Revue européenne des migrations internationales

vol. 34 - n°2 et 3 | 2018
La santé mentale en migrations internationales

« *En Afrique, aller voir le psychologue, je n'ai jamais entendu ça* » : interprétations croisées du psycho-traumatisme entre médiateurs culturels, professionnels de santé et réfugiés victimes de torture à Athènes

"In Africa, go see the psychologist, I've never heard that before"*: Diverse Interpretations of Psychological Trauma among Cultural Mediators, Health Professionals and Refugee Victims of Torture in Athens*

«En África, ve a ver al psicólogo, nunca había escuchado eso antes»*: los mediadores culturales como interpretaciones reveladoras del trauma entre los profesionales de la salud y los refugiados víctimas de tortura en Atenas*

Gail Womersley et Laure Kloetzer

Édition électronique
URL : https://journals.openedition.org/remi/10674
DOI : 10.4000/remi.10674
ISSN : 1777-5418

Éditeur
Université de Poitiers

Édition imprimée
Date de publication : 1 octobre 2018
Pagination : 29-54
ISBN : 979-10-90426-62-7
ISSN : 0765-0752

Ce document vous est offert par Université de Neuchâtel

Référence électronique
Gail Womersley et Laure Kloetzer, « « *En Afrique, aller voir le psychologue, je n'ai jamais entendu ça* » : interprétations croisées du psycho-traumatisme entre médiateurs culturels, professionnels de santé et réfugiés victimes de torture à Athènes », *Revue européenne des migrations internationales* [En ligne], vol. 34 - n°2 et 3 | 2018, mis en ligne le 01 janvier 2021, consulté le 12 mars 2024. URL : http://journals.openedition.org/remi/10674 ; DOI : https://doi.org/10.4000/remi.10674

Le texte et les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés), sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

REMi Revue Européenne des Migrations Internationales, 2018, 34 (2 & 3), pp. 29-54

« *En Afrique, aller voir le psychologue, je n'ai jamais entendu ça* » : interprétations croisées du psycho-traumatisme entre médiateurs culturels, professionnels de santé et réfugiés victimes de torture à Athènes

Gail Womersley[1] et Laure Kloetzer[2]

L'afflux de demandeurs d'asile arrivant en Europe a atteint ces dernières années des proportions historiques et est devenu aujourd'hui l'un des grands défis auquel le continent fait face en ce début de XXIe siècle (MSF, 2016 ; UNHCR 2015). La santé mentale de cette population est également devenue un sujet d'attention, tant dans le domaine scientifique que dans le discours public (Abbott, 2016 ; d'Halluin, 2009). Le concept de Syndrome de Stress Post-Traumatique (SSPT) en particulier est devenu central dans la prise en charge en matière de santé mentale des réfugiés (statutaires ou requérants), pour qui la littérature scientifique identifie une prévalence élevée (d'Halluin, 2009 ; de Arellano et Danielson, 2008 ; Kirmayer *et al.*, 2010 ; Lambert et Alhassoon, 2015 ; Schweitzer *et al.*, 2006 ; Steel *et al.*, 2009 ; Sturm *et al.*, 2010 ; Van Ommeren *et al.*, 2001 ; Weine *et al.*, 2001). Certains auteurs vont même jusqu'à suggérer que tous les migrants forcés éprouvent un certain degré de symptomatologie du SSPT (Copping *et al.*, 2010).

Toutefois, d'importantes critiques ont été soulevées quant à la pertinence et à la validité du SSPT comme construction diagnostique, notamment au plan interculturel. Ce diagnostic néglige les effets du patrimoine culturel et linguistique sur les expériences interprétées comme « traumatisantes », les manifestations

1 Assistante-doctorante, Institut de psychologie et éducation, Faculté des Lettres et sciences humaines, Université de Neuchâtel, Espace Louis Agassiz 1, CH-2000 Neuchâtel ; gail.womersley@unine.ch

2 Professeure assistante, Institut de psychologie et éducation, Faculté des Lettres et sciences humaines, Université de Neuchâtel, Espace Louis Agassiz 1, CH-2000 Neuchâtel ; laure.kloetzer@unine.ch

Nous remercions très chaleureusement tous les participants à cette recherche, réfugiés, médiateurs culturels et professionnels de santé, et les ONG qui l'ont encouragée. Nous remercions également les experts qui ont proposé une lecture très riche et pertinente d'une version antérieure de cet article, nous permettant ainsi de préciser et approfondir nos idées.

de la symptomatologie post-traumatique, les récits de détresse et les trajectoires de guérison (Abbott, 2016 ; Drozdek, 2015 ; Fassin et d'Halluin, 2005 ; Fassin et Rechtman, 2009 ; Goguikian Ratcliff, 2012 ; Kirmayer *et al.*, 2010 ; Maercker et Hecker, 2016). En tant que diagnostic développé en premier lieu pour être utilisé dans des contextes occidentaux, le SSPT ignore la variabilité des symptômes dans différents contextes culturels à travers le monde (Eagle, 2014 ; Hinton et Lewis-Fernández, 2011 ; Silove, Ventevogel et Rees, 2017). Cette littérature suggère que non seulement nos réactions aux traumatismes diffèrent selon nos normes culturelles, mais également que l'évaluation même de ce qui est ou de ce qui n'est pas traumatique peut à son tour être influencée par le langage et la culture (Brewin *et al.*, 1996 ; Drozdek et Wilson, 2007 ; Sturm *et al.*, 2007 ; Sturm *et al.*, 2010). D'après Eagle (2014 : 9) : « La formulation de l'impact des traumatismes exige une exploration minutieuse de la manière dont l'individu décrit l'événement traumatisant et ainsi de sa réponse, par exemple, la langue qu'il déploie, les emphases, les omissions, le ton affectueux et le matériel fantastique ; en vue de découvrir des associations pré/inconscientes au traumatisme »[3].

Enjeux culturels et langagiers autour de la santé mentale des réfugiés

Le seul concept de SSPT est insuffisant pour saisir toute cette complexité. La manière dont le traumatisme est vécu est influencée par des systèmes culturels plus vastes et des contextes historiques (Carlson, 2005 ; Kirmayer *et al.*, 2010 ; Marsella, 2010 ; Marsella *et al.*, 1996 ; Mattar, 2011 ; Rousseau *et al.*, 1997 ; Tummala-Narra, 2007 ; Wilson *et al.*, 2004).

Améliorer notre compréhension du traumatisme (et de sa guérison) dans une diversité de cultures prend une importance capitale dans le travail thérapeutique. En suivant l'ethnopsychanalyse française, pionnière en ce domaine (Devereux, 1967 ; Nathan, 1986 ; Sturm *et al.*, 2007 et 2010), les représentations collectives du traumatisme constituent un cadre narratif qui donne forme au traitement des expériences traumatiques et à la manière dont l'individu peut transmettre sa détresse dans un contexte socialement compréhensible et avec des moyens acceptables. Cela inclut par exemple des théories sur les origines de la douleur et les possibilités de guérison, les conceptions des limites familiales et sociales, les conceptions religieuses ou métaphysiques du monde, les idéologies ou les positions dans des conflits politiques. En ethnopsychiatrie, les catégories nosologiques telles que le SSPT ne sont pas considérées comme des phénomènes naturels, mais plutôt comme des catégories culturelles qui résultent d'un dialogue et d'un rapport de pouvoir entre différents acteurs.

Différents « idiomes de détresse » et « syndromes liés à la culture » en réponse au traumatisme ont été documentés dans la littérature (Afana *et al.*, 2010 ; Hinton et Lewis-Fernández, 2010 ; Jayawickreme *et al.*, 2012 ; Nicolas *et al.*, 2015). Afana et ses collègues (2010) soulignent par exemple comment les communautés palestiniennes ont traité l'exposition continue à la guerre à travers des constructions linguistiques particulières liées au traumatisme : *Sadma* (traumatisme ressemblant à un coup soudain avec un impact immédiat), *Faji'ah* (une tragédie), et *Musiba* (une calamité). *Sadma* est utilisé métaphoriquement pour se référer

3 Traduction libre.

à des événements douloureux qui se produisent soudainement, *Faji'ah* est utilisé pour décrire la réaction à un événement extraordinaire (principalement la perte d'un être cher) et *Musiba* est utilisé lorsque des événements traumatiques persistent et ont des conséquences à long terme. Ils utilisent ces exemples pour montrer comment des idiomes distinctifs, historiquement constitués, illustrent les réflexions communes sur le sens des expériences de violence, de déplacement forcé, d'exclusion sociale et d'humiliation.

Derrière toutes les expressions nuancées de la détresse relevées à travers le monde se trouvent les différentes formes sociales des traumatismes et les manières dont elles sont définies et traitées au niveau socioculturel : « Les idiomes que nous avons décrits empruntent à la langue quotidienne pour donner un sens à l'impact de la violence dans une situation de conflit prolongé. Ils ne représentent pas des syndromes discrets ou des catégories nettement délimitées. Ils sont plutôt des moyens familiers de parler d'événements traumatiques qui invoquent des réseaux spécifiques de sens. Ils servent à communiquer aux autres membres de la collectivité les dimensions de la souffrance à travers un langage qui fait référence à l'expérience collective… Généralement, ces expressions culturelles du traumatisme ne sont pas des entités diagnostiques qui nécessitent un traitement, mais un vocabulaire par lequel la détresse est exprimée et le soutien social mobilisé » (Afana *et al.*, 2010 : 82)[4].

Les travaux scientifiques soulignent la diversité du vécu du parcours thérapeutique par les réfugiés diagnostiqués avec SSPT et par leur entourage (Goguikian Ratcliff, 2010 ; Goguikian Ratcliff et Suardi, 2006 ; Harvey, 2007 ; Sylla Diallo *et al.*, 2009). Drozdek et Wilson (2007), par exemple, expliquent comment parmi les réfugiés cambodgiens qui ont subi de multiples traumatismes pendant le régime des Khmers rouges, beaucoup de personnes souffrant de SSPT et de dépression ont compris leurs symptômes grâce à la croyance bouddhiste dans le karma comme étape dans la vie, un niveau incarné d'être et de destin, où la souffrance personnelle est considérée comme particulière d'un point de vue religieux cosmologique sur le sens de la vie. Il ne s'agit que d'un parmi plusieurs exemples qui montrent comment les variations culturelles dans les modes de vie et les contextes sociaux façonnent les expériences du traumatisme (Kirmayer et Ramstead, 2017).

D'autres critiques se sont élevées pour souligner les limites du diagnostic de SSPT, qui d'une part individualise et « pathologise » le traumatisme, d'autre part donne la priorité aux traumatismes de la période pré-migratoire, sous-estimant l'impact des traumatismes répétés de la période migratoire et post-migratoire (Bracken, 2002 ; Steel, 2001 ; Steel *et al.*, 2011 ; Young, 1995). Cette critique est particulièrement pertinente pour la santé mentale des réfugiés. Dans un guide multi-agences sur la santé mentale des populations de réfugiés, publié en 2015, les agences des Nations unies, ainsi que d'autres organisations humanitaires internationales, ont souligné le fait que pour la plupart des réfugiés et des migrants, les événements potentiellement traumatiques du passé ne sont pas les seules, voire les plus importantes sources de détresse psychologique, mais que leur souffrance est directement liée aux tensions générées par les difficultés du présent et l'incertitude quant à l'avenir (IASC, 2015 ; MHPSS, 2015).

4 Traduction libre.

Malgré ces critiques, il existe encore un manque substantiel de flexibilité dans l'utilisation des catégories diagnostiques occidentales, qui ne tiennent pas toujours compte des représentations culturelles des communautés de réfugiés qui pourraient être essentielles dans l'interprétation et la définition d'une psychothérapie (MSF, 2016).

Alors que les professionnels occidentaux en santé mentale s'affairent pour fournir de l'aide aux populations qui cherchent asile en Europe, il est important de prendre du recul et de considérer les contextes uniques dans lesquels ce travail a lieu (Nicolas *et al.*, 2015). La collaboration entre les professionnels en santé mentale et les réfugiés se heurte fréquemment aux barrières linguistiques, ce qui rend les échanges difficiles au cours des consultations, et accroît les risques d'incompréhension et d'erreur de diagnostic et de traitement (Gard, 2015 ; Hecker *et al.*, 2015 ; IASC, 2015 ; Karageorge *et al.*, 2016 ; Maier, 2006 ; Maier *et al.*, 2010 ; Maier et Straub, 2011 ; Rechtman, 2000 ; Wang, 2013 et 2016). Cela est particulièrement vrai dans le contexte du traumatisme, où de nombreux auteurs soulignent que les traumatismes restent inaccessibles à l'expression verbale (Brewin *et al.*, 1996 ; Brewin *et al.*, 2009). Parfois, il n'y a tout simplement pas de mots pour décrire l'horreur. Pour les personnes touchées par ce traumatisme, « leur problème n'est pas les limites de la mémoire, mais celles du langage — l'insuffisance des mots ordinaires pour exprimer tout ce qu'ils ont vécu »[5] (Kirmayer, 1996 : 4).

Le contexte spécifique de la migration se caractérise par la perte de la « maison » (et de tous les liens sociaux, culturels et linguistiques que cela implique). L'isolement physique, social et politique, typiquement vécu par les demandeurs d'asile à leur arrivée dans les pays hôtes est souvent imposé par l'État d'accueil. Il nourrit des sentiments d'invisibilité et de déconnexion (Bhimji, 2016). Dans une telle situation, la désaffiliation et le déliement à la fois des liens familiaux et des liens sociaux affectent de manière similaire la capacité interne de faire des liens entre différents événements et moments de la vie à l'aide de mots. Sans l'enveloppe psychique de la maison comme elle était (Goguikian Ratcliff, 2012), sans interlocuteur à qui adresser sa détresse (Womersley et Kloetzer, 2018), il y a peu de membrane pour tenir le symbolique. Dans ce contexte, le rôle des interprètes et des médiateurs culturels défini comme « processus de négociation » (Wang, 2016 : 141) est essentiel dans le processus de guérison.

Le nombre de programmes centrés sur la santé mentale des réfugiés a augmenté ces dernières années, tout comme le nombre de médiateurs culturels, sans lesquels des services cliniques ne pourraient pas être fournis aux réfugiés (Miller *et al.*, 2005). Le terme « médiateur culturel » insiste sur la nature dynamique et complexe du travail des interprètes communautaires, qui s'étend la plupart du temps bien au-delà de la simple traduction. Ces professionnels sont souvent des médiateurs entre le monde professionnel de la santé et celui du réfugié. Wang (2013 et 2016) souligne la « subjectivité » complexe du médiateur culturel : il « doit s'intéresser à la fois au contenu et à la forme de la discussion et apporter une attention aux relations interpersonnelles » (Wang, 2016 : 141). Resera et ses collègues (2015) relèvent les défis auxquels les interprètes communautaires dans le domaine de la santé mentale doivent répondre : le besoin

5 Traduction libre.

d'être précis, émotionnellement détaché, ferme, de savoir se comporter face à une culture spécifique, tout en restant neutre et impartial.

Dans le contexte de la santé mentale, les mots sont les instruments de travail du professionnel. Concernant les médiateurs culturels et interprètes communautaires, la littérature s'est ainsi surtout attachée à leur rôle dans les contextes de santé, notamment de santé mentale (Brisset et Leanza, 2015 ; Goguikian Ratcliff *et al.*, 2017 ; Leanza, 2011 ; Miller *et al.*, 2005 ; Mitschke *et al.*, 2017 ; Pestre et Benslama, 2011 ; Resera *et al.*, 2015 ; Wang, 2013 et 2016). Miller et ses collègues (2005) mettent en évidence le fait que les interprètes communautaires doivent négocier de multiples postes, y compris celui de courtier culturel (fournissant des conseils culturels aux thérapeutes qui manquent de familiarité avec le contexte culturel de leurs clients), d'organisateur ou encore de co-thérapeute. Ils vont encore plus loin en faisant valoir que non seulement la santé mentale est un contexte unique dans l'interprétation chez les populations de réfugiés, mais également que c'est particulièrement vrai pour les victimes de torture et d'autres réfugiés politiques. Ils identifient deux facteurs dans le développement ultérieur de traumatismes psychologiques graves et persistants : d'une part l'exposition à la violence extrême, d'autre part l'expérience de pertes multiples — des réseaux sociaux, des biens personnels, des rôles sociaux reconnus et du sentiment de maîtrise de son environnement. Dans ces contextes psychiques traumatiques en particulier, on perçoit combien l'enjeu de la traduction réside au-delà d'une transcription littérale d'une langue à une autre ou encore d'une simple communication (Pestre et Benslama, 2011). Comme noté par Denis, cité par Maqueda (2005 : 3) : « La présence de l'interprète permet d'apaiser les fantasmes d'empiètement, d'englobement d'une culture par l'autre. L'interprète est un espace transitionnel, à la fois pour le migrant et pour le soignant. Il symbolise le semblable et le différent pour chacun d'eux. Il occupe une position de médiateur culturel éclairant les sous-entendus, les implicites contenus dans toute culture. Il inscrit une parole singulière, porteuse de l'histoire particulière d'un individu, dans un arrière-fond groupal. L'interprète symbolise l'aménagement possible entre deux contextes : culturel, mais aussi temporel, entre un avant et un après. Il représente le tissage culturel, permettant de s'adapter sans être tout à fait autre ».

Alors comment se déploient les différentes représentations et compréhensions du traumatisme dans cet espace ? Comment sont-elles négociées entre les différents acteurs (réfugiés, psychologues, médiateurs culturels) dans le contexte complexe de la psychothérapie dans le secteur humanitaire ?

Contexte et méthodologie

Après la crise migratoire qui a secoué le pays en 2015-2016, la Grèce reste l'un des premiers ports sanctuaires en Europe. Dans un pays exposé à une grave crise financière et sociétale, peu d'attention et de financements sont disponibles pour assurer des services de santé mentale et un soutien psychosocial aux réfugiés (Gkionakis, 2016). Beaucoup des réfugiés qui rejoignent la Grèce par la mer Égée restent bloqués sur les îles grecques, loin des soins médicaux adéquats qu'ils pourraient recevoir à Athènes. D'autres poursuivent leur chemin en toute illégalité le long de la route des Balkans et se retrouvent dans l'oubli, incapables de procéder à leur demande d'asile. Le système d'asile souvent long

et opaque et les nombreux obstacles à l'accès aux services de base à Athènes et à travers le pays s'ajoutent aux difficultés du quotidien (Kotsioni, 2016).

Notre travail de terrain s'est déroulé pendant douze mois en 2016-2017 auprès d'ONG travaillant à Athènes, en Grèce, avec des réfugiés victimes de torture. Afin d'explorer cette diversité de perspectives sur le traumatisme, nous en présentons ici les premières analyses. Dix migrants victimes de torture (neuf hommes et une femme), soignés dans la clinique, ont été identifiés par l'équipe médicale pour participer à ce travail de recherche, leur participation étant entièrement volontaire (Tableau 1). Les critères d'exclusion comprenaient des symptômes psychotiques, des symptômes dissociatifs graves et un risque de suicide aigu. La surreprésentation masculine reflète dans une certaine mesure la démographie des bénéficiaires du centre, qui est composée à 80 % d'hommes. Nous avons effectué cinq entretiens qualitatifs approfondis avec chacun d'entre eux, étalés au cours d'une année.

Tableau 1 : Présentation des personnes interrogées

	Sexe	Âge	Origine	Langue parlée	Niveau d'études
Participant 1	M	55	Soudan	arabe, anglais, grec	Bac +5
Participant 2	M	35	Soudan	arabe, anglais, danois	Bac +2
Participant 3	M	53	Afghanistan	arabe, farsi, anglais	École secondaire
Participant 4	M	52	République Démocratique du Congo	français, lingala	École secondaire
Participant 5	M	42	Soudan	anglais, arabe	Bac +3
Participant 6	M	33	Inde	anglais, hindou	Bac +3
Participant 7	F	40	Côte d'Ivoire	français	École primaire
Participant 8	M	43	Côte d'Ivoire	français	École secondaire
Participant 9	M	30	Syrie	arabe, français	École secondaire
Participant 10	M	32	Côte d'Ivoire	français, arabe	École secondaire

Source : Womersley et Kloetzer, 2017.

Les entretiens avec les réfugiés ont été axés sur le suivi de la symptomatologie des traumatismes, des expériences subjectives et des modèles explicatifs du traumatisme, ainsi que sur l'évolution de leur exploration de leur environnement sociopolitique et des processus d'intégration dans la société grecque. Les entretiens ont été conduits en anglais ou en français, sans traducteur.

Pour aller plus loin dans notre compréhension des traumatismes dans ce contexte particulier, nous avons mené des entretiens avec trente-six profession-

nels de la santé, travaillant avec des réfugiés victimes de torture et pour diverses organisations humanitaires ainsi qu'avec sept médiateurs culturels[6], parlant le français, l'arabe et le farsi et travaillant avec les patients diagnostiqués avec SSPT. Ces sept médiateurs culturels étaient tous des employés à plein temps du projet, recrutés sur la base de leurs compétences linguistiques et de leurs expériences professionnelles au sein d'ONG. Il s'agit de trois femmes francophones et quatre hommes arabophones/persophones, âgés de vingt-deux à soixante-cinq ans. Comme bon nombre d'autres acteurs humanitaires actuellement, le centre utilise officiellement le terme de « médiateur culturel » — dans un souci de valoriser l'acte de la médiation entre normes culturelles, qui va bien au-delà d'une simple traduction *verbatim*. Deux des médiatrices francophones étaient grecques et à la retraite, la troisième était une jeune congolaise de vingt-trois ans installée à Athènes depuis trois ans avec un visa étudiant. L'un des médiateurs arabophones était un migrant égyptien de quarante ans habitant en Grèce depuis quatre ans, tandis que les trois autres étaient eux-mêmes des réfugiés arrivés récemment dans le pays. Aucun des médiateurs ne disposait de certificat ou diplôme de traducteur ou médiateur culturel.

Enfin, nous avons mené des entretiens qualitatifs et approfondis avec vingt-et-un représentants de la communauté et dirigeants de diverses associations de réfugiés autour d'Athènes afin de mieux comprendre les perspectives et modèles explicatifs existants dans leurs communautés respectives afin de comprendre les traumatismes psychologiques, recontextualisés sur le plan socioculturel. De plus, trois mois d'observation participante ont été effectués, incluant la participation aux réunions d'équipe et l'animation de séances et d'ateliers auprès des réfugiés.

Pour analyser les données, nous avons d'abord identifié des représentations du SSPT ou du traumatisme exprimées lors des entretiens avec les victimes de torture. Une moyenne de 1,7 représentation a été identifiée pour les réfugiés, 70 % étaient des représentations spontanées énoncées par les participants au cours de l'entretien, et 30 % étaient des réponses directes à une question du chercheur. Ces représentations ont été recueillies et une analyse thématique a été réalisée sur le contenu. Cinq grands thèmes émergent, autour de la peur, les pensées excessives, la souffrance collective ou familiale, la douleur physique et la souffrance spirituelle ou le « moral faible ». La majorité des réfugiés interrogés semble contester la notion médicalisée de SSPT avec laquelle ils ont été diagnostiqués.

Nous avons ensuite suivi la même procédure pour les professionnels de la santé interrogés et les médiateurs culturels : la transcription de ces entrevues a été analysée en relevant toutes les références à des représentations de SSPT ou de traumatismes. Une moyenne de 3,7 de ces représentations a été identifiée pour chaque participant, 65 % étaient des représentations spontanées énoncées par les participants au cours de l'entretien et 35 % étaient des réponses directes à une question du chercheur. Ces représentations ont été recueillies et une analyse thématique a été réalisée sur le contenu. Trois grands thèmes ont émergé dans ces représentations qui dessinent un continuum entre l'accepta-

6 Nous utilisons les termes « médiateurs culturels » et non « interprètes communautaires » pour respecter le titre officiel utilisé dans le projet.

tion complète et non problématique du diagnostic de SSPT, une utilisation du SSPT nuancée, individualisée et dépendante du contexte, et une critique et une problématisation du diagnostic.

Nous présentons d'abord les représentations culturellement informées du traumatisme qui ressortent de nos entretiens avec des réfugiés. Puis nous mettrons l'accent sur le travail des médiateurs culturels, en considérant leur travail comme un révélateur des tensions existantes entre les représentations des professionnels de santé et celles de leurs patients. L'analyse abordera trois thèmes : la négociation de rôles complexes des médiateurs culturels ; les alliances avec les professionnels de la santé ; et le travail avec des professionnels de santé « culturellement inexpérimentés ». Au travers de l'analyse des enjeux d'interprétariat dans ce contexte, nous explorerons ainsi la place de la culture dans le traitement de réfugiés diagnostiqués comme ayant des « troubles mentaux », et les implications de ces résultats pour l'organisation des soins. Ces enjeux posent un défi aux professionnels de la santé dans la relation entre le traumatisme, la culture et la subjectivité (Rechtman, 2000).

Interprétations croisées du SSPT entre réfugiés et professionnels de santé

Les représentations culturellement informées du traumatisme

Les victimes de torture diagnostiquées avec SSPT avec lesquelles nous avons travaillé s'appuient sur des représentations culturelles diverses de la souffrance (« modèles explicatifs ») et des idiomes de détresse partagés socialement pour expliquer leurs expériences subjectives du traumatisme. Pour les analyser, nous avons examiné chaque transcription d'entretien au cours de laquelle la personne interviewée se réfère au SSPT et à ce que cela signifie pour elle. En plus des aspects somatiques (douleurs corporelles), quatre axes thématiques émergent :

La peur

« *Je suis torturé, j'ai tout le temps peur. [Ce] n'est pas [une] maladie.* » (Participant 1)

« *Le traumatisme c'est une personne qui a beaucoup de difficultés et de peur. C'est une personne sans état d'esprit calme. C'est la peur d'être tué.* » (Participant 4)

L'excès de pensée, la rumination

« *J'avais plein de pensées… J'avais de la "peur", trop de choses dans ma tête.* » (Participant 9)

« *Je suis malade car je réfléchis trop. Ça affecte également mon corps. Si tu penses trop, tu tombes malade.* » (Participant 7)

La souffrance collective ou familiale

« *Le problème de ma famille est le choc.* » (Participant 2)

« *Je sens la douleur de ma famille, les blessures du corps et le mal de cœur.* » (Participant 5)

La souffrance spirituelle ou le « moral faible »

« *C'est lorsque ton moral n'est pas à 100 %.* » (Participant 8)

« *Dans ce cas, le moral n'est pas bon.* » (Participant 10)

La torture est décrite par le premier participant comme quelque chose que l'on « *a* ». Cela contredit l'idée que c'est un événement que l'on a connu. Elle est plutôt métaphoriquement représentée comme intériorisée : l'événement est devenu une partie de lui-même et de qui il est. La conséquence directe est sa peur constante. Il refuse catégoriquement d'avoir une maladie — sa peur est liée à la torture qu'il a subie. Selon lui, ce n'est clairement pas une condition médicale.

Pour le deuxième participant, le traumatisme qu'il éprouve n'est pas seulement le sien, mais aussi lié au « *choc* » de toute la famille. Cela contredit le récit intrinsèquement individuel du SSPT. L'idée se reflète également dans les mots du participant 5, qui ressent « *la douleur de sa famille* ». Cette représentation plus collective des traumatismes a également été notée par des chercheurs et cliniciens travaillant dans des communautés où les individus dépendent plus fortement de systèmes familiaux élargis. Ici, la santé mentale est habituellement plus liée à un contexte socioculturel plus large (Adame et Knudson, 2007 ; Bracken, 2001 ; Drozdek et Wilson, 2007 ; Maercker et Hecker, 2016 ; Tang, 2007). Comme le note Tang : « Les cultures diffèrent quant à leurs idées dominantes sur l'ontologie de soi, ainsi que la relation entre soi et les autres, entre soi et l'univers, et entre la vie et la mort » (Tang, 2007 : 129). Tankink et Richers (2007) donnent l'exemple des participants de recherche sud-soudanais qui ne se perçoivent pas comme des individus au sens occidental du terme, mais plus comme ayant un « soi familial » basé sur des modèles relationnels où les expériences sont considérées plus dans le domaine intersubjectif du groupe, plutôt qu'à un niveau individuel et intrapsychique.

Le modèle explicatif de l'individu 7 est intéressant, car il présente l'esprit et le corps comme connectés. Cependant, inhérente à son modèle semble être la séparation entre une maladie « *médicale* » (le corps étant malade) et un diagnostic psychiatrique ou une maladie mentale (l'esprit étant malade), dont il ne parle pas. En d'autres termes, selon son modèle explicatif, « *trop de pensées* » entraînent une souffrance physique. Il esquisse une maladie dans le corps — qui, en quelque sorte, contourne toute évocation de maladie mentale ou psychiatrique. Cette tendance fait écho à une explication livrée par une psychologue et présente fréquemment dans nos entretiens avec les professionnels de santé :

« *La plupart du temps, quand des personnes souffrent de certains symptômes [du SSPT], ils lient le plus souvent ces symptômes à des conditions médicales.* »

« *Ils ne comprennent pas* » : ce que disent les professionnels de ce que les réfugiés pensent du SSPT

De tels modèles explicatifs contredisent la compréhension des équipes médicales du SSPT. Un médecin, par exemple, dit :

> « *Disons qu'ils ne comprennent pas qu'ils l'ont. Ils ne se rendent pas compte que quelque chose ne va pas chez eux, mais nous essayons de leur montrer comment, leur montrer comment ils peuvent se rendre compte qu'ils souffrent de ça.* »

Un médiateur culturel déclare de manière similaire :

> « *Parfois, ils disent, vous savez, hum, magie, comme un sort, genre quelqu'un m'a fait de la sorcellerie et ils veulent détruire ma vie ou ils veulent faire ça, parce qu'ils ne m'aiment pas, alors ils jettent un sort sur moi et ils veulent mon argent alors ils me jettent un sort et, à cause de cela, j'ai cette pensée et cette insomnie et beaucoup de choses. Ils ne comprennent pas la psychologie, qu'ils l'ont, à cause d'un événement.* »

Les mots « *ils ne comprennent pas* » reflètent un discours récurrent chez les professionnels pour qui le SSPT est quelque chose à « *comprendre* ». Il y a implicitement une répartition inégale du pouvoir liée à la connaissance de ses professionnels : c'est une victime de torture diagnostiquée avec un SSPT qui a besoin de « *comprendre* » le diagnostic sous l'angle d'un modèle occidental médical de la détresse. L'équipe médicale possède la connaissance « vraie ». Cette « internationalisation et professionnalisation de l'adversité » (Pupavac, 2002 : 493) imposant « l'asymétrie de la relation thérapeutique » (Wang, 2016 : 143) a été critiquée dans la littérature comme une forme « d'impérialisme culturel » (Steel, 2001) servant à renforcer les déséquilibres existants entre les « experts » occidentaux et les « victimes-patients » (Summerfield, 1996 ; Watters, 2001).

Cependant, ce n'est pas toujours le cas. Le discours des professionnels reflète une certaine ambivalence face à de telles contradictions, qui semble s'étendre sur un continuum allant de l'acceptation complète et non problématique du SSPT (« *Il était évident depuis lors qu'il avait un grave trouble de stress post-traumatique... il a eu des flash-back, il a eu des cauchemars. Il s'agit d'un diagnostic médical* », « *il avait un SSPT très fort, je voulais offrir un traitement très rapide* »), à une utilisation nuancée, individualisée et dépendante du contexte (« *Le SSPT en tant que diagnostic peut varier pour les personnes, c'est une catégorie que nous pouvons utiliser et qui sera utile aux personnes* », « *SSPT, c'est une catégorie qui vous aidera à prédire ce qu'il veut, à prédire ce qu'il va faire et à comprendre ce qu'il a traversé* »), et à une critique exprimée et à une problématisation du diagnostic (« *Je suis très critique du SSPT* », « *Il est difficile de définir un, euh, diagnostic, euh, la configuration. Il y a la catégorie du SSPT et il y a chaque patient individuel ou différentes façons de les exprimer* », « *Le SSPT est une construction de contrôle social et il a une certaine histoire dans le domaine de l'anthropologie médicale qui est très critiquée* »).

En regardant les éléments qui organisent ces positionnements, plusieurs facteurs semblent jouer un rôle. Premièrement, le type de formation professionnelle suivie est un facteur influençant l'acceptation ou non du SSPT. À un extrême on trouve un modèle médico-biologique pur chez certains médecins et psychiatres, et, à l'autre extrême, un modèle plutôt psychanalytique prenant

plus en compte un regard subjectif et individuel. Deuxièmement, les professionnels avec le plus d'expérience de travail avec les populations migrantes semblent, pour la plupart, plus conscients de l'influence des facteurs culturels sur la manière dont les individus expriment leur détresse ou leur souffrance et y font face. La littérature scientifique (Bourassa-Dansereau, 2013 ; Leanza, 2011) relève que, face à un contexte culturellement étranger, les professionnels de santé oscillent entre des processus de « normalisation » (s'appuyant sur les modèles médicaux occidentaux dominants, en imposant des normes symptomatologiques et explicatives implicitement liées au SSPT par exemple) et de « particularisation » (en prenant en compte la singularité de chaque individu, y compris son contexte socioculturel par exemple).

Le cas de Brigitte

Le cas de Brigitte souligne les contradictions dans les modèles explicatifs des traumatismes. Brigitte est une réfugiée guinéenne âgée de quarante ans, qui a été torturée et diagnostiquée avec un SSPT. Ses représentations culturelles du traumatisme diffèrent du modèle explicatif proposé par le psychologue :

« - B : *Le psychologue m'a dit que les cauchemars sont liés au passé, parce que je lui ai dit que j'étais poursuivie. Il m'a dit qu'ils étaient liés au passé, c'est tout.*

- Chercheuse : *Et que pensez-vous ?*

- B : *Moi, je lui ai dit que c'était spirituel, mais par la suite, quand il a parlé, je me suis dit : "Je ne sais pas." Mais il est également possible que cela soit lié à ce que je pense. C'est aussi ça. Parce que je laisse ce qui est dans ma tête. Si j'efface ce qui est dans ma tête, cela peut se résoudre. Apparemment, quand vous avez des rêves où les gens vous poursuivent, on dit que c'est de la sorcellerie. Chez nous les Africains, on dit que c'est de la sorcellerie. Mais il m'a expliqué que... j'ai eu par exemple un rêve la nuit dernière. Je me souviens de deux rêves, où ils m'ont enchaînée. Il a dit que c'était lié à mon passé et que c'est moi-même qui m'enchaînais. Parce que, peut-être, ce que je refuse de penser, je m'enchaîne. C'est donc moi qui dois couper les chaînes. Personne ne me poursuit. J'ai besoin de me libérer. Même si ce n'est pas facile, je dois me libérer scientifiquement.*

- Chercheuse : *Il dit ça ?*

- B : *Oui, il a dit, scientifiquement... moi, je lui ai parlé de la spiritualité, mais il a dit cela scientifiquement, les rêves expriment ce que nous ressentons. [...] Je pense que c'est la sorcellerie, ce sont les ancêtres. [...] Oui, c'est quelqu'un qui veut ça... mais il a dit que, scientifiquement, ce sont mes pensées, dans ma tête, mes pensées parce que j'ai les enfants à la maison [en Guinée] que j'ai eus avec des pères différents, pas avec le même homme. Et parce que je suis chrétienne, je me sens parfois coupable et je me dis que je ne diffuse pas une bonne image de chrétien. Il m'a dit que c'est ce que je pense [...]. Je me suis dit que c'est probablement la vérité. Parce que peut-être, dans ma tête, je suis coupable, c'est vrai. Même si j'écoute la parole de Dieu, on pourrait dire que j'ai fait quelque chose pour laquelle je ne me suis pas pardonnée. Mais Christ m'a déjà pardonné. C'est ça aussi le problème [...] spirituellement, ce n'est pas simple. Ce que je vois si je l'explique sur le plan spirituel, ça montre une main de la sorcellerie. Ça veut aussi dire que la famille ne me laisse pas tranquille. Sur le plan spirituel, [la famille] m'a poursuivi la nuit dernière jusqu'à ce que j'aie eu peur. Je ne sais pas, il y a deux explications. [...] Apparemment, il y a une explication différente de ce que je pense. Donc je ne sais pas laquelle accepter et laquelle oublier. Je ne sais pas... mais je me suis dit que peut-être cette version est vraie.* »

Brigitte est confrontée à une explication différence de la sienne (« *apparemment, il y a une explication différente de ce que je pense* »). Sa compréhension des cauchemars est conçue comme « *spirituelle* » — liée à l'idéologie de la sorcellerie africaine. Selon ce modèle, les cauchemars résultent du fait que quelqu'un d'autre la poursuit et lui jette un sort. C'est la famille qui ne la laisserait pas en paix. Elle est ensorcelée, et les cauchemars sont le fait d'un individu externe ou d'un groupe d'individus essayant délibérément de lui nuire. Elle est ensuite confrontée au psychologue qui lui « *explique* » un modèle « *scientifique* ». L'utilisation des mots « expliquer » et « scientifique » suggère l'asymétrie inhérente à la relation thérapeutique mentionnée ci-dessus. Ils impliquent que la connaissance du psychologue doit être considérée comme un fait scientifique incontesté (hiérarchiquement supérieur à d'autres formes de connaissance en dehors du paradigme scientifique occidental). La situation représentée du psychologue qui « *explique* » cette science, le place en position de professionnel compétent et elle dans une position inférieure face à lui.

Les enjeux temporels jouent un rôle dans ces deux conceptions différentes : le modèle « *scientifique* » représenté par le psychologue repose davantage sur le passé — et, par conséquent, plus statique et inchangeable, un modèle dans lequel l'individu est une victime passive de ce qui lui est arrivé. En revanche, dans le modèle « *spirituel* » se trouve une conception d'une volonté plus active, dynamique et changeante, basée sur l'actuel et l'externe, au lieu du passé internalisé.

Tout au long de son discours, sa propre position par rapport au modèle « *scientifique* » apparaît ambivalente. C'est dynamique et en constante évolution. L'explication du psychologue est à la fois contestée et acceptée. Face au modèle explicatif de son psychologue, elle commence par dire : « *J'ai besoin de me libérer. Même si ce n'est pas facile, je dois me libérer scientifiquement* ». La reprise des mots du psychologue est une tentative d'acceptation de son modèle, basé sur une compréhension individualisée et occidentale du traumatisme, où la détresse se situe uniquement au niveau de l'individu et l'individu a le pouvoir et l'obligation de se soigner. Les contradictions entre ce modèle explicatif et celui de Brigitte ressortent dans les mots « *moi, je lui ai parlé de la spiritualité, mais il a dit que scientifiquement, les rêves expriment ce que nous ressentons* ». C'est comme si, métaphoriquement, elle examinait les deux modèles. C'est le spirituel contre le scientifique. Son modèle à elle *contre* le sien. Elle continue alors à contredire directement le modèle proposé par le psychologue : « *Je pense que c'est de la sorcellerie* ».

Malgré ces contradictions, elle poursuit : « *Il m'a dit que c'est ce que je pense* ». Considérons le déséquilibre inhérent du pouvoir implicite dans ces mots : un individu raconte à un autre individu ce qu'il pense. Face à cette interprétation, Brigitte s'attaque à la vérité du psychologue. Elle se repositionne encore une fois. Brigitte poursuit : *« Je me suis dit que peut-être cette version est vraie* ». En disant cela, elle semble s'être engagée dans un dialogue interne où elle s'attaque à la vérité des mots du psychologue, à la lumière de la dissonance apparente entre son explication et la sienne. Elle semble résoudre ce conflit, dans une certaine mesure, en adoptant une approche « combinée ». Son explication est « aussi » correcte, tout comme la sienne. Le « *également* » au lieu d'un « *mais* » semble suggérer qu'elle aimerait incorporer cette nouvelle compréhen-

sion dans son propre modèle explicatif, acceptant ainsi les deux points de vue comme valides. La conclusion de ceci est illustrée dans ses mots : « *Je ne sais pas... mais je me suis dit que peut-être cette version est vraie* ».

Le cas de Brigitte est exemplaire de la nécessité de travailler avec des réfugiés dans le domaine de la santé mentale avec une large vision du monde dans la rencontre entre les professionnels de la santé et les réfugiés eux-mêmes. Dans ce cas particulier, Brigitte et son psychologue étaient tous deux francophones. Ils n'ont pas eu à travailler avec un médiateur culturel. Malgré le partage d'une langue en commun, la rencontre entre les mondes qui se croisent lors d'une consultation nécessite une médiation. Nous nous intéressons maintenant aux professionnels de cette médiation que sont les médiateurs culturels, employés par les organisations qui offrent des services de santé mentale aux réfugiés à travers le monde.

Les médiateurs culturels, révélateurs des écarts d'interprétation du psycho-traumatisme

Les entretiens avec les médiateurs culturels soulignent trois axes : la difficulté de leur positionnement dans la traduction, entre précision et interprétation ; la complexité du processus d'alliance, entre proximité émotionnelle avec les réfugiés et défenseurs de l'approche professionnelle et médicale de la santé mentale ; et le défi de travailler avec des professionnels de santé « *culturellement incompétents* ».

Traduire, entre précision et interprétation

En ce qui concerne les expériences avec le diagnostic du SSPT en particulier, aucun des médiateurs culturels ne s'est référé spontanément au diagnostic en parlant de traumatisme. À la demande du chercheur, tous les sept ont exprimé des doutes quant à la signification exacte du diagnostic, ainsi que l'utilité de ce diagnostic pour les populations réfugiées. Par exemple, lorsqu'on l'interroge sur le SSPT, une médiatrice culturelle explique :

> « *Elles n'ont pas ce genre de stress parce qu'elles étaient habituées à la joie de vivre. Nous pouvons l'avoir, mais elles n'en ont pas. Elles savaient comment battre chaque jour par jour. Ce sont les habitudes, des coutumes. Ce genre de dépression tu ne peux pas le trouver là-bas.* » (K128)

Leurs trajectoires personnelles influencent ces doutes. Cette médiatrice culturelle est grecque, comme en témoigne sa distinction entre « *nous* » (culturellement les mêmes, nous pouvons éprouver le SSPT) et « *eux/elles* » (autrui, culturellement différents, ils ne peuvent pas). Le fait qu'aucun des médiateurs culturels n'ait été formé en médecine ou en psychologie en particulier pourrait expliquer, dans une certaine mesure, leurs doutes concernant l'utilisation et la signification exacte du SSPT. Beaucoup semblent préférer référer les questions de SSPT au médecin ou au psychologue, même dans le cadre de nos entretiens avec eux.

Beaucoup de médiateurs culturels sont confrontés au dilemme suivant : ils sont, d'une part, invités à fournir simplement une traduction littérale de ce

qui est dit et, d'autre part, doivent jouer un rôle de médiation beaucoup plus impliqué et nuancé. Ce dilemme est souligné par un médiateur culturel :

> « *Mon rôle consiste juste à traduire les mots, ou bien l'image, le message qu'il veut transmettre au psychologue à propos de son traumatisme, ah, dans le passé. J'essaie de faire de mon mieux pour utiliser l'interprétation et pas seulement les mots.* » (K14)

Malgré son affirmation initiale que son rôle est « *juste de traduire les mots* », il est évident qu'il voit la nécessité d'élargir cette fonction en offrant quelque chose de plus complexe qu'une simple traduction (« *l'interprétation et pas seulement les mots* »). Cette ambiguïté se reflète également dans les propos d'un autre médiateur culturel :

> « *Vous essayez de vous assurer de transmettre les mêmes messages que les psychologues [...] Mais vous faites également, en même temps, la médiation des termes.* » (K139)

Les débats dans ce domaine portent alors souvent sur la précision (où les médiateurs culturels considérés comme étant les plus professionnels sont ceux qui peuvent traduire les mots avec une exactitude technique) versus la médiation (où les médiateurs culturels considérés comme étant les plus professionnels sont ceux qui arrivent le mieux à saisir les nuances culturelles). Se faire comprendre des deux parties, pour le médiateur culturel, suppose d'adapter avec flexibilité et de manière dynamique sa posture et sa traduction à la situation. Comme l'a souligné un médiateur culturel : « *Nous facilitons un rendez-vous, vous changez votre rôle de manière continue pour vous adapter à des millions de barrières culturelles* ». Comme l'a souligné un autre, « *je ne peux pas faire comme une machine, une traduction de Google* ». En effet, un système complexe de dynamique interpersonnelle se manifeste dans la triade entre psychologue, médiateur culturel et réfugié, où les médiateurs culturels jouent un rôle actif :

> « *Ce n'est pas facile de traduire pour la psychologie parce que la personne a de nombreux problèmes mentaux, de nombreux problèmes psychologiques. Je veux qu'il se sente tout d'abord en sécurité avec moi, l'interprète, et non avec le psychologue. Parce qu'il doit me faire confiance. Si je sens qu'il ne me fait pas confiance, je ne peux pas travailler. Je ne peux pas prendre rendez-vous avec la personne. Parce que pour moi, s'il partage, et qu'il veut parler avec la personne, il n'aura pas peur de parler. De cette manière, je crée la confiance entre l'interprète et le patient pour ne pas me sentir mal à l'aise.* » (KI5)

Ce rôle actif doit également s'accommoder d'un investissement émotionnel dans le bien-être des réfugiés :

> « *Je suis touchée, ça me plaît à vrai dire de — parce que je crois que j'offre quelque chose à ces gens-là, je crois que je les aide de cette manière — à s'extérioriser, à pouvoir s'exprimer et surtout ce qu'ils sont à l'intérieur. Et évidemment, je suis touchée, mais je suis aussi attachée et de mon côté je ne le montre pas et nous avons un rendez-vous, je veux savoir ce qu'il s'est passé dans leur chemin, comment ils ont vécu.* » (K126)

Ce qui est remarquable dans l'énoncé ci-dessus, c'est la voix active claire et l'utilisation de la première personne « *je* ». Le médiateur culturel ne mentionne pas le thérapeute, mais se considère comme étant celui qui « *est attaché* ». En

effet, tous les médiateurs culturels interrogés se sont référés à l'idée qu'ils se sentaient plus proches des réfugiés que les professionnels de la santé :

> « *L'interprète est toujours la personne qui comprend le plus le patient qui a un problème quelconque, parce que l'interprète est une personne avec sa langue maternelle et peut-être qu'il est plus proche parce qu'il est le plus près de, ah, des choses qui sont arrivées au pays. Ah, mais, hum, j'essaie même d'expliquer, même si nous terminons la session, d'expliquer pourquoi, pourquoi nous disons, juste pour avoir un message. Parce que le patient a toujours dans son esprit le message que "vous ne me comprenez pas", le médecin ne comprend pas ce qui se passe.* » (K14)

> « *Il faut regarder toute personne dans la pièce, le psychologue, l'interprète et le patient. À plusieurs reprises, le patient ne verra pas le psychologue. Parce qu'ils me voient tous, ils parlent avec moi. Chaque fois qu'ils disent : "Je ne vois pas, je veux vous voir, l'interprète." Ils ne veulent jamais voir le psychologue. Vous demanderez quelque chose et il dira ceci : "Vous comprenez ce qui s'est passé".* » (K15)

> « *Je vois [les séances psycho-thérapeutiques] d'un même œil que le psychologue.* » (KI39)

Pour certains médiateurs culturels, ce rôle actif n'a pas été leur choix. Il leur a été imposé par les réfugiés, qui cherchaient une assistance et se sont tournés alors vers eux plutôt que vers les professionnels de santé — surtout ceux qui viennent de la même communauté :

> « *Beaucoup de gens de notre pays, lorsqu'ils viennent ici et quand je suis le médiateur culturel, pensent que je suis le boss qui décide de tout. Beaucoup de gens pensent que je suis le manager, le psychologue, le médecin, et que je suis tout le monde ici.* » (KI29)

Pour certains, cette responsabilité est trop grande et inappropriée. Pour se défendre contre le fait d'être placé dans cette position souvent indésirable de co-thérapeute actif et, en outre, même d'avoir à jouer le rôle de « tout le monde ici » avec une responsabilité sur « tout », beaucoup font part de la nécessité de clarifier leurs rôles et de limiter leur poste :

> « *Nous devons leur expliquer, "ce n'est pas à moi de décider". Parce que je suis le médiateur culturel, [je ne peux pas] lui donner de l'argent, des médicaments, des soins, un hébergement, tout. Nous devons être clairs dès la première fois [...] ils pensent que R [lui-même, le médiateur culturel] est ici, et il décidera de tout.* » (KI29)

> « *Pour moi, l'important c'est d'être neutre. Mon rôle principal est simplement de faciliter les rendez-vous. Je ne suis pas psychologue. Je ne suis pas un médecin ou un physiothérapeute pour faire les choses à ma façon.* » (KI39)

La stratégie consistant à maintenir une neutralité et à clarifier les limites de leur rôle implique un renvoi à la position d'expert du professionnel de santé. À cheval entre deux mondes, celui du professionnel de santé et celui du réfugié, beaucoup de médiateurs développent un discours « *nous* » contre « *eux* », selon lequel ils font partie de l'équipe des professionnels de santé, c'est-à-dire forment une alliance avec les professionnels de santé et non avec le réfugié.

Un jeu d'alliance entre réfugiés et professionnels de santé

Les alliances qui se jouent dans l'interaction triadique sont complexes, les médiateurs culturels se trouvant par définition dans les deux « camps » — à la fois eux-mêmes souvent issus de la même population migrante et membres de l'équipe de professionnels. Elles peuvent influer sur la qualité de la collaboration, et les pratiques des interprètes communautaires s'adaptent avec intelligence au contexte, leur intervention propre (interprétation) étant plus visible dans le domaine de la santé mentale (Goguikian Ratcliff et *al.*, 2017).

Travailler en tant qu'intermédiaire entre des professionnels de santé (les professionnels de la santé mentale en particulier) et des réfugiés qui n'ont peut-être jamais rencontré un psychologue comporte des défis. En s'identifiant parfois comme étant des « agents du système médical » (Leanza, 2011), les médiateurs culturels sont souvent chargés de servir de « défenseurs » des services de santé mentale, en expliquant par exemple le rôle du psychologue et les avantages que le réfugié peut tirer de séances psycho-thérapeutiques :

> « *Et aussi on leur explique que le travail d'un psychologue c'est causer avec une personne qui est en danger. Et celui qui a passé un moment difficile, on lui conseille de parler avec le psychologue. Lorsque tu parles avec le psychologue, il t'écoute, il te libère et tu racontes ton histoire et ce qui t'a fait mal. Quand tu parles, tu racontes comme une histoire normale. Ça ne va plus te faire de mal. C'est une histoire qui ne va plus faire de mal à ta santé.* » (KI25)

Une médiatrice culturelle, par exemple, explique être fière d'aider le psychologue à convaincre les réfugiés d'assister à des séances psycho-thérapeutiques. C'est parce que, d'après elle :

> « *Avec les séances [...], le psychologue arrive à obtenir ce qu'il veut.* » (KI26)

Ces mots résument que les séances thérapeutiques sont ce que le psychologue voulait et cherche à obtenir. C'est leur but, et pas nécessairement celui du réfugié. Elle continue avec un cas particulier, à titre d'exemple :

> « *On a réussi à la convaincre de voir un psychologue. Elle ne voulait pas parce qu'elle avait honte. Tu peux alors tout à fait comprendre parce que la mentalité est différente. C'est une dame qui n'est pas éduquée. Une dame qui a vécu dans une société qui est vraiment stricte, enfermée. D'autre part son seul souci était de ne pas rester enceinte après cet acte et de se fermer sur elle-même. Mais à la fin, on a réussi, parce qu'elle a commencé à voir un psychologue le soir et elle avait un bébé de quatre mois avec elle. C'était vraiment une réussite. […] Lorsqu'on l'a convaincu d'aller chez le psychologue, c'était vraiment la fête pour nous.* » (KI28)

Dans cet exemple, les mots « *c'était vraiment la fête pour nous* » impliquent que le fait de réussir à convaincre un réfugié de voir le psychologue est un succès à fêter pour toute l'équipe, y compris le médiateur culturel lui-même. En tant que tel, cela fait partie du rôle des médiateurs culturels de convaincre la population des réfugiés de la « vérité » du savoir psychiatrique occidental et des avantages de voir un psychologue, comme en témoignent les mots d'un médiateur culturel qui donne un autre exemple :

« *Je comprends le gars, qui n'avait aucune connaissance avant et quand il comprenait lorsque que le pédopsychiatre expliquait son problème ou son histoire ou son traumatisme d'une autre manière, en dessinant, par des sentiments, c'est alors qu'il comprend cela, "oui, c'est la vérité."* » (KI4)

Ici, il y a une acceptation implicite de la « vérité » de ce que dit le psychologue et, grâce à un processus d'explication, il a convaincu le réfugié de cette vérité aussi. Cependant, nous pouvons également noter que, malgré l'alliance apparente avec les professionnels de santé concernant la « vérité » des connaissances psychiatriques occidentales, les mots ci-dessus soulignent également la complexité de la posture : les mots « *je comprends le gars* » peuvent indiquer le fait que les médiateurs culturels se trouvent à la fois dans la perspective du réfugié et dans celle du médecin. Une telle compréhension de ces perspectives diverses n'est pas sans difficultés pour l'action, et est souvent source de responsabilité pour les médiateurs culturels qui se sentent chargés de ce travail de médiation, au sens de Wang qui la définit comme étant un « processus de négociation, facilité par un tiers n'exerçant pas de pouvoir de décision, ayant pour finalité de permettre aux parties concernées de résoudre une situation conflictuelle ou d'établir une relation » (Wang, 2016 : 141).

Travailler avec des professionnels de la santé perçus comme « culturellement inexpérimentés »

Dans la négociation de leurs rôles, alliances et responsabilités, y compris celui de co-thérapeute actif en alliance avec les professionnels de la santé (comme souligné ci-dessus), beaucoup de médiateurs culturels ont également fait allusion aux défis de travailler avec des professionnels de la santé qui, selon eux, manifestent un manque de compréhension « *contextuelle* » ou « *culturelle* ». Il s'agit d'un défi spécifique qui se manifeste au sein du trio thérapeutique : le réfugié, le professionnel de santé et le médiateur culturel qui se trouve entre les deux.

Dans certains cas, les médiateurs culturels se sentent plus « expérimentés » que le professionnel de santé, et se perçoivent comme des « passeurs culturels » (Leanza, 2011) qui doivent « éduquer » les autres professionnels quant aux normes culturelles relatives aux populations réfugiées :

« *Pour moi, en tant qu'expert, le psychologue, d'accord surtout le psychologue, je vois qu'il a des difficultés dans la communication avec les patients. Je pense, en particulier pour quelqu'un qui ne connaît pas la culture, d'où appartient ce type, quelle est sa culture, comment il pense, comment il vous regarde, comment il regarde les choses. Bien sûr, ce n'est pas comme nous le pensons, alors, j'essaie un peu de donner quelques conseils aux collègues pour qu'ils puissent essayer certaines choses qui, d'où il vient, des mots ou des choses, essayez, cela aide la personne à se sentir à l'aise et que ce gars, il sait de moi et de ma culture et que je peux lui faire confiance, je peux être à l'aise.* » (KI4)

« *Pour le psychologue, c'est un peu difficile, car cette culture ne comprend pas la psychologie.* » (KI23)

« *J'ai remarqué dans ma carrière de nombreux psychologues qui n'ont pas d'expérience. Et elle dit, elle demande au patient, c'était trop directement, c'était trop directement. Et il avait peur de dire correctement. Mais c'est mon travail, c'est mon travail d'in-*

terprète. Je ne peux pas dire d'autres mots. Par exemple, vous êtes psychologue et vous lui demandez si elle avait dans son pays des violences sexuelles, ouais ? Vous ne pouvez pas lui demander ça directement. Mais vous trouvez un moyen pour le faire. » (KI29)

Ainsi, les malentendus culturels ont été perçus comme émanant non seulement du réfugié, peut-être novice en psychologie, mais aussi des professionnels de la santé, éventuellement non habitués au travail avec les populations de réfugiés non occidentaux :

« *Parfois, il existe des obstacles culturels — non seulement du côté du patient, mais aussi du côté du professionnel.* » (KI39)

Cette divergence dans le savoir culturel et le savoir médical semble parfois inverser une hiérarchie attendue au sein de la dynamique du pouvoir. Ce sont souvent les médiateurs culturels et non les professionnels de la santé qui se positionnent dans le rôle d'expert :

« *Si un psychologue essaie de les aider à comprendre leurs problèmes, alors [...] certains d'entre eux ne conviennent pas culturellement aux patients et à certaines de leurs suggestions. Même s'ils décrivent les choses d'une manière particulière qui n'est pas appropriée. Si je viens juste avec ce message exactement comme pour le patient, cela nuit à la relation thérapeutique qui n'était pas là. Cela réduirait l'efficacité et la qualité de la session.* » (KI39)

Par conséquent, les médiateurs culturels endossent la responsabilité de l'expertise par rapport à la connaissance culturelle des réfugiés. Ils jouent un rôle actif dans la facilitation des séances, dans la médiation entre le professionnel de santé et le réfugié, lorsqu'ils estiment qu'il faut le faire. Ce parti pris semble présent en particulier lorsque les médiateurs culturels sont eux-mêmes des réfugiés.

Conclusion

En plaçant la souffrance humaine dans un paradigme exclusivement médicalisé et axé sur les traumatismes, une description mince de l'individu est privilégiée, où d'autres considérations sociohistoriques importantes sont facilement perdues ou cachées (Marlowe, 2010). L'approche socio-historico-culturelle répond à « l'inquiétude de ne pas imposer l'ordre sur le monde, mais plutôt de permettre l'émergence d'autres voix et visions, même si cela implique une complexité et une ambivalence croissantes » (Bracken *et al.*, 1997 : 435). En tant que telle, la construction singulière du SSPT est tout simplement insuffisante pour saisir la complexité inhérente à la manière dont différents êtres humains de différentes cultures répondent à des événements terrifiants (Marlowe, 2010 ; Steel, 2001 ; Summerfield, 2001). Des approches qui prennent au sérieux la singularité de l'expérience personnelle, dans son contexte socioculturel, sont nécessaires compte tenu de l'afflux actuel de demandeurs d'asile en Europe, dont beaucoup ont vécu des horreurs indescriptibles, quelle que soit la langue utilisée. De nombreuses organisations humanitaires fournissent un travail important d'offre de soins et d'accompagnement en santé mentale, pour des personnes et communautés qui ont dû faire face à une multitude de traumatismes. Dans ce contexte, le rôle des médiateurs culturels est essentiel. En effet,

comme le déclare Summerfield (2005), les défis auxquels ils sont confrontés ne relèvent pas de la « traduction entre les langues, mais de traduction entre les mondes » (cité par Nicolas *et al.*, 2015 : 76). Leur posture oscille entre une position instrumentale de traduction, et une responsabilité étendue, parfois de co-thérapeutes actifs, de défenseurs de l'approche occidentale de la santé mentale et d'experts interculturels, qui aident les professionnels de santé à explorer le monde psychique culturellement (in)formé des réfugiés traumatisés. Ce qui caractérise également la position du médiateur culturel, c'est une relation qui est émotionnellement surinvestie par les réfugiés, du fait principalement de ces derniers. Travailler de façon neutre et impartiale, dans ce contexte, suppose de pouvoir s'appuyer sur une posture professionnelle (au sein des médiateurs culturels) et interprofessionnelle (dans la collaboration entre professionnels de santé et médiateurs culturels) qui prend en compte ce surinvestissement émotionnel des médiateurs culturels par les réfugiés, plutôt que de le nier. La construction de ces postures est un travail collectif encore largement à réaliser.

Notre recherche souligne la nécessité d'une compréhension plus nuancée et contextualisée du traumatisme, qui n'isole pas l'expérience personnelle des systèmes culturels et des contextes historiques, économiques et sociaux plus vastes. Ignorer ces facteurs risque d'ignorer (ou pire, de dénigrer) les systèmes locaux de soutien, de pathologiser et de stigmatiser les individus, et de détourner les ressources des interventions sociales et structurelles (Nicolas *et al.*, 2015). Ceci plaide pour une approche « décolonialisée » de la psychologie.

Références bibliographiques

Abbott Alison (2016) The troubled minds of migrants, *Nature*, 538, pp. 158-161.

Adame Alexander and Knudson Roger (2007) Beyond the counter-narrative: Exploring alternative narratives of recovery from the psychiatric survivor movement, *Narrative Inquiry*, 17 (2), pp. 157-178.

Afana Abdel-Hamid, Pedersen Duncan, Rønsbo Henrik and Kirmayer Laurence (2010) Endurance is to be shown at the first blow: *Social representations and reactions to traumatic experiences in the Gaza Strip, Traumatology: An International Journal*, 16 (4), pp. 73-84.

Arellano Michael de and Danielson Carla Kmett (2008) Assessment of Trauma History and Trauma-Related Problems in Ethnic Minority Child Populations: An INFORMED Approach, *Cognitive and Behavioral Practice*, 15 (1), pp. 53-66.

Bhimji Fazila (2016) Contesting the Dublin Regulation: Refugees' and Migrants' Claims to Personhood and Rights in Germany, *Intersections East European Journal of Society and Politics*, 2 (4), pp. 51-68.

Bourassa-Dansereau Catherine (2013) Exercer la pédiatrie en contexte multi-culturel : une approche complémentariste du rapport institutionnalisé à l'Autre [Note de lecture], *Alterstice*, 3 (1), pp. 103-108.

Bracken Patrick (2002) *Trauma: Culture, meaning and philosophy*, London, Whurr Publishers, 259 p.

Bracken Patrick (2001) Post-modernity and post-traumatic stress disorder, *Social Science & Medicine*, 53 (6), pp. 733-743.

Bracken Patrick, Giller Joan and Summerfield Derek (1997) Rethinking mental health work with survivors of wartime violence and refugees, *Journal of refugee studies*, 10 (4), pp. 431-442.

Brewin Chris, Dalgleish Tim and Joseph Stephen (1996) A dual representation theory of posttraumatic stress disorder, *Psychological review*, 103 (4), pp. 670-686.

Brewin Chris, Lanius Ruth, Novac Andrell, Schnyder Ullrich and Galea Sandro (2009) Reformulating PTSD for DSM-V: life after criterion A, *Journal of traumatic stress*, 22 (5), pp. 366-373.

Brisset Camille et Leanza Yvan (2015) L'interprétariat en santé mentale à Montréal, *Rhizome*, 1, pp. 20-27.

Carlson Bonnie (2005) The most important things learned about violence and trauma in the past 20 years, *Journal of Interpersonal Violence*, 20 (1), pp. 119-126.

Copping Alicia, Shakespeare-Finch Jane and Paton Douglas (2010) Towards a culturally appropriate mental health system: Sudanese-Australians' experiences with trauma, *Journal of Pacific Rim Psychology*, 4 (1), pp. 53-60.

Daiute Colette and Lucić Luka (2010) Situated cultural development among youth separated by war, *International Journal of Intercultural Relations*, 34 (6), pp. 615-628.

Devereux Georges (1967) *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 424 p.

Droždek Boris (2015) Challenges in treatment of posttraumatic stress disorder in refugees: towards integration of evidence-based treatments with contextual and culture-sensitive perspectives, *European Journal of Psychotraumatology*, 6 (24750), pp. 1-8.

Drozdek Boris and Wilson John (2007) *Voices of trauma: treating psychological trauma across Cultures*, New York, Springer Science & Business Media, 396 p.

Eagle Gillian (2014) From evolution to discourse: Key conceptual debates in the history and study of traumatic stress, *Psychology in Society*, 47, pp. 1-20.

Fassin Didier (2000) Les politiques de l'ethnopsychiatrie : La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes, *L'Homme*, 153, pp. 231-250.

Fassin Didier and Halluin Estelle d' (2005) The truth from the body: medical certificates as ultimate evidence for asylum seekers, *American Anthropologist*, 107 (4), pp. 597-608.

Fassin Didier and Rechtman Richard (2009) *The empire of trauma: An inquiry into the condition of victimhood*, Princeton, Princeton University Press, 320 p.

Gard Constance (2015) Migration et santé mentale : quelques enjeux politiques et cliniques de la psychiatrie contemporaine, *L'information Psychiatrique*, 91, pp. 111-117.

Goguikian Ratcliff Betty (2012) Repenser les liens entre migration, exil et traumatisme, *(Re) penser l'exil*, 1, pp. 1-8.

Goguikian Ratcliff Betty (2010) Différences culturelles et exercice de la psychothérapie avec un interprète, in Gina Thésée, Nicole Carignan et Paul Carr Éds., *Les faces cachées de l'interculturel. De la rencontre des porteurs de cultures*, Paris, L'Harmattan, pp. 78-96.

Goguikian Ratcliff Betty, Pereira Kraft Catarina et Fierro Isabelle (2017) L'évaluation de la collaboration entre interprètes et intervenants primaires dans différents services publics, *Dragoman, Journal of translation studies*, 5 (7), pp. 164-189.

Goguikian Ratcliff Betty et Suardi Francesca (2006) L'interprète dans une consultation thérapeutique : conceptions de son rôle et difficultés éprouvées, *Psychothérapies*, 26 (1), pp. 37-49.

Halluin Estelle d' (2009) La santé mentale des demandeurs d'asile, Hommes et migrations : *Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, 1282, pp. 66-75.

Harvey Mary (2007) Towards an ecological understanding of resilience in trauma survivors: Implications for theory, research, and practice, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 14 (1-2), pp. 9-32.

Hecker Tobias, Braitmayer Lars and Duijl Marjolein van (2015) Global mental health and trauma exposure: The current evidence for the relationship between traumatic experiences and spirit possession, *European Journal of Psychotraumatology*, 6 (29126).

Hinton Devon and Lewis-Fernández Roberto (2011) The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5, *Depression and anxiety*, 28 (9), pp. 783-801.

Hinton Devon and Lewis-Fernández Roberto (2010) Idioms of distress among trauma survivors: Subtypes and clinical utility, *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34 (2), pp. 209-218.

IASC (2015) *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*, Geneva, Inter-Agency Standing Committee, 99 p.

Jayawickreme Nuwan, Jayawickreme Eranda, Atanasov Pavel, Goonasekera Michelle and Foa Edna (2012) Are culturally specific measures of trauma-related anxiety and depression needed? The case of Sri Lanka, *Psychological assessment*, 24 (4), pp. 791-800.

Karageorge Aspasia, Rhodes Paul, Gray Rebecca and Papadopoulos Renos (2016) Refugee and staff experiences of psychotherapeutic services: A qualitative systematic review, *Intervention*, 15 (1), pp. 51-60.

Kirmayer Laurence (1996) *The Landscapes of Memory, Tense past: Cultural essays in trauma and memory*, pp. 173-198.

Kirmayer Laurence, Kienzler Hanna, Afana Abdel Hamid and Pedersen Duncan (2010) Trauma and disasters in social and cultural context, *Principles of social psychiatry*, 2, pp. 155-177.

Kirmayer Laurence and Ramstead Maxwell (2017) Embodiment and Enactment in Cultural Psychiatry, in Christophe Durt, Thomas Fuchs et Christian Tewes Eds., *Embodiment, enaction, and culture: Investigating the constitution of the shared world*, Cambridge, MA, MIT Press, pp. 397-422.

Lambert Jessica and Alhassoon Omar (2015) Trauma-focused therapy for refugees: Metaanalytic findings, *Journal of counseling psychology*, 62 (1), pp. 28-37.

Leanza Yvan (2011) *Exercer la pédiatrie en contexte multiculturel : une approche complémentariste du rapport institutionnalisé à l'autre*, Chêne-Bourg, Georg éditeur, 215 p.

Maercker Andreas and Hecker Tobias (2016) Broadening perspectives on trauma and recovery: A socio-interpersonal view of PTSD, *European Journal of Psychotraumatology*, 7, p. 29303.

Maier Thomas (2006) Procédure d'asile et rapports médicaux, *Bulletin des médecins suisses| Schweizerische Ärztezeitung| Bollettino dei medici svizzeri*, 87, p. 25.

Maier Thomas, Schmidt Martina and Mueller Julia (2010) Mental health and healthcare utilization in adult asylum seekers, *Swiss Med Wkly,* 140, p. 13110.

Maier Tobias and Straub Mirjam (2011) "My head is like a bag full of rubbish": Concepts of illness and treatment expectations in traumatized migrants, *Qualitative health research*, 21 (2), pp. 233-248.

Maqueda Francis (2005) L'accès aux soins psychiques pour les demandeurs d'asile : position soignante, position citoyenne, *L'Autre*, 6 (1), pp. 111-123.

Marlowe Jay (2010) Beyond the discourse of trauma: Shifting the focus on Sudanese refugees, *Journal of refugee studies*, 23 (2), pp. 183-198.

Marsella Anthony (2010) Ethnocultural aspects of PTSD: An overview of concepts, issues, and treatments, *Traumatology*, 16 (4), pp. 17-26.

Marsella Anothony, Friedman Matthew and Spain E. Huland (1996) *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applications*, Washington D.C., American Psychological Association, 576 p.

Mattar Sandra (2011) Educating and training the next generations of traumatologists: Development of cultural competencies, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3 (3), pp. 258-265.

MHPSS (2015) *Mental Health and Psychosocial Support for Refugees, Asylum Seekers and Migrants on the Move in Europe: a multi agency guidance note*, 7 p.

Miller Kenneth, Martell Zoe, Pazdirek Linda, Caruth Melissa and Lopez Diana (2005) The role of interpreters in psychotherapy with refugees: an exploratory study, *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (1), pp. 27-39.

Mitschke Diane, Praetorius Regina, Kelly Don, Small Eusebius and Kim, Youn (2017) Listening to refugees: How traditional mental health interventions may miss the mark, *International Social Work*, 60 (3), pp. 588-600.

M.S.F. (2016) *Obstacle Course to Europe: A policy-made humanitarian crisis at EU borders*, [online] last checked on 30/05/2018. URL: https://www.doctorswithoutborders.org/article/obstacle-course-europe-policy-made-humanitarian-crisis-eu-borders

Nathan Tobie (1986) Trauma et mémoire, *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, 6, pp. 7-18.

Nicolas Guerda, Wheatley Anna and Guillaume, Casta (2015) Does one trauma fit all? Exploring the relevance of PTSD across cultures, *International Journal of Culture and Mental Health*, 8 (1), pp. 34-45.

Pestre Élise et Benslama Fethi (2011) Traduction et traumatisme, *Recherches en psychanalyse*, 1, pp. 18-28.

Pupavac Vanessa (2002) Pathologizing populations and colonizing minds: International psychosocial programs in Kosovo, *Alternatives*, 27 (4), pp. 489-511.

Rechtman Richard (2000) Stories of trauma and idioms of distress: From cultural narratives to clinical assessment, *Transcultural psychiatry*, 37 (3), pp. 403-415.

Resera Elena, Tribe Rachel and Lane Pauline (2015) Interpreting in mental health, roles and dynamics in practice, *International Journal of Culture and Mental Health*, 8 (2), pp. 192-206.

Rousseau Cécile, Drapeau Aline and Corin Ellen (1997) The influence of culture and context on the pre- and post-migration experience of school-aged refugees from Central America and Southeast Asia in Canada, *Social Science & Medicine*, 44 (8), pp. 1115-1127.

Schweitzer Robert, Melville Fritha, Steel Zachary and Lacherez Philippe (2006) Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (2), pp. 179-188.

Silove Derrick, Ventevogel Peter and Rees Susan (2017) The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges, *World Psychiatry*, 16 (2), pp. 130-139.

Steel Zachary (2001) Beyond PTSD: towards a more adequate understanding of the multiple effects of complex trauma, *Traumatiserungen von Flüchtlingen und Asyl Schenden: Einflus des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes*, pp. 66-84.

Steel Zachary, Chey Tien, Silove Derrick, Marnane Claire, Bryant Richard and Ommeren Mark (2009) Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis, *Jama*, 302 (5), pp. 537-549.

Steel Zachary, Momartin Shakeh, Silove Derrick, Coello Marianio, Aroche Jorge and Tay Kuo Wei (2011) Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies, *Soc Sci Med*, 72 (7), pp. 1149-1156.

Sturm Gesine, Baubet Thierry and Moro Marie Rose (2007) Mobilising social and symbolic resources in transcultural therapies with refugees and asylum seekers: the story of Mister Diallo, in Boris Drozdek and John Wilson Eds., *Voices of trauma: treating psychological trauma across Cultures*, New York, Springer Science & Business Media, 396 p.

Sturm Gesine, Baubet Thierry and Moro Marie Rose (2010) Culture, trauma, and subjectivity: The French ethnopsychoanalytic approach, *Traumatology*, 16 (4), pp. 27-38.

Summerfield Derek (2001) The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category, *BMJ: British Medical Journal*, 322 (7278), pp. 95-98.

Summerfield Derek (1996) The psychological legacy of war and atrocity: the question of long-term and transgenerational effects and the need for a broad view, *The Journal of nervous and mental disease*, 184 (6), pp. 375-376.

Sylla Diallo Tabara, Dembele Diambere, Ndiaye Serigne Modou et Konare Khatidiatou (2009) Femmes d'émigrés et conjugopathie au Sénégal : une souffrance banalisée, *Psychopathologie africaine*, 35 (1), pp. 25-36.

Tang Catherine So-Kum (2007) Culturally relevant meanings and their implications on therapy for traumatic grief: Lessons learned from a Chinese female client and her fortune-teller, in Boris Drozdek and John Wilson Eds., *Voices of trauma: treating psychological trauma across Cultures*, New York, Springer Science & Business Media, 396 p.

Tankink Marian and Richters Annemiek (2007) Silence as a coping strategy: The case of refugee women in the Netherlands from South-Sudan who experienced sexual violence in the context of war, in Boris Drozdek and Wilson Eds., *Voices of trauma: treating psychological trauma across Cultures*, New York, Springer Science & Business Media, 396 p.

Tol Wietse, Barbui Corrado, Bisson Jonathan, Cohen Judith, Hijazi Zeinab, Jones Lynne, De Jong Joop, Magrini Nicola, Omigbodun, Olayinka, Seedat Soraya and Silove Derrick (2014) World Health Organization guidelines for management of acute stress, PTSD, and bereavement: Key challenges on the road ahead, *PLoS Med*, 11 (12), p. 1001769.

Tummala-Narra Pratyusha (2007) Conceptualizing Trauma and Resilience Across Diverse Contexts, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 14 (1-2), pp. 33-53.

UNHCR (2015) *The sea route to Europe: The Mediterranean passage in the age of refugees*, Geneva, UNHCR, 20 p.

Van Ommeren Mark, Jong Joop de, Sharma Bhogendra, Komproe Ivan, Thapa Suraj and Cardeña Etzel (2001) Psychiatric disorders among tortured Bhutanese refugees in Nepal, *Archives of General Psychiatry*, 58 (5), pp. 475-482.

Wang Simeng (2016) « Aidez-nous à comprendre vos Chinois ! ». Conditions de possibilités de la légitimation du sociologue en milieu psychiatrique, *Genèses*, 105 (4), pp. 141-156.

Wang Simeng (2013) Analyses sociologiques des pratiques de l'interprétariat-médiation en pédopsychiatrie : l'exemple des familles d'origine chinoise à Paris, *Enfances & Psy*, 3, pp. 136-145.

Watters Charles (2001) Emerging paradigms in the mental health care of refugees, *Social Science & Medicine*, 52 (11), pp. 1709-1718.

Weine Stevan Merrill, Kuc Gene, Eldin Dzudza, Razzano Lisa and Pavkovic Ivan (2001) PTSD among Bosnian refugees: A survey of providers' knowledge, attitudes and service patterns, *Community Mental Health Journal*, 37 (3), pp. 261-271.

Wilson John and Drozdek Boris (2004) *Broken spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees and war and torture victims*, New York, Routledge, 706 p.

Womersley Gail, and Kloetzer Laure (2018) Being through Doing: the self-Immolation of an asylum seeker in Switzerland, *Frontiers in psychiatry*, 9 (110), pp. 1-7.

Young Allan (1995) *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton, Princeton University Press, 328 p.

Gail Womersley et Laure Kloetzer

« *En Afrique, aller voir le psychologue, je n'ai jamais entendu ça* » : interprétations croisées du psycho-traumatisme entre médiateurs culturels, professionnels de santé et réfugiés victimes de torture à Athènes

Malgré la prévalence élevée d'état de stress post-traumatique, ou SSPT (Syndrome de Stress Post-Traumatique) diagnostiqué chez les réfugiés, d'importantes critiques ont été soulevées quant à sa pertinence comme construction diagnostique, notamment au plan interculturel. En outre, la collaboration entre les professionnels en santé mentale et les réfugiés se heurte fréquemment aux barrières linguistiques et culturelles, ce qui accroît les risques d'incompréhension. Le médiateur culturel joue dans cet espace un rôle clef de mise en dialogue des conceptions et interprétations variées de la souffrance et du trouble mental entre les réfugiés et les professionnels de santé. Afin d'explorer la diversité des perspectives des réfugiés, des professionnels de santé et des médiateurs culturels sur le traumatisme, nous présentons les analyses issues d'un travail de recherche de douze mois auprès d'ONG travaillant à Athènes, en Grèce, avec des réfugiés victimes de torture. Nos analyses se centrent sur la manière dont les réfugiés victimes de torture vivent et qualifient leur traumatisme ; la construction des représentations, des pratiques et des normes concernant les troubles mentaux dans l'interaction avec les professionnels de santé ; et la façon dont divers acteurs se représentent, comprennent et utilisent une construction diagnostique telle que le SSPT. Notre recherche souligne la nécessité d'une compréhension plus nuancée et contextualisée du traumatisme, comme étant influencée de façon déterminante par des systèmes culturels et des contextes sociaux, économiques et historiques plus vastes.

"*In Africa, go see the psychologist, I've never heard that before*": Diverse Interpretations of Psychological Trauma among Cultural Mediators, Health Professionals and Refugee Victims of Torture in Athens

Despite the high prevalence of trauma among refugees, significant criticism has been raised regarding the intercultural relevance of post-traumatic stress disorder (PTSD) as a diagnostic construct. Collaboration between mental health professionals and refugees frequently encounter linguistic and cultural barriers, and increases the risk of misunderstandings. Cultural mediation plays a critical role in this space. In order to explore the diversity of perspectives on trauma, we present the analyzes resulting from a twelve month research work with NGOs working in Athens, Greece, with refugees victims of torture. Our analyzes focus on how refugees who are victims of torture live and describe their trauma; the construction of representations, practices and standards for mental disorders; and how various actors represent, understand and use diagnostic constructs such as PTSD. Our research underscores the need for a more nuanced and contextualized understanding of trauma as being heavily influenced by cultural systems and wider historical, economic and social contexts.

«*En África, ve a ver al psicólogo, nunca había escuchado eso antes*»: los mediadores culturales como interpretaciones reveladoras del trauma entre los profesionales de la salud y los refugiados víctimas de tortura en Atenas

A pesar de la alta prevalencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT) entre los refugiados, se han planteado críticas significativas con respecto a la relevancia intercultural de este trastorno como constructo diagnóstico. La colaboración entre los profesionales de la salud mental y los refugiados con frecuencia encuentra barreras lingüísticas y culturales y aumenta el riesgo de malentendidos. ¿Cuál es el papel de la mediación cultural en este espacio? Para explorar la diversidad de perspectivas sobre el trauma, presentamos los análisis resultantes de un trabajo de investigación de doce meses con ONGs que trabajan en Atenas, Grecia, con refugiados víctimas de tortura. Nuestros análisis se centran en: cómo viven y describen su trauma los refugiados que son víctimas de tortura; la construcción de representaciones, prácticas y estándares para los trastornos mentales; y cómo varios actores representan, entienden y usan constructos de diagnóstico como el TEPT. Nuestra investigación subraya la necesidad de una comprensión matizada y contextualizada del trauma en tanto que está fuertemente influenciada por los sistemas culturales y los contextos históricos más amplios.