

Psychologie sociale

# L'alliance thérapeutique triadique dans une psychothérapie avec un interprète : un concept en quête de validation

*The triadic therapeutic alliance in a psychotherapy with an interpreter:  
A concept in search of empirical validation*

B. Goguikian Ratcliff<sup>a,\*</sup>, C. Pereira<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Faculté de psychologie et de sciences de l'éducation, unité de psychologie clinique interculturelle, université de Genève, FPSE, 40, boulevard du Pont-d'Arve, 1205 Genève, Suisse*

<sup>b</sup> *Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences, unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (UIMPV), hôpitaux universitaires de Genève, 75, boulevard de la Cluse, 1205 Genève, Suisse*

Reçu le 2 octobre 2017 ; accepté le 21 février 2018

---

## Résumé

Le recours à un interprète lors d'une consultation avec un patient allophone, est une pratique de plus en plus fréquente chez les cliniciens. Cependant, l'impact d'une tierce personne sur la relation de soin, notamment sur la construction de l'alliance thérapeutique, est une question peu évoquée dans la recherche sur la psychothérapie. Or, la présence d'un interprète modifie inévitablement le processus thérapeutique en le complexifiant. Elle implique certains aménagements du cadre physique et matériel, et impacte aussi bien les modalités techniques que les modalités de l'entretien, tout comme le contenu des échanges. Des concepts généraux relatifs à l'approche interculturelle seront d'abord présentés. Puis, la question de l'établissement d'une alliance thérapeutique triadique dans une perspective interactionniste et systémique sera abordée à partir de travaux sur des thérapies de couple et de famille ou des consultations précoces parent-nourrisson. L'application de ces modèles à une meilleure compréhension de l'alliance triadique entre thérapeute-interprète-patient, de ses composantes et dimensions spécifiques, sera finalement discutée. Les implications en termes de directions de recherche visant à optimiser la conduite d'une psychothérapie et, plus largement, d'une consultation avec un interprète seront présentées.

© 2018 Société Française de Psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Alliance thérapeutique ; Interprète ; Psychothérapie ; Migration ; Recherche clinique

---

\* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : [betty.goguikian@unige.ch](mailto:betty.goguikian@unige.ch) (B. Goguikian Ratcliff), [catarina.pereira-kraft@hcuge.ch](mailto:catarina.pereira-kraft@hcuge.ch) (C. Pereira).

## Abstract

The relevance of the use of an interpreter when receiving an allophone patient seems to be more and more accepted among clinicians. However, the influence of this third person on the therapeutic process, and particularly on the establishment of the therapeutic alliance, has received scarce attention so far. The presence of an interpreter inevitably modifies the therapeutic process and makes it more complex. It requires some adjustments of the physical and material setting. It also influences practical arrangements and the very nature of interactions, as well as their content. General concepts about the intercultural approach will first be presented. Subsequently, the issue of the establishment of a triadic therapeutic alliance during a couple and family therapy or mother infant consultations will be discussed from an interactionist and systemic perspective. The application of these models to a better understanding of patient-therapist-interpreter alliance and its specific components and dimensions will be discussed. Finally, research directions and some clinical considerations to optimize the conduct of a consultation or a psychotherapy with an interpreter will be stressed.

© 2018 Société Française de Psychologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Keywords:* Therapeutic alliance; Interpreter; Psychotherapy; Migration; Clinical research

---

## 1. Introduction

L'approche interculturelle en psychologie clinique s'intéresse à la question des contacts entre cultures dans le champ de la santé mentale (Guerraoui, 2011 ; Guerraoui & Troadec, 2000). Dans une situation où le thérapeute et le patient n'appartiennent pas au même univers culturel, le travail thérapeutique cherche à prendre en compte les implicites culturels dans l'établissement de l'alliance. Ce qui se joue dans la relation thérapeutique touche nécessairement à la question du rapport à l'altérité (Baubet & Moro, 2013) et à l'élaboration de l'interculturalité au sein même d'un cadre thérapeutique « métissé » (Goguikian Ratcliff & Changkakoti, 2004 ; Guerraoui, 2011). La capacité du thérapeute à penser le patient dans son contexte d'origine ou en relation à ses groupes d'appartenance socio-culturels, permet d'élaborer une double lecture – culturelle et individuelle – du symptôme, selon la méthode complémentariste proposée par Devereux (1972). Afin de parvenir à cette double lecture, le focus thérapeutique est mis sur l'actualisation de représentations et de pratiques culturelles (d'ici et d'ailleurs) dans un va-et-vient souple entre deux univers de sens, présent et passé.

Deux processus occupent une place centrale dans cette clinique, et engagent aussi bien le thérapeute que le patient : la décentration culturelle, entendue comme la capacité à prendre du recul par rapport à ses propres implicites, et le métissage, entendu comme un repositionnement identitaire visant à réduire les clivages et à intégrer de multiples appartenances et emprunts culturels (Moro, 1992 ; Moro & Lachal, 2006) Le travail avec un interprète tel que décrit ici peut offrir l'occasion de mettre en pratique ces processus.

## 2. L'interprète, outil de traduction ou élément du cadre thérapeutique ?

L'entretien avec un interprète<sup>1</sup> est une situation de plus en plus fréquente, en l'absence d'une langue commune entre soignant et patient. En dépit de certaines résistances dont la littérature

---

<sup>1</sup> Afin de ne pas alourdir le texte, le masculin est utilisé ici de manière générique, bien que la plupart des interprètes communautaires en Suisse soient des femmes.

s'est faite l'écho (pour une revue, voir [Délizée et De Ridder \(2016\)](#)), la pertinence du recours à ce tiers semble actuellement admise parmi les intervenants. La pratique clinique avec des migrants a conduit à questionner le rôle et la place de l'interprète en séance, ainsi que l'effet de cette tierce présence sur le processus thérapeutique. Dès les années 1990, certains auteurs ont souligné sa fonction d'informateur, voire de médiateur culturel entre deux univers de sens, celui du patient et celui du thérapeute ([Goguikian Ratcliff & Changkakoti, 2004](#) ; [Weber & Molina, 2003](#) ; [Métraux, 2002](#) ; [Métraux & Alvir, 1999](#) ; [Moro & de Pury Toumi, 1994](#)). Plus récemment, [Bounaina et Casper \(2012\)](#) insistent sur les aspects de facilitation relationnelle et affirment que la présence d'un interprète met en scène et en actes un espace interculturel et pas seulement bilingue. Ce tiers servirait non seulement à traduire, mais comme soutien et étayage de la relation de confiance entre thérapeute et patient. Se plaçant d'un point de vue anthropologique, [Moro et Delanoë \(2000\)](#) insistent sur le fait que les facteurs culturels devraient être pris en compte dans l'établissement de l'alliance thérapeutique avec un migrant. Ils soulignent que dans certaines cultures non occidentales, dites traditionnelles, les relations interpersonnelles sont structurées, dès l'enfance, sur un mode triadique ou groupal ouvert, et non sur le mode d'une relation dyadique parent-enfant. Le dispositif triadique thérapeute-patient-interprète augmenterait donc la pertinence culturelle du cadre proposé. Dans l'approche clinique interculturelle, l'interprète est donc plus qu'un simple outil de traduction ; il fait partie intégrante du cadre thérapeutique et y tient une place centrale.

Or, rares sont les études qui se sont intéressés à la contribution de l'interprète à l'établissement de l'alliance thérapeutique au sein d'un setting triadique. Cette absence de problématisation est surprenante et pourrait s'expliquer de deux manières. En premier lieu, il semblerait que la plupart des cliniciens envisagent le rôle de l'interprète comme s'il était en position « d'extériorité » ou d'effacement. Soulignons que cette vision, sous-tendue par un modèle médico-psychiatrique, va à l'encontre de ce qui ressort des études empiriques sur la place occupée par l'interprète dans des consultations médicales ou psychiatriques ([Angelelli, 2003](#) ; [Bot, 2005](#) ; [Délizée & Michaux, 2017](#) ; [Goguikian Ratcliff, 2010](#) ; [Leanza et al., 2014](#) ; [Miller, Martell, Pazdirek, Caruth et Lopez, 2005](#) ; [Weber & Molina, 2003](#)). Ces travaux montrent, au contraire, la présence active et la participation, voire même l'influence de l'interprète sur les modalités, la structure et le contenu des échanges et donc sur le processus thérapeutique. Malgré de grandes variations dans leurs méthodologies de recherche, ces auteurs s'accordent pour dénoncer le mythe d'un interprète invisible. En second lieu, cette absence de problématisation pourrait dénoter le présupposé implicite que, même si elle transite par un tiers, la relation patient-thérapeute est, sinon l'unique, du moins la seule qui compte vraiment pour le bon déroulement du processus thérapeutique.

Nous défendrons, à l'inverse, l'idée que le setting triadique donne lieu à des processus triadiques spécifiques qui se déroulent dans un espace inter et transsubjectif traversé par la dimension culturelle et interculturelle. En paraphrasant [Stern \(2003\)](#), on pourrait voir la triade thérapeute-interprète-patient comme une matrice intersubjective de sens, dans laquelle se déroule une expérience ou un schéma d'être à trois, en contexte interculturel. Dans ce qui suit, nous proposons une réflexion autour des concepts, méthodes et mesures permettant de comprendre les mécanismes à l'œuvre dans l'établissement de l'alliance dans une triade thérapeutique avec un interprète. Une perspective interactionniste et systémique sera adoptée pour décrire les composantes de l'alliance thérapeutique triadique, prenant appui sur des travaux effectués sur l'alliance familiale précoce (père-mère-bébé) et sur d'autres triades thérapeutiques (consultations parent-nourrisson ou thérapies de couples). L'adaptation de ces modèles à un contexte interculturel sera un élément central de notre réflexion.

### 3. L'alliance thérapeutique

Le terme d'alliance thérapeutique désigne la relation de confiance et de collaboration qui s'établit entre un patient et son thérapeute (Luborsky, 1977). Cette notion renvoie à la capacité fondamentale à établir un lien caractérisé par un « attachement positif » du patient à l'égard du thérapeute (Zetzel, 1956 ; Luborsky, 1977), et une attitude compréhensive du thérapeute à l'égard du patient (Freud, 1913, 1946). Se plaçant d'un point de vue interactionniste et intersubjectif, Mitchel, cité par Bioy & Bachelart (2010), souligne que les échanges doivent se caractériser par la spontanéité, la réciprocité, l'authenticité et l'engagement mutuel.

L'alliance thérapeutique est actuellement largement reconnue comme une composante de base de toute prise en charge thérapeutique, une « variable intégrative quintessentielle » (Wolfe et Goldfried, 1998), et un concept trans-théorique, mis en lien avec l'efficacité thérapeutique. Il s'agit là d'un facteur prédictif de l'efficacité thérapeutique indépendamment de l'approche thérapeutique et des caractéristiques du patient (Horvath & Bedi, 2002).

La plupart des définitions différencient une composante affective, soit un climat propice à un échange relationnel entre patient et thérapeute ; et une dimension cognitive, également appelée alliance de travail. Cette dimension renvoie à un accord sur les buts généraux du traitement, sur les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir, et comporte l'idée d'une responsabilité commune dans la résolution du problème (Hervé et al., 2008). Autrement dit, comme le résume Collot (2011), l'alliance thérapeutique s'établit suite à un accordage affectif et à un accord intellectuel sur un projet thérapeutique commun. Mais, à notre connaissance, la validité transculturelle de ce concept, et en particulier la dimension alliance de travail, entendue comme collaboration et responsabilité partagée quant au déroulement et à l'issue de l'intervention, a jusqu'ici été peu étudiée.

#### 3.1. Particularités de l'alliance thérapeutique en contexte interculturel

La rencontre interculturelle, met en présence des individus—ici, thérapeute et patient—porteurs de cultures différentes (Camilleri & Cohen-Emerique, 1989). Ces différences peuvent s'exprimer dans des dimensions sociale, religieuse, institutionnelle et familiale, mais aussi en particulier, dans les conceptions de la maladie et des soins qui peuvent être profondément divergentes (Kirmayer & Minas, 2000 ; Kleinman, 1981). Toute prise en charge doit donc débiter par la co-construction d'une vision commune du problème. Cela implique de clarifier et de méta-communiquer sur les représentations respectives du problème, de ses causes, voire si nécessaire, de procéder à une négociation sur la manière d'y remédier (Bouznah, Lewertowski & Mayot-Duclot, 2007 ; Kleinman, 1981 ; de Jonckee, Chalverat, Rufini Steck & Elghezouani, 2011 ; Kirmayer, Guzder & Rousseau, 2013 ; Sturm et al., 2016) afin de parvenir à un projet thérapeutique partagé. Par ailleurs, il est essentiel de clarifier le type d'aide attendue par le patient. Shonfeld-Ringel (2001) souligne la nécessité de prendre en compte de possibles divergences de vues quant au rapport à l'autorité. Alors que le thérapeute peut chercher à instaurer un rapport de collaboration égalitaire, les patients issus de cultures dites « traditionnelles », peuvent avoir une vision plus hiérarchique d'une autorité médicale « directive », les incitant à se montrer passifs, soumis, voire « hyperadaptés » (de Jonckee et al., 2011). À défaut de cette explicitation des attentes et d'une entente sur le focus thérapeutique, l'alliance de travail est médiocre et l'adhésion au traitement peut être compromise.

L'établissement de l'alliance thérapeutique dans sa dimension affective, comporte également des spécificités dans la clinique des migrants. Coleman (2000) a souligné l'importance d'une

attitude ouverte, respectueuse et humble de la part du thérapeute. En effet, les séparations, les ruptures et la discontinuité socioculturelle vécues suite à l'expérience migratoire, et les traumatismes d'origine humaine et intentionnelle ébranlent fortement la sécurité de l'attachement du migrant et sa capacité à faire confiance à autrui (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazola, 2005). Le thérapeute doit donc être particulièrement attentif aux aspects de sécurité, fiabilité et de confiance incarnés par son attitude et véhiculés par le cadre thérapeutique proposé. On l'aura compris, la construction d'une alliance thérapeutique en contexte interculturel, aussi bien dans sa dimension affective que cognitive, représente un défi et un enjeu crucial dans la clinique des migrants.

Lors du travail avec un interprète, la question de l'alliance se complexifie encore par le passage d'une relation dyadique à une relation triadique. Le thérapeute doit faire alliance avec deux individus ayant des fonctions, des statuts, des besoins spécifiques, et vivant différemment la situation thérapeutique. L'alliance résulte de la qualité des échanges entre trois personnes et doit être appréhendée par le biais des interactions se situant dans un système thérapeutique.

#### 4. Modélisations systémiques de l'alliance thérapeutique

Dans ce qui suit, nous allons passer en revue différents cadres conceptuels et méthodologiques permettant de saisir l'alliance triadique dans une approche systémique et interactionnelle. Pour ce faire, nous rendrons compte de travaux centrés sur différentes triades thérapeutiques (thérapies de couple et de familles, consultations parent-nourrisson). Nous présenterons d'abord le modèle intégratif et systémique de Pinsof (1994) et certains travaux empiriques qui s'en inspirent, puis le modèle de l'alliance familiale précoce (Fivaz-Depeursinge, Frascarolo & Corboz-Warnery, 1998) et certaines de ses applications au champ de la clinique.

##### 4.1. Le modèle intégratif et systémique de Pinsof

Voulant dépasser la dimension individuelle par la prise en compte d'aspects contextuels, Pinsof (1994) a tenté d'appréhender l'alliance thérapeutique selon une perspective intégrative et systémique. Il déclare que la thérapie est une interaction entre les systèmes du thérapeute et du patient. Ces systèmes sont définis par l'entourage et les acteurs-clés qui entrent directement ou indirectement en relation dans la prise en charge, et dont l'interaction constitue le système thérapeutique. Deux principes systémiques auraient un impact sur l'alliance : le premier est celui « d'organisation inclusive » qui postule que les systèmes sont hiérarchiquement organisés, le plus petit système étant l'individu et le plus grand étant le système thérapeutique. Le second principe, est la « causalité mutuelle » selon lequel chaque sous-système influence chacun des autres sous-systèmes de façon bidirectionnelle et réflexive (Rouel-Brax, 2001).

Cette modélisation systémique a donné lieu à différents travaux portant sur l'alliance thérapeutique dans des settings avec au moins trois participants, tels que des thérapies de couple, de famille, de groupe (Baillargeon, Pinsof & Leduc, 2005 ; Friedlander, Escudero, Heatherington & Diamond, 2011). Les auteurs s'accordent sur le fait que l'alliance qui résulte d'une relation à trois, ne peut être réduite à la simple addition de la contribution de chaque partenaire ou des relations dyadiques au sein de la « triade ». L'alliance globale qui se développe dans ces contextes thérapeutiques est donc une propriété supra-individuelle et supra-dyadique.

Dans ce type de setting, il s'agit pour le thérapeute d'établir simultanément une alliance avec différentes personnes. Friedlander et al. (2006) soulignent que la dimension affective de l'alliance ne suffit pas. Lorsqu'une triade thérapeutique met en présence des personnes en conflit,

le thérapeute doit veiller à ce que tous les participants s'accordent également sur la demande (à savoir, la nécessité d'une prise en charge et les bénéfices attendus). Par ailleurs, les auteurs affirment qu'une dimension essentielle de l'alliance est véhiculée par le cadre thérapeutique qui doit procurer un sentiment de sécurité partagé, permettant à chacun d'exprimer librement ses émotions, croyances et inquiétudes sans craindre d'éventuelles conséquences hors séance.

Les validations empiriques de ce modèle ont montré que les divergences de vues, évaluées par des auto-questionnaires mesurant des alliances dyadiques, sont fréquentes. L'ampleur des divergences inter-individuelles sont plus prédictives de l'issue thérapeutique, que la qualité des alliances dyadiques prises isolément (Robbins, Turner, Alexander & Perez, 2003 ; Symonds & Horvath, 2004).

Afin d'évaluer directement le climat interpersonnel au cours d'une thérapie de couple ou de famille Friedlander et al. (2006) ont développé un outil, le SOFTA, System for Observing Family Therapy Alliances. Il s'agit d'une grille d'observation de comportements en séance comportant 4 dimensions : engagement dans le processus thérapeutique ; lien affectif avec le thérapeute ; sécurité éprouvée au sein du cadre thérapeutique ; accord sur les buts du traitement avec les autres membres de la famille. Ces deux dernières dimensions, le cadre sécurisant et l'accord sur les buts, nous semblent particulièrement pertinentes dans la clinique avec des migrants. Toutefois, un tel outil est difficile à appliquer dans un contexte bilingue. Il nécessite, en effet, que l'évaluateur comprenne les deux langues en présence, car les items portent sur les échanges verbaux et non verbaux.

Les travaux d'une équipe suisse (Boss-Prieto, de Roten, Elghezouani, Madera & Despland, 2010; Elghezouani, de Roten, Boss-Prieto & Madera, 2007) ont tenté de saisir l'établissement de l'alliance thérapeutique lors de neuf psychothérapies avec interprètes menées avec des demandeurs d'asile d'ex-Yougoslavie. Ils ont comparé l'alliance thérapeutique précoce, telle que perçue par chacun des participants de la triade thérapeutique. Les évaluations ont porté, d'une part, sur les représentations du travail thérapeutique et la signification associée aux différentes composantes de l'alliance (aide, compréhension, confiance, collaboration, accord sur les tâches, accord sur les buts). D'autre part, le degré d'alliance avec les deux autres participants a été mesuré chez chaque membre de la triade. Les résultats ont montré que différentes conceptions subjectives de l'alliance thérapeutique co-existaient au sein des triades. Tant au niveau qualitatif que quantitatif, les interprètes avaient des perceptions proches de celles des patients, bien qu'ils partageaient également certaines représentations avec les thérapeutes. À l'inverse, thérapeutes et patients avaient des visions et des appréciations plutôt divergentes. Les auteurs concluent que l'interprète joue un rôle de médiateur relationnel contribuant à l'ajustement réciproque (Horvath, Gaston et Luborsky, 1993) au sein de la relation thérapeutique. Cela créerait un climat favorable au développement d'une bonne alliance globale au sein de la triade thérapeutique, sans toutefois indiquer comment mesurer cette alliance globale. Le phénomène de divergences au niveau de l'évaluation de l'alliance observé dans certaines triades thérapeutiques, se produit donc également lors d'une thérapie avec interprète, et ne semble pas totalement attribuable à la dimension interculturelle.

#### 4.2. *Le modèle de l'alliance familiale et adaptations à la clinique*

Le modèle de l'alliance familiale (Fivaz-Depeursinge et al., 1998) vise à décrire l'organisation structurale et la dynamique de l'interaction au sein de la famille. L'alliance familiale peut être définie comme une expérience à trois (père-mère-bébé) commune globalement positive. La qualité de l'alliance peut être saisie par des indicateurs non verbaux tels que (postures, distance et orientation

des corps, regards, mimiques faciales, prosodie, sourires, congruence des affects. . .). Le système de codage *Family Alliance Assessment Scale* (Carneiro, Corboz-Warnery & Fivaz-Depeursinge, 2006), vise à évaluer quatre dimensions : participation/engagement, d'organisation des rôles/de coordination au sein de chaque dyade, de focalisation, d'empathie/de contact affectif. L'alliance est fonctionnelle quand les interactions de la famille sont bien coordonnées et atteignent plus ou moins régulièrement des moments de plaisir ensemble. Elle est problématique ou dysfonctionnelle quand les interactions de la famille sont peu coordonnées, désorganisées et enfermées dans des boucles de réciprocité négative (Corboz-Warnery & Fivaz-Depeursinge, 2001).

L'alliance familiale peut être décomposée en trois dyades interconnectées père-enfant ; mère-enfant ; père-mère, s'influençant réciproquement et devant s'autoréguler et se coordonner pour rendre les interactions fonctionnelles (McHale & Fivaz-Depeursinge, 1999). La collaboration et la coordination entre parents, au sujet de l'enfant, est un déterminant majeur de l'alliance triadique (McHale & Lindahl, 2011). L'alliance coparentale est le concept qui désigne cette collaboration, définie comme le soutien instrumental et émotionnel que la mère et le père s'apportent mutuellement dans leurs rôles de parent (Favez, Frascarolo & Tissot, 2017 ; McHale, 1995).

Ce modèle a donné lieu à des applications dans le champ de la clinique du nourrisson, puisqu'il permet de saisir certains patterns interactifs, et l'ajustement de l'adulte au bébé, sans passer par le langage (Hervé, Lamour, Moro, Fivaz-Depeursinge & Maury, 2000 ; Hervé, Paradis, Legras & Visier, 2006 ; Hervé et al., 2008). Concernant la clinique de l'adulte, l'étude menée par de Roten, Fivaz-Depeursinge, Stern, Darwish & Corboz-Warnery (2000) – a cherché à saisir les indicateurs non verbaux de l'alliance au cours d'une thérapie de couple, dénommée alliance communicationnelle. Les auteurs ont mis en évidence une dimension d'engagement affectif entre les partenaires ainsi que le besoin de coordination des interactions tout au long de la séance pour maintenir l'engagement réciproque. Une bonne alliance globale se caractériserait par certains indices comportementaux : l'inclusion ou la participation/engagement de chacun dans l'échange à trois, la tenue d'un rôle ou une bonne organisation au niveau de la séance et la congruence dans les modalités de participation des membres de la triade.

En résumé, le modèle de l'alliance familiale, se focalisant sur les interactions non verbales et sur les aspects structurels de l'échange, plutôt que sur les contenus, présente un intérêt indéniable pour l'étude des triades patient-thérapeute-interprète. Toutefois, le système de codage micro-analytique soulève un certain nombre de problèmes de validité culturelle qui restent en suspens (Hervé et al., 2006). Par ailleurs, la question de savoir comment mesurer la contribution respective de chacune des dyades à l'alliance triadique globale fait encore débat (de Roten et al., 2000), et a été peu étudiée en contexte interculturel et bilingue.

Voyons à présent quelles sont les composantes et les processus interpersonnels spécifiques, à l'œuvre lors d'une consultation ou une psychothérapie avec un interprète.

## **5. La triade thérapeutique avec interprète : un système de trois dyades interconnectées ?**

La triade patient-interprète-thérapeute, met en jeu trois participants aux fonctions et statuts bien distincts. L'alliance thérapeutique triadique (ATT) pourrait se définir par un climat général bienveillant, chaleureux et soutenant le travail thérapeutique, qui résulte de l'interaction entre trois dyades interconnectées, patient-interprète ; interprète-thérapeute ; thérapeute-patient (Gabrielson, 2010). Au sein de chacune de ces dyades s'établit entre les participants un lien d'une nature particulière, tant au niveau des modalités de l'échange (verbal ou non verbal) que dans les buts

poursuivis. Dans ce qui suit, nous allons décrire ce qui caractérise chacune de ces alliances dyadiques et formulerons des hypothèses sur sa contribution à l’alliance globale.

### 5.1. *L’alliance au sein de la dyade interprète-thérapeute*

La relation entre thérapeute et interprète est avant tout de nature interprofessionnelle<sup>2</sup>. Dans cette dyade, la communication s’opère sur les modes verbal et non verbal. Le but poursuivi est d’établir une bonne collaboration, un engagement coordonné et un soutien mutuel en vue d’un but commun, celui d’aider le patient migrant (Bolton, 2002). En ce sens, cette relation s’apparente à la relation coparentale décrite plus haut. Nous proposons de considérer la relation thérapeute-interprète comme le vecteur fonctionnel de la triade. Ainsi, on pourrait s’attendre à ce que la qualité de cette collaboration ait un impact important sur les alliances thérapeute-patient, et interprète-patient, ainsi que sur l’alliance triadique.

Cette relation comporterait deux versants : un versant instrumental lié à la qualité et aux modalités techniques de la traduction, et un versant collaboration impliquant la participation et l’engagement mutuel. Le thérapeute n’a pas tellement prise sur la qualité de la traduction. Tout au plus, peut-il expliciter ses attentes sur le type de traduction souhaité (simultané ou différé ; axé sur le sens ou sur l’exhaustivité et la précision). En revanche, il peut créer les conditions pour que l’interprète se sente inclus et participant à part entière au processus thérapeutique, en sollicitant ses connaissances en matière culturelle, ou en l’encourageant à s’ouvrir sur sa propre expérience de migrant, en lien avec le récit du patient voire même en l’interrogeant sur de la validité culturelle d’une hypothèse, avant de la soumettre au patient.

Gabrielson (2010) souligne que cette collaboration découle de la reconnaissance par chacune des parties du rôle et de l’expertise de l’autre. Plusieurs auteurs comparent cette collaboration à une alliance de travail (Koch, Egbert & Coeling, 2005 ; Leanza et al., 2014) qui résulte en un sentiment d’être sur la même longueur d’onde, d’avoir une perspective commune et d’œuvrer pour un objectif commun, celui de l’amélioration de l’état du patient (Goguikian Ratcliff, Pereira & Fierro, 2017). La notion d’engagement mutuel implique une dimension non verbale relative à l’orientation du corps et au contact visuel. Elle se manifeste également par la congruence au niveau des émotions exprimées et l’idée que le déroulement de l’entretien découle d’une responsabilité partagée entre thérapeute et interprète, chacun dans les limites de ses fonctions (Ozolins & Hale, 2009).

Toutefois, plusieurs auteurs insistent sur le côté asymétrique et ambigu de cette collaboration (Leanza, 2006). En effet, d’une part, le clinicien se place généralement en position haute de par son statut de soignant, mais d’autre part, il est dépendant de l’interprète qui détient toutes les informations. De plus, les interprètes sont peu intégrés dans les services de soins, travaillent sur appel, et pâtissent d’un manque de reconnaissance professionnelle, tout en étant censés être des agents du système médical ou, du moins, des alliés du soignant (Brisset, Leanza & Laforest, 2013 ; Rosenberg, Leanza & Seller, 2007). Ces enjeux de pouvoir et de contrôle seraient source de tensions entre professionnels<sup>3</sup> et interprètes.

<sup>2</sup> Certains auteurs placent l’interprète dans un rôle de co-thérapeute. Cette appellation nous paraît abusive. Il s’agit avant tout pour nous d’une collaboration interprofessionnelle où seul le clinicien est à même de mener la thérapie.

<sup>3</sup> Le terme de professionnel désigne l’intervenant, clinicien ou autre, qui fait appel aux services d’un interprète pour un entretien bilingue.



On pourrait résumer la situation en dégageant deux composantes principales de cette relation :

- la collaboration, qui se manifesterait par la fluidité des échanges, un engagement mutuel au service du patient, une validation réciproque dans les interactions, un partage d'informations au sujet du patient et une certaine loyauté à l'égard de l'autre professionnel ;
- le conflit, qui se manifesterait par un désengagement, une compétition, des critiques, une désapprobation, voire un mécanisme de triangulation où l'interprète ferait une coalition avec le patient se distanciant du thérapeute. Ces comportements peuvent s'exprimer en séance ou hors séance, de manière ouverte et explicite ou latente et implicite.

L'état actuel des connaissances ne permet pas de dire s'il s'agit des deux pôles d'un continuum ou bien de deux dimensions qui co-existent au sein de la relation thérapeute-interprète. Quoiqu'il en soit, la reconnaissance de l'expertise mutuelle et les frontières de rôles apparaissent comme des déterminants majeurs de la qualité de cette relation et cela semble se construire sur la durée (Rousseau, Measham & Moro, 2011). Dans une étude empirique récente, Goguikian Ratcliff et al. (2017) ont montré que le facteur qui influence le plus l'ajustement et la bonne collaboration entre professionnel et interprète, est le nombre de fois où ils ont travaillé ensemble. Autrement dit, la dimension centrale semble être la compréhension par l'interprète de la nature du travail thérapeutique et la (re)connaissance par le thérapeute de l'expertise, des besoins et limites de l'interprète. Tout au long d'une séance, le clinicien doit être attentif aux signaux verbaux et non verbaux permettant d'évaluer la qualité de sa collaboration avec l'interprète et, au besoin, prendre le temps nécessaire hors séance pour en parler ouvertement avec l'interprète.

### 5.2. *L'alliance au sein de la dyade interprète-patient*

Cette alliance est avant tout de nature relationnelle et fondée sur l'appartenance linguistique et culturelle commune. Dans la dyade interprète-patient la communication s'opère sur les modes verbal et non verbal. Les partenaires partagent la même langue avec ce qu'elle comporte d'implicites, d'expressions imagées, de formules de langage, de métaphores, et un certain nombre de références historiques, géographiques, religieuses, et socioculturelles. En outre, et ce n'est pas négligeable, ils partagent le vécu de l'expérience migratoire et de l'installation dans le pays d'accueil. En effet, l'interprète est souvent lui-même un migrant ayant vécu des événements de vie similaires et connaissant bien les contextes social, économique, religieux, politique dont il est question.

Toutefois, en dépit de ces appartenances et trajectoires similaires, la confiance est une dimension centrale qui n'est pas garantie d'emblée ; elle peut être questionnée lorsque patient et interprète sont issus de communautés religieuses ou ethniques différentes, voire adverses, ou lorsque la confidentialité est mise en doute, le patient redoutant que ses difficultés ne soient connues de toute sa communauté (Kirmayer et al., 2011; Renteria, 2003; Tribe, 1999). Le choix de l'interprète doit donc s'effectuer non seulement en fonction de la langue mais aussi tenir compte, dans la mesure du possible, de considérations ethniques, religieuses, sociales et communautaires.

Du côté de l'interprète, outre le secret de fonction, se pose la question de la bonne distance lui permettant d'être empathique et engagé dans la communication sans trop s'identifier au patient ou donner libre cours à ses désirs de réparation (Goguikian Ratcliff, 2010 ; Goguikian Ratcliff & Suardi, 2006).

Ainsi, le bon « match » entre interprète et patient, c'est-à-dire l'adéquation entre les caractéristiques personnelles du patient et celles de l'interprète, est une question fondamentale, peu abordée dans la littérature, bien que comportant des implications cliniques évidentes. Dans cette optique, il

ne s'agirait pas d'appeler un interprète pour un patient allophone mais de réfléchir à quel interprète appeler, pour quel patient. Sur la base de nos observations cliniques, il semblerait que l'alliance entre patient et interprète soit meilleure lorsqu'ils présentent des profils socio-démographiques et culturels semblables (backgrounds) mais diffèrent en ce qui concerne la condition de migrant (statut légal, durée de résidence dans le pays d'accueil, niveau d'acculturation). En effet, une trop grande différence dans les background réduit les apports de l'interprète à une activité de traduction sans mise en perspective socioculturelle. À l'inverse, trop de similitudes dans les facteurs qui ont poussé à l'exil ou dans le contexte de vie migratoire peut provoquer un phénomène de sur-identification et entraîner une trop forte implication émotionnelle de la part de l'interprète.

En dépit de ces questions critiques, souvent « impensées », la présence d'un interprète est le plus souvent accueillie favorablement par le patient. Il est perçu comme un soutien, un allié, parfois même un ami, améliorant la communication, expliquant les usages locaux (Jalbert, 1998 ; Renteria, 2003), et offrant au patient une meilleure représentation du fonctionnement des institutions du pays d'accueil et une meilleure compréhension des soins prodigués.

### 5.3. *L'alliance au sein de la dyade patient-thérapeute*

L'établissement d'une bonne alliance entre thérapeute et patient allophone présente un certain nombre de particularités. Tout d'abord, les interactions directes sont de nature non verbale (regard, tonalité de la voix, élocution, débit, gestuelle, orientation du corps. . .), et la communication verbale transite par un tiers. Elle est donc dépendante et nécessairement influencée par la confiance et la bonne collaboration qui s'établit au sein des dyades et interprète-thérapeute interprète-patient.

Trois caractéristiques du cadre thérapeutique peuvent favoriser cette alliance. Tout d'abord, le recours à un interprète, offrant la possibilité au patient de communiquer dans sa langue et de se faire entendre est un marqueur de la reconnaissance par le thérapeute de l'altérité culturelle et de son ouverture à accueillir en séance la langue et l'univers culturel du patient. Ensuite, le recours à un interprète professionnel, soumis au secret de fonction, et non un interprète ad hoc, signe la prise en compte par le thérapeute des besoins de sécurité et de confidentialité du patient. Enfin, la présence du même interprète au fil des séances marque la reconnaissance des besoins de continuité du patient. Ces besoins fondamentaux, souvent mis à mal par les discontinuités et ruptures induites par la migration, sont rarement pris en compte par les cliniciens. À cet égard, de Jonckeere et al. (2011) et Métraux (2008), parlent d'une « clinique de la reconnaissance » traduite en actes par le thérapeute.

## 6. **Quels indicateurs et méthodes d'évaluation ?**

Dans la recherche interculturelle, le manque d'outils traduits, adaptés et validés de manière transculturelle est un problème méthodologique majeur. La question de savoir s'il vaut mieux traduire et adapter un outil validé ou en construire un nouveau se pose de manière récurrente. Nous penchons pour la première option, car cela présente l'avantage de s'appuyer sur un corpus de données de recherches préalables. Toutefois, un certain nombre de questions reste en suspens, en particulier, celle la validité culturelle des questionnaires d'alliance. Comme le soulignent Hervé et al. (2006), les réponses du patient peuvent être influencées par ce qu'il attend ou imagine de la relation thérapeutique (conventions sociales, crainte de rupture du lien, etc.) et ne pas porter sur leur perception de ce qui vient de se passer en séance. La question de savoir qui doit remplir le questionnaire d'alliance, patient, thérapeute, interprète ou observateur externe est difficile à trancher, car l'alliance évaluée par le patient ou par un observateur externe est

plus prédictive de l'issue thérapeutique que celle évaluée par le thérapeute (Hervé et al., 2006). Comme relevé plus haut, en situation interculturelle, ce dernier aurait tendance à évaluer l'alliance moins favorablement que le patient migrant (Elghezouani et al., 2007). Ce résultat demande à être répliqué.

Par ailleurs, une méthodologie mixte, associant des questionnaires d'évaluation de l'alliance, complétés par des grilles d'évaluation des interactions non verbales pourrait permettre d'aboutir à résultats riches et nuancés. Toutefois, la question de la validité transculturelle des comportements observables ou des items retenus, reste à élaborer.

## 7. Conclusions et perspectives

L'idée centrale défendue dans cet article est que l'ATT lors d'une psychothérapie avec un interprète peut être décomposée en différentes sous-alliances dyadiques qui interagissent entre elles et s'influencent réciproquement. Une meilleure appréhension des spécificités de l'ATT et des sous-alliances qui la composent pourrait être utile aux professionnels. Des recherches empiriques seraient nécessaires pour mettre à l'épreuve les formulations proposées ici et mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre dans une thérapie avec interprète. La conceptualisation de l'ATT en sous-systèmes dyadiques permet de dissocier ce qui relève de la collaboration interprofessionnelle, de l'appartenance culturelle et linguistique commune, et de la relation thérapeutique à proprement parler. Mais ce concept tel que nous l'envisageons, va au-delà de la co-existence de ces trois relations. Il se focalise sur leur interaction, c'est-à-dire sur leurs influences réciproques, et vise à en dégager les principales dimensions.

Il reste à explorer davantage le rôle et la contribution respective de chacune des sous-alliances dyadiques dans l'émergence de l'ATT globale. Autrement dit, quels sont les « ingrédients » qui rendent la triade thérapeutique fonctionnelle ou dysfonctionnelle ? Il serait utile d'établir empiriquement quelles sont les dimensions essentielles de chacune des sous-alliances et de tester l'implication de ces dimensions dans le développement des différents types d'alliance fonctionnelle ou dysfonctionnelle et sur l'efficacité de la prise en charge.

Autre question incontournable, celle du pattern temporel d'établissement de ces différentes alliances. Miller et al. (2005) suggèrent que l'alliance patient-thérapeute apparaît plus tardivement que l'alliance patient-interprète. Cela peut être mis en lien avec les travaux de Despland, de Roten, Martinez, Plancherel & Solai (2000) montrant que l'alliance se développe d'abord dans sa dimension de lien affectif immédiat et ensuite seulement dans la dimension de collaboration/adhérence au traitement. Ce résultat, paraît varier en fonction de l'approche thérapeutique. L'étude de Webb et al. (2011) effectuée dans un contexte de thérapie cognitivo-comportementale de la dépression montre que l'accord sur les tâches et les buts, précède le lien affectif, qui est médiatisé par la diminution précoce des symptômes. Dans la suite de ces travaux, nous pourrions formuler l'hypothèse que dans un setting triadique interculturel, les alliances dyadiques impliquant l'interprète, précèdent l'alliance entre thérapeute et patient, qui serait conditionnée par celles-ci. En effet, les relations patient-interprète et thérapeute-interprète impliquent des interactions à la fois verbales et non verbales, et permettent un échange direct et une perception plus immédiate, « non filtrée » de la situation.

Ce type de recherche demande une réflexion méthodologique approfondie ainsi qu'une formation et un temps de recueil et d'analyse des données très importants. Il apparaît cependant indispensable à l'amélioration de nos pratiques de soins avec des migrants et à la prévention des ruptures de traitement. Cette question est cruciale car elle touche à l'accessibilité et à la continuité des soins chez une population à risque. De façon générale, et en particulier dans la

clinique des migrants, un des défis qui s'impose aux cliniciens consiste à développer des modèles d'intervention guidés par des principes fondés empiriquement.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Remerciements

Les auteurs remercient Nicolas Favez pour la lecture d'une première version de ce manuscrit.

## Références

- Angelelli, C. (2003). *The visible co-participant: the interpreter's role in doctor-patient encounters*. In M. Metzger, S. Collins, V. Dively, & R. Shaw (Eds.), *From topic boundaries to omission: New research on interpretation* (pp. 3–26). Washington: Gallaudet University Press.
- Baillargeon, P., Pinsof, W.-M., & Leduc, A. (2005). Modèle systémique de l'alliance thérapeutique [Systemic model of therapeutic alliance]. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 55, 137–143. <http://dx.doi.org/10.1016/j.erap.2004.09.001>
- Baubet, T., & Moro, M. R. (2013). *Psychopathologie transculturelle [Transcultural psychopathology]*. Paris: Elsevier Masson.
- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques [Therapeutic alliance: history, research and clinical perspectives]. *Perspectives Psy*, 49(4), 317–326.
- Bolton, J. (2002). The third presence: A psychiatrist's experience of working with non-English speaking patients and interpreters. *Transcultural Psychiatry*, 39(1), 97–114. <http://dx.doi.org/10.1177/136346150203900104>
- Boss-Prieto, O. L., De Roten, Y., Elghezouani, A., Madera, A., & Despland, J.-N. (2010). Differences in therapeutic alliance when working with an interpreter: a preliminary study. *Schweizer Archiv für Psychiatrie*, 161(1), 14–16.
- Bot, H. (2005). *Dialogue interpreting in mental health*. Amsterdam and New-York: Rodopi.
- Bounaina, W., & Casper, M. C. (2012). L'entretien clinique en présence d'un interprète. Depuis longtemps une expérience en questions. *Perspectives Psy*, 2(51), 191–199.
- Bouznah, S., Lewertowski, C., & Margot-Duclot, A. (2007). Une nouvelle alliance contre la maladie ou quand les jinnas viennent visiter les médecins. *Doleurs : évaluation-diagnostic-traitement*, 8(1), 16.
- Brisset, C., Leanza, Y., & Laforest, K. (2013). Working with interpreters in health care: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 91(2), 131–140. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.008>
- Camilleri, C., & Cohen-Emerique, M. (1989). *Chocs de cultures : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel [Culture choc: intercultural concepts and practical issues]*. Paris: L'Harmattan.
- Carneiro, C., Corboz-Warnery, A., & Fivaz-Depeursinge, E. (2006). The prenatal Lausanne trilogue play: a new observational assessment tool of the prenatal co-parenting alliance. *Infant Mental Health Journal*, 27(2), 207–228. <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.20089>
- Coleman, D. (2000). The therapeutic alliance in multicultural practice. *Psychoanalytic Social Work*, 7(2), 65–87. [http://dx.doi.org/10.1300/J032v07n02\\_04](http://dx.doi.org/10.1300/J032v07n02_04)
- Collot, E. (2011). *L'alliance thérapeutique – fondements et mise en œuvre*. Paris: Dunod [Therapeutic alliance: Foundations and implementation].
- Corboz-Warnery, A., & Fivaz-Depeursinge, E. (2001). Du couple à la famille : l'alliance parentale prénatale annonce-t-elle le devenir de la famille ? [From couple to family: Does antenatal parental alliance predict the future of the family?]. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2, 17–34. <http://dx.doi.org/10.3917/ctf.027.0017>
- de Jonckere, C., Chalverat, C., Rufini Steck, L., & Elghezouani, A. (2011). *Le thérapeute et le diplomate : modélisation des pratiques de soin aux migrants [The therapist and the diplomat: Modelization of care practices for migrants]*. Genève: IES.
- de Roten, Y., Fivaz-Depeursinge, E., Stern, D., Darwish, J., & Corboz-Warnery, A. (2000). Body and gaze formations and the communicational alliance. *Psychotherapy Research*, 10(1), 30–46.

- Délicée, A., & De Ridder, P. (2016). *L'interprète-kaléidoscope ou le questionnement identitaire de l'interprète en santé mentale. Un état de la question* [Interpreter-kaleidoscope or search for identity of the interpreter in mental health]. HumanOrg, Institut de recherche en développement humains et des organisations: Presses universitaires de Mons [[https://www.researchgate.net/publication/299367581\\_L%27interprete-kaleidoscope\\_ou\\_Le\\_questionnement\\_identitaire\\_de\\_1%27interprete\\_en\\_sante\\_mentale\\_Un\\_etat\\_de\\_la\\_question](https://www.researchgate.net/publication/299367581_L%27interprete-kaleidoscope_ou_Le_questionnement_identitaire_de_1%27interprete_en_sante_mentale_Un_etat_de_la_question)]
- Délicée, A., & Michaux, C. (2017). Discussion critique interprétée et stratégies argumentatives et discursives : analyse du positionnement intersubjectif de l'interprète [Interpreted critical discussion and argumentative and discursive strategies: Analysis of the intersubjective view of the interpreter]. *Public Service Interpreting*, 5(7), 86–110 [Dragoman, Special issue].
- Despland, J.-N., de Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A.-C., & Solai, S. (2000). L'alliance thérapeutique : un concept empirique [Therapeutic alliance: An empirical concept]. *Médecine et hygiène*, 58, 1877–1880. <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2315/20758>
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris: Flammarion.
- Elghezouani, A., de Roten, Y., Boss-Prieto, O., & Madera, A. (2007). Analyse de l'alliance thérapeutique dans la psychothérapie interculturelle : une approche interactionniste [Analysis of therapeutic alliance in intercultural psychotherapy: Interactionist approach]. *Actualités psychologiques*, 19, 147–151.
- Favez, N., Frascarolo, F., & Tissot, H. (2017). The family alliance model: A way to study and characterize early family interactions. *Frontiers in Psychology*, 8. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01441>
- Fivaz-Depeursinge, E., Frascarolo, F., & Corboz-Warnery, A. (1998). Évaluation d'alliance triadique dans un jeu père-mère-bébé [Assessment of triadic alliance in a father-mother-child game]. *Devenir*, 10(4), 79–104.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Horvath, A. O., Heatherington, L., Cabero, A., & Martens, M. P. (2006). System for observing family therapy alliances: A tool for research and practice. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 214–225. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.53.2.214>
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G. M. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 25–33. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022060>
- Freud, S. (1913). Le début du traitement. In S. Freud : *la technique psychanalytique*. pp. 80–104. Paris: PUF [1997].
- Freud, S. (1946). De la technique psychanalytique. In S. Freud : *abrégé de psychanalyse*. pp. 39–51. Paris: PUF [1985].
- Gabrielson, E. (2010). *Cultural responsiveness: working with interpreters when providing mental health services to LEP clients*. Pepperdine University: Dissertations Publishing.
- Goguikian Ratcliff, B. (2010). Du bon usage de l'interprète, entre neutralité et implication émotionnelle [The proper use of the interpreter, between neutrality and emotional involvement]. In P. Singy, C. Bourquin, & O. Weber (Eds.), *Barrières linguistiques en contexte médical [Language barriers in medical context]* (pp. 39–56). Lausanne: Cahiers de L'ILSL.
- Goguikian Ratcliff, B., & Changkakoti, N. (2004). Le rôle de l'interprète dans la construction de l'interculturalité dans un entretien ethnopsychiatrique [The interpreter's role in the construction of interculturality during an ethnocultural interview]. *L'autre, cliniques, culture et société*, 5(2), 255–264. <http://dx.doi.org/10.3917/lautr.014.0255>
- Goguikian Ratcliff, B., & Suardi, F. (2006). L'interprète dans une consultation thérapeutique : conceptions de son rôle et difficultés éprouvées [The interpreter in a therapeutic consultation: Understanding of his role and experienced difficulties]. *Psychothérapies*, 1, 37–49. <http://dx.doi.org/10.3917/psys.061.0037>
- Goguikian Ratcliff, B., Pereira Kraft, C., & Fierro, I. (2017). L'évaluation de la collaboration entre interprètes et intervenants primaires dans différents services publics [Assessment of interpreter-primary care specialists collaboration in various public services]. *Public Service Interpreting*, 5(7), 164–188 [Dragoman, Special issue, <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:93103>]
- Guerraoui, Z. (2011). Psychologie des contacts de cultures: psychologie de l'interculturalité [Psychology of cultural contacts: Psychology of interculturalization]. In Z. Guerraoui, & G. Pirlot (Eds.), *Comprendre et traiter les situations interculturelles [Understanding and treating intercultural cases]* (pp. 37–54). Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Guerraoui, Z., & Troadec, B. (2000). *Psychologie interculturelle [Intercultural psychology]*. Paris: Armand Colin.
- Hervé, J., Lamour, M., Moro, M. R., Fivaz-Depeursinge, E., & Maury, M. (2000). Analyse des interactions triadiques précoces. Co-construction des outils conceptuels et méthodologiques. In M. Maury, & M. Lamour (Eds.), *Alliances autour du bébé : de la recherche à la clinique* (pp. 27–63). Paris: PUF.
- Hervé, M. J., White-Koning, M., Paradis-Guennou, M., Guiraud, A., Picot, M. C., Grandjean, H., & Maury, M. (2008). Adaptation d'une échelle d'alliance thérapeutique au contexte des consultations mère-nourrisson. *Devenir*, 20(1), 65–85. <http://dx.doi.org/10.3917/dev.081.0065>
- Hervé, M.-J., Paradis, M., Legras, S., & Visier, J. P. (2006). À propos d'une recherche sur l'alliance thérapeutique dans les consultations précoces [A research on therapeutic alliance in early consultations]. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54(1), 38–44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2005.09.002>

- Horvath, A., Gaston, L., & Luborsky, L. (1993). The therapeutic alliance and its measures. In N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber, & J. P. Doherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research* (pp. 247–273). N.Y: Basic Books.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that works: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37–69). New-York: Oxford University Press.
- Jalbert, M. (1998). Travailler avec un interprète en consultation psychiatrique [Working with an interpreter in a psychiatric consultation]. *Prisme*, 8(3), 94–111.
- Kirmayer, L., Guzder, J., & Rousseau, C. (2013). *Cultural consultation: Encountering the other in mental health care*. New York: Springer Science & Business Media.
- Kirmayer, L. J., & Minas, H. (2000). The future of cultural psychiatry: An international perspective. *Canadian Journal of psychiatry*, 45(5), 438–446. <http://dx.doi.org/10.1177/070674370004500503>
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959–E967. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- Kleinman, A. (1981). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California press.
- Koch, L., Egbert, N., & Coeling, H. (2005). The working alliance as a model for interdisciplinary collaboration. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 25(4), 369–373.
- Leanza, Y. (2006). L'interprète médiateur communautaire : entre ambiguïté et polyvalence [Interpreter and community mediator: Between ambiguity and versatility]. *L'autre*, 7(1), 109–123. <http://dx.doi.org/10.3917/lautr.019.0109>
- Leanza, Y., Boivin, I., Moro, M. R., Rousseau, C., Brisset, C., Rosenberg, E., & Hassan, G. (2014). Integration of interpreters in mental health interventions with children and adolescents: The need for a framework. *Transcultural Psychiatry*, 52(3), 373–375. <http://dx.doi.org/10.1177/1363461514558137>
- Luborsky, L. (1977). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 367–395). New York: Brunner & Mazel.
- McHale, J. (1995). Coparenting and triadic interactions during infancy: the roles of marital distress and child gender. *Developmental Psychology*, 31, 985–996.
- McHale, J., & Fivaz-Depeursinge, E. (1999). Understanding triadic and family group interactions during infancy and toddlerhood. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2), 107–127. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1021847714749>
- McHale, J., & Lindahl, K. (2011). *Coparenting: theory, research and clinical applications*. Washington: APA. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.31.6.985>
- Métraux, J.-C. (2002). L'interprète, ce nouvel acteur [The interpreter, this new actor]. *Cahiers psychiatriques*, 29, 115–135.
- Métraux, J.-C. (2008). Du mépris à la reconnaissance. Réflexions sur la psychothérapie des familles migrantes [From contempt to acknowledgement. Reflections on psychotherapy with migrant families]. *Le divan familial*, (2), 135–154. <http://dx.doi.org/10.3917/difa.021.0135>
- Métraux, J.-C., & Alvir, S. (1999). Complémentarité entre thérapeute de famille et interprète dans les interventions transculturelles. Les architectes de Babel. *Revue Française de Thérapie Familiale*, 17, 46–50.
- Miller, K. E., Martell, Z. L., Pazdirek, L., Caruth, M., & Lopez, D. (2005). The role of interpreters in psychotherapy with refugees: An exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(1), 27–39. <http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.75.1.27>
- Moro, M. R. (1992). Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie : l'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles [Theoretic and methodological principles of ethnopsychiatry: Example of work with migrants' children and their families]. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 71–98. <http://dx.doi.org/10.7202/502071ar>
- Moro, M. R., & de Pury Toumi, S. (1994). Essai d'analyse des processus interactifs de la traduction dans un entretien ethnopsychiatrique [Attempt to analyse interactive processes of translation in an ethnopsychiatric interview]. *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, 25(26), 47–85.
- Moro, M. R., & Delanoë, Q. (2000). La part du thérapeute. Actes représentations et affects du thérapeute dans les psychothérapies mère-bébé. In M. Maury, M. et, & Lamour (Eds.), *Alliances autour du bébé* (pp. 139–148). Paris: PUF.
- Moro, M. R., & Lachal, C. (2006). *Les psychothérapies [Psychotherapies]*. Paris: Armand Colin.
- Ozolins, U., & Hale, S. (2009). Introduction. In S. Hale, U. Ozolins, & L. Stern (Eds.), *The critical link 5. Quality in interpreting: A shared responsibility* (pp. 1–12). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Pinsolf, W. M. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. In A. O. Howarth, & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 173–195). New York: John Wiley.

- Renteria, S.-C. (2003). Analyse du point de vue des patients [Analysis of patients' point of view]. In P. Guex, & S. Singy (Eds.), *Quand la médecine a besoin d'interprètes [When medicine needs interpreters]* (pp. 60–84). Genève: Médecine et hygiène.
- Robbins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F., & Perez, G. A. (2003). Alliance and drop-out in family therapy for adolescents with behavior problems: individual and systemic effects. *Journal of Family Psychology, 17*, 534–544.
- Rosenberg, E., Leanza, Y., & Seller, R. (2007). Travailler avec un interprète en soins de première ligne : pertes et renoncements [Work with an interpreter in primary care: losses and waivers]. *Bulletin No, 45*, 30–36.
- Rouel-Brax, S. (2001). Pinsouf ou une lecture systémique de l'alliance thérapeutique [Pinsouf or a systemic reading of the therapeutic alliance]. *Généralisations, 22*, 25–29.
- Rousseau, C., Measham, T., & Moro, M. R. (2011). Working with interpreters in child mental health. *Child and Adolescent Mental Health, 16*(1), 55–59. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-3588.2010.00589.x>
- Shonfeld-Ringel, S. (2001). A re-conceptualization of the working-alliance in cross-cultural practice with non-western clients: integrating relational perspectives and multicultural theories. *Clinical Social Work Journal, 29*(1), 53–63. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1005258511296.pdf>
- Stern, D. (2003). *Le moment présent en psychothérapie. Un monde dans un grain de sable [The present moment in psychotherapy. A world in a grain of sand]*. Paris: Odile Jacob.
- Sturm, G., Bonnet, S., Gouzvinsk, F., Pinquier, A., Guerraoui, Z., & Raynaud, J. P. (2016). Améliorer l'alliance thérapeutique avec enfants et familles en situation interculturelle [Improve therapeutic alliance with children and families in intercultural situation]. *L'Autre, 2*(17), 223–233. <http://dx.doi.org/10.3917/laotr.050.0223>
- Tribe, R. (1999). Bridging the gap or damming the flow? Bicultural workers: some observations on using interpreters when working with refugee clients, many of whom have been tortured. *British Journal of Medical Psychology, 72*, 567–576. <http://dx.doi.org/10.1348/000711299160130>
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 389–399. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20047>
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Hollon, S. D., & Dimidjian, S. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance: differential relations with depressive symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(3), 279–283. <http://dx.doi.org/10.1037/a0023252>
- Weber, O., & Molina, M. E. (2003). Le point de vue des médiateurs culturels/interprètes [The cultural mediators'/Interpreters' point of view]. In P. Guex, & P. Singy (Eds.), *Quand la médecine a besoin d'interprètes [When medicine needs interpreters]* (pp. 85–112). Genève: Médecine et Hygiène.
- Wolfe, B. E., & Goldfried, M. R. (1998). Research on psychotherapy integration: recommendations and conclusions for an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 448–451.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis, 37*, 369–375.