et pratiques, ainsi qu'auprès de travailleurs sociaux confrontés au public migrant précaire et aux professionnels, nous pouvons constater qu'il existe une première tension dans le champ de l'interprétariat en santé mentale. L'interprète est nécessaire et peut amener un certain nombre d'apports, mais parallèlement, sa présence implique une modification des cadres classiques de la psychiatrie qui peut gêner les cliniciens. Le rôle relationnel de l'interprète est en effet très important, puisque sans lui, les transmissions ne pourraient pas être faites entre les différents acteurs. L'interprète est un sujet transculturel et est également médiateur à différents niveaux. La « confiance » qui se crée entre lui et les différents acteurs est une notion essentielle dans les relations que crée l'interprète avec ces différents acteurs. Lorsque ce lien n'existe pas, ou est moins visible, l'interprétariat peut s'avérer être un exercice compliqué et tendu. La présence de l'interprète a un impact, quelle que soit sa pratique ou la posture professionnelle qu'il adopte au cours de l'entretien. Cela a pu être confirmé lors des entretiens individuels et plus particulièrement lors d'observations sociologiques. L'entretien thérapeutique mené par le clinicien est bouleversé car il devient tripartite et non plus dual. Cette relation tripartite et les différents impacts qu'elle crée à différentes échelles, est complexe. Pour cette raison, mes lectures, connaissances et le matériau de terrain récolté a mis en lumière cette spécificité de l'interprétariat. De fait, j'ai décidé de traiter de la question de la professionnalisation des interprètes sous cet angle d'analyse qui tend à étudier plus spécifiquement les rôles des interprètes. Cet angle d'étude m'a poussé à percevoir et définir les interprètes en tant qu'acteurs du *care*, notamment en approfondissant les notions de proximité et de distanciation de ces acteurs.

²⁹ « Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du VIH/sida, de la tuberculose et du diabète », Rapport d'étude du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Direction Générale de la Santé. Décembre 2012, 139 p.

Le *care* est une notion de plus en plus répandue et étudiée dans le domaine des sciences sociales. Il s'agit avant tout d'un mode de pensée. Une définition de ce concept s'impose afin de mieux comprendre son lien et sa pertinence dans l'étude de la place et de la professionnalisation des interprètes dans le domaine de la santé mentale auprès du public migrant précaire.

Le *care* est une notion qui est apparue dans l'analyse du travail social, plus précisément dans le cadre d'une part de travail fournie quotidiennement par les soignants, accompagnateurs, aidants, travailleurs sociaux confrontés directement à des publics vulnérables (personnes âgées, handicapées, migrants...), qui était fréquemment oubliée. Bien que cette part de travail soit essentielle, elle est trop souvent marginalisée. Ainsi, le *care* fait référence aux compétences les moins techniques des travailleurs sociaux, et touche les aspects moraux et humains : le *care* peut être ainsi décrit comme le travail relationnel et émotionnel produit par l'attention que les travailleurs sociaux portent à leurs publics dans le cadre de leur travail. Effectivement, l'écoute, l'attention, la présence et l'accueil sont des éléments qui ont une grande importance dans les relations d'appui ou de soin qui s'établissent entre les soignants, aidants ou travailleurs, et leur public. Toutefois, comme le précise MOLINIER³⁰, le travail de *care* n'a pas comme unique but de théoriser les dimensions émotionnelles et morales dans le travail avec des publics vulnérables. Trop souvent le *care* est perçu comme une « morale de bons sentiments » et comme une effusion sentimentale sans grande importance et conscience politique. La perspective de *care* est cependant plus large que cela, puisqu'elle met en lumière un changement de cap des priorités de travail. Le relationnel et l'émotionnel prennent alors le pas sur les techniques. Afin de compléter ces premières pistes de définition, le *care* est considéré « *comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible* »³¹. Ainsi, le travail de *care* englobe un grand champ d'activités humaines. Le *care* ne doit pas être pris en compte comme une simple pratique ou une activité spécifique, car il s'agit bien d'un état d'esprit et d'une disposition particulière du soignant envers son patient.

Les travailleurs du milieu social ou du soin sont, au vu des impacts qu'ils produisent, des véritables agents moraux du *care*, bien trop souvent sous-estimés, dévalorisés et non

³⁰ MOLINIER, Pascale. *Op. cit.*

³¹ TRONTO, Joan C. « Du care », *Revue du MAUSS* 2/ 2008 (n° 32), p. 243-265. URL : www.cairn.info/revue-du-mauss-2008-2-page-243.htm

reconnus par leur hiérarchie. De plus, leur vision et sensibilité morale ne sont pas automatiquement prises en compte. Le *care* se présenterait ainsi comme un concept fondamentalement éthique, qui placerait le souci des autres comme une priorité théorique, méthodologique et politique.

Le rôle de l'interprète ainsi que la professionnalisation de ce métier sont intéressants à étudier sous cet angle de *care*, puisque les interprètes génèrent, de par leur présence, des effets spécifiques aux soignants et aux soignés. L'interprète crée en effet, à la fois, une distanciation du point de vue du soignant et une proximité pour le public soigné. D'un côté, comme nous avons pu le constater, cette pratique peut être perçue comme problématique dans le domaine de la psychiatrie publique. D'un autre côté, la présence de l'interprète peut être également problématique du côté du public soigné. Se trouvant dans une situation de précarité extrême au vu de son vécu et de sa situation actuelle en France, le soigné va le plus souvent être réconforté par la présence de l'interprète qui le rallie de manière directe à sa culture d'origine de laquelle il a été violemment déraciné. Ce rapprochement culturel qui apparaît naturellement explique le fait que le public migrant précaire a tendance à se rapprocher de l'interprète en tant que personne paire, et essaye de créer avec celui-ci un certain lien social dans la recherche d'une certaine compréhension, soutien et solidarité face à sa propre situation. La tentative d'instaurer un lien social avec l'interprète, en tant que personne tierce dans l'entretien, peut avoir elle aussi des impacts importants dans cette relation tripartite. Le patient cherche de manière naturelle à se rapprocher de la personne qui lui semble le moins « étrangère » et cherche donc à se rattacher à ce qui lui rappelle ses propres origines. Face à cela, le professionnel soignant peut ressentir un sentiment d'exclusion, de perte de contrôle et méfiance vis-à-vis de l'interprète qui devient un objet de gêne dans l'entretien. Sans oublier que l'interprète peut également être très vite impacté par cette démarche s'il n'arrive pas à instaurer une certaine distanciation avec le public qu'il rencontre et risque ainsi d'être secoué émotionnellement par l'empathie qu'il peut ressentir.

L'interprète doit donc avoir un rôle de *care*, mais en accentuant la nécessité de sa professionnalisation, le côté *cure* devra être mis en avant. D'un côté, l'interprète est pris par le sensible, l'affect, l'expérience et la proximité. Ce constat ressort dans le discours de tous les interprètes interrogés, mais également chez les psychiatres ou travailleurs sociaux. Toutefois, cette sensibilité semble devoir être contrôlée par les interprètes pour qu'ils soient ainsi

considérés et reconnus comme professionnels rendant des services de qualité. On retrouve bien donc ici un paradoxe existant entre la demande de proximité qui vient du public soigné et la demande de distance qui vient des professionnels de la psychiatrie. En effet, l'interprète devient un acteur hybride, on lui demande d'être un objet multi-usage dans un dispositif de soin pour migrants précaires qui est complexe et instable.

Ainsi, cette approche sur le rôle relationnel de l'interprète auprès des soignants et soigné, sur les questions de proximité et de distanciation de ces acteurs, sur l'étude de l'interprète, en tant qu'acteur de *care* et de *cure*, représente un angle d'analyse pertinent du rôle relationnel de cet acteur en tant qu'interface des migrants précaires et des acteurs de la santé mentale.

Les demandeurs d'asile et réfugiés : une préoccupation mondiale

Cette partie traitera du public migrant précaire et en particulier des personnes en procédure de demande d'asile et réfugiées en France, public cible de ma commande de stage de manière indirecte. Elle se divisera en trois parties distinctes. Premièrement, les définitions et termes clés seront présentés. Deuxièmement, seront expliqués les différentes procédures administratives et statuts juridiques existantes en France aujourd'hui pour les demandeurs d'asile et réfugiés. Troisièmement, nous exposerons les différentes conditions d'accueil des demandeurs d'asile et réfugiés en France, ainsi que l'accès au soin de ce public notamment au niveau psychiatrique.

La demande d'asile : un statut et des droits particuliers au niveau mondial

Les statuts particuliers accordés aux populations migrantes

Par définition, l'asile est la protection accordée par un État à un étranger, qui vit ou qui risque de vivre des persécutions dans son pays d'origine, que ce soit par les autorités de ce pays ou par des agents non-étatiques³².

³² <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F299.xhtml>, page consultée le 06.04.2014.

Une personne en demande d'asile est une personne qui est en cours de procédure pour obtenir une protection spécifique en tant que réfugié.

Une personne déboutée du droit d'asile est une personne qui a entamé une procédure de demande d'asile mais à qui le statut de réfugié lui a été refusé. Toute personne déboutée voit toutes ses aides et droits supprimées, tels que le droit au logement ou les Allocations Temporaires d'Attentes³³. Les déboutés sont considérés, juridiquement, comme des personnes illégales sur le territoire.

Le cas des apatrides

Parmi les populations migrantes au niveau international, nous notons la présence d'« apatrides », dont le statut juridique est spécifique.

Par définition, l'apatride « *est une personne qui ne possède la nationalité — ce lien juridique entre un État et un individu — d'aucun État de par sa législation.* » Il existe des instruments internationaux relatifs à l'apatridie. La Déclaration universelle des droits de l'homme affirme que « *Tout individu a droit à une nationalité* ». Le Protocole sur les apatrides qui devait accompagner le projet de la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés est devenu une Convention à part entière en 1954. L'Article 1 de la Convention de 1954 relative au statut des apatrides indique que le terme juridique d'apatride désigne une personne qu'aucun État ne considère comme son ressortissant par application de sa législation.

La qualité d'apatride entraîne une protection spécifique de ces individus. Concernant la demande d'asile et le statut de réfugié, les apatrides sont soumis à une procédure administrative qui leur est spécifique. Ce type de demande est beaucoup plus rare, on en compte environ une centaine par an en France. Toutefois, les demandes des apatrides sont fréquemment refusées dans d'autres pays au vu de la spécificité de la non-reconnaissance et non-affiliation de ces individus à un Etat au niveau mondial.

³³ Les Allocations Temporaires d'Attentes (ATA) sont versées par l'Etat français aux demandeurs d'asile majeur, bénéficiaires de la protection temporaire et de la protection subsidiaire, d'une carte de séjour temporaire ou aux apatrides. Les individus doivent justifier que leurs ressources sont inférieures au montant du RSA. Aujourd'hui, la somme versée est de 11,35 € par jour, soit 340,50 € pour un mois de 30 jours. <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F16118.xhtml>, page consultée le 08.08.14.

Les droits des demandeurs d'asile et réfugiés : une protection au niveau international

La Convention de Genève de 1951 relative au statut des réfugiés a été adoptée lors d'une conférence spécialisée des Nations Unies. La convention établit clairement ce qu'un réfugié et quel type de protection juridique, d'assistance et de droit sociaux les États parties sont tenus de lui fournir. Elle détaille également les obligations des réfugiés vis-à-vis de leur pays d'accueil et précise les catégories de personnes, comme les criminels de guerre, qui ne peuvent obtenir le statut de réfugié.

Le principe de non-refoulement dans lequel s'exprime l'élément essentiel du statut des réfugiés et de l'asile est la protection contre le retour dans un pays où l'intéressé a des raisons de craindre la persécution. Ce principe est largement accepté par les États. Il est mentionné dans la Convention de Genève de 1951 au niveau universel. Cette Convention, au paragraphe 1 de son article 33 dispose qu' « *aucun des États contractants n'expulsera ou ne refoulera, de quelque manière que ce soit, un réfugié sur les frontières des territoires où sa vie ou sa liberté serait menacée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques* »³⁴.

Les « déplacés internes » font référence à des individus ou des groupes de personnes contraints de fuir leurs maisons pour échapper à un conflit armé, à la violence, à une catastrophe naturelle ou à des abus des droits humains. A la différence de réfugié, les déplacés internes sont des personnes restent, pour une raison ou pour une autre, dans leur patrie. C'est la raison pour laquelle, il n'existe pas d'instrument juridique international spécifique aux déplacés et les accords globaux déjà en place, dont les Conventions de Genève, sont souvent difficiles à appliquer à un contexte local.

Procédures administratives : la demande d'asile et l'accès au séjour en France

Toute personne étrangère souhaitant demander l'asile doit se rendre dans la préfecture de sa région. Afin de pouvoir étudier la situation de l'individu pour connaître son droit au séjour,

³⁴ « *Convention et protocole relatif au statut des réfugiés* », UNHR, 28.07.1951, 56 p.

la Préfecture lui remettra un « formulaire de demande d'admission au séjour » et une convocation afin de fixer un premier rendez-vous. Au niveau administratif, plusieurs types de procédures administratives existent et ont des répercussions sur les statuts juridiques et droits des demandeurs d'asile.

Placement sous Dublin

Lors du premier rendez-vous en Préfecture un relevé d'empreintes de l'étranger est effectué. L'objectif de cette procédure est d'identifier si la personne a déjà été enregistrée en tant que demandeur d'asile dans un autre pays de l'Union Européenne ou si elle a déjà reçu un visa par un pays membre de l'espace Schengen. Si la personne apparaît dans le fichier EURODAC et qu'effectivement ses empreintes ont déjà été enregistrées par un autre pays signataire du Règlement Dublin³⁵, l'individu rentre dans la procédure dite « Dublin ».

L'individu est informé qu'il est placé sous Dublin et reçoit une nouvelle convocation. Il devra se présenter tous les quinze jours en Préfecture afin de faire tamponner sa convocation dans l'attente de savoir si l'Etat tiers se déclare responsable ou non de sa demande d'asile.

Dans le cas où l'Etat tiers se déclare responsable, le « dubliné » reçoit un accord de réadmission délivré par la Préfecture. Il dispose également d'un délai de quinze jours pour faire valoir ses observations et donc faire échec à sa reconduite dans l'Etat responsable. Pour cela trois possibilités s'offrent à lui : il doit prouver qu'il a quitté le territoire Schengen durant plus de trois mois avant d'arriver en France, prouver qu'un membre de sa famille est en situation régulière en France ou que sa vie est menacée s'il retourne dans l'autre Etat. Après ce délai de quinze jours, un arrêté est prononcé par la Préfecture. Celui-ci informe l'étranger qu'il doit être reconduit dans l'Etat responsable. Cette reconduite peut être faite de manière volontaire ou alors sous escorte dans un délai d'environ six mois.

Dans le cas où l'Etat tiers se dit non responsable ou ne transfère pas sa réponse dans les délais, la Préfecture autorise l'étranger à déposer une demande d'asile en France.

³⁵ Etablie en 2003, les Etats concernés par le Régime Dublin sont : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grande-Bretagne, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, République Tchèque, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède et Suisse.

Les personnes sous Dublin bénéficient de l'Allocation Temporaire d'Attente jusqu'à un mois après la réception de l'accord de réadmission. Après trois mois de résidence sur le territoire français il peut également recevoir l'Aide Médicale d'Etat³⁶.

La procédure de Dublin est une procédure qui reste peu utilisée, elle ne concerne que 5% des cas des demandes d'asile.

Placement en procédure prioritaire

Si le relevé d'empreinte ne signale pas que l'individu doit être placé sous la procédure Dublin, la préfecture peut autoriser la personne à déposer sa demande d'asile en le plaçant en procédure prioritaire et ainsi en retrouvant son droit au séjour sur le territoire. L'étranger ne bénéficie donc pas un titre de séjour provisoire et est directement en situation irrégulière. Cependant, la procédure prioritaire lui permet de faire une demande d'asile.

La procédure prioritaire est appliquée selon deux cas. En cas de demande d'asile frauduleuse, abusive ou dilatoire, le placement en procédure prioritaire provient d'une décision administrative. A ce titre, l'étranger peut contester cette décision auprès du Tribunal Administratif de la région. S'il décide d'entamer cette procédure, le demandeur d'asile a le droit d'être défendu par un avocat à l'Aide Juridictionnelle. Dans le cas où le Tribunal Administratif annule la décision préfectorale de mise en procédure prioritaire, le demandeur d'asile pourra être placé en procédure dite « normale » et ainsi obtenir un document de séjour. La deuxième raison de mise en procédure prioritaire concerne les personnes provenant d'un pays d'origine sûre (POS)³⁷. Les POS sont définis par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides³⁸, seule institution étatique compétente pour accorder le statut de réfugiés sur le territoire national.

³⁶ L'aide médicale de l'État (AME) est un dispositif destiné aux étrangers en situation irrégulière. Elle leur permet de bénéficier d'un accès aux soins. <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F16118.xhtml>, page consultée le 08.08.14.

³⁷ Pays d'origines sûres (POS).

³⁸ Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA).

Selon la définition, un pays est considéré comme sûr « *s'il veille au respect des principes de liberté, de la démocratie et de l'Etat de droit ainsi que des droits de l'Homme et des libertés fondamentales* ». Elle comprend actuellement une liste de dix-huit pays³⁹.

Les conséquences du placement en procédure prioritaire concernant les droits du demandeur d'asile est qu'il n'a pas de droit au séjour. En effet, la Préfecture lui délivre un document qui lui permet de justifier son identité, mais même si celui-ci est délivré par les autorités préfectorales il ne vaut pas d'autorisation de séjour. Sans de droit au séjour le demandeur d'asile ne peut pas bénéficier des aides qui lui sont accessibles telle que l'ATA. Il ne peut pas non plus être bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle⁴⁰, mais peut obtenir l'AME après de trois mois de présence sur le territoire.

Au sujet de la demande d'asile, à compter de la décision préfectorale de placement en procédure prioritaire, le demandeur d'asile a quinze jours pour remettre le formulaire de demande d'asile remplis en français à la Préfecture qui transmettra le dossier à l'OFPRA. La décision de l'OFPRA est majoritairement prise dans des courts délais.

Le recours auprès de la Commission Nationale du Droit d'Asile⁴¹ est envisageable mais n'est pas suspensif. Effectivement, même si un demandeur d'asile a exercé un recours, la Préfecture est en droit d'engager une reconduite à la frontière.

La procédure prioritaire est engagée dans 25% des cas.

Placement en procédure dite « normale »

Si le demandeur d'asile est admis au séjour il rentre en procédure dite « normale » comme dans 70% des cas. Cette procédure permet l'accès aux droits les plus importants pour les demandeurs d'asile. La Préfecture lui délivre une Attestation Provisoire de Séjour qui est valable un mois et renouvelable jusqu'à la fin de la procédure d'asile. Par la suite, le demandeur

³⁹ La liste des POS actuels déterminés par l'OFPRA sont : Albanie, Arménie, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Cap-Vert, Géorgie, Ghana, Inde, Kosovo, Macédoine, Ile Maurice, Moldavie, Mongolie, Monténégro, Sénégal, Serbie, Tanzanie et Ukraine. « *Rapport d'activité 2013 de l'OFPRA* », 12 avril 2014, 63 p.

⁴⁰ Couverture Maladie Universelle (CMU).

⁴¹ Commission Nationale du Droit d'Asile (CNDA).

d'asile recevra un récépissé sans droit au travail, renouvelable durant la procédure de demande d'asile. Il reçoit également l'aide financière de l'ATA d'un montant mensuel de 340 euros. Le demandeur d'asile a également droit au logement puisqu'il peut être pris en charge en Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile (CADA) ou en centre de transit. Il bénéficie ainsi d'aide sociale et également de la CMU. Concernant le formulaire de demande d'asile, l'individu dispose de vingt et un jours pour le déposer à la Préfecture en langue française.

La demande d'asile en France: définitions et procédures

L'asile conventionnel et la protection subsidiaire

La demande d'asile est une demande de protection faite auprès de l'Etat français. Il existe deux types de protections majeures : la protection qui découle de la Convention de Genève, appelée « d'asile politique » et la protection subsidiaire.

L'asile conventionnel s'appuie sur la Convention de Genève du 28 juillet 1951⁴² et plus particulièrement sur la définition d'une personne reconnue comme réfugiée (citée ci-dessus). Il y a donc quatre conditions cumulatives pour obtenir l'asile conventionnel :

- L'existence de craintes de persécutions collectives ou de persécutions personnelles ;
- D'un fait des cinq motifs suivants : engagement politique, conviction religieuse, nationalité, race, appartenance à un groupe social ;
- Absence de protection des autorités locales du pays d'origine ;
- Impossibilité actuelle de retourner dans le pays d'origine.

La protection subsidiaire est accordée à toute personne qui ne remplit pas les conditions pour se voir reconnaître la qualité de réfugié et qui déclare qu'elle est exposée dans son pays d'origine à une menace grave, telle que la peine de mort, la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants, ou d'une menace de mort directe et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence généralisée, conséquence d'une situation de conflit à l'échelle interne ou internationale.

⁴² UNHCR. *Art. cit.*

La protection subsidiaire est appliquée après avoir examiné la demande de protection au regard de la Convention de Genève et après avoir constaté que cette demande ne remplit pas les conditions de cette convention. C'est dans ce cas que la demande est analysée sous l'angle de la protection subsidiaire.

Cette protection subsidiaire est à différencier au dispositif de protection temporaire qui est, quant à lui, est décidé au niveau européen en cas d'afflux massif de personnes déplacées. Cette protection ne s'inscrit pas dans une demande d'asile puisqu'elle est limitée dans sa temporalité au vu de son statut exceptionnel. Toutefois, cette protection n'a à ce jour jamais été appliquée.

Pour finir, nous pouvons citer l'asile constitutionnel accordé par la constitution française pour de grandes personnalités. Son application n'est réalisée qu'à titre exceptionnel.

Conditions d'accueil des demandeurs d'asile et réfugiés

Le dispositif de procédure dite « normale » destinée aux demandeurs d'asile leur ouvre de nombreux droits. En effet, ils ont ainsi le droit de toucher des ATA et d'avoir une place dans un CADA. Au-delà d'être de simples espaces d'hébergements provisoires, les CADA ont pour rôle d'accompagner les demandeurs d'asile dans les domaines du social et de l'administratif, notamment en leur apportant leur aide à la scolarisation des enfants. De plus, les personnes bénéficient ainsi de la CMU. A l'opposé, les personnes en procédure Dublin ou procédures prioritaires sont exclues de ces aides. Heureusement, de nombreuses associations composées majoritairement de bénévoles apportent du soutien administratif aux demandeurs d'asile ainsi que dans leur vie quotidienne.

Les formulaires de chaque demandeur d'asile arrivent directement à l'OFPRA, institution située en région parisienne. Le formulaire, rédigé en langue française, comprend : deux photos d'identités, une photocopie de l'APS et de la copie de tout autre document d'identité ou de voyage que possède le demandeur d'asile. Une deuxième partie du document détaille la nature et les motifs de persécutions et/ou menaces suivis ainsi que les raisons qui les empêchent d'être protégés par leur Etats. Après avoir été enregistré par l'OFPRA, le dossier est étudié.

La convocation auprès de l'OFPPRA n'est pas obligatoire mais est très fréquente. Cette convocation devient donc obligatoire, elle ne peut être reportée qu'en cas d'impossibilité du demandeur d'asile à se déplacer au rendez-vous (par exemple grâce à un certificat médical voir hospitalier). L'entretien à l'OFPPRA est individuel auprès d'un officier de protection. Le demandeur d'asile peut demander à être assisté par un interprète.

La prise de décision des demandes d'asile et les procédures devant l'OFPPRA puis la CNDA

Le résultat de décision (accepté ou rejeté) est envoyé par l'OFPPRA par courrier recommandé. Si la personne est considérée comme étant vraiment en danger et qu'elle a besoin de protection, la demande est acceptée. Ils délivrent le statut de réfugié ou la protection subsidiaire au demandeur d'asile.

Le demandeur d'asile ayant obtenu une protection fondée sur la Convention de Genève devient un réfugié statutaire. Ce statut lui permet de bénéficier de nouveaux droits. Il obtient tout d'abord une carte de résident d'une validité de dix ans avec droit au travail qui lui ouvre l'accès aux prestations familiales et au Revenu de Solidarité Active⁴³. L'OFPPRA lui établit également des actes d'état civil. La personne peut être rejointe par son conjoint ou concubin ainsi que par ses enfants âgés de moins de dix-neuf ans. Les membres de la famille devront donc déposer une demande de visa de long séjour auprès du Consulat de France. Si le lien de famille est confirmé, le bénéficiaire peut se rendre en France et se diriger vers les services préfectoraux pour obtenir un titre de séjour.

Le demandeur d'asile ayant obtenu une protection subsidiaire est soumis à un autre régime, plus restrictif. Il obtient un titre de séjour d'un an avec droit au travail. Le titre de séjour ne peut pas être renouvelé tant que les conditions ayant permis l'octroi de la protection ne sont pas levées, par exemple en cas d'attente de fin de conflit interne dans un pays. La protection subsidiaire permet à l'individu de recevoir des prestations familiales et le RSA. La personne peut également être rejointe par des membres de son cercle familial proche selon la même procédure que celle accordée aux réfugiés statutaires.

⁴³ Revenu de Solidarité Active (RSA).

A partir de ce moment, les personnes sont protégées par la France et ne sont plus autorisées à retourner dans leur pays d'origine sous peine de se voir retirer leur statut. Elles entrent ainsi dans le droit commun.

Si l'OFPPRA considère que la personne ne remplit pas les critères pour bénéficier d'une protection, il rejette la demande. Le refus peut être contesté par un recours à la CNDA. Le demandeur d'asile a le droit de contacter la CNDA en cas de remise en cause juridique. Pour cela il existe deux possibilités de saisine auprès de la CNDA. Celle-ci peut être saisie par un recours contre la décision de l'OFPPRA ou par une demande de l'Aide Juridictionnelle. Dans le premier cas, le recours doit être réceptionné dans le délai d'un mois à partir de la réception de la décision de l'OFPPRA. Le recours doit être daté, signé, motivé et accompagné de la décision de l'OFPPRA. Dès réception, la CNDA délivre un reçu de recours à joindre pour le renouvellement du récépissé. Dans le mois qui suit la réception du recours, le demandeur d'asile peut faire une demande à l'Aide Juridictionnelle afin d'obtenir la désignation d'un avocat qui le défendra gratuitement. Dans le deuxième cas, la demande à l'Aide Juridictionnelle doit être faite dans le délai d'un mois après réception de la décision de l'OFPPRA. La CNDA enregistrera la demande faite auprès de l'Aide Juridictionnelle et enverra sa décision avec les coordonnées de l'avocat désigné.

Si le demandeur d'asile est convoqué auprès de la CNDA, il doit se présenter à l'audience obligatoirement. Celle-ci ne peut être reportée qu'en cas d'impossibilité de déplacement de la personne sous justificatifs médicaux. L'audience à la CNDA est publique et se déroule en présence de trois juges. Le demandeur d'asile peut demander au CNDA que l'audience soit privée, mais le CNDA est dans le droit de rejeter cette demande. La cour donne une réponse vingt et un jours après l'audience.

Une fois le recours enregistré, le Président de la CNDA peut informer le demandeur d'asile que son recours peut faire l'objet d'un « rejet par ordonnance ». En d'autres termes, le recours du demandeur d'asile peut être rejeté sans aucune convention au préalable. La personne est donc déboutée de sa demande d'asile. Cela est possible dans différentes hypothèses, notamment lors d'une demande hors délai ou d'un recours peu motivé. Lorsque la demande d'asile est rejetée par la CNDA, les personnes sortent du dispositif de demande d'asile. Les conséquences pour les personnes déboutées sont importantes. La Préfecture rectifie le droit au séjour et notifie le plus souvent une reconduite à la frontière qui peut être exécutée de force par

la police. Si le demandeur d'asile était hébergé en CADA, il doit quitter le centre d'hébergement et se retrouve en situation irrégulière.

A l'inverse, si la cour accorde une protection, la personne peut se rendre en préfecture pour demander une carte de résident de dix ans ou une carte de séjour d'un an. Elle pourra alors entrer dans le droit commun.

Le parcours très complexe du dispositif de la demande d'asile est une période difficile pour les demandeurs d'asile au vu des incertitudes auxquelles ils doivent faire face, de fait, la santé mentale des demandeurs d'asile peut être affectée.

Focus : l'accès aux soins pour les demandeurs d'asile et réfugiés

L'accès aux soins et aux services de santé: un droit humain

Afin de faire un lien avec ma mission de stage, il est intéressant d'étudier la prise en charge des demandeurs d'asile et réfugiés dans le domaine de la santé.

L'accès aux soins et aux services de santé sont des droits humains intégrés dans le droit des réfugiés. Comme le cite le Programme d'action du Caire, les engagements des Etats sur les populations réfugiés sont les suivants :

« (...) Réduire les pressions qui suscitent des courants de réfugiés et de personnes déplacées en s'attaquant aux causes profondes du problème, à tous les niveaux(...); Assurer aux réfugiés une protection et une assistance effectives, en se préoccupant tout particulièrement des besoins des femmes et des enfants réfugiés et de leur sécurité physique; (...) Fournir des services de santé et d'éducation et des services sociaux adéquats aux réfugiés et aux personnes déplacées (...); Les gouvernements sont instamment priés de s'attaquer aux causes profondes des courants de réfugiés et de personnes déplacées en prenant les mesures appropriées concernant, en particulier, le règlement des conflits, la promotion de la paix et de la réconciliation; le respect des droits de l'homme (...).»⁴⁴

⁴⁴ « Le programme d'action (para. 10.22 et 10.23.) », Conférence Internationale sur la Population et le Développement. Le Caire (Egypte), 5-13 septembre 1994, 123 p. http://www.gitpa.org/Processus%20GITPA%20200/GITPA20029RESSOURCESDOCU1994_ProgAction_LeCaire.pdf, page consultée le 21.04.14.

L'accès aux soins des migrants précaires: une démarche et procédure complexifiée

En France, il existe des conditions particulières aux populations étrangères dans leur accès et prise en charge des soins médicaux. D'un point de vue sanitaire, et depuis 1999, le droit à la CMU pour les migrants précaires a permis de garantir un meilleur accès aux soins. Afin de pouvoir être bénéficiaires de la CMU de base et complémentaire, les personnes étrangères doivent établir qu'ils sont résidents sur le territoire français de manière stable et régulière. La régularité de la résidence est nécessaire pour prouver que les personnes sont bien en situation régulière au vu de la législation sur leur séjour. Pour les demandeurs d'asile, ils doivent être capables de présenter un titre de séjour ou tout document qui peut attester la régularité de leur séjour. A titre d'exemple, un récépissé de demande ou de renouvellement de titre de séjour ou une convocation en préfecture sont des documents valables pour attester de cette condition. La stabilité du séjour a pour objectif de prouver que la personne étrangère est résidente en France depuis plus de trois mois. Toutefois, cette condition n'est pas applicable pour certaines catégories de personnes, telles que les réfugiés et demandeurs d'asile.

La prise en charge dans le domaine de la santé est différente selon le statut des demandeurs d'asile admis au séjour et ceux qui ne sont pas admis au séjour sur le territoire national. Les demandeurs d'asile admis au séjour peuvent, dès leur admission, avoir droit à la CMU, ce qui n'est pas le cas des autres personnes étrangères qui ne bénéficient pas de ce statut. La CMU leur permet d'avoir accès à une couverture maladie aussi importante que celle du régime commun. De plus, ils peuvent cumuler la CMU avec une CMU complémentaire. Celle-ci leur fait bénéficier d'une prise en charge complète de leur frais de santé. Les demandes de prise en charge par la CMU doivent être faites auprès des services de la Sécurité Sociale du lieu de résidence ou alors auprès de certaines associations. La Sécurité Sociale peut par la suite éditer la carte vitale du demandeur d'asile en lui attribuant un numéro spécifique en lui demandant des documents supplémentaires. Toutefois, l'accès aux soins est juridiquement inaccessible aux demandeurs d'asiles en procédure prioritaire. Les demandeurs d'asiles qui obtiennent cette aide sont également confrontés à des refus de soins.

Les demandeurs d'asile non admis au séjour sont en situation irrégulière en France. Ils ne peuvent donc pas être pris en charge par la CMU. N'étant pas résidents en France depuis un délai de plus de trois mois, ils ne peuvent pas non plus être bénéficiaires de l'AME. Leur accès au soin est donc beaucoup plus complexe et difficile d'accès. Ils ont tout de même la possibilité

de se tourner vers les Permanences d'Accès aux Soins de Santé⁴⁵ ou vers les associations de soins destinées aux populations précaires, comme par exemple Médecins du Monde ou Forum Réfugiés, dotées de centres de soins.

Les demandeurs d'asiles peuvent également être bénéficiaires d'aides médicales d'Etat ou d'aides médicales humanitaires. Ces décisions reviennent au Ministre d'Etat. Il existe également l'aide médicale d'Etat sous décision du Fonds « soins urgents et vitaux ». Cette aide est un mode de paiement des soins et frais d'urgence auprès des hôpitaux publics.

Les demandeurs d'asile et réfugiés peuvent donc avoir accès aux soins dans le domaine psychiatrique en cas de souffrance psychologique. Dans la majorité des cas, les personnes sont dirigées vers les urgences des hôpitaux spécialisés en soins psychiatriques par des travailleurs sociaux, comme les PASS. Toutefois, la prise en charge du public migrant précaire dans le domaine de la santé mentale est problématique à différents niveaux.

Méthodologie de recherche appliquée dans l'élaboration et la réalisation d'une enquête de nature qualitative

Justification des outils méthodologiques

Entretiens ethnographiques

Une approche qualitative de nature sociologique a semblé être une méthodologie de recherche empirique adaptée pour disposer de données riches et complètes dans l'analyse de la professionnalisation des interprètes. L'intérêt de mener des entretiens qualitatifs avec un panel d'interprètes confrontés couramment ou rarement à l'interprétariat en santé mentale avec les migrants précaires, apparue être un « type parfait de matériau sociologique ». Cette méthode s'est avérée être la plus pertinente car cet outil permet de saisir les individus dans leurs espaces temporels ainsi que dans leurs histoires et itinéraires. Les entretiens individuels dévoilent de cette manière des réalités sociales. Ces études qualitatives offrent des informations caractérisées par une réelle capacité de prospectives, non représentées au sein des études quantitatives. Etablir un échantillonnage diversifié a son importance, toutefois la manière d'aborder

⁴⁵ Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

l'entretien et d'analyser les propos recueillis est le véritable objet de jugement des études qualitatives et les différencient entre elles.

Les entretiens non-directifs⁴⁶, de par la liberté de réponse et d'expressions qu'ils offrent aux enquêtés, ont été les mieux adaptés, afin de récolter un maximum de matière qualitative permettant l'évolution de la commande de stage. L'anonymat des enquêtés a été une condition précisée dans la réalisation des enquêtes notamment auprès des professionnels de la santé ou en interprétariat. La confidentialité, due à l'anonymat, a ainsi permis de respecter l'identité et le positionnement de chacun selon son propre point de vue sur la question. De plus, la réalisation d'entretiens sous forme individuelle a assuré des réponses sincères et riches. Leur laisser la liberté de ne pas répondre aux questions qu'ils considéraient comme étant trop personnelles a permis de ôter leur appréhension vis-à-vis de l'entretien.

Les expériences de vie de chaque interprète dans le domaine de la santé mentale et du travail avec des populations migrantes font percevoir ce que les rapports officiels, articles scientifiques et données statistiques dévoilent principalement de manière indirecte. La finalité première des entretiens était d'illustrer, grâce à cette méthode de recherche, les processus de professionnalisation du métier d'interprétariat et de mettre en lumière les potentielles difficultés à travailler avec ce public spécifique dans le milieu de la santé mentale. La profondeur des données apportées par ce type d'entretien offre une véritable capacité prospective.

Une grille d'entretien destinée aux interprètes a été élaborée au vu des lectures, recherches exploratoires sur le thème de l'interprétariat et la commande de stage initiale. Celle-ci a permis de mener les entretiens avec les interprètes, elle regroupe les thématiques suivantes : parcours professionnel des enquêtés (formations universitaires, métiers exercés -auparavant ou en parallèle-...), parcours personnel de vie (expérience migratoire, inter culturalité...), expérience(s) auprès du public demandeur d'asile et/ou réfugié (spécificités et difficultés à travailler avec ce public, distanciation et empathie...), expérience(s) en entretiens thérapeutiques (spécificité des entretiens thérapeutiques, posture au cours de l'entretien, place et rôle de l'interprète, type de traduction...), professionnalisation du métier d'interprète (formations nécessaires, codes déontologiques, grilles tarifaires, concurrence...) et une présentation brève des enquêtés.

⁴⁶ MICHELAT, Guy. « Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie », in *Revue française de sociologie*. 1975, 16-2. p.229-247.

Ces thématiques ont été choisies car elles permettent de récolter les informations nécessaires à la réalisation d'entretiens ethnographiques pour mieux cerner les enquêtés. Pour comprendre tout d'abord comment et pourquoi ils se sont orientés vers ce métier, ce qu'ils défendent en tant que professionnels et en type de traduction, mais aussi les difficultés qu'ils peuvent rencontrer notamment dans la réalisation d'entretiens spécifiques avec un public aux histoires particulières. L'approfondissement des premiers entretiens exploratoires a ainsi mis en évidence le rôle relationnel porté par les interprètes lors de ces entretiens. L'analyse des données diversifiées et complètes a ainsi comme objectif de vérifier la validité des hypothèses de recherche. La durée moyenne des entretiens est d'environ une heure d'enregistrement par individu avec une variabilité dépendant de la densité des échanges avec l'enquêté.

Les observations ethnographiques

« L'observation, elle-même, triple travail de perception, de mémorisation et de notation relève du savoir-faire et de la technique. »⁴⁷

D'un point de vue scientifique, il a semblé pertinent d'alimenter cette étude qualitative par des observations ethnographiques. L'objectif premier est de pouvoir suivre les interprètes dans l'exercice de leur fonction et ainsi de pouvoir assister, en tant qu'observatrice en sociologie, à des entretiens menés entre par des soignants en santé mentale et des migrants précaires pendant une consultation menée en présence d'un interprète. Ce type d'observation, dite participante, m'a permis de visualiser les consultations en santé mentale sous l'angle des relations tripartites créées entre les acteurs et permettent ainsi de visualiser les coordinations qui se jouent dans les domaines du *care*, du *cure* et de la traduction.

Etant consciente de la sensibilité du terrain de recherche et notamment de la réticence que l'on retrouve fréquemment dans le milieu des soins en santé mentale concernant la présence d'une tierce personne, étant, par ailleurs une personne totalement « étrangère » au milieu de la psychiatrie, parvenir à réaliser ce type d'observation sociologique me semblait être, au départ, très compliqué. Pour ces raisons, la réalisation empirique de ce type d'exercice semblait être semée d'embûches, voire compromise, notamment au niveau de la temporalité du stage.

⁴⁷ BEAUD, Stéphane & WEBER, Florence. « Guide de l'enquête de terrain (4ème édition augmentée) », *La Découverte*, coll. « Guides Grands Repères », Paris, 2010, 335 p.

Toutefois, je reconnaissais la pertinence scientifique existante à assister à ce type d'observation après de nombreux entretiens réalisés auparavant avec différents acteurs. De plus, ces observations viendraient surtout questionner les hypothèses, argumentations et pistes de réflexion que j'avais déjà réussi à identifier en amont. L'accès au terrain s'avérait donc être essentiel même si il restait très difficile.

Pour la réalisation de ce type d'observations, mon accès au terrain a été facilité d'un point de vue méthodologique et a mis en lumière l'importance des réseaux dans le domaine scientifique et professionnel. En effet, c'est grâce à la mise en relation avec un psychologue, et également docteur en sociologie, responsable d'un Carrefour Santé Mentale Précarité de la région que ma requête sociologique a pu avoir lieu. Il est toutefois certain que la double formation en psychologie et en sociologie du soignant en santé mentale a appuyé la pertinence scientifique de cette demande et a permis de débloquer un bon nombre de barrières sur le terrain. Cet acteur s'est avéré avoir tenu un rôle clé car il a permis une ouverture au terrain de recherche dans le domaine sociologique.

Au total trois observations sociologiques, réparties sur des mi-journées, ont été réalisées au niveau quantitatif. De plus, elles révèlent une très grande richesse d'informations au niveau qualitatif grâce à la réalisation d'ethnographies détaillées.

Les observations ont mis en scène diverses consultations menées par des soignants en santé mentale avec le public migrant précaire, hébergé dans différents CADA/HUDA de la région lyonnaise. Les consultations ont été menées avec les migrants précaires par un psychologue ou une infirmière psy. Les relations entre chaque acteur pouvaient être nouvelles (marquées par leur première rencontre) ou alors préétablies par leur rencontres passées. Quant à la présence de l'interprète, celui-ci pouvait être présent physiquement ou intervenir par téléphone. Le choix de la présence de l'interprète était divers, puisque sa présence pouvait être nécessaire, voire indispensable, pour établir une communication entre les acteurs, désirée, choisie, voire préférée ou alors non-sollicitée par le soignant ou le patient étranger. Il faut toutefois préciser que ni le soignant ni le patient n'ont le choix de l'interprète prévu dans la consultation⁴⁸.

⁴⁸ Toutefois, si le soignant ou le patient ont des difficultés ou réticences à travailler avec un certain interprète au vu d'une expérience passée vécue négativement, ils peuvent le préciser, notamment lorsqu'ils sollicitent une association d'interprétariat.

Etrangère aux consultations de soin en santé mentale, j'ai ainsi pu comprendre empiriquement comment celles-ci se déroulaient en alimentant ainsi mes réflexions grâce aux différents cas cliniques. D'une part, ces ethnographies détaillent les lieux des consultations, les différents cas cliniques présentés, le déroulement de chaque consultation ainsi que les modes d'interactions entre les deux (soignant et soigné) ou trois acteurs présents (en additionnant un interprète physique ou téléphonique) pour dévoiler les relations entretenues par les acteurs. D'une autre part, les observations mettent en parallèle des spécificités diverses aux différents types de consultations au regard de la diversité des consultations observées.

Réaliser des observations avec deux soignants en santé mentale aux statuts différents était double car elles me permettaient de connaître une autre technique de *care* en santé mentale pour les personnes en demande d'asile. Ainsi je pouvais comprendre, différencier et comparer les différents types et manières de *care* proposé aux usagers.

L'intérêt de réaliser d'observer des entretiens de soin thérapeutique avec des migrants précaires par l'intermédiaire de l'interprétariat par téléphone a également été très enrichissant.

Les ethnographies ont donné lieu à une centaine de pages. Exposant des situations précises, elles constituent un matériau empirique pertinent dans le cadre de la recherche menée. Des extraits alimenteront les argumentations exposées lors de ce mémoire.

Terrain de recherche et public enquêté

Ma participation aux enquêtes a été double.

Dans un premier temps, j'ai réalisé tout au long de ma période de stage diverses enquêtes auprès de professionnels en interprétariat ayant des statuts divers. Au total, trois catégories d'interprètes ont été interrogées: des interprètes étant en lien avec des structures d'interprétariat, des interprètes indépendants ou des professionnels de la santé mentale sollicités en tant qu'interprètes.

Mes enquêtes auprès des interprètes se sont tout d'abord concentrées vers différentes structures d'accueil et d'accès au soin du public migrant sur la région lyonnaise. Celles-ci m'ont

amené à me questionner sur la diversité du public enquêté. ISM Corum est la structure la plus importante de la région. Elle a, majoritairement, le monopole des structures en lien avec le public migrant. A la suite de ce constat, l'intérêt de réaliser une enquête exclusive sur ISM Corum m'a interpellée, puisque cela limitait la diversité des réponses et points de vue des interprètes.

En ce qui concerne les interprètes indépendants, j'ai pris contact avec la majorité d'entre eux présents sur la région lyonnaise et assermentés officiellement par la Cour d'Appel de Lyon⁴⁹. En étant consciente que ces interprètes n'étaient pas forcément spécifiés dans le domaine de la santé de manière générale mais plutôt dans les services judiciaires et pénaux, j'ai tout de même choisi de les contacter afin d'élargir la diversité des enquêtés. En effet, le niveau statutaire de ces interprètes diffère de celui d'ISM Corum puisqu'une grande majorité est sous le régime de l'auto-entrepreneuriat. Au-delà de cet élément, enquêter auprès d'individus qui travaillent en dehors des grandes structures de traduction me permettait d'investiguer l'intérêt de professionnalisation de ce métier, ainsi que les possibilités, pour des interprètes auto-entrepreneurs de rentrer dans le marché de l'interprétariat en santé mentale, le plus souvent accaparé par les grandes structures de traduction et interprétariat.

Par la suite, et en accord avec la politique interne du Centre Hospitalier Le Vinatier, l'enquête s'est également élargie aux interprètes sollicités en intra par le Centre Hospitalier Le Vinatier. Les entretiens avec ces personnes, salariées polyglottes aux postes divers au sein de l'Hôpital, s'est présenté comme étant pertinents au vu de la posture particulière qui leur est donnée en tant qu'interprètes en entretiens thérapeutiques alors que leur métier initial ne les lie pas toujours au domaine de la santé mentale ou au public migrant précaire. Le positionnement de ces professionnels de santé s'est avéré être très intéressant notamment lorsque ces entretiens sont mis en parallèle aux entretiens menés avec des interprètes professionnels.

A la suite d'un premier repérage du terrain de recherche et à l'acquisition des premières connaissances pour questionner l'interprétariat dans ce milieu, mon terrain de recherche s'est construit en fonction du public ciblé. D'un point de vue géographique, je me suis tout d'abord concentrée sur la région lyonnaise et ses alentours, sans pour autant me limiter au Centre

⁴⁹ « Liste 2014 des interprètes et traducteurs assermentés », Cours d'appel de Lyon. http://www.calyon.justice.fr/images/stories/experts/liste_interpretestraducteurs_avril_2014.pdf, page consultée le 14.04.14.

Hospitalier Le Vinatier comme le précisait l'appel à projet initial du Réseau SAMDARRA sur la question de l'interprétariat. Mes premières prises de contacts ont concerné les acteurs qui étaient déjà repérés ou en lien avec le Réseau SAMDARRA.

Mes entretiens exploratoires se sont également orientés vers les centres d'accueil et de soin destinés aux migrants précaires de la région lyonnaise. Les entretiens menés auprès des structures telles que la PASS, Médecins du Monde et le centre de soin assermenté pour les victimes de torture de Forum Réfugiés ont eu comme finalité de m'apporter des connaissances supplémentaires sur mon terrain de recherche ainsi que de comprendre les différents positionnements et pratiques des professionnels dans la prise en charge des migrants et plus spécifiquement dans leur recours à l'interprétariat. Les entretiens menés avec ces structures étaient également d'ordre méthodologique puisqu'ils se sont avérés être des tremplins dans la mise en contact directe avec des interprètes en me permettant de m'identifier à elles pour assurer plus de réceptivité à ma demande de la part des interprètes.

Etant consciente que les interprètes peuvent avoir des emplois du temps chargés et qu'ils sont souvent en déplacement, je me suis adaptée aux disponibilités des interprètes. Les lieux de rencontre s'effectuent soit dans les locaux du Réseau SAMDARRA, au sein de l'enceinte du Vinatier, soit dans d'autres lieux, selon la préférence des enquêtés. Des déplacements hors la région lyonnaise ont déjà été réalisés pour rencontrer des équipes mobiles psy, notamment à Chambéry et à Marseille.

Au niveau quantitatif, au total dix-sept entretiens ont été réalisés, dont cinq entretiens avec des interprètes indépendants, quatre entretiens avec interprètes travaillant auprès d'une grande association de traduction et six soignants sollicités en tant qu'interprètes ainsi que deux équipes mobiles psy ont été interrogés.

Le panel interrogé est diversifié en regard des itinéraires de vies, statuts professionnels, expériences dans le métier, posture et déontologie défendues. Les extraits des entretiens ont été retranscrits de manière à se rapprocher au maximum du discours oral pour pouvoir ainsi capter et analyser les réactions des personnes.

Dans un deuxième temps, et toujours dans l'objectif d'accroître mes connaissances sur les problématiques liées à l'interprétariat j'ai également participé au second volet de l'enquête mené initialement par le sociologue et la chargée de mission du Réseau SAMDARRA. Celui-ci concerne le volet de l'enquête menée auprès des professionnels de santé, notamment avec des psychologues et psychiatres. Ces entretiens me permettent de comprendre leur positionnement individuel des soignants en santé mentale sur la question de l'interprétariat, ainsi que les problématiques qu'ils peuvent rencontrer en introduisant une personne tierce dans leur thérapie.

Difficultés méthodologiques de l'enquête

La première difficulté méthodologique dans la réalisation de l'enquête auprès des professionnels, notamment du côté des interprètes, a tout d'abord été l'organisation des rencontres avec le public enquêté au vu de leur faible disponibilité, manque de temps et de leur importante mobilité dans le cadre de leur travail. Cette remarque est également valable en ce qui concerne les soignants en santé mentale, sollicités ou non en tant qu'interprètes. Les emplois du temps relativement surchargés des professionnels ont été problématiques en ce qui concerne la participation quantitative des enquêtés. Les interprètes ont dû être contactés et sollicités individuellement dans la participation à l'enquête. Les entretiens devaient être prévus à l'avance, ce qui supposait une certaine adaptabilité et mobilité de la recherche.

Au-delà de la faible disponibilité des enquêtés, j'ai rapidement pu déceler une certaine méfiance chez certains interprètes à vouloir répondre positivement à l'entretien, notamment du côté des interprètes indépendants. En effet, certains interprètes contactés ne semblaient pas être à l'aise pour participer à l'enquête. Nombreux ont été ceux qui souhaitaient avoir plus d'informations sur le contenu, les questions et les thématiques qui y étaient abordées. Il est également important de noter qu'un bon nombre d'interprètes ayant initialement répondu positivement à ma requête ont préféré finalement décliner les rencontres prévues pour des raisons qui me sont inconnues. Ce type de réaction peut tout de même être significatif dans un sens quand elle dévoile un phénomène global. Nous pouvons supposer que l'enquête étant initialement présentée comme traitant de la « professionnalité » du métier d'interprète a pu effrayer le public enquêté. En effet, comme dit supra, il n'est pas nécessaire ou obligatoire d'avoir des formations dans les domaines de la traduction ou de l'interprétariat pour réaliser le métier d'interprète. Si cette supposition s'avère être pertinente, elle souligne le fait que le corps

de métier d'interprètes n'est pas entièrement formé et assumé par les individus qui le composent.

Une problématique méthodologique importante au début de l'enquête a également concerné les importants malentendus qu'il y a pu y avoir avec certains interprètes indépendants enquêtés. Ces malentendus concernaient leur intérêt à remporter de nouveaux marchés. En tant que stagiaire au Réseau SAMDARRA, qui représente le Centre Hospitalier Le Vinatier, de nombreux interprètes ont vu en mon enquête la possibilité de pouvoir vendre directement leur service d'interprètes à l'Hôpital. Ces malentendus ont parfois créé de véritables situations de malaise. De plus, ce type de demandes avait tendance à compliquer les entretiens, voire parfois à pratiquement les biaiser puisque les interprètes essayaient avant tout de mettre en avant les services qu'ils proposaient et leur manière de travailler. Il a donc fallu mener l'entretien en gardant une importante neutralité concernant la requête de ces interprètes.

Concernant la grille d'entretien réalisé, la seule limite des entretiens se trouve dans les questions liées aux itinéraires personnels des enquêtés, interprètes ou soignants-interprètes. En effet, il me semble pertinent de comprendre quels rapports entretiennent les interprètes avec les notions de migration et d'inter culturalité, notamment au vu de leur propre parcours de vie (migration personnelle, générationnelle...). Certains scientifiques et interprètes défendent que le fait d'avoir vécu eux-mêmes des parcours de migrations difficiles en tant que demandeurs d'asile les ait poussés à travailler avec les migrants précaires en tant qu'interprètes. Toutefois, j'ai pu constater que ces thématiques, malgré leur intérêt évident dans cette enquête, ne pouvaient pas être approfondies d'avantage. On peut en effet ressentir une certaine réticence des personnes à répondre aux questions qui ne touchent plus forcément leur profession mais qui débordent sur leur vie personnelles. Cette réticence est aussi facilement explicable par le manque de lien créés entre l'enquêté et l'enquêteur, ce qui diminue les relations de confiance, essentielles pour traiter de questions plus personnelles. Cependant, nous pouvons signaler que les questions traitant des parcours migratoires ne laissent pas insensibles les enquêtés et sont sources de réactions.

La position et la légitimité du chercheur en sociologie

La dernière difficulté méthodologique de l'enquête relève, de mon point de vue, du questionnement de la légitimité de ma présence sur ce type d'observation en tant que chercheuse en sociologie, ainsi qu'en position de stagiaire au sein de centre de recherche. Cette question a

notamment été fortement soulevée par moi-même dans la réalisation des observations ethnographiques et risquait de plus d'être soulevée du côté de chaque acteur concerné par la consultation de soin en santé mentale.

Au départ, la difficulté de l'accès au terrain, au vu de sa sensibilité, se présentait comme étant un frein hégémonique à la réalisation de ce type d'exercice. Effectivement, en ayant connaissance de la sensibilité du terrain, mon positionnement d'observatrice au cours des entretiens en santé mentale avec des personnes en demande d'asile a été varié. Tout d'abord, la recontextualisation de la commande initiale passée par le Réseau SAMDARRA a mis en exergue la réticence que pouvaient nourrir certains soignants dans le milieu psychique à introduire une tierce personne au sein de leurs entretiens avec des patients. Travailler avec l'aval d'un soignant en santé mentale m'a permis de ne pas trop me questionner à ce sujet. Mais, cependant, cette réticence de ma part est très représentative des difficultés vécues par les interprètes, introduits dans des consultations de soins qui les confrontent à deux acteurs différents et complexes.

Au cours des entretiens menées avec les interprètes, j'ai pu entendre avec récurrence les difficultés auxquelles les interprètes sont confrontés. Celles-ci regroupent de manière globale la place et l'attention qui leur sont accordées par le personnel soignant, leur relation avec le soignant, ainsi que leur rapport avec le public. De plus, leur méconnaissance et leur non-préparation à cette confrontation à deux mondes différents et complexes, qui sont le domaine psychiatrique et/ou psychologique, et parallèlement aux récits et pathologies psychiques des demandeurs d'asiles, ont tendance à créer une certaine appréhension, voire un traumatisme, du côté des interprètes qui vivent ces situations. Ces différentes réactions m'ont été rapportées de nombreuses fois par des interprètes eux-mêmes, expérimentés dans le domaine de l'interprétariat et/ou des soins psychiques, ainsi que par des acteurs qui ont déjà travaillé avec des interprètes, travailleurs sociaux ou soignants en santé mentale. En tant que chercheuse en sociologie, adoptant une position d'observatrice au cours de consultations psychologiques avec ce public, ces constats m'ont amené inévitablement à me questionner.

Au-delà des expériences et témoignages des interprètes et professionnels soignants, j'ai également dû remettre en question ma légitimité, en tant que personne « tierce » et « étrangère » à ces deux mondes, à être présente dans ce type d'entretiens. Les consultations pour des personnes en souffrance psychique sont des entretiens qui ont la particularité d'être « sensibles » au vu de la thématique de soins et du public spécifique soigné. De plus, elles

comportent déjà le risque d'être biaisées ou modifiées par la présence d'une tierce personne qui est l'interprète, mais dont la présence et le rôle sont nécessaires et légitimés empiriquement. Ce contexte a eu tendance à remettre en cause ma présence. Toutefois, je n'ai jamais remis en question la pertinence scientifique de l'exercice.

Afin de palier ces difficultés, liées à la position du chercheur en sociologie, un certain nombre de points ont été convenus en amont avec les soignants en santé mentale que j'accompagnais. Les consignes ont été peu nombreuses mais elles ont permis de fixer, entre les deux parties prenantes, le rôle, le positionnement et la place qui allaient m'être attribués lors des consultations. Tout d'abord, il a été convenu que je sois présentée aux interprètes et aux patients à mon juste titre de stagiaire en sociologie en simplifiant et abrégeant ainsi la commande de travail du Réseau SAMDARRA à une enquête traitant sur la langue et l'interprétariat lors des consultations psychologiques. Suite à cela, les interprètes, ainsi que chaque patient présent, devaient confirmer ou infirmer que ma présence, uniquement à titre d'observatrice, pendant les consultations ne serait pas vécue comme une gêne ou une intrusion à leurs yeux. La parole ne m'était donnée qu'une fois pour expliciter ma présence lors de l'entretien. De plus, j'ai été soumise aux principes de confidentialité médicale des propos exposés par les patients comme n'importe quel autre acteur présent à ce type d'entretien.

En tant qu'observatrice, j'ai pu assister aux consultations de soin de manière neutre dans le sens où je n'étais jamais, ou très rarement, sollicitée verbalement ou même par le regard au cours de l'entretien. Mon positionnement m'a alors permis d'être d'un côté de la pièce sans prendre part aux entretiens, ce qui m'a fait vivre ces moments d'observation comme si j'avais été placée derrière une vitre teintée qui me permettrait d'assister aux consultations avec discrétion. Les soignants ont le plus souvent confirmé le fait que ma présence n'avait pas eu d'impact particulier sur les consultations et que les consultations s'étaient déroulées de manière habituelle malgré ma présence. En effet, le fait que ma présence crée de la gêne ou qu'elle altère les entretiens avaient été appréhendées au départ, notamment du côté des soignants.

La première partie de ce mémoire a comme finalité de donner aux lecteurs les connaissances clés dans la compréhension et la visualisation du terrain d'étude et du public enquêté. Par ailleurs, la partie méthodologique justifiant et décrivant les outils méthodologiques dévoilent le travail appliqué par le chercheur pour réaliser cette recherche.

La deuxième partie de ce mémoire présentera l'analyse des entretiens et observations ethnographiques réalisées pendant la période de stage.

Deuxième partie : Les régimes d'épreuves

Cette deuxième partie du mémoire consistera en la présentation et l'analyse des recueils qualitatifs et donnera lieu à des réflexions et à des argumentations.

La classification des différentes épreuves auxquelles font face les interprètes apparaît être une méthode pertinente de restitution des données de l'enquête. D'un côté, cette classification a permis d'étudier et analyser les pratiques des professionnels en santé mentale dans l'entretien thérapeutique avec interprète. D'un autre côté, l'analyse sous régimes d'épreuves permet de pointer les différentes facettes de professionnalisme de l'interprétariat selon l'angle de chaque acteur concerné.

Trois niveaux d'analyses seront présentés. En premier lieu, nous étudierons les régimes d'épreuves vécues par l'utilisateur, soit le public migrant précaire qui est bénéficiaire des services du soignant via l'intervention de l'interprète. Dans un deuxième temps, nous exposerons les régimes d'épreuves auxquels font face les soignants, confrontés à travailler avec un interprète pour établir une relation de *care* avec leur patient allophones. Dans un troisième temps, nous évoquerons les différentes épreuves auxquelles sont confrontés les interprètes, médiateurs au cours des entretiens.

Régimes d'épreuve de l'utilisateur

Les souffrances psychiques des migrants précaires

Les demandeurs d'asile et réfugiés sont un groupe social spécifique et complexe et ce à différentes échelles : socio-culturelles, économiques, administratives et politiques. Pour cela, une prise en charge particulière doit être envisagée, notamment dans le domaine de la santé mentale. De plus, la prise en charge de ce public implique une multiplicité d'acteurs, allant de l'entourage proche de l'individu en souffrance jusqu'aux différents professionnels et bénévoles chargés de l'accueil des demandeurs d'asiles sur le territoire. Cette problématique est donc

large, puisqu'elle implique plusieurs champs professionnels et interroge des thématiques professionnelles, culturelles, éthiques, déontologiques et idéologiques singulières⁵⁰.

L'histoire de chaque individu est propre et singulière. Les parcours de vies de demandeurs d'asile peuvent être décrits, de manière globale, comme l'accumulation et la succession de traumatismes divers, ponctués de pertes matérielles et affectives, crises et grands changements. Les histoires des demandeurs d'asiles sont caractérisées de violences extraordinaires qui peuvent atténuer la gravité d'autres histoires vécues par des demandeurs d'asiles.

« Accueillie en consultation pour effectuer un test d'évaluation de perte de mémoire, la patiente était une jeune femme albanaise d'une trentaine d'année. La jeune femme était présente sur le territoire avec son fils, âgé de cinq ans et handicapé, sa mère, son frère et sa sœur. En Albanie la jeune femme avait vécu beaucoup d'atrocités. Après l'assassinat de son mari, la jeune femme avait été l'objet de trafic humain à plusieurs reprises. Vendue trois fois de suite et victime de séquestration, la jeune femme avait été l'objet d'un réseau de prostitution. Au regard de ses forts troubles de mémoires, le discours de la patiente était très décousu. Au cours de l'entretien elle exprima sa douleur et ses traumatismes en s'effondrant un instant et en disant : « J'ai beaucoup souffert ». »

Extrait d'observation ethnographique: consultation psychologique entre un psychologue, un interprète et une femme en demande d'asile d'origine albanaise – Centre Précarité Psychologique de Bourg-en-Bresse, le 16 juillet 2014.

Ce public est exposé à divers facteurs qui impactent et atteignent négativement la santé générale des migrants précaires : l'exil, le déracinement socio-culturel, la violence, la précarité, l'incertitude, l'attente⁵¹. Il s'est ainsi avéré que les demandeurs d'asiles vivent quotidiennement, par leur statut, des inégalités ethniques et économiques sur leur terre d'accueil. Ces inégalités, ainsi que les violences structurelles et institutionnelles qu'ils vivent en tant que personne irrégulière sur le territoire ont comme conséquences l'accentuation de la vulnérabilité psychique et psychologique des demandeurs d'asile.

« Mère célibataire d'un enfant autiste âgé de sept ans, cette femme est seule sur le territoire français. N'ayant pas de documents officiels, celle-ci est dotée d'un statut administratif particulier. Au titre d'accompagnatrice de personne malade pour son fils atteint d'autisme, celle-ci a obtenu un titre de séjour sous certaines conditions ce qui lui permet de résider sur le territoire français. Il ne s'agit donc pas d'une régularisation de statut pour raison médicale de plein droit puisque l'étrangère « sans-papiers » concernée n'est pas elle-même reconnue en tant que personne malade. L'administration française n'octroie que très rarement un titre de séjour avec droit au travail pour les personnes dotées de ce statut. Les procédures de recours ne sont pas cadrées de dispositions spécifiques satisfaisantes, elles sont longues et incertaines. Toutefois, cette situation peut conduire à l'annulation d'une mesure de reconduite à la frontière et ainsi

⁵⁰ « Etat des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil », Rapport de Synthèse, Réseau Samdarra. Avril 2012, 74p.

⁵¹ *Ibid.*

permettre la délivrance d'une carte de séjour temporaire⁵². L'enfant est reconnu administrativement comme individu atteint d'autisme à 80%, néanmoins, la mère a expliqué de plus qu'elle ne touchait plus d'aide financière de la part de l'Etat. Hébergée au sein du CADA et étant dans une situation de grande précarité socio-économique, la patiente a expliqué que ses ressources financières qu'elle possédait ce mois-ci étaient d'une valeur de cinquante euros, somme qui lui a été offerte par l'école spécialisée dans laquelle est suivi son fils à temps-partiel. C'est au sujet de ce cas administratif complexe que la patiente a exprimé d'importantes souffrances psychiques lors de cette consultation de care. En effet, la patiente est en recherche active d'emploi depuis des mois. Ayant traduit et travaillé son CV en langue française, celle-ci a mis en avant toutes ses qualifications professionnelles antérieures, comme notamment son dernier emploi d'esthéticienne, exercé en Arménie. Elle répond activement à toutes les offres d'emplois disponibles. Ne recherchant pas à valoriser ses anciennes expériences au vu de la complexité de sa situation administrative, elle souhaiterait trouver un travail en tant que femme d'entretien ou tout autres emplois ne nécessitant pas d'importantes qualifications. Toutefois, ne possédant pas de titre de séjour lui permettant de travailler sur le territoire, ses recherches et ses efforts sont vains. Tous les retours au sujet de ses candidatures à l'emploi sont négatifs. Désespérée, la patiente a même confié avoir contacté le maire de la commune en ayant l'espoir que celui-ci lui trouve un travail. Ce type de démarche n'a augmenté qu'encore plus sa déception et sa frustration car les personnes lui disent qu'ils essayeront de faire quelque chose pour arranger sa situation sans qu'il n'y ait jamais de suite. Ne pouvant pas essayer de chercher du travail au sein de la communauté arménienne à cause de l'Inspection du travail qui reste très vigilante, la patiente a l'impression de stagner et d'être dans une impasse. Ayant reçu un courrier l'informant d'un nouveau refus à une candidature à un emploi juste avant de se rendre chez le psychologue, le mal-être de la patiente était essentiellement cristallisé autour de cette problématique. Frustrée et déçue, la patiente a exprimé beaucoup de colère et de tristesse concernant sa situation de grande précarité liée à son statut l'empêchant de bénéficier de certains droits. Au fur et à mesure, le discours de la patiente à ce sujet a démontré l'existence d'une problématique hégémonique et récurrente qui touche les personnes en demande d'asile. La recherche désespérée d'un emploi est également motivé par la nécessité que ressent cette femme à trouver une occupation et une raison à ses journées. »

Extrait d'observation ethnographique: consultation psychologique entre un psychologue et une femme en demande d'asile d'origine albanaise - CADA de Miribel, le 27 mai 2014.

Les souffrances psychiques, la santé mentale et la santé des demandeurs d'asiles sont ainsi les conséquences de leurs conditions de vies passés et présentes ainsi que des expériences dans leur pays d'origine accumulées à leur parcours migratoire⁵³.

« Très en colère, la patiente a poursuivi son discours en affirmant qu'elle ne se nourrissait pratiquement plus depuis plusieurs mois. Après avoir fait un malaise pendant ses heures de travail, une de ses collègues, également hébergée dans le CADA, l'a forcée maintenant à manger avec elle pendant ses heures de travail. La patiente souffre également d'insomnies. Très fatiguée, elle fait des crises d'épuisement, moments pendant lesquelles elle n'arrive plus à se réveiller, ce qui a déjà posé de sérieux problèmes lorsqu'elle est seule à s'occuper de ses enfants. »

Extrait d'observation ethnographique: consultation psychologique avec interprète albanaise entre un psychologue et une femme en demande d'asile d'origine albanaise - CADA de Miribel, le 27 mai 2014.

« L'homme s'excusa de son retard au rendez-vous, causé par son malaise. En effet, il avait eu une crise d'hypoglycémie à l'heure de se rendre au rendez-vous, ce qui l'avait obligé à se reposer avant de pouvoir se déplacer. (...) Le patient expliqua qu'il se sentait très fatigué de manière générale. Cette fatigue était variable

⁵² http://www.comede.org/IMG/pdf/Sous%20chapters%20Guide%202008/Guide-Comede-2008_6_accompagnateur-de-malade.pdf, page web consultée le 02.06.14.

⁵³ D'HALLUIN, Estelle. « La santé mentale des demandeurs d'asile », *Hommes et migrations*, 1282 | 2009, mis en ligne le 29 mai 2013, consulté le 29 mai 2013, 11p. URL : <http://hommesmigrations.revues.org/447>

selon les jours et été aussi liée aussi à son diabète. (...) Il se plaignit d'insomnies importantes, d'ennui et d'isolement. »

Extrait d'observation ethnographique : consultation psychologique sans interprète entre une infirmière psychologue et un homme débouté de sa demande d'asile originaire de la République Démocratique du Congo - HUDA d'Ambérieu-en-Bugey, le 04 juin 2014.

A titre d'exemple, les extraits d'observations ethnographiques ci-dessus dénotent que les personnes en demande d'asile souffrent de souffrances psychologiques qui se mêlent et se répercutent en souffrances somatiques. La santé mentale est ainsi liée à la condition sociale des individus⁵⁴.

Entre jugements et une « capacité de survie » administrative

Les migrants déjà vulnérabilisés par leur parcours et expériences migratoires antérieures vont devoir vivre une grande précarité lors de leur arrivée sur le territoire français. Lors de leur arrivée sur le territoire français, les demandeurs d'asile seront encore une fois confrontés à des violences produites quotidiennement par les inégalités liées à leurs statuts ethniques, de genre ou économiques⁵⁵. Ils sont confrontés à une longue période d'attente, incertitude et violences lié à l'évolution de leur statut administratif et juridique qui s'étendra sur des nombreux mois, voire des années. L'exil, les ruptures et les grands changements vécus en amont de leur arrivée s'accumuleront à des conditions de vie, voire de survie, difficiles, caractérisées par une grande précarité sociale, l'errance et l'attente d'une situation stable. La précarité socio-économique et administrative dans laquelle se trouvent les demandeurs d'asile est de plus accentuée par les procédures complexes et pointilleuses de leur demande d'asile : sociale, préventive, éducation, insertion, hébergement, logement d'urgence, santé publique, psychologique, psychiatrique. Ces inégalités et violences renforcent la vulnérabilité psychique et psychologique des demandeurs d'asile⁵⁶.

« Si, à Sri Lanka, l'aveu est obtenu par la torture, en France l'aveu constitue la méthode pour produire la vérité que l'OFPPRA veut entendre pour accorder le statut. »⁵⁷

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ Réseau SAMDARRA. « *Etat des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil* ». *Art. cit.*

⁵⁷ GIACOMO, Mantovan. « Les récits de vie des demandeurs d'asile tamouls », *Hommes & Migrations* 3/ 2011 (n° 1291), p. 40-50. URL : www.cairn.info/revue-hommes-et-migrations-2011-3-page-40.htm.

La question administrative est donc centrale et hégémonique pour les demandeurs d'asile. Cela accentue donc l'importance de leur récit d'asile. Ils doivent raconter avec précision leur parcours migratoires et leur raisons d'exil. Les demandeurs d'asile sont donc confrontés à raconter leur histoires et traumatismes de nombreuses fois.

En se plaçant du côté des professionnels, notamment du côté des professionnels soignants sous le régime de la confidentialité médicale, cette demande peut être légitimée. En effet, comme me l'a expliquée une infirmière psy lors d'une observation sociologique, celle-ci préférerait reposer ses questions à tous ses nouveaux patients pour ne pas risquer d'être influencée par les écrits du dossier avant sa rencontre avec un nouveau patient. Ils sont donc libres de lui confier les informations qu'ils souhaitent. Néanmoins, ce travail de répétition semble être vécu comme un exercice être très pénible et fatigant pour les demandeurs d'asile, d'un point de vue psychique et psychologique.

« La famille a vécue des émotions très fortes la semaine précédente. En effet, ayant été convoquées par l'OFPPA à Paris quelques semaines auparavant pour raconter leur récits de demande d'asile de vive voix, la jeune fille raconta la difficulté de cette épreuve. Elle était entourée de cinq professionnels représentants de l'OFPPA et accompagnée par un interprète qui intervenait pour traduire quelques mots en kosovar. Devant ces inconnus, la jeune fille a du raconter son récit une nouvelle fois au juge. Elle expliqua que cela fut très difficile et que cela généra beaucoup de pleurs. »

Extrait d'observation ethnographique : consultation psychologique sans interprète entre une infirmière psychologue et une jeune fille mineure d'origine kosovare - CADA d'Ambérieu-en-Bugey, le 04 juin 2014.

« L'infirmière tenta de commencer à remplir le formulaire, reprenant le parcours du demandeur d'asile, mais très rapidement la patiente lui expliqua sa situation en évitant de répondre à certaines questions. Elle était submergée dans une grande tristesse et un grand mal-être. Elle ne raconta donc pas beaucoup de choses sur elle et sur son passé car cela ne servait à « rien » au vu des douleurs que ça ravivait. »

Extrait d'observation ethnographique d'un entretien entre un psychologue, un interprète albanais et une patiente – HUDA d'Ambérieu-en-Bugey, le 04 juin 2014.

« Lorsque la soignante commença à lui faire remplir le formulaire, l'homme sembla surpris et agacé en répondant aux questions. Lorsque la soignante lui demanda de raconter son récit de demande d'asile, le patient réagit assez fortement. Il évita les questions et répondit rapidement qu'il ne souhaitait pas raconter cette histoire ce jour-là car il se sentait trop fatigué. »

Extrait d'observation ethnographique : consultation psychologique sans interprète entre une infirmière psychologue et un homme débouté de sa demande d'asile originaire de la République Démocratique du Congo - HUDA d'Ambérieu-en-Bugey, le 04 juin 2014.

Au-delà de la difficulté de cet exercice et des répétitions forcées qui forcent les demandeurs d'asile à revivre les histoires et traumatismes passés, les récits d'asiles sont confrontés à la violence de la procédure administrative de la demande d'asile en France qui remet constamment en cause la véracité des récits, notamment en suspectant des histoires

mensongères. Il est en effet fréquent d'entendre les professionnels, dans ce cas précis travailleurs sociaux, soignants en santé mentale ou interprètes, remettre en cause les récits de demande d'asile qu'ils entendent. En effet, dans une stratégie de « survie » administrative, les demandeurs d'asile ont tendance à utiliser toutes les armes possibles dont ils disposent pour favoriser une réponse positive de la part de l'OFPPA. Les attestations médicales affirmant qu'ils souffrent de maladies somatiques, psychologiques ou psychiatriques jouent automatiquement en leur faveur dans leur dossier de demande d'asile. Dans ce cas, l'éthique des professionnels est mise en cause. Dans un premier lieu, se pose la question de savoir si l'histoire racontée par la personne est vraie. Dans un deuxième lieu, le professionnel doit estimer si la personne est en réelle souffrance ou si celle-ci voit uniquement à travers le soignant une attestation médicale, considéré comme un outil d'appui important pour la validation de leur dossier. En tant que soignant ou interprète, les professionnels doivent être impartiaux dans les histoires racontées. Ce n'est pas leur rôle d'estimer la véracité, ou non, des récits d'exil. Cependant, ces questionnements reviennent avec récurrence de la part des professionnels.

« L'infirmière me précisa également qu'une des spécificités à travailler avec ce public était la véracité du récit des demandeurs d'asile, qui posaient parfois question, mais qui ne devait pour autant jamais être remise en cause en tant que soignante. »

Extrait d'observation ethnographique : infirmière psy – CADA / HUDA d'Ambérieu-en-Bugey, le 04 juin 2014.

En ce qui concerne les interprètes, les mêmes questions d'ordre éthique, la vérité et le mensonge, se confrontent aux questions déontologiques, la neutralité et l'impartialité. Quand la question de la véracité des propos des personnes se pose, les interprètes se retrouvent de nouveau face aux limites de leur rôle et fonctions lors de ces entretiens. Leur intervention se limite-t-elle à un « outil de traduction » ou leur présence les places également en tant que professionnels impliqués dans la procédure de demande d'asile?

*« **Interprète :** Oui, y a trop de difficultés (à travailler avec le public migrant). Parce que, pas tous ils sont vraiment dans le souci (rire nerveux), et puis des profiteurs pour arriver dans un but. Ils jouent de trop de... Ils n'arrêtent pas.*

Sociologue : Vous remarquez qu'ils jouent ?

I : Bah bien sûr.

S : Et comment vous faites quand vous remarquez que la personne elle joue à quelque chose avec le professionnel ?

I : Mais le professionnel il est plus doué que moi. C'est toujours le professionnel, parce que c'est lui qui te paie... C'est lui. Le problème c'est que euh... même le professionnel il euh... regarde des choses qui collent pas

et il faut les corriger. Ou bien des choses ils sont vrais. Voilà... Ça serait pas croyable. Mais bon... Il ne faut pas dire...»

Extrait d'entretien avec un interprète indépendant, ancien demandeur d'asile.

« Bien sûr, il est fréquent de retrouver les mêmes demandeurs d'asile avec des autres professionnels qui racontent d'autres histoires, d'autres parcours (exclamation)... Et vous, en tant que... Interprète, vous devez toujours traduire, même si vous avez vu le même type le jour d'avant avec une autre histoire. (...) Moi je dis rien aux professionnels. Ce n'est pas mon rôle. Moi je traduis après je rentre chez moi. »

Extrait d'entretien avec un interprète lié à une structure de traduction.

La véracité des propos est de haute importance. Lorsqu'une situation est décelée comme un mensonge, les impacts et répercussions seront importants auprès des professionnels qui étaient fortement investis dans l'accueil et la prise en charge du demandeur d'asile en question. A titre d'exemple, nous pouvons citer l'histoire atypique d'un mineur isolé étranger accueilli par des structures de services d'accompagnement des mineurs isolés étrangers à Lyon. L'accueil, la prise en charge et la demande d'asile de ce jeune à exceptionnellement amené tous les partenaires d'accueil et de prise en charge des mineurs isolés étrangers de Lyon à se mobiliser afin d'assurer une régularisation de statut positive pour ce jeune. Toutefois, lors du dépôt de la demande d'asile, il s'est avéré que ce jeune avait menti sur sa nationalité, son âge, son parcours d'exil et sur ses antérieures demandes d'asile. Après ces découvertes administratives, ce jeune a soudainement disparu des services. Le cas de ce jeune à créer un fort désarroi de la part des professionnels investit professionnellement et émotionnellement par la prise en charge de ce jeune : le poids du soupçon apportés par les mensonges et la trahison et la mise à mal des liens de confiance qui avaient été créés⁵⁸.

Une certaine méconnaissance de l'interprétariat professionnel

Il s'est avéré que l'interprétariat professionnel est souvent méconnu du côté des usagers et que ceux-ci ont une préférence pour l'interprétariat effectué par des proches. L'interprétariat engageant des membres de l'entourage, famille, amis proches, ou membres de la communauté culturelle ou/et ethnique est décelé comme une des pratiques majoritaires, notamment en ce qui

⁵⁸ « Les mineurs isolés étrangers », Acte de séminaire de réflexion 2014-2015, Réseau SAMDARRA – ORSPERE/ONSMP, juillet 2014, 14 p.

concerne les services d'urgence ou de consultations courtes, fréquentes au sein des Unités Médicales d'Accueil⁵⁹ ou au sein des PASS.

A titre d'exemple, cette hypothèse a été confirmée par SAMDARRA lors de sa première enquête intra-hospitalière sur les recours à l'interprétariat⁶⁰. Au niveau quantitatif, les résultats ont été les suivants : seuls 7% des professionnels interrogés sont satisfaits de ce type d'interprétariat, qui peut valoriser les liens familiaux et être une source d'information non négligeable, notamment lors du premier rendez-vous. 23% des professionnels restent réservés face à l'intervention des proches en tant qu'interprètes.

Tout d'abord cette pratique se présente comme un type d'interprétariat non durable, puisque l'intervention d'un interprète professionnel par la suite est envisagée. De plus, l'interprétariat des proches s'avère être plus ou moins fiable au vu des liens existant en amont entre l'interprète occasionnel et le patient. Ainsi, au regard des enjeux affectifs, le membre de la famille ou de l'entourage du patient peut être perçu comme une entrave à la parole libre du patient⁶¹. Le risque majeur est que l'entretien thérapeutique, initialement individuel, peut se transformer en un entretien familial. Pour finir, 53% des professionnels ne sont pas satisfaits de cette approche. Ceux-ci mettent en avant la question éthique, notamment en ce qui concerne le secret professionnel et la confidentialité de l'entretien vis-à-vis du patient, ainsi que la neutralité de l'interprète qui reste tout d'abord une personne proche du patient. Nous pouvons voir grâce à l'extrait d'entretien ci-dessous, que l'interprète proche ou familial peut être plus facilement influencé par les attentes du public et vivre lui-même, en tant qu'interprète, une pression sur sa traduction. La neutralité et l'impartialité du discours sont donc mises à rude épreuve. Toutefois, comme il est dit, en devenant interprète professionnel les questions d'éthiques deviennent plus fortes du côté de l'interprète malgré le lien qu'il entretient avec le public soigné.

« Quand j'étais accompagnateur j'ai eu des difficultés (...) « Oui, pourquoi tu n'as pas bien expliqué au médecin...? Moi je peux pas parler » (...) « Oui j'ai dicté les mots, j'ai dit les mots au médecin (exclamation) ! », « Et pourquoi il m'a sorti ? », « Parce que ça donnait pas de réponse (exclamation) ! ... C'est vrai que tu avais dit : « je suis malade, j'ai mal à la tête », mais le médecin il t'a posé une question que tu as raconté et que tu n'es pas malade. Et voilà. Mais toujours... « Non, c'est toi qui a pas bien traduit »

⁵⁹ Unités Médicales d'Accueil (UMA).

⁶⁰ Groupe de travail « interprétariat ». « *Evaluation du système d'interprétariat* ». Art. cit.

⁶¹ DENIS-KALLA, Sandrine & MOUSSAOUI, Louisa. « Quand le tiers permet que les langues se lient, se délient et se relient ! », « *Figures du tiers dans la rencontre clinique inter culturelle* », Journée d'étude ONSMP-ORSPERE, Centre Hospitalier Le Vinatier, Bron. 19.06.2006, 7 p.

(désarroi). Voilà, c'est ça le souci. (Agacement) Parce qu'il croyait que si il dit au médecin : « Je suis malade », le médecin il dit que tu es malade. »

« Regardes, quand tu es accompagnateur... Euh, tu pourras insister pour le médecin. Tu pourras lui dire quelque chose que le client n'a pas dit... Pour... Mais quand tu es autoentrepreneur tu as des responsabilités. Il faut dire 100% des réponses avec les mots que le client sort de sa bouche. Parce que si lui va pas au bout de trois phrases « Je n'ai pas dit comme ça », mais bon c'est toi qui as dit et voilà. (...) Euh... Ya. Maintenant, y a des choses, y a la responsabilité de ton travail, c'est le contraire. Comme j'ai traduit depuis, les contrats gratuits pour mes amis... Euh, je les voyais des choses que... C'était pas grave, mais il faisait le maximum, il faisait quelque chose pour profiter le rapport médical pour gagner les papiers, des trucs comme ça... Mais maintenant que tu es auto entrepreneur et peut être il y aura un souci maintenant si le, le client n'est pas content... Il, il... Tu es obligé de te faire, si tu choisis il est malade, tu crois qu'il est malade, OK on y va, mais si ton autre interprétariat tu le vois comme ça moi je dis... « Si le médecin il comprend que tu es en train de jouer moi j'arrête au milieu de ça. » (...) Et... Voilà, j'ai eu au début, quand je faisais de l'accompagnement, j'ai eu des moments où le médecin n'a pas, n'a pas... Il a dit : « il est pas malade ». Mais il insistait... Je peux pas lui dire que tu es malade s'il le voit que tu es pas. Maintenant je vois, et maintenant que je suis dans le monde travail, ça me donne une responsabilité, je peux pas parler... »

Extrait d'entretien avec un interprète indépendant, ancien demandeur d'asile.

Une autre épreuve qui se présente du côté des usagers est la problématique du jugement du récit par les proches. Le public voit son récit évalué constamment de part et d'autre par une multiplicité d'acteurs et en plus, dans ce cas précis, par quelqu'un qu'il connaît⁶². Pour ces raisons, de nombreuses études dévoilent que l'interprétariat réalisé par des professionnels est préférable.

« Il faut créer une distance (avec le public) mais en même temps quand même une certaine euh... Proximité. Dans le sens où il sait que je suis l'interprète et que je suis là pour faciliter l'échange... Hm... Tout comme il aura cette euh... Proximité avec son médecin avec qui il aura confiance, la proximité ça sera ça. Il sait qu'il peut me faire confiance, parce qu'au début, quand on commence l'entretien, on explique bien à la personne qu'on est euh... Tenus par le secret professionnel, qu'on fait pas partie de la famille... Tout ça c'est des éléments importants pour permettre à la personne de s'exprimer librement, contrairement à un membre euh, au début de la question vous me disiez « Est-ce que... », la différence avec l'interprète ou quelqu'un de la famille ou quelqu'un de proche. Un proche n'a pas de neutralité. Il rentre dans votre vie privée. Et votre vie privée elle peut se retrouver ailleurs. Alors qu'avec moi, je sais que dès que je franchis la porte et qu'il franchit la porte, il est sur que c'est resté... C'est resté dans le bureau... »

Extrait d'entretien avec un interprète lié à une structure de traduction.

Cependant, l'interprète à tendance à lui aussi évalué ce qui est dit par l'utilisateur. Ceci rajoute une épreuve supplémentaire à l'utilisateur puisqu'en tant que personne tierce dans l'entretien, ils doivent se confier à une personne additionnelle. Comme annoncé supra, l'interprète doit également faire face à la problématique de la véracité des récits. Mais celui-ci

⁶² « La clinique à l'épreuve de l'interprétariat », Septième journée d'étude, Réseau SAMDARRA-ORSPERE/ONSM, Chambéry, 1^{er} juillet 2014.

est de plus confronté aux liens relationnels qui s'établissent entre lui-même et le patient, ce qui est également une épreuve pour l'usager. En effet, en tant qu'intermédiaires communicationnels avec les soignants, les interprètes ont de plus la particularité d'être appelés à travailler en tant qu'interprète avec les mêmes demandeurs d'asile dans d'autres contextes et auprès d'autres professionnels. Il arrive même que les interprètes possèdent plus d'informations sur la vie, l'entourage, les problèmes et l'environnement des demandeurs d'asile qu'ils suivent plutôt que les soignants, qui les voient avec moins de fréquence. Cette récurrence du même interprète s'explique par les difficultés à trouver des interprètes dans certains contextes ou dans la traduction de langues rares. Les observations ethnographiques ont dévoilé que le soigné est souvent plus proche de l'interprète plutôt que du soignant lorsqu'il se retrouve face au même interprète.

Les demandeurs d'asile ont ainsi tendance à tenter de se rapprocher plus des interprètes, avec qui ils peuvent communiquer directement et qui ils partagent une langue et une culture commune. En tentant de créer des liens et une proximité avec eux, ils tentent d'attirer leur empathie personnelle à leur sujet dans l'espoir qu'ils deviennent ainsi eux aussi des instruments d'appui à leur dossier de demande d'asile, notamment en tant qu'intermédiaires auprès des soignants. Afin d'éviter des situations confuses et un certain malaise du côté du soigné et de l'interprète, le rôle de l'interprète nécessite être clairement définie dès le départ.

« Bon c'est vrai que des fois, pendant l'entretien, la, la personne a tendance à nous regarder nous, tout dépend des personnes, nous regarder nous que regarder le soignant mais parce qu'il y a cette euh... (Silence) Facilité de la langue... Ou des fois parce qu'il est... Il a une autorité en face de lui, le docteur ça représente une autorité euh... Dans certaines cultures. Il ose pas trop... C'est plus facile pour lui de s'adresser à moi qu'au soignant... »

Extrait d'entretien avec un interprète lié à une structure de traduction.

« Infirmier : *En même temps, ils sont tellement dans le désarroi... J'ai l'impression qu'ils... que voilà... Qu'ils m'implorent pour que je les aides personnellement. Quelque chose que je moi je peux pas quoi.*

Sociologue : Vous en tant qu'interprète qui parlez la même langue ?

I : *Voilà. Ils disent : « Ouais, mes papiers etc., est ce que vous pouvez pas faire quelque chose euh... ? »*

S : Du coup ils cherchent à créer un lien avec vous euh... ?

I : *Oui. Privilégié. Privilégié pour euh... pour améliorer leur situation. Ce qui parait plutôt euh... une bonne euh... Capacité de survie. Mais voilà, mais. Et de dire, ou alors de me mettre à témoin, des « explique leurs que euh, voilà, qu'ils fassent le nécessaire... » (rires). »*

Extrait d'entretien avec un infirmier psy sollicité en tant qu'interprète.

La dernière épreuve de l'usager qui travaille avec un interprète concerne la problématique de l'interprétariat téléphonique. Cette pratique réduit l'humanité et la proximité que peut apporter un interprète au patient. L'interprète devient lors de cet exercice une machine à traduire. Il ne peut ni apporter son soutien au patient, ni créer un lien particulier avec celui-ci. Les observations ont montré que les patients éprouvaient plus de difficultés à communiquer avec l'interprète lorsque celui-ci intervenait par téléphone, ils ont ainsi plus de difficultés à s'exprimer par un simple objet matériel.

« La femme semblait très fatiguée. Dès les premières phrases sa voix était étouffée par ses pleurs. Elle parlait en effet d'un ton très bas, ce qui posait dès le début un problème pour l'interprète. L'interprète disait : « Je n'entends rien de ce que dit la dame. Je ne comprends pas ! ». L'interprète demandait donc à la patiente de répéter ces propos, et parallèlement à cela, la soignante demandait à la patiente de se rapprocher du téléphone pour qu'elle puisse mieux être entendue. L'exercice de répétition semblait être fatigant pour la patiente. L'interprète quant à elle ne semblait pas comprendre pourquoi elle entendait mal la patiente, qui en effet semblait être décontenancée et parlait donc très faiblement et en pleurant. En effet, trop bouleversée, la patiente n'arrivait pas à parler d'un ton de voix plus élevé, bien au contraire, malgré les demandes de l'interprète. »

Extrait d'observation ethnographique: consultation psychologique entre une infirmière psy, une femme en demande d'asile d'origine albanaise et un interprète téléphonique – HUDA d'Ambérieu-en-Bugey, le 04 juin 2014.

Difficultés méthodologiques d'enquête auprès du public migrant précaire

Un dernier questionnement reste à soulever concernant l'enquête réalisée qui est la pertinence à interroger le public migrant précaire. En effet, comme nous avons pu l'identifier de nombreuses fois tout au long de ce rapport, les interprètes créent par leur présence une relation tripartite, ils font le lien entre les soignés et les soignants.

En considérant que l'enquête questionne déjà deux parties prenantes de cette relation tripartite (les soignants en santé mentale et les interprètes), il est normal de se questionner sur la pertinence à interroger la troisième partie prenante concernée par cette pratique. Cependant, il est important de signaler que rencontrer le public migrant précaire se présente comme une grande problématique.

Au vu de la grande précarité dans laquelle se trouvent les migrants précaires, le premier risque serait qu'ils ne comprennent pas cette approche sociologique et qu'ils nous considèrent comme étant des travailleurs sociaux ou des soignants pouvant leur apporter une aide quelconque. Cette confusion peut s'avérer être importante et délicate à résoudre. Cela s'est déjà

produit lors d'une enquête menée précédemment par le Réseau SAMDARRA au Centre Hospitalier Le Vinatier⁶³. Le deuxième risque, et aussi la grande contradiction, serait que l'enquête auprès du public migrant allophone devrait être effectuée avec un interprète. Cela soulève un grand nombre de questionnements et pourrait également biaiser l'entretien.

La meilleure option s'avère être de rencontrer des personnes qui sont sorties de la demande d'asile pour pouvoir évoquer avec elles leur vécu et ressentis sur la présence des interprètes en considérant qu'elles ne vivent plus un sentiment de détresse aussi intense et qu'elles sont aptes à communiquer en langue française. Néanmoins, au vu de la temporalité du stage et de la délicatesse de la démarche, la réalisation d'entretiens avec les migrants précaires n'a pas été envisagée au vu des difficultés qu'elles soulèvent.

Régimes d'épreuves du clinicien en psychiatrie

Le monde psychiatrique face au monde social

Comme le rappellent DODIER et VOLOLONA⁶⁴, le monde psy a une forte influence sur la vie sociale. L'évolution des sociétés dans le temps ont impliqué d'importantes transformations sur le monde psy, notamment en ce qui concerne les découvertes de nouvelles pathologies et étiologies, la création d'une analyse et de nouveaux jugements portés sur les valeurs et les comportements humains. Toutefois, un tournant peut être signalé dans le monde psychiatrique lorsque celui-ci a été contraint à commencer à répondre aux critiques qui lui étaient destinées. Ainsi, l'histoire politique de la psychiatrie et du monde asilaire ont été bouleversées. L'entrée des sciences sociales dans le monde psy dans les années 1950 remet en cause les dispositifs emblématiques classiques du monde psy existants. La culture psychiatrique est accusée de mener une ontologie réductionniste et prôner une autonomie des patients illusoire. A partir des années 1960, le monde psy a ainsi vu ses cadres cliniques classiques modifiés. La prise en compte des individus soignés a été réétudiée et profondément revalorisée, le sujet étant considéré à travers son habitat, son entourage et sa vie sociale. De plus, afin de créer une rupture avec la dureté des politiques psychiatriques de l'asile, un effort

⁶³ En 2013 une enquête a été réalisée par le Réseau SAMDARRA sur la PASS Psy du Centre Hospitalier Le Vinatier.

⁶⁴ DODIER, Nicolas & VOLOLONA, Rabeharisoa. « Les transformations croisées du monde « psy » et des discours du social », *Politix* 1/ 2006 (n° 73), p. 9-22. URL : www.cairn.info/revue-politix-2006-1-page-9.htm.

important se focalise dans l'autonomisation des patients et dans leur réinsertion sociale, critique présente dans les revendications initiales du monde psy. Ces avancées marquent l'apparition d'une nouvelle ontologie de la conception sociale dans le monde psy.

Une nouvelle culture thérapeutique se profile dans le monde psy suite à l'entrée de nouveaux groupes de victimes dans le monde psychiatrique : victimes de guerre, de catastrophes écologiques ou industrielles. Les soignants psy se voient confier d'autres fonctions puisqu'ils sont mobilisés pour identifier les dommages et les souffrances psychiques spécifiques de cette nouvelle catégorie de victimes. Des nouvelles catégories psychiatriques se construisent.

La thématique de la précarité sociale marque son essor dans le monde psy dans les années 1980. Les angles d'exclusion sociale et des personnes marginales commencent à être pointés du doigt dans le milieu de la santé mentale. La montée de ces phénomènes invite les psychiatres à s'intéresser et à analyser les différentes formes de souffrances psychiques associés au contexte de précarité. La clinique psycho-sociale voit ainsi le jour en ayant comme objectif de donner des lieux d'écoute aux personnes précaires en souffrance. Des politiques de réhabilitation psychosociales sont créées dans des hôpitaux psychiatriques. La mise en place de ces nouveaux cadres cliniques a permis l'entrée de nouvelles catégories personnes en souffrances psychiques, différenciées de la population soignée classique, au sein des services psychiatriques. Toutefois, l'apparition de nouveaux profils de patients ainsi que l'implémentation de nouveaux dispositifs de soins reste problématique à différents niveaux.

La santé mentale des exilés: un phénomène de plus en plus reconnu et croissant dans l'espace public, scientifique et politique

La santé mentale des demandeurs d'asile a été un thème croissant dans l'espace public et dans le champ scientifique. Comme le précise HALLUIN⁶⁵, les études se sont développées et ont accentué la souffrance psychique de ce groupe spécifique. Les demandeurs d'asile ont comme particularité de bénéficier d'une prise en charge spécifique, au niveau de leur procédure

⁶⁵ D'HALLUIN, Estelle. « La santé mentale des demandeurs d'asile », *Hommes et migrations*, 1282 | 2009, mis en ligne le 29 mai 2013, consulté le 29 mai 2013, 11p. URL : <http://hommesmigrations.revues.org/447>

administrative d'asile, leur hébergement et leur assistance sociale et sanitaire. Toutefois, les moyens d'accès aux soins dont ils disposent sont insuffisants.

A l'opposé des pays du Sud où les populations exilées sont prises en charge par des associations humanitaires, les pays européens se chargent de l'administration sociale et sanitaire de ces populations migrantes. La catégorie administrative des demandeurs d'asile fait son apparition dans le champ social et scientifique au vu du statut transitoire et de la vulnérabilité dans laquelle se trouvent les migrants précaires, dans l'attente que leur demande d'asile soit examinée par les représentants de leurs états d'accueils. Ainsi, l'intérêt de la santé mentale de cette catégorie spécifique a permis d'établir la construction sociale de cette catégorie, notamment au niveau administratif. Ces enjeux spécifiques au domaine de la santé mentale des demandeurs d'asile ont ainsi fini par constituer un domaine d'expertise autour des thématiques de la santé mentale des populations exilées et réfugiées et des traumatismes psychiques.

Le champ de la santé mentale des migrants a connu de nombreuses évolutions en France. La santé mentale des migrants a en effet longtemps négligé ou relativisé les conséquences psychiques de ces populations du aux violences qu'ils avaient vécu antérieurement et aux chocs culturels qu'ils devaient affronter présentement dans leur pays d'accueil. A partir de la deuxième guerre mondiale, une reconnaissance des effets psychiques de la violence à travers de la catégorie du traumatisme s'implante dans le monde psy, notamment sur la question des souffrances psychiques des réfugiés. En France, des centres de santé mentale spécifiques aux populations immigrés voient le jour, notamment pour traiter d'une certaine clinique de l'exil. La création d'une catégorie du traumatisme psychique dans les années 1970 marque une reconnaissance plus élargie sur les violences vécues par les populations réfugiées. Les centres de soins spécialisés dans la prise en charge médicale et psychologique des exilés dans les pays occidentaux se multiplient. La notion « d'état de stress post-traumatique » est inscrite dans les manuels statistiques des troubles mentaux dans les années 1980. Sa diffusion très rapide au niveau international accentue la mobilisation des acteurs investis autour des effets traumatiques potentiels de la violence vécue par les populations exilées.

L'accueil des populations exilées étant devenu de plus en plus important sur le territoire français, la qualification et la spécialisation des différents syndromes vécus par ces populations ont fait l'objet d'une grande attention dans le champ clinique: stress post traumatiques, névroses post-traumatiques ou traumatismes psychiques. L'amélioration de la prise en charge psychologique des migrants précaires s'est inscrite comme une priorité dans l'espace public

puisqu'elle a commencé à être portée par les professionnels de santé, ainsi que par des militants du domaine de la migration et des décideurs politiques.

Les années 2000 ont mis en lumière l'impact des conditions d'accueil des demandeurs d'asile qui ont également fait l'objet d'études dans le champ clinique et des sciences sociales.

Comme nous avons pu le voir, le public migrant précaire n'est pas une catégorie sociale anodine. Les violences subies par le passé et présentement, les traumatismes, la situation d'exil, la grande précarité sociale et administrative qu'ils confrontent en tant que population exilée les caractérisent comme une catégorie sociale spécifique au regard de leur fragilité et vulnérabilité en santé mentale. La particularité des demandeurs d'asiles, marquée par leurs souffrances psychiques, doit être considérée de manière particulière et accentue le mérite d'une prise en charge spécifique dans le domaine de la santé mentale⁶⁶. Toutefois, cette prise en charge s'avère être problématique lorsqu'on soulève l'angle des difficultés de leur accès au soin dans le domaine de la psychiatrie publique et des soins spécialisés relevant de la sphère publique ou associative (comme par exemples les souffrances liées aux victimes de la torture). L'accès aux soins en santé mentale des demandeurs d'asile est également marqué par les coûts économiques qu'elle implique, notamment au niveau temporel, le manque de formation des problématiques spécifiques par les professionnels impliqués, un certain manque de connaissance du public concerné et les difficultés liées à l'interprétariat. Les modalités de prise en charge peuvent être perçues comme mal adaptés ou jugées peu satisfaisantes lorsque la prise en charge est effective car en majorité ce public n'accède pas aux dispositifs de droits commun en santé⁶⁷.

Le langage et l'« histoire de vie » en tant que matériaux cliniques

« Pour moi la parole a quand même toute sa place, la langue aussi (rires). Et quand on se comprend pas, parfois, il y a quand même un risque de gros malentendu, de... En tout cas il y a un risque. »

Extrait d'entretien avec une cadre supérieure de santé sollicitée en tant qu'interprète.

Afin de comprendre la position du clinicien auprès du public soigné allophone et de la nécessité qu'implique cette barrière langagière et communicationnelle d'introduire une

⁶⁶ « Etat des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil », Rapport de Synthèse, Réseau Samdarra. Avril 2012, 74p.

⁶⁷ *Ibid.*

personne tierce au cours de l'entretien il est important d'étudier plus profondément la place du langage dans clinique classique du monde psy. L'interprétariat est en effet indispensable au cours des entretiens thérapeutiques, toutefois l'introduction de cette pratique a tendance à questionner le cadre clinique et le recueil de la parole de la personne soignée. Ainsi, l'interprétariat met en lumière une dimension culturelle linguistique en tant qu'enjeu au cours de l'entretien⁶⁸.

Les études présentées dans le courant de la sociologie clinique s'avèrent pertinentes dans le cadre de l'étude de la langue en tant que matériau clinique dans le monde psy. Comme le présente DE GAULEJAC⁶⁹, la sociologie clinique se dit être basée sur une approche « compréhensive ». Elle s'efforce en effet de prendre en compte le sujet clinique par rapport à ses déterminations sociales et psychiques. La clinique lie le social et le psychisme de façon indissociable, ces deux phénomènes se nourrissent constamment l'un de l'autre. La démarche clinique est ainsi perçue comme un processus de prise en compte, d'une part, des éléments intellectuels, théoriques et de connaissances sensibles et, d'autre part, des registres de la réflexion et de l'« éprouvé ». Le sujet clinique est donc reconnu en tant que producteur de connaissance de sa propre situation, en révélant comment celui-ci vit et ressent les phénomènes sociaux qui le caractérisent. La clinique n'est plus pensée en tant qu'un phénomène hiérarchique et unilatéral, produite par le soignant qui mène et domine l'entretien thérapeutique, mais comme une co-construction naissante entre le clinicien et le sujet soigné. De fait, la posture clinique implique dans ce sens l'implication d'une forte sensibilité du soignant à la parole et aux récits confiés par les soignés, ainsi qu'aux faits sociaux et sociétaux portés par le sujet en question. Ainsi, les relations qui s'établissent entre le clinicien et le soigné permettent d'établir un soin thérapeutique heuristique grâce au récit dévoilés par le soigné et la compréhension du clinicien. La clinique se construit ainsi progressivement par les dialogues échangés entre les deux acteurs. Comme le signale HANIQUE⁷⁰, l'accompagnement des sujets s'inscrit également au sein de la sociologie clinique, en prônant la compréhension des sujets soignés et la reprise de leurs histoires personnelles. De fait, les « histoires de vies » des sujets sont accentuées dans le

⁶⁸ BOUNAIRA, Wafa. « L'entretien en présence d'un interprète », *Le Journal des psychologues* 8/ 2009 (n° 271), p. 48-50. URL : www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2009-8-page-48.htm.

⁶⁹ DE GAULEJAC, Vincent ; HANIQUE, Fabienne & ROCHE, Pierre. « *La sociologie clinique : Enjeux théoriques et méthodologiques* », ERES, Toulouse, 2007, 352 p.

⁷⁰ HANIQUE, Fabienne. « Enjeux théoriques et méthodologiques de la sociologie clinique », *Informations sociales*, 2009/6 n° 156, p. 32-40. URL : <http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2009-6-page-32.htm>

processus clinique. La dimension imaginaire du récit, donc ce qui entoure le sujet, a également son importance et doit être prise en compte et saisie par le clinicien car au-delà du récit de vie elle dévoile les fantasmes, aspirations, sentiments et émotions ainsi que le passé du sujet, ses croyances socio-culturelles et ses représentations présentes et futures. Le récit clinique, avec ses complexités, met ainsi en lumière les champs sociaux dans lesquels s'inscrivent les sujets.

Au-delà de permettre aux individus de communiquer entre eux, les langues représentent un ensemble de pratiques individuelles et collectives, puisqu'elles se basent sur des réalités sociales⁷¹. Si le clinicien, l'écouter du récit clinique, accorde une forte attention au langage qui constitue le récit clinique, c'est parce que le langage transmet « l'éprouvé », donc l'affect, les émotions et les sentiments, du sujet quand celui-ci s'exprime. C'est à partir de cet éprouvé que le clinicien pourra interpréter les souffrances psychologiques ou psychiques du patient et ainsi établir un diagnostic clinique. L'interprète, en tant que traducteur, aura des difficultés à transmettre l'« éprouvé » formulé par le sujet lors de sa traduction, ce qui sera considéré comme une entrave dans le travail clinique et donc une gêne pour le clinicien⁷².

Pouvoir exprimer son histoire de vie, donc le récit clinique étudié par le clinicien, par sa langue maternelle reste un exercice de haute importance. En effet, la langue maternelle parvient à transmettre des sentiments et des réalités culturelles assimilées. Il s'avère que les langues, et leur maîtrise, ont des influences sur l'expression des sujets, leurs émotions, leurs sentiments et leurs pensées. Comme le citent DENIS-KALLA et MOUSSAOUI :

« La langue confère la possibilité d'être. »

« La première langue, la maternelle, acquise dès la prime enfance, vous enveloppe et vous fait sienne alors que l'adoptive, c'est vous qui devez la materner, la maîtriser, l'approprier. »⁷³

Au regard de ces constats, le fait d'être « privé de parole », c'est-à-dire de ne pas pouvoir s'exprimer dans sa propre langue et de ne pas être dans la capacité de comprendre ce qui leur est dit peuvent être des sources d'inquiétudes pour les usagers et peuvent être vécues comme une forme d'agression. Le sentiment d'impuissance qu'ils peuvent ressentir peut accentuer leur

⁷¹ « *Figures du tiers dans la rencontre clinique inter culturelle* », Journée d'étude ONSMP-ORSPERE, Centre Hospitalier Le Vinatier, Bron. 19.06.2006, 58 p.

⁷² DE GAUJELAC, Vincent. *Op. cit.*

⁷³ DENIS-KALLA, Sandrine & MOUSSAOUI, Louisa. « Quand le tiers permet que les langues se lient, se délient et se relient ! », « *Figures du tiers dans la rencontre clinique inter culturelle* ». *Art. cit.*

position de dominé au cours de l'entretien thérapeutique, mené par un clinicien qui représente la culture dominante dans leur pays d'accueil.

La présence des interprètes dans les entretiens thérapeutiques permettent donc aux populations migrantes allophones de s'exprimer dans leur propre langue, qui est la plus familière pour le soigné mais parallèlement la plus étrangère pour le clinicien. En effet, du côté de l'usager, le fait de ne pas pouvoir s'exprimer dans sa langue maternelle, symbole et outil de sa construction et identité sociale en tant qu'individu, permet la reconnaissance de l'individu comme un sujet et le positionne ainsi de manière égale aux autres usagers, non allophones. Ainsi, la langue maternelle peut être considérée comme un outil thérapeutique du côté de l'usager, car il lui donne la parole, et elle peut également être la source d'une étape intermédiaire, représentée par la traduction de l'interprète.

« **Psychiatre** : *Quand on sort des premiers entretiens, de la prescription médicamenteuse, où on voilà, on est sur les effets secondaires, les symptômes, c'est beaucoup plus compliqué de travailler avec les interprètes, parce qu'on interagit pas avec la personne. On interagit avec l'interprète qui interagit avec la personne et du coup ça triangule, et bonnement, intellectuellement, c'est difficile de sortir de l'aspect factuel des choses, on est presque inhibé par la traduction. C'est traduit, et sincèrement ça me bloque, je n'arrive pas à être dans une interaction souple et fluide avec le patient. Quand on a identifié la pathologie, l'interprète devient un obstacle. Je n'ai pas de doute sur la traduction. On ne peut plus interagir avec cette personne. On peut poser des questions à la personne, mais on interagit pas avec elle.*

Sociologue : Ça devient factuel ?

P : *Oui on perd le sens clinique la dedans Je n'arrive pas à éprouver de l'empathie. On me raconte des choses horribles, et moi je suis là dans un truc complètement froid. Il y a quelque chose de l'ordre de l'émotion et de l'affectif qui ne passe plus. On perd l'essence de notre travail. Moi qui aime bien travailler avec l'approche motivationnelle, je, j'y arrive pas du tout, je n'arrive pas à faire des reflets, je peux pas faire des résumés (...) Je n'arrive pas à me réapproprier son discours. Le discours reste au stade de l'interprète. »*

Extrait d'un entretien avec un psychiatre⁷⁴.

Beaucoup de soignants considèrent que « *beaucoup de choses se perdent avec les interprètes* » et pour cette raison ils préfèrent essayer de soigner sans les faire intervenir. Les extraits d'entretiens cités ci-dessus appuient ce constat. Effectivement, si l'interprétariat est pointé en tant que problématique du côté des cliniciens c'est que les questions du récit clinique et du langage sont mises à mal et prennent ainsi d'autres matérialités par le processus de traduction produit par l'interprète. La communication de plusieurs interlocuteurs qui ne partagent pas la même langue ne peut avoir lieu que suite à un processus de traduction. Toutefois la traduction mot à mot est impossible, car le risque de perte de sens du dialogue est

⁷⁴ Journée d'étude ONSMP-ORSPERE. « *Figures du tiers dans la rencontre clinique inter culturelle* ». Art. cit.

trop important. L'interprète, par son acte de traduction, interprète ce qui lui est dit et le ré-exprime dans une autre langue. De par son action, l'interprète fait le choix selon différentes possibilités de choisir les mots et expressions qui conviennent le mieux à ses yeux à reformuler le sens de ce qui a été dit dans une langue différente. La traduction dans le contexte thérapeutique est égale à l'interprétation d'un discours avec les dits et les non-dits existants entre deux langues différentes puisque des faits restent toujours intraduisibles. La traduction implique inévitablement la remise de sens derrière les mots donc la réinterprétation de ce qui est dit. L'interprète réalise donc plus qu'une simple traduction puisqu'il construit une signification et du sens de ce qui lui est dit. L'interprète est ainsi dans une position complexe puisqu'il déforme inévitablement la matière première et le discours de base⁷⁵.

L'interprète, de fait, marque la forte altérité existante entre le soigné et le soignant, au point de vue linguistique, culturel et social. Toutefois, malgré les doutes existants dans les traductions, la traduction permet de faire place au sujet. Les consultations transculturelles, qui impliquent des traductions qui ont le risque de ne pas être fiables, permettent de dégager les discours cachés des deux acteurs présents lors de la consultation. L'interprète, en donnant du sens au discours et au récit formulés par le soignés, occupe une place de médiateur entre les deux acteurs. En ayant une fonction de transfert, l'interprète peut devenir un cothérapeute au cours de l'entretien, et donc de porter cette casquette d'acteur de *care*⁷⁶.

La clinique face aux épreuves d'interculturalité

Il est très récurrent que l'interprète soit perçu comme un outil de médiation et d'éclairage culturel pour les professionnels. Cela semble être très apprécié et utile du côté des professionnels. En effet, comme le signale PETROUCHINE⁷⁷, des réalités culturelles, psychologiques et psychopathologiques peuvent être dénotées entre le clinicien et le patient migrant précaire. Le patient est caractérisé par son exil, sa culture, sa nouvelle vie et son acculturation. Le savoir culturel de l'interprète est présent car il commun avec celui porté par

⁷⁵ Journée d'étude ONSMP-ORSPERE. « *Figures du tiers dans la rencontre clinique inter culturelle* ». *Art. cit.*

⁷⁶ PETROUCHINE, Roman. « *Interpréter en situation interculturelle. Réflexion sur la prise en charge d'un enfant de 8 ans.* », Diplôme d'Etudes Spécialisées en Psychiatrie, Université Claude Bernard - Lyon 1, Session du 23 avril 2009, 31 p.

⁷⁷ *Ibid.*

le patient. La présence de l'interprète accentue donc l'exil vécu par le patient et les différences culturelles qui le séparent du soignant. Néanmoins, cette différence culturelle, même si elle est imposante et palpable, est construite de manière artificielle, puisque le patient se retrouve immergé dans une culture dominante qui lui est différente. Cela souligne les conflits d'acculturations qui se créent chez les migrants.

L'interprète tient un rôle d'intermédiaire dans les relations tripartites puisqu'ils permettent une cohabitation des différentes identités qui se confrontent au cours de l'entretien. L'espace transitionnel et d'intermédiaire occupé par l'interprète, en tant que personne tierce, participe aux deux codes culturels qui s'entrechoquent.

Ainsi, l'interprète devient ainsi une source d'information importante dotée du pouvoir de clarifier les situations pour éviter les malentendus culturels. Sa présence crée ainsi un véritable pont de transmission culturelle entre les deux parties prenantes, le soigné et le soignant, ce qui améliore la compréhension et la communication au cours de l'entretien. D'une part, en situation transculturelle, l'interprète limite la violence symbolique qui s'impose au patient étranger, tout d'abord en lui donnant la parole et en lui expliquant le but de l'entretien. Si besoin, l'interprète peut apporter des éclairages culturels au thérapeute. De part et d'autre, l'interprète clarifie les différents codes culturels dans l'objectif de réduire les clivages existants entre les deux acteurs.

« Et voilà ils (les interprètes) permettent aux soignants de bien faire leur travail parce que bon, comme c'est des gens (les demandeurs d'asile) bien souvent qui sont sur la défensive, qui parlent pas facilement, l'interprète est là pour faciliter... là il y a vraiment un rôle de faciliter je dirais... Par rapport à leur histoire, par rapport à leurs vécus, l'interprète il est important. Et c'est là où on va intervenir comme médiateur puisqu'on va rassurer, et on va permettre à cette personne, cet homme ou cette femme de, de comprendre. En plus on est là pour expliquer aussi les codes. Parce que quand je vous parle de la médiation culturelle, le soignant qui doit comprendre les codes mais le patient aussi doit comprendre pourquoi... Je vois en milieu psy, il y a beaucoup de gens euh la mission psychiatrique n'est pas la même euh, n'est pas perçue pareil par exemple au Moyen-Orient, au Maghreb ou en France. Nous on est important là aussi pour expliquer que voilà, un psychiatre qu'est-ce que c'est en France... il est pas là seulement pour soigner la folie, que c'est pas quelque chose de négatif, vous voyez ? Là on a un rôle important aussi, on, en rassurant aussi on permet au soignant de faire son travail. »

Extrait d'un entretien mené avec une interprète liée à une structure de traduction.

« L'interprète était libre de parler. Il a fait parfois lui-même le choix d'expliquer certains phénomènes culturels pour assurer une meilleure compréhension au soignant. Par exemple (en référence à la dernière consultation avec une patiente albanaise), il a expliqué qu'en Albanie, les gestuelles pour dire « oui » et « non » sont inversées par rapport aux codes occidentaux. En effet, pour dire « oui » la personne albanaise va secouer la tête de chaque côté. A l'opposé, pour dire « non » la personne albanaise va hocher la tête de haut en bas. Cet éclairage culturel a permis de mieux comprendre les gestuelles qui accompagnaient les réponses de la patiente. De plus, le psychologue s'est parfois adressé à l'interprète en lui posant des questions d'ordres culturels dans l'objectif de mieux comprendre le comportement de la patiente dans sa vie quotidienne et pendant la consultation. En effet, la patiente a semblé être très isolée au sein du CADA. Celle-ci a expliqué que

culturellement les femmes albanaises ne sortaient pas pour se promener ou rendre visite à d'autres personnes sans leur mari. Ces actions étaient en effet mal perçues par les autres dans son pays maternel. Leur enfant malade nécessitant d'être surveillé constamment, le couple de parents ne peut donc pas quitter le logement ensemble. Les parents se relayent pour garder leur fils, notamment quand la mère doit absolument sortir (ce qui semble être très rare). Etant consciente qu'une femme mariée non-accompagnée est mal perçue par sa propre culture, celle-ci ne s'autorise pas à aller à la rencontre des autres habitants du CADA. L'interprète a également expliqué que, dans la culture albanaise, on donne des rôles très importants aux femmes au sein de leur propre foyer. Le foyer traditionnel est, en effet, de type patriarcal, et donc dirigé et dominé par l'homme de la famille, mais les tâches domestiques sont confiées à la femme. Celle-ci doit se charger de prendre soin du foyer et des membres de toute la famille, notamment des personnes malades ou plus faibles. Cette explication culturelle a permis de mieux comprendre les charges familiales que porte cette femme quotidiennement et donc les causes culturelles de son isolement social. »

Extrait d'observation ethnographique d'un entretien entre un psychologue, un interprète et une patiente d'origine albanaise en demande d'asile – CADA/HUDA de Miribel, 27 juin 2014.

Introduire un tiers dans la relation thérapeutique

La présence de l'interprète en entretien thérapeutique est un premier bouleversement dans le domaine de la santé mentale. En ce qui concerne les entretiens psychologiques, le cadre classique définit un espace au soignant psychologue et au patient. Quant à la psychiatrie classique, la place du soignant en psychiatrie accompagné d'un soignant infirmier en psychiatrie sont légitimées d'un point de vue clinique à être face au patient. La présence d'une tierce personne au cours des entretiens dépasse donc les pratiques de la psychiatrie clinique.

Plusieurs problématiques liées à l'interprète ont été signalées par les soignants. Celles-ci se retrouvent dans des articles scientifiques ainsi que dans la première étude menée initialement par le Réseau SAMDARRA au Centre Hospitalier Le Vinatier⁷⁸. La majorité des critiques concernent la modification du matériau clinique du à la traduction du récit clinique par l'interprète. En effet, comme énoncé supra, la traduction de l'interprète n'est pas fidèle et a tendance à être synthétique, ce qui cause une perte de détails, d'informations et d'expressions d'affects, très importants pour le clinicien. De plus, le discours du patient peut parfois être subitement coupé, et ce à nombreuses reprises, par l'intervention de l'interprète qui traduit ses paroles. D'un point de vue clinique, cela peut être perçu peut être considéré comme un frein au soin thérapeutique puisque le patient ne peut pas s'exprimer autant qu'il le souhaite sans être interrompu par le moment de traduction. Le discours du patient peut ainsi manquer de fluidité.

⁷⁸ Groupe de travail « interprétariat ». « *Evaluation du système d'interprétariat* ». Art. cit.

« Tout au long de l'entretien, la patiente était submergée par ces émotions. Son moral oscillait entre des sensations extrêmes avec une très grande rapidité. Elle passait incessamment des sourires aux grandes crises de larmes, mélangés à des sentiments de colère. Ces sautes d'humeurs étaient perpétuelles, ce qui a rendu l'entretien thérapeutique assez difficile. La patiente vacillait entre des souvenirs de sa vie passée en Albanie et la grande précarité administrative et socio-économique qu'elle rencontrait actuellement en France. Le psychologue a même dû intervenir et l'arrêter dans son discours quand elle commençait à trop digresser. Les discours de la patiente étaient donc assez décousus, il a été difficile de traiter entièrement d'un sujet sans que celle-ci parle d'autre chose. Cet entretien a été le plus long de la journée puisqu'il a duré environ une heure et demie. En effet, le psychologue a eu des difficultés à mettre fin à l'entretien. Les interactions entre les trois acteurs ont été très nombreuses. La patiente s'est beaucoup exprimée et très longuement. Parfois, l'interprète était obligé de la couper dans son discours pour avoir le temps de traduire ses propos. Les temps de paroles étaient monopolisés par la patiente et par son interprète, le psychologue n'a pu, quant à lui, que très peu intervenir et a parfois été obligé de s'imposer pendant le temps de parole de la femme. »

Extrait d'observation ethnographique d'un entretien entre un psychologue, un interprète et une patiente d'origine albanaise en demande d'asile – CADA/HUDA de Miribel, 27 juin 2014.

Les autres points concernent le rôle et la position adoptée par l'interprète au cours de l'entretien, ce qui évoque un certain manque de professionnalisme de certains interprètes. Les problématiques de proximité et de distance, leur non-neutralité et le fait de répondre aux questions du soignant sans consulter le patient sont des actes jugés gênants par les cliniciens.

De plus, au-delà d'être un simple outil de traduction, l'interprète doit tout d'abord être considéré comme un sujet présent au cours de l'entretien. De fait, le travail du clinicien est de quelque sorte doublé puisqu'il doit également porter son attention à l'interprète. Cela peut donner aux cliniciens la sensation de devoir soigner deux personnes en même temps au cours de l'entretien : le patient, à qui est destiné l'entretien, et l'interprète qui accompagne l'entretien.

« La difficulté quand vous avez un interprète et un soignant c'est que vous devez interpréter les deux. Vous devez soigner les deux. Alors on peut soigner plusieurs, on peut soigner une famille c'est bon, mais je soigne les deux, je soigne l'interprète et le patient. C'est à dire je dois comprendre la psychie de l'interprète et je dois comprendre la psychie du patient. De toutes les manières. Quelque soit la qualité, la pertinence de l'interprète. Je ne soigne pas une maladie. »

Extrait d'un entretien avec un psychiatre⁷⁹.

En effet, comme le signale RAVON⁸⁰, on retrouve actuellement une réactualisation de la psychologie clinique dans le travail social. Le cadre d'intervention psychologique est aujourd'hui malléable. L'utilisateur est une personne dans un contexte de détérioration sociale, il doit être soutenu par les professionnels aidants avec ses ressources propres pour être ré-attaché au monde. Il y a donc une reconfiguration de la pratique sociale dans les dispositifs

⁷⁹ « La clinique à l'épreuve de l'interprétariat », Septième journée d'étude, Réseau SAMDARRA-ORSPERE/ONSMP, Chambéry, 1^{er} juillet 2014.

⁸⁰ RAVON, Bertrand. « Y'a-t-il sociologisation de l'intervention psychologique ? Politiques de la psychologie dans le champ du travail social », dans BRESSON, Maryse, *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, 2006, p. 241-249.

d'accompagnement social. Les pratiques d'écoute et de soutien des personnes en souffrances psychiques sont priorisées. Ainsi, l'écoute de la souffrance psychique consécutive des phénomènes d'exclusion, de grande précarité ou de grande détresse sociale, implique de plus en plus à une forte indétermination professionnelle qui peut se traduire par l'épuisement du sujet aidant et peut provoquer le « mal être » des intervenants. Ce « mal être » peut être retrouvé auprès des interprètes en tant que personnes qui écoutent et d'une certaine façon soutiennent et viennent en aide aux migrants précaires victimes de souffrances psychiques. Les interprètes, par leurs rôles, sont des sujets sensibles au cours de leur travail auprès des demandeurs d'asile et réfugiés.

« **Pédopsychiatre** : (...) *Dans certaines situations j'ai l'impression que je dois prendre en charge l'interprète.*

Sociologue : Hm... Oui... Comme si vous aviez un autre patient en face de vous ? Le patient et l'interprète qui traduit ?

P : *Oui ! C'est comme si... (réflexion) C'est un peu ça oui (rires)... »*

Extrait d'entretien avec une pédopsychiatre.

Une différence est notable et différenciable dans la notion de *care* qui est présente chez les soignants et chez les travailleurs accompagnants du *care*. Comme le précise MOLINIER⁸¹, Margaret COHEN distingue une division psychologique dans le travail de *care* du côté des professionnels soignants qui sont eux plus dans le *cure*. En effet, pour être techniquement performants dans le soin, les soignants doivent se défendre d'être touchés de manière trop affective et sensible de ce qu'ils entendent. L'indifférence professionnelle qu'ils développent est nécessaire dans le soin puisqu'elle leur est nécessaire pour parvenir à travailler et à prendre des décisions de *cure*. Ils sont formés à être moins sensibles moralement, donc à être moins empathiques vis-à-vis de leur patient. La distanciation qu'ils instaurent dans la relation qu'ils créent avec leurs patients leur permet de ne pas être affectés psychologiquement en tant que professionnels soignants, afin de mener à bien leur travail de *cure*.

Comme le cite MOLINIER : « *moins le travail est technique, plus grand est l'espace physique disponible à l'empathie et à la réceptivité* ». Cette citation montre bien la différence existante entre les soignants en santé mentale, qui se situent dans le *cure*, et les interprètes, acteurs de *care*. Etant moins disposés à gérer le phénomène de proximité et de distanciation, les interprètes entrent plus facilement dans l'empathie. De cette manière, ils sont plus

⁸¹ MOLINIER, Pascale. *Op. cit.*

facilement exposés à être touché sensiblement par les discours qu'ils relatent. Cela peut développer un certain mal-être ou aviver des souffrances psychiques personnelles qui sont perceptibles et palpables par le soignant en santé mentale. Le soignant doit donc être doublement vigilant au cours de l'entretien et considérer les deux rôles de l'interprète : en tant que traducteur dans un dispositif spécifique d'entretien clinique et en tant qu'autre sujet au cours de l'entretien. Toutefois, certains interprètes ont pu témoigner lors des entretiens que cette attention de la part du soignant est parfois incomplète voire inexistante. Cette remarque ressort le plus souvent des interprètes externes aux soins de santé mentale.

« On fait un débriefing (avec le soignant) hein, généralement euh on prend toujours le temps de débriefer après des entretiens. En tout cas pour les situations que j'ai connu moi, donc euh. C'est plutôt mieux parce qu'on, parce que du coup on part pas avec cette charge trop lourde, où... Où on se pose des questions aussi. Ce que vont devenir tous ces patients. Ils sont pas forcément hospitalisés en plus... »

Extrait d'entretien avec une infirmière psy sollicitée en tant qu'interprète.

Au niveau relationnel, la présence de l'interprète est également problématique à différents niveaux. Une relation de *care* classique, donc duale, est transformée par une relation tripartite donc triangulaire. Comme le montre les deux extraits d'observations ethnographiques qui mettent en parallèle une consultation duale (premier extrait) et triangulaire (deuxième extrait), nous remarquons que les interactions et jeux de regards sont inévitablement modifiés, ce qui peut être perturbant pour le clinicien.

« Les interactions entre le psychologue et sa patiente étaient répétées. Les dialogues et jeux de regards se faisaient directement et uniquement entre ces deux personnes. La discussion était naturelle et comme dans tout discours dual, tout comme la relation de soin qui s'était instaurée. Cette relation de soin duale a également permis plus de proximité entre les deux acteurs. En effet, cela s'est confirmé à un moment où la patiente s'est totalement effondrée en pleurs et s'est renfermée sur elle-même pendant quelques minutes. A cet instant, submergée par des émotions trop fortes, la patiente avait posé ses mains sur sa tête, avait fermé les yeux et n'arrivait plus à communiquer avec le psychologue. Le psychologue se permis donc de se rapprocher de la patiente en brisant ainsi la limite spatiale marquée par le bureau qui était au centre de la pièce et en s'asseyant sur une chaise plus proche du canapé où se trouvait la patiente. (...) Sans dépasser les limites professionnelles, ce rapprochement a pu permettre à la patiente de se sentir entourée et ainsi de se sortir de son intense état de mal-être. »

« Les interactions entre les trois acteurs ont été différentes. En effet, le psychologue était toujours aussi attentif envers la patiente et l'interprète, même si il était plus attentionné envers la patiente. (...) Ayant une bonne compréhension du français, la patiente regardait directement le psychologue quand celui-ci parlait. Lorsque l'interprète traduisait le discours de la patiente, celle-ci alternait son regard entre l'interprète et le psychologue. »

Extraits d'observations ethnographiques de deux entretiens entre un psychologue et deux de ses patientes d'origine albanaises en demande d'asile, accompagné ou non d'un interprète– CADA/HUDA de Miribel, 27 juin 2014.

En tant que médiateur lors de la consultation, des liens se créent inévitablement entre l'interprète et le patient. Ce lien additionnel peut rendre plus difficile la construction du lien entre le clinicien et le patient, qui est nécessaire pour établir une relation de *care*. Le travail de l'interprète peut l'amener à rencontrer plusieurs fois le même patient et parfois même dans différents contextes. Parfois, l'interprète peut donc posséder plus d'informations sur la vie du patient que le professionnel de santé.

« (...) La distance entre le psychologue et sa patiente était donc moins perceptible. Toutefois, ayant déjà été en présence du même interprète dans d'autres contextes, la patiente et l'interprète semblaient avoir une plus grande proximité. Cela s'explique aussi par le fait que l'interprète semblait avoir plus d'informations sur les derniers événements de la vie de la patiente que le psychologue. »

Extrait d'observation ethnographique d'un entretien entre un psychologue, un interprète et une patiente d'origine albanaise en demande d'asile – CADA/HUDA de Miribel, 27 juin 2014.

Ces problématiques rendent la prise en charge du patient plus complexe pour le soignant. Les interventions de l'interprète augmentent inévitablement le temps des séances et écourtent le temps de parole des patients. Le manque de connaissances clinique des interprètes peut également pousser les interprètes à ne pas traduire certaines choses dites par le patient car elles manquent de sens.

Au-delà de ces problématiques liées à la présence de l'interprète, il est important de signaler les difficultés organisationnelles, voire administratives, qu'implique la demande d'intervention d'un interprète. Le plus souvent, les procédures de demande d'interprète sont longues, complexes et mal connues par les soignants. Les solutions d'interprétariat proposées ne répondent pas toujours aux attentes des soignants, notamment en ce qui concerne l'interprétariat téléphonique. Les coûts financiers élevés de l'interprétariat restent un problème de fond de haute importance.

Régimes d'épreuves de l'interprète

L'interprétariat est un problème central et récurrent dans le cadre de l'accès aux soins du public étranger et allophone. La question de l'interprétariat est également retrouvée au sein des divers domaines spécialisés dans l'accueil et la prise en charge du public migrant. Pratique complexe et parfois problématique, la question de l'interprétariat est souvent abordée en ce qui concerne les soins en santé mentale et le domaine de la psychiatrie publique. L'interprète est une personne tierce dans l'entretien. La figure du tiers est, par définition, une personne qui

s’immisce entre une relation duale et qui, par sa présence, a comme caractéristique de lier et en même temps de séparer les sujets présents⁸². La notion du tiers introduit également les limites et les frontières existantes entre l’autre et soi. Ces limites et frontières sont d’autant plus importantes lorsqu’on parle d’une relation mêlant différents acteurs et pour parler du cas présent, où une personne étrangère est introduite afin de surmonter les barrières linguistico-culturelles, essentielles dans la prise en charge d’une personne dans le domaine de la santé de manière globale. Concernant le public migrant précaire allophone, l’interprète se présente comme étant une personne indispensable et nécessaire puisqu’il permet à ce public de pouvoir s’exprimer dans sa langue maternelle ou une langue bien maîtrisée à l’opposé de la langue du pays d’accueil⁸³. En étant à la croisée de divers champs, la présence de l’interprète a des impacts dans le positionnement de chacun, ce qui modifie incontestablement la prise en charge du public allophone.

De fait, le rôle de l’interprète n’est pas réduit à un simple outil de traduction dans ce type d’entretien. Au regard de l’impact qu’il crée sur l’environnement dans lequel il intervient par sa présence, l’interprète a une posture d’acteur principal et de pivot lors de ces entretiens. Les interprètes ont des compétences du *care* et des compétences langagières. Leurs interprétations sont un outil clinique, dans le cadre d’une nouvelle tension du vécu.

L’épreuve de proximité

La question de l’interprétariat met en exergue un fort paradoxe, qui est hégémonique dans la conception de la place tenu par cet acteur. Travailler et questionner le travail des interprètes à partir de la notion de *care* permet d’étudier ce premier régime d’épreuve et met ainsi en lumière la question éthique du travail des interprètes. Comme l’énonce MOLINIER⁸⁴, le *care* a comme particularité l’analyse du travail effectué par les travailleurs sociaux ou soignants, véritables « agents moraux du *care* », à partir d’un angle éthique. Le *care* accentue ainsi la vision et/ou la sensibilité morale des travailleurs sociaux, souvent oubliés et dénigrés.

⁸² DENIS-KALLA, Sandrine & MOUSSAOUI, Louisa. « Quand le tiers permet que les langues se lient, se délient et se relient ! », « *Figures du tiers dans la rencontre clinique inter culturelle* ». *Art. cit.*

⁸³ Journée d’étude ONSMP-ORSPERE. « *Figures du tiers dans la rencontre clinique inter culturelle* ». *Art. cit.*

⁸⁴ MOLINIER, Pascale. *Op. cit.*

Comme explicité supra, l'interprète est un acteur spécifique lors des entretiens compte tenu de son statut de personne tiers et de son rôle relationnel, entretenu avec chaque acteur présent, tel un médiateur. L'interprète peut donc être considéré en tant qu'acteur de *care*, même si initialement celui-ci n'est pas interpellé au titre de soignant. Se posent alors les questions de distanciation et de proximité auxquels sont confrontés les interprètes. Ces questions sont récurrentes en ce qui concerne la présence des interprètes aux entretiens thérapeutiques, notamment du côté des soignants en santé mentale.

En effet, au travers des différents témoignages d'interprètes ou de soignants confirmés par des observations ethnographiques, l'interprète est constamment situé dans un enjeu de double distanciation. D'un côté, L'interprète doit tenir une certaine distanciation au sein de la relation d'aide et de soin auquel il assiste et qu'il ne dirige pas. D'un autre côté et en parallèle, il est attendu de l'interprète qu'il soit une personne tierce à l'entretien en conservant une certaine bienveillance d'un point de vue psychothérapeutique. Cette dernière distanciation se confronte de manière frontale à la première car elle suppose inévitablement un certain travail de proximité. Cette double distanciation est nécessaire, tout d'abord pour que celui-ci s'élève et soit reconnu en tant que professionnel dans son métier. La professionnalisation de l'interprète exige donc d'aller dans ces deux sens malgré leur opposition. De plus, il est important de signaler qu'au de-là de cette double distanciation, il est demandé aux interprètes d'avoir des connaissances dans le champ de la santé mentale.

Les questions de distanciation et de proximité sont également présentes à d'autres échelles. Une deuxième confrontation est notable dans la pratique des interprètes. Effectivement, il y a donc bien un souci de distanciation, imposée par les représentants du milieu psychiatrique et en parallèle, on retrouve une demande de proximité créée par le public migrant précaire. L'interprète devient ainsi un acteur sensible devant porter trois casquettes différentes : en tant qu'acteur de *care*, de *cure* et d'interprétariat.

La question du professionnalisme des interprètes fait référence aux sommes des compétences d'un professionnel, préétablies et défendues par un groupe pour accéder à une certaine reconnaissance dont les enjeux font effet dans les domaines politiques, éthiques-culturels, et économiques⁸⁵. Ces compétences relèveraient donc du domaine théorique. Toutefois, l'interprète doit également avoir des compétences dans le domaine du *care*. En effet,

⁸⁵ TRIPIER, Pierre, DUBAR, Claude & BOUSSARD Valérie. « Sociologie des professions », *Armand Colin*, Coll. « Collection U », Paris, 2011, 376 p.

l'interprète doit avoir des compétences humaines et affectives pour réussir à être très attentif à l'autre dans le cadre d'une consultation de soin. Toutefois, l'interprète doit également mesurer cette dernière puisqu'il ne doit pas trop se laisser embarquer du côté de l'empathie. Ce constat marque une première tension importante du côté du professionnalisme de l'interprète et du *care*.

D'un côté, comme nous avons pu le constater, cette pratique peut être perçue comme problématique dans le domaine de la psychiatrie publique. D'un autre côté, la présence de l'interprète peut être également problématique du côté du public soigné.

« Ben moi je dirais que l'interprète avec des réfugiés c'est primordial, parce que quand on connaît leur parcours, c'est des gens qui sont complètement déracinés, des gens qui ont vécu des choses très très difficiles, ils arrivent ici ils sont complètement perdus, et tout d'un coup il y a un, un soignant qui accepte de les suivre, de les recevoir et qui en plus leur amène quelqu'un qui parle leur langue. Tout d'un coup ça recrée une sorte de ... ça les en... Comment dire, je ne sais pas c'est peut-être un peu trop fort mais c'est une sorte de, d'enracinement pour eux. (...) Ils sont vraiment contents d'avoir quelqu'un... Hm, ils s'accrochent à nous un peu. »

Extrait d'entretien avec un interprète liée à une structure de traduction.

Se trouvant dans une situation de précarité extrême au vu de son vécu et de sa situation actuelle en France, le soigné va le plus souvent être réconforté par la présence de l'interprète qui le rallie de manière directe à sa culture originaire de laquelle il a été violemment déraciné. Ce rapprochement culturel qui apparaît naturellement explique le fait que le public migrant précaire peut avoir tendance à se rapprocher de l'interprète en tant que personne paire, et essaye de créer avec celui-ci un certain lien social dans la recherche d'une certaine compréhension, soutien et solidarité face à sa propre situation. La tentative d'instaurer un lien social avec l'interprète, en tant que personne tierce dans l'entretien, peut avoir elle aussi des impacts importants dans cette relation tripartite. Le patient cherche de manière naturelle à se rapprocher de la personne qui lui semble le moins « étrangère » et cherche donc à se rattacher à ce qui lui rappelle ses propres origines. Face à cela, le professionnel soignant peut ressentir un sentiment d'exclusion, de perte de contrôle et méfiance vis-à-vis de l'interprète qui devient un objet de gêne dans l'entretien. Sans oublier que l'interprète peut également être très vite impacté par cette démarche s'il n'arrive pas à instaurer une certaine distanciation avec le public qu'il rencontre et risque ainsi d'être secoué émotionnellement par l'empathie qu'il peut ressentir.

Au regard du rôle relationnel de l'interprète auprès des soignants et soignés, il est intéressant de soulever la question de proximité de ces acteurs. En suivant cette approche, les notions de *care* (soigner, prendre soin des personnes) et de *cure* (soigner, guérir) se présentent comme des bonnes pistes d'analyse pour étudier le rôle relationnel et de proximité de l'interprète.

L'interprète doit avoir un rôle de *care*, mais en accentuant la nécessité de sa professionnalisation on constate que l'on exige à l'interprète d'être plus dans le *cure*. Dans le domaine du soin, on distingue clairement le *care* du *cure*. A l'opposé du *care* qui relève de la dimension humaine, affective et relationnelle, le *cure* fait référence aux actions curatives qui peuvent être caractérisées par une certaine insensibilité même si elles sont nécessaires à autrui⁸⁶. L'interprète est ainsi pris par le sensible, l'affect, l'expérience et la proximité. Ce constat ressort dans le discours de tous les interprètes interrogés, mais également chez les psychiatres ou travailleurs sociaux. Toutefois, cette sensibilité semble devoir être contrôlée par les interprètes pour qu'ils soient ainsi considérés et reconnus comme professionnels rendant des services de qualité.

« Il faut créer une distance mais en même temps quand même une certaine euh... Proximité. (...) Ça c'est important donc euh... Le lien voilà, il faut toujours faire attention à garder cette neutralité... La proximité, dans le sens où la confiance se fait. »

Extrait d'entretien avec un interprète liée à une structure de traduction.

On retrouve bien donc ici un paradoxe existant entre la demande de proximité qui vient du public soigné et la demande de distance qui vient des professionnels de la psychiatrie. En effet, l'interprète devient un acteur hybride, on lui demande d'être un objet multi usage dans un dispositif de soin pour migrants précaires qui est complexe et instable. On observe que la présence physique, l'attention, la sollicitude et le souci d'autrui de l'interprète font de lui un acteur indispensable. En effet, il ne peut pas y avoir de relation thérapeutique sans ce travail relationnel, notamment sur la question d'être présent à autrui. Cet argument a été validé lors d'observations sociologiques lors d'entretiens entre des soignants en santé mentale et entre des demandeurs d'asile, notamment lors de l'utilisation d'interprétariat téléphonique.

En amont des observations sociologiques menées, l'interprétariat par téléphone est une technique qui m'a beaucoup étonnée et interpellée. Le fait que l'interprète soit à distance et échange avec les acteurs par téléphone grâce à un haut-parleur me laissait perplexe sur plusieurs points. Tout d'abord, les interprètes formulaient déjà un certain nombre de difficultés lors des entretiens exploratoires : difficulté de compréhensions du langage, méconnaissance des comportements psychiques au vu des différentes pathologies des patients, trop grande empathie ou un manque d'échange problématique en amont et en aval avec les professionnels soignants. Au regard de ces diverses difficultés que devaient affronter les interprètes pourtant présents

⁸⁶ MOLINIER, Pascale. *Op. cit.*

physiquement au cours de la consultation pouvaient pour moi prendre encore plus d'importance lors de l'interprétariat téléphonique.

L'interprétariat téléphonique est en effet une pratique qui se développe fortement. La création de cette pratique s'explique par différentes raisons. Tout d'abord, dans un contexte où les coupes budgétaires allouées à l'accueil des populations migrantes sont de plus en plus fréquentes, l'interprétariat téléphonique se présente comme une pratique de traduction plus économique financièrement parlant pour les structures d'accueil, telles que les CADA/HUDA⁸⁷. En effet, ne recevant plus de financements spécifiques pour avoir des interprètes salariés propres, les structures cherchent des alternatives moins coûteuses pour assurer une bonne prise en charge du public allophone. Par exemple, il arrive de plus en plus que les structures se tournent vers des interprètes indépendants, qui n'ont pas les mêmes formations que les salariés d'une structure d'interprétariat, peuvent ne pas offrir les mêmes garanties en termes de compétences, mais qui peuvent répondre à ce type de demande. Les prestations d'interprétariat téléphoniques étant beaucoup moins coûteuses, les structures d'accueil ont tendance à utiliser de plus en plus ces interprètes libéraux. De plus, les prestations téléphoniques semblent également être arrangeantes en ce qui concerne les déplacements des interprètes, notamment quand les prestations doivent se faire en dehors des grandes villes. En effet, les associations regroupant des interprètes peuvent ainsi éviter de défrayer le déplacement des interprètes sollicités. Les interprètes quant à eux ne sont pas dans l'obligation de se déplacer pour proposer leur service, ils évitent ainsi des frais de déplacement. De cette manière, on peut également considérer qu'il existe un gain de temps puisqu'en évitant tout déplacement, les interprètes ont également plus de disponibilité et peuvent ainsi répondre à plus de demandes. Malgré l'absence de l'interprète qui devient, par ce type de pratique, une machine à traduire plus qu'un sujet aux compétences de médiateur interculturel, nous pouvons souligner que l'émergence de cette pratique accentue tout simplement les difficultés actuelles qu'affrontent les professionnels qui travaillent dans la prise en charge des publics allophones. L'interprétariat, étant un exercice professionnel coûteux, devient ainsi une barrière importante dans la prise en charge des migrants. Assurer une bonne prise en charge de ces personnes, à tous les niveaux, nécessite donc de pallier les barrières de la langue. Pour cela, l'interprétariat, donc la bonne communication et compréhension des deux parties prenantes, devient ainsi une priorité hégémonique qui doit être satisfaite. Beaucoup de professionnels confient qu'en effet,

⁸⁷ <http://www.france-terre-asile.org/component/flexicontent/item/4607-cp8-millions-deuros-en-moins>, page consultée le 10.08.14.

l'interprétariat téléphonique est un exercice compliqué sur différents paliers, mais toutefois une pensée commune affirme que l'utilisation de cette pratique est meilleure que « rien » car de manière objective, elle permet aux deux parties prenantes de communiquer et d'échanger.

L'interprète, de par son absence physique et par sa présence de simple traducteur par téléphone devient ainsi une machine à interpréter alors que celui-ci est tout d'abord une personne interculturelle. Il devient donc une machine interculturelle. L'interprétariat téléphonique ôte au soin une forte dose d'humanité. Le soin sera donc transmis plus difficilement.

« I : Ce n'est pas la même chose euh (l'interprétariat par téléphone)... La personne euh... Elle est à côté. Je peux la regarder, elle voit mes expressions, je peux la toucher, je peux la rassurer... Le téléphone euh... (silence) On peut mais c'est plus compliqué. C'est plus compliqué quand même... Ca me paraît plus, euh...

S : Voilà, toute la relation et le contact que vous instaurez...

I : Voilà. La relation etc., c'est plus difficile. Alors que là il voit que je suis attentif à lui, que je le regarde, que j'acquiesce, euh... Voilà... Que je l'écoute avec attention euh... Euh... Que j'essaye de comprendre ce qu'il veut me dire, ça se voit plus quand on est en face à face. Euh... Et même, les expressions, un sourire euh... Un hochement de tête, une attention etc., ça crée aussi une complicité qu'il n'y a pas au téléphone. C'est assez froid quoi. »

Extrait d'entretien avec un infirmier psy sollicité en tant qu'interprète.

Les questions de proximité avec le public et la distanciation professionnelle de l'interprète ont bien été visibles lors des différentes observations de consultations psy. Effectivement, celui-ci est proche des deux acteurs avec lesquels il interagit mais il est également distant au vu de son professionnalisme.

Les compétences langagières

« Dans le contexte thérapeutique, traduire c'est interpréter un discours avec ses dits et ses non-dits d'une langue à l'autre, c'est reformuler et faire surgir du sens derrière les mots. »⁸⁸

Une deuxième grande tension est perceptible dans le métier des interprètes en ce qui concerne sa compétence initiale qui est la traduction. Les compétences langagières de l'interprète sont ainsi mises à l'épreuve au cours de l'exercice de traduction.

⁸⁸ DENIS-KALLA, Sandrine & MOUSSAOUI, Louisa. « Quand le tiers permet que les langues se lient, se délient et se relient ! », « *Figures du tiers dans la rencontre clinique inter culturelle* ». Art. cit.

Tout d'abord nous pouvons nous demander : qu'est-ce que traduire ? Qu'est-ce qu'interpréter ? Il existe plusieurs sortes de traductions : littérale, synthétique, interprétée ou simultanée. Chaque interprète est libre de choisir et de défendre son propre type d'interprétariat. Il n'existe pas de modèle de traduction unique. L'interprétariat n'est pas une pratique homogène. L'interprétariat qui implique la traduction d'une langue à l'autre renvoie à la difficulté de faire du mot à mot, qui est impossible. Traduire une idée c'est traduire, et traduire c'est trahir. La traduction implique une certaine manipulation du discours de la part de l'interprète qui traduit, puisque celui-ci rajoute et retranche le discours de façon à retranscrire du mieux possible ce qui lui a été transmis. Le discours est manipulé donc forcément déformé ce qui implique une trahison en termes de l'énoncé initial⁸⁹.

L'interprète tente a priori de reproduire les mêmes expressions et métaphores dites par le patient, mais comme le décèlent les différents entretiens, il éprouve des difficultés à coller au texte du patient. Tout d'abord, il doute et se demande s'il a bien compris ce que le patient voulait dire. Ensuite, il s'efforce à faire du mieux possible pour reproduire l'idée de la façon la plus précise et proche du discours du soigné au soignant. Ce sont des objets de pression pour l'interprète qui se questionne constamment sur ses propres capacités langagières de traducteur et sa maîtrise de la langue.

« Oui, oui. Des fois j'ai du mal à, effectivement... Après je ne maîtrise pas non plus super bien la langue. Il y a des... Des... Des petites subtilités dans la langue qui m'échappent un peu. Donc parfois je suis obligée de faire répéter le patient euh, et... Et des fois c'est un peu compliqué, parce que ils relatent des choses euh (ricanement) difficiles et de les faire répéter je trouve que c'est... Mais je préfère de fait. Demander pour être sûre euh de bien comprendre ce... qu'ils disent et voilà. Mais oui c'est euh... Et quand je ne sais pas je dis que je ne sais pas, je préfère ne pas traduire que de traduire approximativement et que ça tombe à côté. »

Extrait d'entretien avec une cadre supérieure de santé sollicitée en tant qu'interprète.

Les observations ethnographiques ont révélé que cette pression est de plus accentuée par les regards et la surveillance de ses interlocuteurs qui l'observent à chaque moment de traduction. En ce qui concerne les temps de paroles de chaque interlocuteur, que les interventions de l'interprète sont majoritaires. Etant le médiateur des conversations, il a toutefois tendance à synthétiser ce qui lui est dit. L'interprète est libre au cours de l'entretien, c'est-à-dire qu'il est fréquent, quand il le juge nécessaire, qu'il pose plus de questions à ses différents interlocuteurs pour être sûr de bien comprendre le sens de leurs dires. Ces questions, le plus souvent de l'ordre de l'approfondissement de ce qui a été dit, ne sont pas forcément

⁸⁹ HERREROS, Gilles. « De la reproduction à la traduction : deux lectures sociologiques de la transmission », *Transmissions et soins psychiques*, 2009, 248 p.

traduites aux interlocuteurs. Ces moments peuvent expliquer le sentiment d'exclusion et de perte de maîtrise de l'entretien dont se plaignent certains soignants⁹⁰.

Les soignants portent un fort intérêt au langage, puisqu'il fait référence à la question du matériau de l'interprétation clinique. C'est le discours du patient qui va permettre au soignant en santé mentale d'établir un diagnostic clinique. Néanmoins, l'intervention d'un interprète au cours de l'entretien introduit le risque de déformation et/ou de synthétisation de ce qui est dit. Le patient a un récit à raconter et l'interprète est contraint de le reconfigurer, ce qui relève donc pour l'interprète d'une épreuve narrative car il doit parvenir à transmettre ce matériau clinique. Cela se présente comme un défi dans son travail.

Le travail avec interprète vise la réduction des écarts entre usagers et le soignant. L'interprète apporte une médiation entre les systèmes de sens communicationnels⁹¹. Toutefois, comme expliqué supra, l'interprète éprouve des difficultés langagières lorsqu'il devient « l'outil de communication » du soignant.

Le fait de permettre la transmission du soin, prodigué par le soignant peut amener l'interprète à porter différentes casquettes car il a un rôle d'intermédiaire⁹² et est à l'interface de toutes les interactions lors des entretiens : il est au cœur des dialogues, interactions et jeux de regards.

« Les jeux de regards n'étaient pas équitables entre chaque acteur. En effet, le psychologue regardait majoritairement sa patiente, quand celle-ci parlait, restait silencieuse ou quand il s'adressait à elle. Lorsque l'interprète traduisait les dires du psychologue, celui-ci faisait des allers/retours du regard entre l'interprète et la patiente. La patiente, quant à elle, interagissait très peu avec le psychologue. Elle ne le regardait que très rarement et brièvement et uniquement lorsque celui-ci prenait la parole. Elle se tournait essentiellement vers l'interprète. Lorsqu'elle répondait aux questions posées par le psychologue, son regard se dirigeait vers l'interprète qui avait traduit les questions comme si le dialogue avait directement lieu avec l'interprète. Dans ce cas précis, l'interprète, par son rôle de traducteur, semblait être considéré par la patiente comme son interlocuteur direct, ce qui faussait sa position de simple « intermédiaire linguistique (...) Toutefois, en tant qu'observatrice, j'ai pu constater qu'une distance était perceptible entre le psychologue et sa patiente et qui semblait venir de la patiente. A l'opposé, cette distance était moindre entre la patiente et l'interprète. Communiquant directement avec lui, la patiente et l'interprète semblaient plus proches. »

⁹⁰ TREMBLAY, Louise, entrevue avec LEANZA, Yvan. « Intervenir avec un interprète en santé mentale », *Entre-vues METISS et ses recherches en actions*, volume 2, numéro 3, mars 2011, 4 p.

⁹¹ LEANZA, Yvan & BOIVIN, Isabelle. « Interpréter n'est pas traduire. Enjeux de pouvoir autour de l'interprétariat communautaire », actes en ligne du colloque international « L'éducation en contextes pluriculturels : la recherche entre bilan et perspectives », Université de Genève, Genève, 2008, 12 p. <https://www.unifr.ch/ipg/assets/files/DocSSRE/07%20GE/LeanzaYBoivinI.pdf>

⁹² MOUSSAOUI, Louisa. « L'interprète, le droit commun et l'interculturel », *Ecarts d'identité Numéro 90-91*, septembre-décembre 199, p. 39-45, 12 p.

Extrait d'observation ethnographique d'un entretien entre un psychologue, un interprète albanais et une patiente – CADA/HUDA de Miribel, 27 juin 2014.

A titre d'exemple, cet extrait d'observation sociologique montre au cours d'un entretien entre un psychologue et une femme albanaise très distante que la patiente accordait plus d'attention à l'interprète qu'à son soignant. L'interprète portait alors la casquette de traducteur et également de soignant.

Les relations entre le psychologue et son patient sont donc automatiquement altérées par la présence d'un interprète. L'impact joue également sur la temporalité des entretiens puisqu'au niveau du temps de *care*, une consultation de *care* avec interprète en santé mentale ne dure en réalité que la moitié du temps de la consultation puisqu'une consultation avec interprète réduit inévitablement le temps de *care* apporté par le psychologue en raison du temps de traduction et des éclairages culturels qu'il peut apporter.

Une distanciation nécessaire

Les entretiens auprès des interprètes ont dégagé un constat récurrent et commun entre tous les interprètes interrogés, quels que soient leurs statuts ou expériences en interprétariat. Ce constat est leur difficulté à maîtriser le phénomène de distanciation d'un point de vue affectif et empathique. Cette difficulté est directement liée au travail mené avec des publics vulnérables, notamment avec les migrants précaires.

Au regard des histoires, itinéraires et situations vécues par les demandeurs d'asile et réfugiés, nous pouvons affirmer que ce public est spécifique, même si chaque histoire reste un fait individuel. Les interprètes, ne possédant pas spécifiquement de formations ou d'expériences dans les domaines du médico-social, ne sont pour le plus souvent pas préparés à être confrontés aux réalités et souffrances vécues par les migrants précaires. Ce manque de sensibilisation à ce public spécifique a le plus souvent des impacts importants pour les interprètes car cela met à l'épreuve leur principe de distanciation. En effet, tous les interprètes ont répondu positivement au fait de ressentir de l'empathie lors des rencontres avec des migrants précaires. Les réactions sont différentes selon les barrières que s'imposent, ou qu'essayent de s'imposer, les individus pour ne pas être touchés trop fortement par les discours caractérisés le plus souvent de violences extraordinaires.

Une autre tension apparaît, puisqu'on demande à l'interprète d'être empathique, dans sa fonction d'acteur du *care*, mais de pas trop se laisser entrainer dans cette empathie.

Néanmoins, nous pouvons constater que les limites entre les expériences professionnelles et personnelles sont très fines pour de nombreux interprètes. Le risque peut alors être le danger que les traumatismes entendus par les interprètes se transforment eux-mêmes en leurs propres traumatismes personnels.

« Oui parce que les situations sont très euh... c'est ce que je vous disais, c'est vraiment... ça heurte notre sensibilité, notre humanité. (...) Ce n'est pas des situations qu'on rencontre, alors, on peut avoir des histoires un peu difficiles comme ça. Là, la dernière situation que j'ai vu c'est une famille angolaise, euh, c'est le frère, la sœur et la maman qui étaient venu en consultation. Il y en a pas un qui parlait français, ils étaient là en tant que demandeurs d'asile. Et la jeune fille, qui a à peine douze ou treize ans, avait été hm... violée, violentée à plusieurs reprises, sa mère aussi... Et, euh, et c'est le frère qui racontait tout ça parce que la jeune fille ben été complètement catatonique hein. Vraiment dans un choc profond, et hm, vraiment dans un repli autistique euh... dur... Et, euh, et puis la mère ça l'avait... Fin comme elle, elle avait elle-même subi euh, toutes ces, ces atrocités, de l'ordre de la torture euh, physique, mentale, fin tout quoi, j'ai... Et euh, ouais, ça j'ai trouvé que c'était euh... (Silence) (...) Mais c'est, général... Fin' ce n'est pas notre population, ce n'est pas la population à laquelle on est habitué à être confronté quoi... Donc euh oui, quand on n'est pas prêt, fin' c'est euh (soupir)... »

Extrait d'entretien avec une cadre supérieure de santé sollicitée en tant qu'interprète.

Nous pouvons signaler que les interprètes ayant vécu eux-mêmes des parcours migratoires particuliers, voire difficiles, sont tout de même les individus qui semblent avoir le plus de difficultés à créer de la distanciation avec le public. Leur sensibilité est plus importante et même s'ils semblent plus compréhensifs sur les récits racontés, ils semblent également plus impactés émotionnellement et donc moins réussir à installer cette distanciation.

« J'ai eu la même expérience, pour les demandeurs d'asile... Il y avait trop de... J'ai eu une même expérience pour les demandeurs d'asile, qui étaient au-dessus du Pont Kirchner... Ils étaient sans abris, sans rien, des familles... (...) J'arrivais à... Mieux comprendre et leurs faire me comprendre, je partage leur douleur et je partage leur, les difficultés qu'ils ont, comme j'avais passé voilà... »

« (...) Quand ils (public en demande d'asile) rentrent dans l'histoire, qui prend trop tout ça et même si tu restes, que en parlant et que tu n'as rien à voir avec l'histoire... Tu en sors du rendez-vous tu es super fatigué. Fatigué parce que... (rire nerveux) Tu es chargé négativement par rapport à l'histoire... (...) Tu fais toujours partie dans les douleurs, dans les souffrances et voilà ça... Même si tu... Ça ne te touche pas physiquement... Mais psychologiquement t'es vraiment K.O (rires). (...) Il y a trop de gens qui sont vraiment en grandes souffrances, ils se lâchent... Y a trop de choses. (Soupir) Voilà, y a trop de particularités. Parce que... Par exemple, la torture, la guerre du Kosovo, il y en a des choses que tu ne peux pas... Extraire de l'imagination. Ouais... Y a des choses biens et y a des choses négatives.

Est-ce que vous vous êtes déjà senti euh... sensible par rapport à... ?

Ah mais bien sûr, j'ai pleuré trop de fois (rires). Oui. »

« (...) Et après s'il y a quelque chose qui m'attire, OK je l'invite prendre pour un café de... De... lui dire que... Voilà.

Donc des fois vous voyez des personnes après ?

Parfois, quand... Quand il y a besoin, quand je la trouve vraiment triste euh, de... Que y a un moment que... Tu pourras traduire trois, trois heures, à cause de pleurs ils sont même pas... Voilà, tu es obligé de... De rentrer (rires), de la calmer. Voilà, comme je connais leur culture, leur, leur, leur manières d'agir... C'est euh... Il faut faire ce truc et voilà. Il... Ok qu'est-ce que tu veux, pleure, pleure. »

Extrait d'entretien avec un interprète indépendant, ancien demandeur d'asile.

La problématique de la distanciation a été retrouvée chez tous les interprètes interrogés, qualifiés ou non dans les domaines de la santé mentale ou de l'interprétariat. Cette empathie est également spécifique aux personnes qui travaillent avec le public en demande d'asile.

L'interprète ne doit pas tomber dans tous les pièges de l'empathie, sensiblerie ou d'identification projective. De plus, il doit savoir rester à sa place de médiateur et traducteur afin de ne pas affluer sur le travail du soignant.

« C'est sûr que quand vous avez un cas devant vous qui est difficile, au fond de vous vous le ressentez, automatiquement. Mais après il faut faire attention de rester professionnel. (...) Il faut savoir toujours rester à la frontière. »

Extrait d'entretien avec un interprète liée à une structure de traduction.

La professionnalisation et la reconnaissance du métier d'interprète

Comment qualifier la profession d'interprète ? Qu'est-ce qu'un professionnel de l'interprétariat ? Et dans le champ des demandeurs d'asile et de la psychiatrie ?

La professionnalisation des interprètes a quant à elle évolué et pris de l'ampleur en France ces dernières années. Au-delà d'être défendue par certains individus, elle commence aujourd'hui à être soutenue par des textes officiels. En effet, la Charte de Strasbourg de 2012 sur l'« *Interprétariat médical et social professionnel en France* »⁹³, impose pour la première fois une même déontologie dans la pratique de l'interprétariat médical et social et un travail en réseau des acteurs interprètes. L'objectif de cette charte et de lutter pour la reconnaissance de l'interprétariat médical et social professionnel comme un interprétariat à part entière, notamment en exigeant la reconnaissance et le soutien des pouvoirs publics, et en encourageant les structures médicales et sociales à s'engager à promouvoir l'interprétariat professionnel dans leur secteur. Cette charte définit le métier d'interprétariat, détermine les fonctions essentielles

⁹³ « *Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France* », Strasbourg, 14.11.12, 17 p.

d'un interprète (assurer une traduction littérale et fidèle et la fluidité des échanges), ainsi que la déontologie défendue par ce métier (principes de confidentialité et secret professionnel, d'impartialité, de neutralité et de distanciation ainsi que la mise à disposition des compétences interculturelles maîtrisées). Celle-ci permet de définir officiellement le métier d'interprète grâce à la mise en place d'un référentiel de compétences, le rôle et l'éthique à suivre dans ce métier. L'objectif de ce texte officiel est d'établir des valeurs et pratiques professionnelles communes dans une volonté d'homogénéiser les pratiques. De plus, la charte permet de valoriser les compétences acquises par les interprètes. Elle légitime l'existence de cette profession et son utilité, notamment dans le champ médico-social. Ainsi cette charte définit un groupe professionnel qui doit être reconnu et disposer de contreparties à la réalisation de son activité.

Cette émergence de la professionnalisation de l'interprétariat peut être analysée dans le domaine de la sociologie des professions. On retrouve en effet le triple objet de la professionnalisation d'un métier qui est l'organisation sociale des activités de travail, les significations subjectives et les modes de structuration des marchés de travail. De plus, cette professionnalisation est caractérisée par trois enjeux sont issus des domaines politiques, éthiques-culturels, et économiques. De fait, le « *professionnalisme n'est pas seulement fondée sur la seul relation économique mais sur un objectif général : faire progresser le savoir et la pratique d'un ensemble de connaissances singulières et de leur mise en œuvre* »⁹⁴. Dans ce sens, cette charte montre la nécessité de la spécialisation du métier d'interprète sur certains sujets pour lesquels il faut avoir un savoir formel acquis lors d'une formation professionnelle.

En ce qui concerne les différents statuts des interprètes, indépendants, professionnels liés à une structure d'interprétariat ou soignants sollicités en tant qu'interprètes, de nombreuses différences sont notables à plusieurs échelles.

Tout d'abord, il existe une véritable différence quant aux niveaux des formations professionnelles. Effectivement, les interprètes salariés dans des structures spécialisées en interprétariat et traduction semblent être formés plus professionnellement à ce métier. Les structures d'interprétariat et de traduction sont en effet plus attentives quant aux aptitudes professionnelles des enquêtés, en particulier en ce qui concerne la bonne maîtrise et compréhension des langues parlées, ainsi que leur expériences antérieures dans le domaine de

⁹⁴ TRIPIER, Pierre, DUBAR, Claude & BOUSSARD Valérie. *Op. cit.*

l'interprétariat ou de la traduction. Par exemple, nous pouvons noter que de nombreux interprètes salariés dans ce type de structures possèdent des formations universitaires dans le domaine de la traduction ou ont déjà travaillé auparavant dans d'autres domaines en tant qu'interprètes, par exemple au sein de grandes entreprises. Ces compétences universitaires ne sont pas obligatoires mais sont préférables. De plus, les structures d'interprétariat forment et proposent des formations spécifiques aux interprètes qu'elles recrutent dans une finalité de professionnalisation. Ces formations sont relativement récentes. Elles traitent majoritairement de la posture que doivent adopter les interprètes, leur apportent des clés en matière de traduction et leur enseignent les codes déontologiques du métier. Cette déontologie s'appuie sur la Charte « *Interprétariat médical et social professionnel en France* ». La posture de l'interprète ainsi que les codes déontologiques d'interprétariat sont bien intégrés par les interprètes salariés au sein d'une structure d'interprétariat.

A l'opposé, les interprètes indépendants s'orientent majoritairement vers le métier de l'interprétariat lors de réorientations professionnelles et dans la finalité de mettre à profit leur bilinguisme en tant qu'activité génératrice de revenus malgré leur manque de formation dans ce domaine. Certains n'ont pas de connaissances des codes déontologiques à suivre en tant qu'interprètes, ce qui peut parfois avoir tendance à biaiser leur rôle. A titre d'exemple, un interprète indépendant, débutant dans le métier, m'a demandé des conseils afin de se professionnaliser.

J'ai également pu constater que les professionnels cherchent de plus en plus à solliciter des interprètes possédant les codes professionnels adaptés. Pour cette raison, ils préfèrent ainsi faire appel aux structures de traduction et d'interprétariat officielles. Celles-ci garantissent ainsi, de manière indirecte, une bonne maîtrise des langues parlées ainsi qu'une certaine professionnalisation des interprètes. Ces garanties semblent être appréciées par les structures et professionnels du soin. En parallèle, il existe une certaine méfiance concernant le recours aux interprètes indépendants dans le domaine de l'accès aux soins car les organismes ne possèdent aucune assurance sur les aptitudes de personnes sollicitées.

Une autre différence majeure à noter entre les interprètes indépendants et ceux liés à des structures de traduction est leur rapport à la concurrence et au marché économique. Du fait de leur statut et de leur isolement professionnel, les interprètes indépendants s'inscrivent quant à eux dans une démarche commerciale. Répondre à des consultations et gagner de nouveaux marchés semblent être des priorités dans leur métier.

Pour finir, j'ai pu constater que les interprètes indépendants sont très peu présents, ou ne s'orientent pas vers le marché de l'interprétariat dans le domaine de la santé mentale. Cela peut être expliqué par deux raisons majeures. Comme dit ci-dessus, les professionnels et structures d'accueil et d'accès au soin destiné au public migrant favorisent vraisemblablement la sollicitation d'interprètes liés à des structures d'interprétariat afin d'assurer une certaine qualité et professionnalité des personnes sollicitées. Pour cette raison, l'entrée des interprètes auto entrepreneurs sur ces marchés semble plus difficile. La deuxième raison identifiée est le manque de connaissance et de sensibilisation existante dans le domaine de la santé mentale. A l'inverse des volets juridiques ou pénaux à titre d'exemple, il est vrai qu'il n'y a pas de spécification réelle sur ce domaine qui est ouvert mais tout de même circonscrit. Toutefois, malgré ces différences notables, il est important de préciser que certains points communs existent et sont communs à un grand nombre d'interprètes enquêtés quel que soit leur statut professionnel.

Dans un premier temps nous pouvons constater que chaque individu enquêté défend un certain type d'interprétariat et une pratique professionnelle propre, même s'il est vrai que les interprètes salariés dans des structures d'interprétariat semblent suivre le même courant. L'interprétariat ne s'annonce pas être une pratique uniforme.

Dans un deuxième temps, une autre particularité de ce métier peut être signalé car celui-ci est basé sur l'expérience quotidienne, « *everyday and practical knowledge* »⁹⁵. Effectivement, au-delà des formations professionnalisantes proposées, les acquis professionnels dans ce métier semblent s'acquérir majoritairement grâce aux expériences de terrain et à la temporalité du travail exercé en tant qu'interprète. Ces arguments reviennent constamment dans les discours, postures et positionnements des interprètes.

Dans un troisième temps nous pouvons signaler qu'il existe des divergences entre les discours tenus par les interprètes concernant leurs pratiques professionnelles et leurs pratiques réelles sur le terrain. Les principes de neutralité, d'impartialité et de distanciation semblent en effet poser problèmes de manière récurrente. Malgré leur sensibilisation aux principes déontologiques du métier, l'analyse des discours des interprètes dévoile leur difficulté à se contenir dans leur simple rôle d'interprète. Il est en effet fréquent d'entendre que les interprètes donnent leur avis ou jugent ce qu'ils voient. Par exemple, des interprètes ont déjà pu avouer

⁹⁵ *Ibid.*

avoir ressenti de l'empathie quand les personnes critiquaient leur propre pays, ou avoir refusé de continuer l'entretien parce qu'ils doutaient de la véracité du discours des personnes. J'ai également déjà pu entendre des professionnels qui ont déjà eu des difficultés avec certains interprètes, professionnels ou non, car ceux-ci ne se contenaient pas dans leur rôle et finissaient par empiéter sur le terrain du professionnel soignant ou travailleur social en question. Par exemple, parfois les interprètes se permettent d'approfondir certains points ou d'orienter les patients.

Le rôle de l'interprète n'est dans la majorité des cas pas réellement défini, ce qui crée un certain flou concernant les limites qu'il doit avoir. Les soignants sollicités en tant qu'interprètes sont également dans ce flou. Habités au milieu psychiatrique et aux soignants, les soignants se questionnent quant à leur positionnement et l'attente des soignants concernant leur sollicitation en interprétariat. Doivent-ils se placer en tant que simples interprètes ou alors en tant que soignants en santé mentale ? Les avis et points de vue divergent entre ces deux extrêmes au sein des soignants interprètes. Certains pensent devoir agir qu'en fonction de leur maîtrise langagière, d'autres pensent que les soignants les sollicitent pour avoir un avis clinique additionnel dans l'objectif de débloquer une situation clinique.

« (...) Je dirais que c'est le travail du psy d'analyser, ou après en débriefe où on va travailler ensemble sur la situation, mais euh, c'est du mot pour mot quasi quoi... »

Extrait d'entretien avec une cadre supérieure de santé sollicitée en tant qu'interprète.

« C'est que j'ai l'impression qu'on ne me demande pas d'interpréter que la langue. C'est comme si aussi me demandait aussi mon avis. (...) Comme si moi, en plus d'interpréter la langue, j'interprétais aussi un peu la clinique... Moi j'ai ce sentiment-là. Qu'on me demande plus... »

Extrait d'entretien avec un infirmier psy sollicité en tant qu'interprète.

Cette extrapolation du rôle de l'interprète peut être directement vécue comme une source de gêne du côté des professionnels qui ont l'impression de perdre le contrôle de leur propre travail.

Pour finir, la particularité de ce métier concerne également ses entrées et possibilités sur le marché économique. Cependant, l'accès au marché d'interprétariat dépend essentiellement des flux migratoires du moment. Cela signifie qu'un interprète peut avoir du travail de manière active et récurrente pendant quelques années, par exemple suite à une forte entrée migratoire liée à un conflit politico-social dans un pays, et ne plus trouver de travail les années qui marquent la fin de cette vague migratoire. A partir de ce constat, nous pouvons nous demander

si le métier d'interprétariat est un service qui tend à se professionnaliser au vu de la précarité liée à l'instabilité de son marché économique.

Solidarité avec la santé mentale ?

Pour finir, nous pouvons mettre en exergue le fait qu'il n'existe à ce jour aucune formation proposée aux interprètes dans le domaine de la santé mentale. Comme cité plus haut, cette méconnaissance de ce milieu particulier peut avoir comme effet de provoquer des sentiments de méfiance ou de peur de la part des interprètes. Les interprètes sont le plus souvent des personnes totalement étrangères à ce domaine. Ceux qui développent une certaine familiarité avec ce domaine l'ont acquise grâce à leur expérience professionnelle et notamment en multipliant des entretiens en santé mentale.

En considérant leur manque de connaissance sur les maladies mentales et le fait que fréquemment, les soignants ne prennent pas de temps d'échanges avec les interprètes en amont et en aval des consultations afin de leur expliquer les cas cliniques, font que les interprètes vivent des expériences professionnelles dans des domaines spécifiques qui peuvent leur être totalement inconnus : le domaine des migrants précaires et de la santé mentale. Cela peut être la cause du développement d'un certain sentiment de méfiance ou d'appréhension qu'éprouvent ces interprètes, notamment en ce qui concerne la santé mentale, par peur de l'inconnu. Cette peur est alimenté par des images faussées et fantasmagoriques qui font notamment référence à l'incohérence des discours, les pathologies psychiques ou même la potentielle dangerosité des patients en psychiatrie. Une travailleuse sociale m'a confié que certains interprètes ont déjà avoué ne plus avoir envie d'intervenir dans le milieu de la psychiatrie.

« (...) Parce qu'être confronté à la maladie mentale je pense que c'est, ça peut être un choc quoi... C'est vraiment un plus de, d'être du milieu, de connaître ce qu'est... Ce que sont les pathologies psychiatriques euh... De connaître ce qu'est un patient psy euh (rires).

« (...) Hm, le psychiatre va plus forcément parler de la situation clinique avec quelqu'un qui est dans le soin, qu'avec quelqu'un d'extérieur qui l'est pas du tout. C'est vrai que faire appel à... A une boîte d'interprétariat ce n'est pas pareil que de travailler avec un soignant. »

« (...) Généralement euh on prends toujours le temps de débriefer après des entretiens. (...) C'est plutôt mieux parce qu'on, parce que du coup on ne part pas avec cette charge trop lourde (...) »

Extraits d'entretien avec une cadre supérieure de santé sollicitée en tant qu'interprète.

Leur apporter des connaissances sur ce sujet pourrait non seulement pallier ces problèmes de réticence, et diminuer les risques de traumatismes des interprètes en s'appuyant sur la notion de distanciation au vu de la dureté des discours auxquels ils sont confrontés.

Le dernier point à signaler concerne les relations qu'entretiennent les soignants avec les interprètes. Les cliniciens ont tendance à ne pas apporter systématiquement d'explication en amont ou en aval des cas cliniques aux interprètes étrangers à la psychiatrie. Pour certaine raison, et cela dépend de la politique intra hospitalière de chaque hôpital, les soignants ont tendance à solliciter majoritairement des personnes qui n'ont pas de qualification en interprétariat mais qui ont des connaissances en psychiatrie.

Il existe en effet une différence de traitement entre interprètes et soignants-interprètes. Au regard de leur connaissance du milieu de la santé mentale, il est fréquemment que les soignants échangent en amont et en aval avec le soignant sollicité en tant qu'interprète pour leur exposer le cas et le problème rencontré avec le patient allophone. Il semble que les soignants aient plus de facilités à faire entrer un soignant d'un autre service dans le *care* plutôt qu'une personne totalement externe au domaine et dont il ne pourrait pas mesurer la réaction ni tirer un certain avis et/ou point de vue clinique.

« (...) C'est que d'emblée j'étais intégré comme un membre de l'équipe, déjà je suis de la maison... (...) Donc je suis soignant mais j'ai été sollicité en tant que tel. Je suis interprète mais soignant. Et d'emblée je faisais partie de... Il y avait pas trop de formalisme ou euh... D'emblée j'étais émergé dans les situations. Si peut être euh, au préalable, le psy te faisait un topo clinique, euh, vite fait, les interrogations machins pour m'intéresser un peu... Me planter le décor. Clinique. Et leurs difficultés. Et après j'y allais quoi.

Du coup ça vous différencie des interprètes qui n'ont pas de formations ? Comme ceux d'ISM Corum ?

Je pense. Je pense. C'est ce qu'on disait, que vous disiez aussi. Voilà, je pense que mon identité soignante elle était forte, et en même temps c'est comme ça que je me présente... Ben oui, déjà je ne dis pas que je viens de Forum Réfugiés ou euh... Ce n'est pas la même chose euh... Ou, ou d'un organisme de, de, d'interprétariat. Je suis quand même soignant avant tout. »

Extrait d'entretien avec un infirmier psy sollicité en tant qu'interprète.

En effet, les cliniciens ont tendance à leur demander leur avis clinique de la personne qui a interprété en tant que soignant en psychiatrie. Le plus souvent, les soignants-interprètes sont appelés de manière ponctuelle pour avoir un avis clinique supplémentaire et ainsi essayer de « débloquer » une certaine situation clinique et non pas pour établir une relation de *care* durable. Leur connaissance dans le milieu de la santé mentale ôte automatiquement une certaine neutralité dans l'interprétariat même si celle-ci est recherchée par le traducteur. Pour cette raison, le soignant-interprète aura tendance à traduire au-delà de la langue. D'un côté, il pourra

donc apporter des éclairages de care en santé mentale au soignant. Mais d'un autre côté, le risque est que le soignant-interprète ne soit plus seulement un « outil de traduction » mais qu'il soit le soignant qui mène l'entretien au vu de sa communication directe avec le patient.

« Est-ce que vous pensez que l'expérience que vous avez dans le milieu du soin, de la psychiatrie, vous ça vous aide à interpréter quand des personnes sont dans une souffrance psychique ?

Bien sûr... Au-delà de m'intéresser qu'à la langue stricto sensu, je m'intéresse euh, aussi, en même temps qu'il parle, j'essaye de traduire psychiquement où il en est. Voilà, j'ai un autre éclairage en plus. Je n'ai pas que la langue, la langue c'est euh... En même temps j'essaye de me... représenter, euh... qu'est-ce qu'il est en train de dire, quelle est sa souffrance actuelle euh, quels sont ses difficultés euh... Ce n'est pas juste d'interpréter la langue.

Vous pensez qu'un interprète par exemple d'ISM Corum, qui est pas forcément dans le soin et dans la psychiatrie, est ce que lui il va interpréter euh... Il ne pourra pas euh... Enfin il aura plus de difficultés vous pensez, à comprendre ou alors à transmettre les idées... ?

Non, parce qu'il traduira authentiquement euh... il traduira ce qu'il dit manifestement. Manifestement. Il n'ira pas chercher forcément ce qui se passe dans les coulisses, euh... Il va traduire manifestement ce que lui dit le, le patient et c'est ce qu'on lui demande. (...) C'est plus difficile. Euh... Par exemple, moi si je vois un patient qui est en train de délirer, il me raconte euh... euh voilà, je vais lui parler quand même euh, je vais modifier ma posture. Je vais euh... D'être euh, d'essayer de le rassurer par ma posture. De pas l'intruser. De pas... Et ça forcément, c'est un petit plus. Alors que l'interprète, il n'a pas forcément, s'il ne connaît pas la pathologie euh, qui connaît, mais ça veut pas dire qu'il ne peut pas traduire la pensée du euh. Mais c'est un petit plus. C'est un petit plus mais ça a des avantages et des inconvénients. Ça a des avantages et des inconvénients d'être soignant et interprète.

(...) Les avantages c'est de traduire, à la fois la langue et à la fois la pensée du euh... Patient. Son vécu etc. Et peut-être, par cet exercice-là, on peut aller trop loin, donc ça c'est un inconvénient. »

Extrait d'entretien avec un infirmier psy sollicité en tant qu'interprète.

Les régimes d'épreuves de chaque acteur mettent en lumière les différentes difficultés que rencontre l'interprétariat en milieu de la santé mentale. Ces constats s'entrechoquent et se retrouvent du côté de chaque acteur. L'interprétariat en santé mentale, bien que nécessaire, reste une pratique complexe à différentes échelles. Les éléments énoncés ci-dessus sont donc à prendre en compte pour limiter les conflits liés à cette pratique.

Conclusion

La santé mentale des demandeurs d'asile, au regard des enjeux qu'elle porte à différentes échelles, est aujourd'hui au cœur des agendas politiques contemporains. L'approfondissement des effets des traumatismes psychiques portés par ces populations dans le domaine de la santé mentale a soulevé la complexité de la prise en charge de ces populations. Une reconnaissance progressive des effets psychologiques de la violence dans la psychiatrie des migrants a provoqué une forte mobilisation de la part des acteurs de santé pour assurer une prise en charge effective de ce public en santé mentale. Cette mobilisation a engendré la reconnaissance de cet enjeu dans l'espace public et a permis une évolution des dispositifs de prise en charge des exilés. Les discours des professionnels à ce sujet ont connu une certaine sophistication et des initiatives se sont multipliées pour prendre en charge la souffrance psychique des exilés⁹⁶. De fait, l'accès à l'interprétariat se présente ainsi comme une pratique permettant l'amélioration de la prise en charge de ces populations allophones en permettant de leur donner la parole dans un contexte qui leur est totalement étranger. Toutefois, comme a pu l'énoncer ce mémoire, la prise en charge en santé mentale de ce public est problématique à différents niveaux. L'interprétariat est également une pratique qui est défendue et prônée d'une part, mais soulève de nombreuses difficultés d'une autre part.

L'étude formulée par le Réseau SAMDARRA a dévoilé un certain nombre de points au sujet de l'interprétariat en santé mentale auprès du public migrant précaire. Cette problématique s'avère être importante et très sensible au vu des jeux d'acteurs qui se créent au cours des entretiens thérapeutiques qui impliquent l'intervention d'un interprète.

Dans un premier temps, la première partie de ce mémoire se concentre sur la compréhension du sujet de recherche. L'analyse de la commande de stage initiale formulée par le Réseau SAMDARRA et son évolution tout au cours de la durée de la période d'étude a permis de recontextualiser la commande stage dans son contexte institutionnel, politique et

⁹⁶ D'HALLUIN, Estelle. « La santé mentale des demandeurs d'asile », *Hommes et migrations*, 1282 | 2009, mis en ligne le 29 mai 2013, consulté le 29 mai 2013, 11p. URL : <http://hommesmigrations.revues.org/447>

social au sein de son institution. Cette déconstruction de nature sociologique de la commande initiale s'avère être une étape incontournable pour assurer une meilleure compréhension, adaptation et appropriation du sujet de recherche analysé. Ainsi, ces premières recherches ont permis d'établir un premier état des lieux du sujet d'étude en question, travail indispensable dans la mise en place d'une méthodologie de travail dans le domaine des sciences humaines, notamment en sociologie. Cette phase de recherche préparatoire a ainsi mis en lumière les premiers constats et problématiques scientifiques déjà existantes au sujet de l'interprétariat et la remise en cause de la professionnalité de ce métier. Au vu de la spécificité de la commande initiale, une présentation des différentes particularités des populations migrantes précaires s'est avérée pertinente. Les recherches sur ce public ont dévoilé les spécificités sociales, ethniques, culturelles, économiques, juridiques et administratives de ce groupe social. En effet, l'intérêt envers cette classe sociale doit être souligné au cours de cette enquête puisqu'elle est touchée indirectement par l'enquête réalisée. En ayant comme finalité d'investiguer sur les problématiques liées à l'interprétariat dans le milieu de la santé mentale auprès des demandeurs d'asile et des réfugiés, l'enquête est clairement destinée au développement et à l'amélioration des procédures de prise en charge de ce public dans le domaine de la santé mentale. Les connaissances scientifiques nécessaires au sujet des différentes thématiques traitées ont ainsi permis d'explicitier la méthodologie de recherche appliquée par le chercheur dans l'élaboration de l'enquête demandée. Afin d'assurer une forte richesse des éléments recueillis par le chercheur, les méthodes de recherches qualitatives ont été prioritaires. De fait, les enquêtes qualitatives menées auprès de professionnels interprètes aux diverses expériences et statuts, soignants en santé mentale ou travailleurs sociaux en contact avec le public migrant précaire ont mis en lumière un certain nombre d'éléments venant questionner la présence, les rôles et les attentes placées derrière le métier d'interprétariat. Les observations sociologiques accentuées par la rédaction d'ethnographies détaillées se sont également avérées être des outils méthodologiques pertinents d'un point de vue qualitatif. De plus, afin de valoriser les éléments empiriques de l'enquête, la retranscription des entretiens et les ethnographies réalisés ont permis d'alimenter les argumentations et constats énoncés tout au cours de l'étude menée.

Dans un deuxième temps, la mise en commun des analyses et connaissances accumulées avec les éléments empiriques issues de l'enquête ont permis d'élaborer une méthode d'analyse efficace et pertinente grâce à la déclinaison des différents régimes d'épreuves qui mettent à l'épreuve le métier d'interprète. Les différents régimes d'épreuves ont ainsi exposé quels étaient les épreuves majeures vécues du côté des trois acteurs impactés par l'introduction d'un

interprète au cours des entretiens thérapeutiques. Il est important de signaler que les régimes d'épreuves rencontrés auprès d'un acteur sont également vécus différemment par les autres acteurs concernés. La déclinaison des différents régimes d'épreuves ont soulevé les questions de la compétence et de capacité des interprètes puisqu'en effet les interprètes ont des compétences, mais cependant, comme on a pu le voir, ils se retrouvent parfois dans des situations d'incapacité.

Au-delà d'être un simple outil de traduction, la présence de l'interprète ne doit pas être réduite à cette unique fonction. La mise en parallèle des études, théories et argumentations scientifiques existantes à ce sujet aux matériaux empiriques recueillis au cours de cette enquête ont permis de questionner puis de confirmer les hypothèses de recherches élaborées en amont de la recherche effectuée. Ainsi, celle-ci a mis en lumière la complexité du métier d'interprète et les problématiques que l'introduction de cette pratique soulève du côté des usagers, des professionnels qui nécessitent de l'intervention des interprètes et des interprètes eux-mêmes.

Effectivement, il est nécessaire de considérer, d'une part, que les usagers, le public migrant précaire, est un groupe social spécifique au regard des différentes caractéristiques qu'ils portent et des importantes souffrances psychiques qu'ils peuvent vivre. Sa situation de grande précarité sociale, économique et administrative accentue sa vulnérabilité psychique. D'une part, la santé mentale des populations migrantes précaires est identifiée comme un souci sanitaire par les politiques locales. Cependant, cette politique de reconnaissance des souffrances psychiques des migrants précaires est confrontée aux pratiques dissuasives, restrictives dans les domaines de l'immigration et de l'asile. L'accès aux soins en santé mentale du public migrant précaire est reconnu comme étant nécessaire, toutefois, celle-ci reste problématique. La véracité des propos et le jugement des « récits de vies », liées à leur vulnérabilité administrative sur le territoire, questionnent fortement les professionnels, soignants et interprètes, confrontés à ce public.

Les régimes d'épreuves pointés du côté des cliniciens du domaine de la santé mentale et des interprètes mettent en exergue divers points. La présence de l'interprète au cours des entretiens thérapeutiques est une problématique hégémonique puisqu'elle bouscule fortement les cadres de soin de la clinique psychiatrique classique. Les épreuves langagières et les impacts

du processus de traduction sont fortement remis en causes. De plus, l'interprète est porteur de différentes casquettes par sa présence, en tant qu'acteur de *care*, de *cure* et de traducteur. Cette particularité lui accorde différents rôles et positionnements au cours de l'entretien. Cependant, on remarque que des tensions existent du côté des professionnels soignants qui souhaitent que l'interprète soit dans un rôle de *care* mais soit aussi un instrument du *cure*, et ce sans empiéter de façon trop importante dans leur travail clinique.

Les qualités et impacts relationnels de l'interprète en tant qu'acteur de *care* peuvent être perçus et utilisés positivement par les professionnels soignants, mais peuvent aussi être ressentis comme des freins ou entraves au *care* qu'ils prodiguent. L'interprète a un rôle évident de médiateur culturel au cours de ses entretiens. Ainsi, il peut être perçu comme une personne familière auprès de l'utilisateur et être également source d'éclairages culturels utiles pour le clinicien. Le rôle relationnel de l'interprète est primordial dans son travail auprès de l'utilisateur et du clinicien. La notion de « confiance » tripartite entre ces trois acteurs est essentielle dans la mise en place d'une relation de *care* efficiente.

Au regard de ses différents rôles et positionnements, l'interprète doit faire preuve d'une grande adaptabilité, notamment lorsque celui-ci est confronté au milieu psychiatrique. Effectivement, il faut prendre en compte le fait que l'interprète doit le plus souvent faire face à des situations diverses et ce notamment en une seule journée de travail qui peut l'amener à rencontrer différents usagers, professionnels ou domaines de travail. Ainsi, l'interprète doit négocier de manière constante son identité tout au long de l'entretien, en respectant les limites ou réglementations qui lui sont dictées dans chaque univers professionnel et même par chaque professionnel rencontré. L'identité changeante de l'interprète marque ainsi sa forte adaptabilité et la souplesse de sa profession.

Du côté du clinicien, l'interprétariat ne doit pas être vécu comme un phénomène négatif au cours de son entretien puisqu'il s'est avéré que l'interprète peut être indispensable dans de nombreuses situations et à différents niveaux. Une attention particulière mérite d'être accordée dans le choix des mots, synonymes de nombreuses connotations, dans les situations d'interprétariat pour éviter des malentendus potentiels. De plus, comme énoncé supra, le travail avec un interprète ne permet pas de tout maîtriser. Cela doit être intégré et accepté par le clinicien même si cela le positionne dans une relation de dépendance langagière et relationnelle avec l'interprète et fragilise les matériaux cliniques dont il dispose par le processus de

traduction⁹⁷. Les relations entre les soignants et les interprètes nécessitent également d'être plus approfondies. Le manque de communication en amont et en aval de l'entretien thérapeutique entre le clinicien et l'interprète multiplie considérablement les risques de malentendus et de confusion concernant son rôle et les attentes du clinicien. Pour cette raison, les fonctions de l'interprète ne doivent pas rester floues, mais doivent être précisées. Les échanges en aval de l'entretien thérapeutique sont également importants selon les difficultés que peut avoir rencontré l'interprète au cours de l'entretien, qu'elles soient langagières, culturelles ou émotionnelles.

L'interprétariat n'est pas un métier aux pratiques homogènes. Le positionnement de l'interprète est source de choix uniques, individuels et est caractérisé par une forte malléabilité. Les pratiques professionnelles des interprètes semblent s'affirmer grâce à la temporalité d'exécution du métier, des situations rencontrées et des expériences professionnelles menées par le passé. Malgré les codes déontologiques qui tentent d'être implémentés dans le métier, on constate que, dans leurs pratiques quotidiennes, les interprètes rencontrent des difficultés à les appliquer. Cela est d'autant plus flagrant en ce qui concerne les principes de proximité et de distanciation qu'ils doivent instaurer avec les usagers qu'ils rencontrent. Toutefois, les textes officiels qui définissent ces codes déontologiques et qui prônent une certaine homogénéisation des pratiques professionnelles du métier d'interprète ne sont pas à négliger puisqu'ils indiquent une posture à suivre par les interprètes et favorisent la reconnaissance de ce métier.

Comme le relèvent les constats de l'enquête menée, l'interprète ne doit pas être considéré comme une personne à part en tiers dans les entretiens. L'interprète est une personne tierce, en tant que sujet, médiateur et traducteur. La professionnalisation du métier d'interprète est donc difficile à définir au regard des aspects relationnel portés par l'interprète. Sa fonction en tant qu'acteur de *care* mérite d'être prise en compte en raison des apports positifs et parfois nécessaires que peut avoir l'interprète auprès des acteurs qui le côtoient. Il est évident qu'une formation traitant sur les spécificités du domaine de la santé mentale serait pertinente car elle permettrait d'intégrer ses acteurs au sein des entretiens thérapeutiques avec de moindres difficultés. Toutefois, il est nécessaire que chaque acteur concerné par son intervention,

⁹⁷ DENIS-KALLA, Sandrine & MOUSSAOUI, Louisa. « Quand le tiers permet que les langues se lient, se délient et se relient ! », « *Figures du tiers dans la rencontre clinique inter culturelle* », Journée d'étude ONSMP-ORSPERE, Centre Hospitalier Le Vinatier, Bron. 19.06.2006, 7 p.

l'usager, le clinicien et l'interprète lui-même, aient connaissances des rôles et des fonctions de l'interprétariat ainsi que des attentes portés individuellement par chaque acteur.

Au-delà des pistes de réflexions énoncées au cours de ce mémoire, la journée d'étude organisée par le Réseau SAMDARRA au sujet de la question de l'interprétariat dans le domaine de la santé mentale ce 1^{er} juillet 2014 a soulevé certaines pistes d'analyses pertinentes dans l'étude de ce sujet⁹⁸. En donnant la parole aux interprètes et aux cliniciens, les enjeux de l'interprétariat ont pu être présentés lors de ce colloque par les différents acteurs concernés. Les échanges et débats qui se sont produits entre les interprètes ont confirmé le fait que le métier d'interprète est complexe et loin d'être hétérogène. Cette journée de réflexion a clairement montré la complexité de l'interprétariat en santé mentale auprès des migrants précaires. Elle a également permis de souligner les différents rôles portés par les interprètes qui ne sont pas toujours reconnus ou valorisés par les autres professionnels, notamment dans le milieu des soins en santé mentale.

De nombreux points seront à tenir en compte dans la suite de cette enquête, qui prendra fin en décembre 2014 au sein du Réseau SAMDARRA et à laquelle je pourrais apporter ma participation. En effet, la multiplication d'entretiens auprès des interprètes et des psychiatres serait intéressante afin d'approfondir plus amplement les problématiques vécues par les professionnels. Au regard de la richesse des observations sociologiques et des ethnographies réalisées antérieurement, il serait pertinent de multiplier ce type d'exercice en assistant à des entretiens avec ou sans interprète. Il serait également intéressant d'observer des consultations d'ordre psychiatrique au-delà des consultations psychologiques, ce qui dévoilera également une autre forme de soin porté aux migrants précaires allophones. Donner la « voix » aux usagers de cette pratique, les migrants précaires, serait pour moi très pertinent, notamment dans l'objectif de compléter et de finaliser cette étude. Pour cela, des pistes devront être trouvées pour accéder à ce public avec de moindres difficultés. Rencontrer des interprètes ayant vécu un parcours migratoire semblable serait donc une méthodologie envisageable. Les données s'avèreraient être très riches au vu de leur parcours antérieur et de leur position en tant qu'interprète aujourd'hui. Il serait également envisageable, mais certes plus compliqué, de demander des

⁹⁸ « *La clinique à l'épreuve de l'interprétariat* », Septième journée d'étude, Réseau SAMDARRA ORSPERE/ONSMP, Chambéry, 1^{er} juillet 2014.

contacts d'anciens demandeurs d'asile ayant été confrontés à l'interprétariat, à des interprètes ou à des soignants en santé mentale.

Il est important de préciser qu'à partir du mois de septembre 2014, l'arrivée d'un consultant en psychologie est attendue au sein de SAMDARRA dans la perspective de traiter plus spécifiquement la question de l'interprétariat et ainsi compléter le volet clinique de cette recherche.

Les réflexions portées au cours de cette enquête et de ce mémoire ont eu comme objectif de pointer un certain nombre de constats dans le domaine de l'interprétariat en santé mentale auprès des demandeurs d'asile et des réfugiés. Ainsi, ces réflexions pourront participer à l'amélioration de cette pratique spécifique et sensible.

Bibliographie

Ouvrages

BEAUD, Stéphane & WEBER, Florence. « Guide de l'enquête de terrain (4ème édition augmentée) », *La Découverte*, coll. « Guides Grands Repères », Paris, 2010, 335 p.

DE GAULEJAC, Vincent ; HANIQUE, Fabienne & ROCHE, Pierre. « La sociologie clinique : Enjeux théoriques et méthodologiques », *ERES*, Toulouse, 2007, 352 p.

MOLINIER, Pascale. « Le travail du care », *La Dispute*, coll. « Le genre du monde », 2013, 222 p.

TRIPPIER, Pierre ; DUBAR, Claude & BOUSSARD Valérie. « Sociologie des professions », *Armand Colin*, coll. « Collection U », Paris, 2011, 376 p.

Articles scientifiques

BORGEAUD-GARCIANDIA, Natacha. « Le care à demeure », *Travailler 2/ 2012* (n° 28), p. 75-75. URL : www.cairn.info/revue-travailler-2012-2-page-75.htm.

BOUNAIRA, Wafa. « L'entretien en présence d'un interprète », *Le Journal des psychologues* 8/ 2009 (n° 271), p. 48-50. URL : www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2009-8-page-48.htm.

COGNET, Marguerite, HOYEZ, Anne-Cécile & POIRET, Christian. « Éditorial : Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations », *Revue européenne des migrations internationales*, mis en ligne le 10 octobre 2012, consulté le 10 octobre 2012, 174 p. URL : <http://remi.revues.org/5861>

D'HALLUIN, Estelle. « La santé mentale des demandeurs d'asile », *Hommes et migrations*, 1282 | 2009, mis en ligne le 29 mai 2013, consulté le 29 mai 2013, 11p. URL : <http://hommesmigrations.revues.org/447>

DEMAILLY, Lise. « Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles ». *Presses universitaires du Septentrion*, Villeneuve d'Asq, coll. Sociologie, 373 p.

DENIS-KALLA, Sandrine & MOUSSAOUI, Louisa. « Quand le tiers permet que les langues se lient, se délient et se relient ! », « *Figures du tiers dans la rencontre clinique inter culturelle* », Journée d'étude ONSMP-ORSPERE, Centre Hospitalier Le Vinatier, Bron. 19.06.2006, 7 p.

DODIER, Nicolas & VOLOLONA, Rabeharisoa. « Les transformations croisées du monde « psy » et des discours du social », *Politix* 1/ 2006 (n° 73), p. 9-22. URL : www.cairn.info/revue-politix-2006-1-page-9.htm.

GIACOMO, Mantovan. « Les récits de vie des demandeurs d'asile tamouls », *Hommes & Migrations* 3/ 2011 (n° 1291), p. 40-50. URL : www.cairn.info/revue-hommes-et-migrations-2011-3-page-40.htm.

GIRAUD, Olivier & LECHEVALIER, Arnaud. « Les femmes au coeur de l'éclatement de la norme d'emploi en Allemagne », *Travail, genre et sociétés* 2/ 2013 (n° 30), p. 189-194. URL : www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2013-2-page-189.htm

HANIQUE, Fabienne. « Enjeux théoriques et méthodologiques de la sociologie clinique », *Informations sociales*, 2009/6 n° 156, p. 32-40.

HERREROS, Gilles. « De la reproduction à la traduction : deux lectures sociologiques de la transmission », *Transmissions et soins psychiques*, 2009, 248 p. *Informations sociales*, 2009/6 n° 156, p. 32-40. URL : <http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2009-6-page-32.htm>

LE PORS, Anicet. *Le droit d'asile*, 4^e éd., Paris, Presses Universitaires de France « Que sais-je ? », 2011, 128 pages. URL: <http://www.cairn.info/le-droit-d-asile--9782130590118.htm>

LEANZA, Yvan & BOIVIN, Isabelle. « Interpréter n'est pas traduire. Enjeux de pouvoir autour de l'interprétariat communautaire », actes en ligne du colloque international « L'éducation en contextes pluriculturels : la recherche entre bilan et prospectives », Université de Genève, Genève, 2008, 12 p. URL : <https://www.unifr.ch/ipg/assets/files/DocSSRE/07%20GE/LeanzaYBoivinI.pdf>

MICHELAT, Guy. « Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie », in *Revue française de sociologie*. 1975, 16-2. p.229-247.

MOUSSAOUI, Louisa. « L'interprète, le droit commun et l'interculturel », *Ecartés d'identité Numéro 90-91*, septembre-décembre 1999, p. 39-45, 12 p.

PAUL, Jacques. « Souffrance psychique et souffrance sociale », *Pensée plurielle*, 2004/2 no 8, p. 21-29. URL: <http://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2004-2-page-21.htm>

PETROUCHINE, Roman. « *Interpréter en situation interculturelle. Réflexion sur la prise en charge d'un enfant de 8 ans.* », Diplôme d'Etudes Spécialisées en Psychiatrie, Université Claude Bernard - Lyon 1, Session du 23 avril 2009, 31 p.

RAVON, Bertrand. « Y'a t-il sociologisation de l'intervention psychologique ? Politiques de la psychologie dans le champ du travail social », dans BRESSON, Maryse, *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, 2006, p. 241-249.

THEVENOT, Laurent, « S'associer pour composer une chose publique », in Chopart, J.-N., et alii (dir.), *Actions associatives, solidarités et territoires*, Saint-Etienne, Publications de l'Université de Saint Etienne, 2001, 267-274 pp.

TREMBLAY, Louise, entrevue avec LEANZA, Yvan. « Intervenir avec un interprète en santé mentale », *Entre-vues METISS et ses recherches en actions*, volume 2, numéro 3, mars 2011, 4 p.

TRONTO, Joan C. « Du care », *Revue du MAUSS* 2/ 2008 (n° 32), p. 243-265. URL : www.cairn.info/revue-du-mauss-2008-2-page-243.htm

Conventions, traités, rapports

« *Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France* », Strasbourg, 14.11.12, 17 p.

« *Convention et protocole relatif au statut des réfugiés* », UNHR, 28.07.1951, 56 p.

« *Etat des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil* », Rapport de Synthèse, Réseau Samdarra. Avril 2012, 74p.

« *Evaluation du système d'interprétariat* », Groupe de travail « interprétariat », Centre Hospitalier Le Vinatier, Bron. 27.06.2013, 16 p.

« *Figures du tiers dans la rencontre clinique inter culturelle* », Journée d'étude ONSMP-ORSPERE, Centre Hospitalier Le Vinatier, Bron. 19.06.2006, 58 p.

« *Le programme d'action (para. 10.22 et 10.23.)* », Conférence Internationale sur la Population et le Développement. Le Caire (Egypte), 5-13 septembre 1994, 123 p. http://www.gitpa.org/Processus%20GITPA%20200/GITPA20029RESSOURCESDOCU1994_ProgAction_LeCAire.pdf, page consultée le 21.04.14.

« *Les mineurs isolés étrangers* », Acte de séminaire de réflexion 2014-2015, Réseau SAMDARRA – ORSPERE/ONSMP, juillet 2014, 14 p.

« *Récits et paroles de migrants en quête d'asile : Quels enjeux ? Quels effets sur la santé mentale ?* », 5ème journée du Réseau SAMDARRA, Réseau SAMDARRA, 18 octobre 2012, 56 p.

« *Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète* », Rapport d'étude du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Direction Générale De La Sante. Décembre 2012, 139 p.

« *Rapport d'activité 2013 de l'OFPPRA* », 12 avril 2014, 63 p.

Colloques

« *La clinique à l'épreuve de l'interprétariat* », Septième journée d'étude, Réseau SAMDARRA-ORSPERE/ONSMP, Chambéry, 1^{er} juillet 2014.

Sitographie

<http://orspere.fr/presentation-de-l-onsmp-orspere-1/#1>, page consultée le 15.07.2014.

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F16118.xhtml>, page consultée le 08.08.14.

<http://www.amnesty.org/fr/refugees-and-migrants/rights-of-refugees-and-migrants> , page consultée le 24.04.14.

http://www.ca-lyon.justice.fr/images/stories/experts/liste_interpretestraducteurs_avril_2014.pdf , page consultée le 14.04.14. <http://www.forumrefugies.org/>, page consultée le 21.04.14.

<http://www.france-terre-asile.org/droits-des-refugies> , page consultée le 21.04.14.

<http://www.france-terre-asile.org/component/flexicontent/item/4607-cp8-millions-deuros-en-moins>, page consultée le 10.08.14.

<http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Les-refugies/Les-droits-ouverts-aux-refugies> , page consultée le 28.04.14.

<http://www.ofpra.gouv.fr> , page consultée le 21.04.14.

<http://www.pdhre.org/rights/refugees-fr.html> , page consultée le 21.04.14.

<http://www.samdarra.fr> , page consultée le 06.04.2014.

Liste des sigles

ARS : Agence Régionale de Santé de la région Rhône-Alpes

CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile en France

HUDA : Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMP : Centres Médico-Psychologiques

CSR : Conseil Scientifique de la Recherche

DIH : Droit International Humanitaire

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DIP : Droit International Public

FER : Fonds Européen pour les Réfugiés

HCR : Haut-Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés

ONG : Organisation Non-Gouvernementale

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

ORSPERE-ONSMP : Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion - Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précaire

PASS : Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé

POS : Pays d'Origine Sûr

Réseau SAMDARRA : Santé Mentale, précarité, Demandeurs d'Asile et Réfugiés en Rhône-Alpes

Table des matières

Remerciements	3
Sommaire	4
Introduction	6
Première partie : Présentation contextuelle et méthodologique du travail de recherche	14
Etude sur l'interprétariat en milieu psychiatrique	14
Contextualisation de la commande.....	14
Présentation de la structure de stage : l'ORSPERE-ONSMP et le Réseau SAMDARRA.....	14
Les missions du Réseau SAMDARRA	16
L'organisation du Réseau SAMDARRA	17
Retour sur la commande de stage : les problématiques de l'interprétariat en santé mentale	17
L'interprétariat : une recherche au cœur du Réseau SAMDARRA	17
L'interprétariat en santé mentale : un problème récurrent et central dans le soin des personnes allophones: exemple de l' « évaluation du système d'interprétariat » au sein du Centre Hospitalier Le Vinatier.....	19
Evolution de la commande de stage	21
Déconstruction de la commande de stage initiale	21
Les interprètes en tant qu'acteurs du care	23
Les demandeurs d'asile et réfugiés : une préoccupation mondiale	27
La demande d'asile : un statut et des droits particuliers au niveau mondial	27
Les statuts particuliers accordés aux populations migrantes	27
Le cas des apatrides.....	28
Les droits des demandeurs d'asile et réfugiés : une protection au niveau international	29
Procédures administratives : la demande d'asile et l'accès au séjour en France	29
Placement sous Dublin	30
Placement en procédure prioritaire.....	31
Placement en procédure dite « normale ».....	32
La demande d'asile en France: définitions et procédures.....	33
L'asile conventionnel et la protection subsidiaire	33
Conditions d'accueil des demandeurs d'asile et réfugiés	34
La prise de décision des demandes d'asile et les procédures devant l'OFPRA puis la CNDA.	35
Focus : l'accès aux soins pour les demandeurs d'asile et réfugiés	37
L'accès aux soins et aux services de santé: un droit humain	37
L'accès aux soins des migrants précaires: une démarche et procédure complexifiée.....	38

Méthodologie de recherche appliquée dans l'élaboration et la réalisation d'une enquête de nature qualitative	39
Justification des outils méthodologiques.....	39
Entretiens ethnographiques	39
Les observations ethnographiques.....	41
Terrain de recherche et public enquêté.....	43
Difficultés méthodologiques de l'enquête	46
La position et la légitimité du chercheur en sociologie	47
Deuxième partie : Les régimes d'épreuves	51
Régimes d'épreuve de l'usager	51
Les souffrances psychiques des migrants précaires	51
Entre jugements et une « capacité de survie » administrative	54
Une certaine méconnaissance de l'interprétariat professionnel	57
Difficultés méthodologiques d'enquête auprès du public migrant précaire	61
Régimes d'épreuves du clinicien en psychiatrie	62
Le monde psychiatrique face au monde social.....	62
La santé mentale des exilés: un phénomène de plus en plus reconnu et croissant dans l'espace public, scientifique et politique	63
Le langage et l'« histoire de vie » en tant que matériaux cliniques.....	65
La clinique face aux épreuves d'interculturalité.....	69
Introduire un tiers dans la relation thérapeutique	71
Régimes d'épreuves de l'interprète	75
L'épreuve de proximité	76
Les compétences langagières	81
Une distanciation nécessaire	84
La professionnalisation et la reconnaissance du métier d'interprète	86
Solidarité avec la santé mentale ?.....	91
Conclusion.....	94
Bibliographie	101
Ouvrages.....	101
Articles scientifiques	101
Conventions, traités, rapports.....	103
Colloques.....	104
Sitographie	104
Liste des sigles	105
Table des matières	106

