

Université Paris 8 / SERAC

L'INTERPRETATION EN SANTE MENTALE : L'APPORT DE L'INTERMEDIATEUR

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de
Master Sciences du Langage
Spécialité Interprétariat LSF/Français

Par GARINOT Roxane
Sous la direction du Docteur Alexis KARACOSTAS

Paris, le 24 juin 2011

Année Universitaire 2010-2011

Université Paris 8 / SERAC

L'INTERPRETATION EN SANTE MENTALE : L'APPORT DE L'INTERMEDIATEUR

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de
Master Sciences du Langage
Spécialité Interprétariat LSF/Français

Par GARINOT Roxane
Sous la direction du Docteur Alexis KARACOSTAS

Paris, le 24 juin 2011

Année Universitaire 2010-2011

Remerciements

- Je remercie tout particulièrement mon directeur de mémoire, Alexis Karacostas, pour m'avoir guidée dans mes réflexions. Ce mémoire n'aurait pas vu le jour sans ses conseils avisés et son soutien. Je le remercie de m'avoir accordé du temps malgré son emploi du temps si chargé, et malgré les kilomètres.
- Je remercie également toute l'équipe de formation de SERAC et de Paris 8 : les formateurs, les universitaires, les intervenants ; pour leur disponibilité, leur écoute, leurs encouragements et la qualité de leurs enseignements pendant ces deux années de formation. Ils m'ont permis de grandir professionnellement.
- Un Grand Merci à ma petite maman, qui m'a toujours écoutée, soutenue et poussée vers le haut. Elle me disait toujours que je ferais un jour le métier de mes rêves... Sans elle, rien n'aurait été possible.
- Merci aussi à Thomas, qui a su me supporter, m'encourager dans le travail que j'ai mené ces deux dernières années, et qui a su y croire lorsque je perdais espoir. Merci d'être encore là aujourd'hui.
- Merci biensûr à ceux qui m'ont aidé dans l'élaboration de ce mémoire : Katy, Bibi, Sylvain, Nico, pour leurs transcriptions, corrections et le support technique.
- Merci aux interprètes, aux médiateurs sourds, ainsi qu'à la psychiatre qui ont bien voulu m'accorder le temps de répondre à mes entretiens. Votre expérience partagée a été d'une grande richesse.
- Merci à Pascaline d'avoir pris le temps de m'envoyer toute la documentation nécessaire. Merci pour sa bienveillance et sa disponibilité.
- Merci à tous mes proches et amis, qui ont toujours cru en moi, qui m'ont soutenue, qui ont su me faire sourire et décompresser lorsque j'en avais besoin. Ils ont partagé avec moi tous mes doutes et m'ont aidé à franchir cette si haute montagne. Merci à Amandine de toujours répondre présente, merci pour son écoute.
- Merci à Mamie, pour sa bienveillance et ses encouragements. Merci de croire en moi.
- Merci à toutes mes tutrices de stage, qui ont pris le temps de m'accompagner et de répondre à mes doutes et mes interrogations. Merci de m'avoir appris à voler de mes propres ailes.
- Merci à mes deux promos, celle de M1/DESU et celle de M2, pour la qualité de nos échanges, tous nos moments partagés, nos fous rires, nos larmes, votre soutien même à distance. Merci de m'avoir accueillie et Merci pour les amitiés qui sont nées. Je suis des plus heureuse et fière aujourd'hui d'avoir été des vôtres, la meilleure promo dont on aurait rêvé !

Résumé :

L'interprétation en santé mentale m'a toujours posé question en raison de la sensibilité que j'ai pour ce domaine, le « psy ». Je suis en effet de ces élèves interprètes qui ont une formation de base non linguistique, la mienne étant la psychologie. La santé mentale peut susciter des craintes, y compris chez les interprètes en Langue des Signes, malgré tous les écrits sur ce thème et les diverses expériences de terrain.

J'ai voulu m'interroger, dans le cadre de ce mémoire, sur la pertinence de l'intervention d'un intermédiaire sourd aux côtés de l'interprète en Langue des Signes, en santé mentale, ma problématique étant : **En quoi l'intervention d'un intermédiaire sourd aux côtés de l'interprète en Langue des Signes est-elle nécessaire en santé mentale ?** J'ai choisi de mener des entretiens semi-directifs pour répondre à cette problématique

La quasi-totalité des témoignages vont dans le sens où l'intermédiaire sourd, en tant que référent culturel et linguistique, apporte un réel confort et débloque de nombreuses situations. Cependant, il est urgent de mettre en place des formations pour les intermédiaires, que cette fonction devienne un réel métier, comme cela a été le cas pour les interprètes ces 30 dernières années. La professionnalisation de ce métier est primordiale pour qu'ils interviennent en vrais professionnels. Tous ont exprimé la gêne qu'ils éprouvent au quotidien dans leur pratique ; et cette absence de formation, de cadre clair d'intervention laisse la porte ouverte à de nombreuses déviances. De plus, il est très important que les besoins des patients sourds soient clairement analysés pour que l'intervention de l'intermédiaire soit opportune et appropriée. La présence systématique d'un intermédiaire n'est pas nécessaire. Si ces conditions sont respectées, l'apport de l'intermédiaire dans les consultations de santé mentale est indéniablement positif, pour le patient, bien sûr, pour le thérapeute qui améliore sa prise en charge, mais aussi, et c'est là l'objet de ma recherche, pour l'interprète en Langue des Signes qui y trouve un vrai confort pour sa traduction ; son intervention gagnant ainsi en qualité.

La maladie mentale est inquiétante, impressionnante, c'est vrai, y compris pour les interprètes, mais je pense vraiment que, par la mise en place de dispositifs tels que celui proposé dans ce mémoire, nous parviendrons à avoir une attitude plus sereine des interprètes face aux interventions qu'ils doivent assumer lors de consultations en santé mentale.

Sommaire

INTRODUCTION.....	3
METHODOLOGIE	5
1 L'INTERPRETE FACE A QUI ? FACE A QUOI ?.....	8
1.1 LIEUX D'EXERCICES DE L'INTERPRETE EN SANTE MENTALE	8
1.1.1 Les unités d'accueil et de soins en langue des signes.....	8
1.1.2 Les institutions spécialisées	9
1.1.3 Les cabinets de ville.....	9
1.2 DIFFICULTES ET ENJEUX POUR L'INTERPRETE EN SANTE MENTALE	10
1.2.1 La préparation.....	10
1.2.2 Traduire l'insensé.....	11
1.2.3 La question du transfert.....	13
1.2.4 La question du « Je ».....	14
1.2.5 Réflexions linguistiques	15
1.2.6 Le « filtre » de l'interprète et la question du regard.....	16
1.2.7 Les limites de la déontologie et la question de l'adaptation culturelle.....	19
1.2.8 Les thérapeutes	21
1.2.9 L'interprète co-thérapeute ?.....	23
1.2.10 Et la santé somatique ?.....	24
2 LE ROLE DE L'INTERMEDIATEUR SOURD.....	26
2.1 DEFINITION	26
2.1.1 Qu'est-ce qu'un intermédiaire ?.....	26
2.1.2 Pourquoi sourd ?.....	27
2.1.3 Les différentes fonctions assurées par l'intermédiaire	28
2.1.4 Intermédiaire, pour qui ?.....	29
2.1.5 La formation de l'intermédiaire.....	29

2.2	LE BINOME AVEC INTERPRETE.....	30
2.2.1	<i>Fonctionnement général</i>	30
2.2.2	<i>La question du placement</i>	32
2.2.3	<i>La question du transfert</i>	34
2.3	INTERMEDIATEUR, UNE INTERVENTION NECESSAIRE ?	35
2.3.1	<i>Apports</i>	35
2.3.1.1	Pour le patient.....	35
2.3.1.2	Pour le thérapeute	36
2.3.1.3	Pour l'interprète.....	36
2.3.2	<i>Points négatifs</i>	38
2.3.2.1	Le temps de consultation	38
2.3.2.2	La lourdeur du dispositif.....	39
2.3.2.3	Les problèmes liés au manque de formation des médiateurs	39
2.3.3	<i>Précautions à prendre</i>	40
2.4	INTERMEDIATEUR, UN PLACE DIFFICILE A DETERMINER	44
2.4.1	<i>Expert de la LSF et de la culture sourde ?</i>	44
2.4.2	<i>Co-thérapeute / Soignant ?</i>	44
2.4.3	<i>Comment bien former un intermédiaire ?</i>	45
2.4.4	<i>L'intermédiaire, un recours systématique ?</i>	47
	CONCLUSION	49
	ANNEXES	

Introduction

Dire ou entendre, signer ou voir des termes tels que « maladie mentale » ou encore « souffrance psychique » provoque chez tout un chacun, à divers degrés, de la peur, de l'angoisse, de l'effroi, du refus... Ce ne sont en tous cas pas des formulations qui évoquent quelque chose de positif. L'interprète en Langue des Signes ne déroge pas à cette règle et va souvent traduire des consultations de santé mentale à reculons, voire évite de s'y rendre.

Les personnes sourdes font partie d'une minorité culturelle et linguistique et doivent être soignées dans un environnement qui leur est adapté culturellement. Il est très important, pour bien soigner les sourds, qu'ils soient face à des professionnels faisant partie d'une équipe pluridisciplinaire et spécialisée et qui mettent tout en œuvre pour les comprendre. Ces recommandations sont proposées par le *Health Advisory Service*, en 1998, pour les soins proposés aux personnes sourdes¹.

L'interprète se veut être le pont linguistique et culturel entre les sourds et les entendants. Il est un professionnel intervenant dans un cadre précis, grâce à un code éthique et déontologique², mis en place par l'AFILS³.

L'interprétation en santé mentale m'a toujours posé question en raison de la sensibilité que j'ai pour ce domaine. Je suis en effet de ces élèves interprètes qui ont une formation de base non linguistique, la mienne étant la psychologie. Étudiante en psychologie, je m'interrogeais déjà sur la prise en charge de patients sourds en santé mentale. Dès mon entrée en formation d'interprète en Langue des Signes, ma réflexion s'est orientée sur l'intervention des interprètes en santé mentale. Le bagage théorique et surtout déontologique fourni par SERAC, mes formations précédentes ainsi que mes lectures m'ont apporté quelques éléments de réponse. Je l'ai dit précédemment, la santé mentale peut susciter des craintes, y compris chez les interprètes en Langue des Signes, malgré tous les écrits sur ce thème et les diverses expériences de terrain.

Plusieurs questions émergent :

- Quelles réponses apporter pour pallier les différentes difficultés rencontrées par l'interprète en Langue des Signes en santé mentale ?

¹ Anna CIOSI, Carole GUTMAN – « Interprétation et santé mentale », in Journal de l'AFILS Hors-série n°1 – Mai 2011 – p.73

² Annexes p. 43

³ Association Française des Interprètes et traducteurs en Langue des Signes

- Que faire pour que les dispositifs mis en place avec interprète dans le soin psychique des sourds soient confortables pour tout le monde (interprète, soignant et patient) ?
- Comment permettre aux sourds d'accéder au soin psychique et mental, à égalité avec les entendants ?

Dans le cadre de ce mémoire, je me suis interrogée sur la pertinence de l'intervention d'un intermédiaire sourd aux côtés de l'interprète en Langue des Signes, en santé mentale. Je pressens donc que sa présence apporterait des réponses face aux difficultés rencontrées dans la prise en charge psychique des sourds, et plus spécifiquement pour l'interprète.

C'est donc là l'objet de ma recherche : en quoi l'intervention d'un intermédiaire sourd aux côtés de l'interprète en Langue des Signes est-elle nécessaire en santé mentale ?

Je vais tenter de répondre à cette question tout au long de ce mémoire. Après avoir présenté les différentes difficultés que peut rencontrer l'interprète lors de ses interventions dans les différents lieux d'accueil des sourds dans ce domaine, je montrerai comment peut intervenir un intermédiaire sourd et j'interrogerai la pertinence de sa présence.

Les entretiens semi-directifs que j'ai menés, ainsi que les multiples références bibliographiques que je cite m'ont permis de construire la réflexion que je vous présente au fil de ce mémoire.

Méthodologie

Pour répondre à ma problématique, j'ai choisi de mener des entretiens semi-directifs auprès d'interprètes, d'intermédiaires et d'une thérapeute, à l'aide de guides d'entretien, placés en annexe. Je voulais, grâce à ces entretiens, connaître les dispositifs mis en place aussi bien dans les Unités d'Accueil et de Soins en Langue des signes (Unité dans les tableaux) qu'à l'extérieur, à savoir comment travaillent interprètes, soignants et intermédiaires ensemble, ou séparément ; mais également comment est mis en place le binôme interprète/médiateur, dans quelles conditions et quels sont les avantages et les inconvénients d'un tel dispositif, ce qu'il peut apporter plus spécifiquement à l'interprète, mais aussi au dispositif dans son ensemble, pour ce qui est de la santé mentale tout particulièrement. Mon objectif était, bien évidemment, de savoir si l'intervention d'un intermédiaire est utile, en quoi, comment et sous quelles conditions. Tous ces entretiens ont été enregistrés, traduits pour les entretiens en LSF et retranscrits.

Une étude qualitative me semblait plus intéressante qu'une étude quantitative. Je souhaitais en effet recueillir des avis de différents professionnels intervenant dans la santé mentale pour le public sourd et non faire une analyse statistique. On ne pouvait que difficilement répondre brièvement à mes questions qui en appelaient aux expériences de terrain des participants.

Interroger des personnes de toute la France m'a obligé à interroger certaines d'entre elles à distance, à savoir par Webcam, grâce à Oovoo pour les personnes sourdes, et par téléphone pour les interprètes et la psychiatre. Je me suis appuyée sur des guides d'entretiens⁴ propres à chaque profession pour mener ces entretiens. Les questions étant ouvertes, les participants pouvaient plus ou moins les développer, ce qui explique les différences de longueur des entretiens. L'ordre et la formulation exacts des questions n'ont pas été respectés, l'essentiel était d'avoir les informations nécessaires à ma recherche.

Les participants interprètes devaient avoir une expérience, si minime soit-elle en santé mentale. J'ai accepté d'interroger des interprètes n'ayant aucune expérience d'un travail avec intermédiaire, si ceux-ci avaient une réflexion sur le sujet.

Les intermédiaires devaient avoir une expérience en santé mentale ou en santé somatique, et avoir déjà travaillé avec interprète.

⁴ Annexes p.2 à p.4

La psychiatre interrogée, la seule à avoir répondu à ma demande, travaille en Unité d'Accueil et de Soins en Langue des Signes depuis plusieurs années.

Globalement, il était important pour moi de recueillir des avis de professionnels intervenant en province, tout comme en Ile de France, pour avoir un aperçu de ce qui se passe aussi en dehors de Paris.

Par souci d'anonymat, j'ai seulement indiqué si les participants interviennent en Ile-de-France (IDF dans les tableaux) ou en province et dans quel type de structure, sans les nommer.

J'ai classé les métadonnées dans les tableaux ci-dessous :

	Sexe	Lieu d'exercice	Ville	Expérience en santé mentale	Entretien mené...
ILS1	Femme	Unité et Service	Province	Quotidienne	Par téléphone
ILS2	Homme	Unité, Service et Institution	IDF	Quotidienne dans le passé	De visu
ILS3	Femme	Unité	Province	Quotidienne	Par téléphone
ILS4	Femme	Institution et Service	IDF	Occasionnelle	Par téléphone

	Sexe	Années d'expérience	Lieu d'exercice	Ville	Diplôme	Entretien mené...
MED1	Femme	2,5 ans	Unité	IDF	Educateur	De visu / Caméra
MED2	Homme	1,5 ans	Unité	IDF	Educateur	De visu / Caméra
MED3	Femme	3 ans	Unité	Province	Aide-soignant	Webcam / OOVVOO

	Sexe	Pratique de la LSF?	Expérience avec les sourds	Lieu d'exercice	Ville	Diplôme	Entretien mené...
PSY	Femme	Oui	Depuis 2004	Unité	Province	Psychiatre	Par téléphone

On peut constater aisément des inégalités quant à la participation des différents corps de métier à ma recherche.

Il est vrai que très peu d'interprètes interviennent en santé mentale de façon régulière et donc peu ont eu l'occasion de travailler avec intermédiaire. Certaines personnes contactées ont exprimé leur manque d'expérience pour pouvoir répondre à mes questions.

J'ai également contacté un certain nombre d'intermédiaires. J'ai essayé d'en contacter certains par mail vidéo, mais, face aux problèmes techniques que cela m'a posé, j'ai été obligée d'avoir recours à l'écrit. Étant donné le rapport particulier que certaines personnes sourdes ont à l'écrit, je me demande si cela n'a pas posé problème. De plus, il n'y a pas d'annuaire des intermédiaires comme il existe un annuaire des interprètes, j'ai donc dû passer par des intermédiaires et utiliser des contacts personnels pour avoir les coordonnées des intermédiaires, ce qui m'a pris beaucoup de temps. Également, la plupart des intermédiaires travaillent à temps partiel et ont déjà un planning très chargé, ce qui a empêché notamment un entretien.

Très peu de thérapeutes consultent auprès de patients sourds. Une seule psychiatre a répondu positivement pour participer à un entretien.

1 L'interprète face à qui ? Face à quoi ?

1.1 Lieux d'exercices de l'interprète en santé mentale

Le domaine de la santé mentale recouvre un large spectre de lieux d'exercices et de pratiques. Sans prétention d'exhaustivité, je présenterai ici les lieux les plus couramment fréquentés par les interprètes en Langue des Signes. Il est important pour un interprète de connaître quelque peu ces lieux pour y être préparé avant d'intervenir.

1.1.1 Les unités d'accueil et de soins en langue des signes

Jean DAGRON, dans son ouvrage *Les Silencieux*, présente la création de ces unités.

La première consultation fut créée en 1995, à titre expérimental à la Salpêtrière, à Paris. La mobilisation initiale était née pour les besoins de patients séropositifs mais la demande s'était rapidement élargie⁵. Cette consultation fut suivie de la création officielle de la première unité hospitalière en 1996, à la Salpêtrière.

Peu à peu, différents pôles, appelés depuis 2007 unités naissent à Paris et en province :

- En 2001, Sainte-Anne pour la santé mentale à Paris, puis Grenoble, Bordeaux et Strasbourg ;
- En 2002, Montpellier et Lille ;
- En 2003, Marseille, Rennes et Toulouse ;
- En 2004, Nancy, Cannes et Nice ;
- En 2007, Marseille pour la santé mentale⁶

La liste et les coordonnées des différentes unités est consultable sur la page :

<http://surdite.lsf.free.fr/sante.htm> .

Sans entrer dans les détails, je note que chacune des équipes comprend des médecins signeurs de différents niveaux de LSF, des interprètes ainsi que des professionnels sourds de différentes formations (aides-soignants, éducateurs, assistants sociaux... etc.) dont la fonction, pour la quasi-totalité d'entre eux, est celle d'intermédiaire (nous en reparlerons plus bas). Les interprètes travaillant au sein de ces unités sont embauchés avec des temps de travail très divers.

⁵ Jean DAGRON – *Les silencieux* – 2008 – p.101

⁶ Jean DAGRON – *ibid.* – 2008 – p.107

Depuis 2007, l'unité de Sainte-Anne n'est plus la seule en France à proposer un accueil spécifique en santé mentale, avec la création de l'unité de Marseille, même si certaines unités proposent des consultations de santé mentale. Il existe également des unités disposant d'un service psychiatrique fermé.

Au sein de ces Unités, l'interprète fait partie intégrante de l'équipe. Il est amené à intervenir dans tous les services de l'hôpital (structures internes et externes) et donc avec des soignants qui ont des degrés de connaissance variés de la surdité. Il en est de même pour les intermédiaires, comme le souligne MED2⁷. L'interprète, intégré au sein de l'équipe soignante, est également partie prenante du projet de soins de l'unité et peut bénéficier du soutien de ses collègues.

1.1.2 Les institutions spécialisées

Elles accueillent pour la plupart des enfants sourds, avec des champs théoriques très différents, allant de l'oralisme pur au bilinguisme. Un interprète peut être appelé, soit dans le cadre de son service d'interprètes, soit en tant que salarié de l'institution, à interpréter des consultations de santé mentale en institutions. Il s'agit d'un cadre spécifique auquel il doit se préparer.

1.1.3 Les cabinets de ville

La diversité que peut rencontrer un interprète dans un cabinet de ville est énorme. En effet, un sourd est tout à fait libre de choisir parmi les différents « psy » présents dans l'annuaire ou sur les différentes listes ADELI⁸ et ensuite de faire une demande d'interprète via les différents services d'interprètes de sa ville ou de sa région. Tout interprète peut donc être appelé à intervenir dans une multitude de cabinets de thérapeutes faisant appel à des techniques diverses. On rappellera seulement qu'il est bien sûr impossible de faire une cure psychanalytique classique avec interprète (le psychanalyste se plaçant derrière le patient sourd) pour des raisons évidentes de transfert, qui se ferait pour totalité sur l'interprète.

Lors de ces interventions, la plupart du temps, les thérapeutes ne connaissent pas le monde des sourds et n'ont jamais travaillé avec interprète. « *Dans ces situations peu ou pas préparées, les interprètes se retrouvent cautionnant de par leur présence un dispositif le plus*

⁷ Annexes p. 28

⁸ Le fichier ADELI (Automatisation DEs Listes) recense tous les professionnels de santé médicaux et paramédicaux tenus de faire enregistrer leur diplôme auprès de l'A.R.S. de leur département d'exercice. <http://www.ars.sante.fr/Adeli.97610.0.html>

*souvent inadapté mais auquel ils doivent se soumettre. [...] Ils sont clairement reçus comme des intrus*⁹ ». En me projetant dans ce genre de situations, je pense que la plus grande difficulté doit être de garder toute neutralité envers un professionnel qui donne des conseils tout à fait inadaptés à une personne sourde...

1.2 Difficultés et enjeux pour l'interprète en santé mentale

La santé mentale est un domaine d'exercice défini comme spécifique par Florence ENCREVE, Alexandre BERNARD et Francis JEGGLI dans leur ouvrage, en raison, entre autre, de la méconnaissance réciproque entre interprètes et thérapeutes¹⁰. Même si l'ILS2¹¹ dit ne jamais avoir vraiment été en difficulté lors de ses interventions en santé mentale, il arrive tout de même que l'interprète se retrouve face à différentes difficultés, comme l'expriment les ILS1, ILS3 et ILS4¹². Je vais vous les présenter.

1.2.1 La préparation

Nous le savons, parce qu'on nous le répète très souvent en formation d'interprète, mais aussi parce que nous l'éprouvons sur le terrain en stage notamment, la préparation est primordiale pour une bonne interprétation. Le domaine de la santé mentale ne déroge pas à cette règle. « *Il faut [...] que l'interprète prenne le temps de savoir et comprendre les enjeux de l'entretien qu'il s'apprête à traduire, pour se préparer et s'adapter au mieux.* »¹³

On sait aussi tous, en tant qu'interprètes, que cette préparation n'est que rarement facile à obtenir. L'interprète n'a souvent que les coordonnées et l'horaire du rendez-vous et c'est sur place qu'il doit se renseigner sur les tenants et les aboutissants de la vacation. La spécificité de la santé mentale fait que l'interprète se doit d'éviter de poser des questions trop précises au patient dans la salle d'attente pour des raisons qui paraissent évidentes, dans un tel contexte. Le patient pourrait se trouver très volubile avec l'interprète et le placer dans une situation délicate face au thérapeute. Pour illustrer ce propos, j'utiliserai un exemple donné

⁹ Marguerite BEAUCHAMPS – *Un fauteuil pour deux... L'interprète Français/LSF en santé mentale : une place à élaborer* – 2007 – p.38

¹⁰ Alexandre BERNARD, Florence ENCREVE, Francis JEGGLI – *L'interprétation en langue des signes* - 2007 – p.152

¹¹ Annexes p. 11

¹² Annexes p. 5, 16 et 21

¹³ Marguerite BEAUCHAMPS – *op. cit.* – 2007 – p.14

par Alexandre BERNARD, Florence ENCREVE et Francis JEGGLI¹⁴. Une femme sourde discutant avec l'interprète en salle d'attente d'un médecin avoue être enceinte mais, face au médecin lui prescrivant un traitement qui pourrait être dangereux en cas de grossesse, elle nie être enceinte. L'interprète vérifie qu'il a bien compris les propos et les traduit fidèlement. Il peut cependant être surpris d'une telle attitude. De plus, l'interprète, en santé mentale, peut se retrouver à gérer des émotions auxquelles il ne s'attend pas et qu'il n'est pas capable de gérer. Il ne doit pas « mener » l'entretien « psy » avant que le thérapeute lui-même ne le fasse.

Tous les interprètes interrogés qui interviennent en santé mentale m'ont dit l'importance d'avoir des informations en amont, données par le soignant, notamment sur la charge émotionnelle de l'entretien à venir, selon l'ILS4¹⁵, et sur le type de pathologie que l'interprète est amené à rencontrer dans les instants suivants, selon l'ILS2¹⁶. Ce premier temps de préparation est primordial pour l'interprète, de manière à ce qu'il sache à quoi s'attendre dans ce cadre particulier qu'est l'entretien « psy »¹⁷.

Cependant, Carole GUTMAN, qui reconnaît que la préparation n'est pas toujours facile à obtenir, pense que celle-ci n'enlèvera pas le sentiment de danger que peut ressentir l'interprète face au trouble mental¹⁸.

Enfin, on peut dire que ce moment de préparation avec le soignant peut être une bonne occasion pour l'informer des spécificités du travail avec interprète ainsi que du cadre dans lequel il travaille, de sa déontologie...

1.2.2 Traduire l'insensé

Cette expression peut paraître à tous points de vue paradoxale. En effet, le travail de l'interprète, que ce soit en langue des signes ou en langue vocale est avant tout de traduire du sens¹⁹. L'objectif de l'interprète est donc de trouver le sens d'un discours exprimé dans une langue A pour le réexprimer dans une langue B. En santé mentale, et plus particulièrement lorsqu'on a à faire à des patients lourdement malades ou délirants, le discours de ceux-ci peut parfois être en dehors de tout sens, pour l'interprète. Le vouloir dire du locuteur est alors

¹⁴ Alexandre BERNARD, Florence ENCREVE, Francis JEGGLI – *op. cit.* - 2007 – p.64

¹⁵ Annexes p. 21

¹⁶ Annexes p. 11

¹⁷ Alexandre BERNARD, Florence ENCREVE, Francis JEGGLI – *op. cit.* - 2007 – p.157

¹⁸ Carole GUTMAN – « Interpréter en santé mentale », in Journal de l'AFILS n°56 – Juillet 2005 – p.28

¹⁹ Danica SELESKOVITCH, Marianne LEDERER – *Interpréter pour traduire* – 2001 – p.18

inaccessible, le sens du discours également²⁰. L'interprète ne peut donc pas transmettre ce fameux sens²¹. Quelle stratégie adopter, donc, en tant qu'interprète ? Un discours est bien présent mais comment le traduire ? Le transcodage est une stratégie utilisée par certains interprètes, notamment l'ILS1²². Si celui-ci est utilisé, le thérapeute doit bien sûr en être informé, par soucis de transparence de l'interprète. Carole GUTMAN exprime cette difficulté dans un article du journal de l'AFILS : « *Des phrases juxtaposées sans aucun lien entre elles posent des problèmes d'interprétation parce que déroutantes et limitant notre compréhension [...] on ne comprend pas le vouloir dire. On cherche le sens. On s'interroge sur les limites de nos compétences...* » Elle évoque la question du transcodage²³. Elle est ainsi amenée à la solution du relais par un médiateur sourd²⁴. Marguerite BEAUCHAMPS met aussi en avant les difficultés que peut rencontrer un interprète face à la traduction d'un délire²⁵.

Carole GUTMAN, dans ce même article²⁶ fait appel aux écrits de Jacques LABORIT²⁷, pour mettre en avant le fait que la folie est effrayante et qu'elle peut faire perdre pied à l'interprète, dans sa manifestation d'un point de vue linguistique. Celui-ci ne comprend donc plus rien au discours, par la mise en place de mécanismes de défense.

Comme le souligne l'ILS2²⁸, l'insensé en santé mentale met à mal l'interprète qui doit avoir assez de recul sur sa pratique et assez de confiance en son niveau de compréhension de la langue des signes pour savoir que l'incompréhension du discours vient non pas de l'interprète lui-même mais du discours source du patient. L'ILS2 préconise donc l'intervention en santé mentale par des interprètes expérimentés, pour que ce recul soit suffisant. Un discours en dehors de tout sens apparent peut en effet amener l'interprète à couper sans arrêt le locuteur et rompre la spontanéité de l'expression, qui est primordiale en santé mentale.

²⁰ Carole GUTMAN – *Réflexions sur l'interprétation dans le cadre de la santé mentale* – 2006 – p.14

²¹ Marguerite BEAUCHAMPS – *op. cit.* – 2007 – p.18

²² Annexes p. 9

²³ Carole GUTMAN – *op. cit.* – Juillet 2005 – p.26

²⁴ Carole GUTMAN – *ibid.* – Juillet 2005 – p.26

²⁵ Marguerite BEAUCHAMPS – *op. cit.* – 2007 – p.18

²⁶ Carole GUTMAN – *op. cit.* – Juillet 2005 – p.27

²⁷ Sous la coordination de Frédéric PELLION – *Surdité et souffrance psychique* – 2001

²⁸ Annexes p. 14

L'interprète anticipe sans cesse ce qui peut être dit, fait des hypothèses quant au sens du discours énoncé²⁹. Dans un discours où le sens est tout particulièrement inaccessible ou n'existe pas, ces anticipations sont impossibles pour l'interprète qui est donc mis en difficulté.

1.2.3 La question du transfert

En ce qui concerne la santé mentale et le soin psychique, la question du transfert est centrale, surtout pour les soignants à sensibilité psychanalytique. Il s'agit de la projection de certains désirs inconscients dans la relation thérapeutique et sur le soignant³⁰. Le contre-transfert est mis en place par le soignant sur le patient. La relation duelle patient/thérapeute est centrale dans la mise en place de ce transfert qui permet de créer une réelle alliance thérapeutique. La gestion du transfert par le thérapeute est essentielle. Il existe bien sûr des thérapies non duelles telles que les thérapies d'ethnopsychiatrie, mais nous verrons plus loin que le dispositif existant en ethnopsychiatrie n'a rien à voir avec celui proposé pour le public sourd.

Lorsqu'un interprète intervient dans ce cadre thérapeutique, même en dehors d'une cure psychanalytique pure, où sa présence est exclue, il joue un rôle sur ce transfert. On peut même dire, comme le souligne Carole GUTMAN, que sa présence perturbe la relation patient/thérapeute ou encore que l'interprète, en tant que locuteur de la même langue que le patient, est une personne privilégiée par ce dernier pour opérer le transfert³¹. L'intermédiaireur MED2³² dit très franchement que dès lors que l'ILS ou l'intermédiaireur est présent, la relation est changée, le dispositif est repensé. Il est important que l'interprète ait conscience de ces jeux de transferts en place dans une relation thérapeutique. L'ILS1³³ souligne même que si l'interprète ressent que quelque chose de l'ordre du transfert se joue sur lui-même, il doit en faire part au thérapeute.

On peut aussi dire que l'interprète, qui traduit dans les deux sens, est soumis à la fois au transfert et au contre-transfert, puisque passent par lui à la fois les dires du patient et ceux du thérapeute³⁴.

²⁹ Daniel GILE – *L'anticipation en interprétation simultanée* – 1995, in Marguerite BEAUCHAMPS – *Un fauteuil pour deux... L'interprète Français/LSF en santé mentale : une place à élaborer* – 2007 – p.17

³⁰ J. LAPLANCHE et JB. PONTALIS – *Vocabulaire de la psychanalyse* – 2004 – p.492

³¹ Carole GUTMAN – *op. cit.* – 2006 – p. 24 et 44

³² Annexes p. 28

³³ Annexes p. 6

³⁴ Carole GUTMAN – *op. cit.* – 2006 – p.45

Je pense que cette question du transfert est beaucoup plus prégnante en langue des signes, comparativement aux langues orales, par les jeux de regards. J'en parlerai plus loin.

1.2.4 La question du « Je »

Comme le précise Francis JEGGLI, l'imprégnation, à savoir entrer dans la peau du locuteur en utilisant le « je » est l'attitude « *la plus fréquente et celle que recherche l'interprète en général* »³⁵. L'interprète, autant que faire se peut, s'imprègne du rôle du locuteur. Cela lui permet d'accéder au vouloir dire de ce dernier et ainsi faire des anticipations sur ce qui va être dit³⁶. Dans son article, Francis JEGGLI reprend ces idées et indique également que l'interprète essaye au maximum, en plus de rendre le sens du discours, de faire part du ton et des émotions du locuteur originel, sans tomber dans l'imitation. Cependant, il souligne aussi que l'interprète peut avoir recours à l'attitude de défense qu'est la distanciation. Celle-ci, qui peut consister à dire « Monsieur / Madame dit que » est à éviter un maximum mais peut être utilisée dans des situations à charge émotionnelle forte. Tous les interprètes interrogés ont signalé très peu voire jamais avoir eu à utiliser cette attitude. Il me semble que ce peut être un recours intéressant lorsque l'imprégnation devient trop lourde dans certains contextes.

En santé mentale, dire « je » peut effrayer. On peut sentir comme une prise de risque à s'approprier un discours pathogène qui mettrait l'interprète face à son « *propre psychisme et à ses dérives* »³⁷. L'interprétation en santé mentale fait partie de « *celles dans lesquelles l'interprète redoute le plus de se perdre lui-même* »³⁸. Francis JEGGLI s'interroge sur les conséquences possible de l'utilisation du « je » sur notre identité³⁹. Mais il semblerait tout de même que l'interprète mette en place des mécanismes de défense, dans l'utilisation de ce « je », ce qui lui permet de ne pas basculer dans la psychose et d'être bien conscient de qui est « je »⁴⁰. Rassurons-nous donc tout de même !

Tous les interprètes interrogés disent utiliser le « je » en santé mentale comme ailleurs, sans que cela ne pose de problème particulier. Deux d'entre eux disent appuyer leur pointage

³⁵ Francis JEGGLI – *Le jeu du « je »*, in Journal de l'AFILS, n°32/33 – Avril 1998

³⁶ Danica SELASKOVITCH et Marianne LEDERER – *op. cit.* – 2001 – p.147, p.276

³⁷ Carole GUTMAN – *op. cit.* – 2006 – p.17

³⁸ Marguerite BEAUCHAMPS – *op. cit.* – 2007 – p.24

³⁹ Francis JEGGLI – *op. cit.* – Avril 1998

⁴⁰ Pascaline MICHEL – *Quand le « je » se prend au jeu, Avenant au mémoire de DFSSU* – 2008 – p.6

sur la personne qui s'exprime pour que les rôles de chacun soient bien compris, mais l'utilisation du « je » ne semble pas les mettre en défaut.

1.2.5 Réflexions linguistiques

Il est notoire, dans le monde des interprètes en tous cas, que l'interprétation vers le français constitue une difficulté. Cela génère une angoisse pour l'interprète. Cette angoisse est d'autant plus visible en santé mentale par la pression que se mettent certains interprètes face aux enjeux de la situation. Ils pensent en effet que leur interprétation est « *déterminante dans la prise en charge du patient sourd* »⁴¹, alors que, même si la Parole est centrale, d'autres éléments entrent en considération, comme tout ce qui est de l'ordre du non-verbal⁴².

Le choix des mots est un souci qui est tout à fait prégnant pour l'interprète en santé mentale. Le thérapeute analysera en effet autant le sens que la forme du discours, cette dernière étant déterminée par les choix lexicaux de l'interprète⁴³. Je choisirai deux exemples pour illustrer cela. Le premier est énoncé par Francis JEGGLI, Alexandre BERNARD et Florence ENCREVÉ⁴⁴. L'un d'eux a un jour traduit vers le français « pénétrer dans un ascenseur » ; le thérapeute a alors interrogé la personne sourde sur le choix de ce mot auquel il trouvait une connotation sexuelle, alors qu'en Langue des Signes, aucune connotation de ce type n'est décelable. Le second est énoncé par Carole GUTMAN⁴⁵, qui avait choisi de traduire un verbe vers le français : « déclarer » alors qu'elle aurait très bien pu choisir le verbe « énoncer ». Le thérapeute l'a de la même façon interrogée sur ce choix lexical. Le choix des mots ou des signes utilisés a donc une incidence qui semble claire à travers ces deux exemples.

Je pense qu'un interprète se trouvant dans une situation où les enjeux sont ou lui paraissent importants, se demandera toujours dans quelles mesures sa traduction n'a pas influencé telle ou telle prise de décision, au regard du témoignage de Carole GUTMAN, qui s'interroge sur les raisons d'une mauvaise orientation d'un patient sourd qu'elle a traduit⁴⁶. Cependant, pour Marguerite BEAUCHAMPS, il est important de dédramatiser ces situations. En effet, selon elle, l'interprète se met une pression telle en santé mentale qu'il s'interdit de

⁴¹ Pascaline MICHEL – *Les déambulations d'une jeune interprète en santé mentale* – 2009 – p.28

⁴² Pascaline MICHEL – *ibid.* – 2009 – p.29

⁴³ Carole GUTMAN – *op. cit.* – Juillet 2005 – p.29

⁴⁴ Alexandre BERNARD, Florence ENCREVE, Francis JEGGLI – *op. cit.* - 2007 – p.153

⁴⁵ Carole GUTMAN – *op. cit.* – Juillet 2005 – p.30

⁴⁶ Carole GUTMAN – *ibid.* – Juillet 2005 – p.29

couper le discours, demander à répéter, chose qu'il fait aisément dans n'importe quelle situation de liaison. Elle souligne également « *qu'un signe, une phrase ou même un pan entier de discours non compris ou non perçus une fois par l'interprète ressurgiront tôt ou tard, qu'un diagnostic ne se pose pas en un ou deux entretiens [et qu']il y a des discours intraduisibles pour les interprètes.* »⁴⁷ Cette idée d' « auto-pression » est aussi exprimée par l'ILS1⁴⁸ qui se mettait elle-même en difficulté lors d'interventions en santé mentale.

Des problèmes linguistiques peuvent aussi émerger dans le cas de patients très perturbés sur le plan psychique, pour plusieurs raisons (maladie psychique, délire, forte médication, prise de drogue, état d'angoisse important....) Ils peuvent alors avoir une Langue des Signes très peu claire, aux limites de l'incompréhensible, mélangeant leurs spatialisations, ne complétant pas leurs signes, utilisant une syntaxe perturbée.... L'interprète se trouve alors en grande difficulté.

Les patients ayant une Langue des Signes très pauvre, ceux qui utilisent un code familial, ou bien encore les sourds étrangers ont des usages de Langue des Signes très loin de celle que les interprètes connaissent, la LSF, et les mettent donc en échec dans leur pratique. Marguerite BEAUCHAMPS parle de sourds qui ne disposent que de « compétences langagières minimales »⁴⁹, et qui sont donc très difficiles à traduire.

On peut aussi rencontrer des patients avec handicap associé, qui ont donc des difficultés motrices, ce qui n'est pas sans conséquence sur leur Langue des Signes et donc sur la compréhension que peut en avoir l'interprète, comme le souligne notamment la psychiatre interrogée⁵⁰.

Ces difficultés d'ordre linguistique sont exprimées par les ILS1, ILS3 et ILS4⁵¹.

1.2.6 Le « filtre » de l'interprète et la question du regard

Cette question du regard pourrait à elle seule prendre toute la place dans un mémoire, mais je vais seulement l'évoquer comme spécificité de l'interprétation en Langue des Signes en santé mentale. Pascaline MICHEL le souligne très clairement « *Le fait d'être traversé par le regard des autres et d'utiliser son propre regard pour transmettre l'intention s'est révélé*

⁴⁷ Marguerite BEAUCHAMPS – *op. cit.* – 2007 – p.20

⁴⁸ Annexes p. 6

⁴⁹ Filip LONCKE – 1995 – in Marguerite BEAUCHAMPS – *Un fauteuil pour deux... L'interprète Français/LSF en santé mentale : une place à élaborer* – 2007 – p.18

⁵⁰ Annexes p. 36

⁵¹ Annexes p. 5, 16 et 21

assez troublant en santé mentale »⁵². Elle parle également de « *malaise* » qui peut découler de ce regard porté par l'interprète⁵³. « *La problématique du regard apparaît centrale dans toute relation mais encore plus dans la relation avec un sourd* »⁵⁴. L'interprète en Langue des Signes s'implique dans sa traduction de nombreuses manières mais le regard me paraît central en santé mentale. En effet, la charge émotionnelle du discours, les difficultés linguistiques rencontrées, la prise de rôle de la « folie » traversent l'interprète qui travaille en santé mentale. Celui-ci reçoit le regard du patient quand il traduit vers la LSF, ce qui est normal, mais notons, comme le dit l'ILS1⁵⁵, que le patient sourd regarde aussi l'interprète lorsqu'il parle au médecin. Elle ajoute : « *dans les situations lourdes et notamment en thérapie, c'est quand même bien que chacun ait les yeux dans les yeux de qui il a à faire et que ce ne soit pas systématiquement porté par l'interprète.* ». MED2⁵⁶ le dit aussi clairement : il peut arriver que, lors d'une annonce importante, la personne sourde pense que c'est l'interprète qui a dit le message et non le médecin.

J'ajouterais aussi que, comme le souligne Pascaline MICHEL, la santé mentale est le lieu de prédilection de l'expression des affects et des émotions⁵⁷. L'interprète se doit de gérer ces émotions et de rester le plus neutre et le plus fidèle possible, comme lui dicte sa déontologie⁵⁸. Le filtre qu'il constitue a d'autant plus d'importance que ce qui prime en santé mentale, c'est la Parole, qui est plus que centrale, « *pour le plus grand malheur des « psys » !* »⁵⁹, qui doivent gérer la subjectivité que l'interprète laisse passer dans son interprétation.

L'interprète est amené à recevoir le regard de la personne sourde, même lors d'une traduction vers le français, où ce regard devrait être tourné vers le soignant⁶⁰, ce qui ajoute à l'implication de l'interprète, qui, malgré lui, reçoit cette « charge ». L'interprète ne peut pas occulter la part d'implication psychologique qui transparait dans son intervention⁶¹. Doit-on

⁵² Pascaline MICHEL – *op. cit.* – 2009 – p.31

⁵³ Pascaline MICHEL – *ibid.* – 2009 – p.7

⁵⁴ Marguerite BEAUCHAMPS – *op.cit.* – 2007 – p.28

⁵⁵ Annexes p. 6

⁵⁶ Annexes p. 29

⁵⁷ Pascaline MICHEL – *op. cit.* – 2009 – p.6

⁵⁸ Code éthique des membre de l'AFILS – Titre premier - <http://www.afils.fr/index.php/code-ethique>

⁵⁹ Pascaline MICHEL – *op. cit.* – 2009 – p.23

⁶⁰ Pascaline MICHEL – *op. cit.* – 2008 – p.16

⁶¹ Carole GUTMAN – *op. cit.* – 2006 – p.26

rappeler que l'interprète est un être humain doué d'émotions et non une machine à traduire en toutes circonstances ?

L'erreur d'adresse est aussi visible par la méconnaissance de certains soignants du rôle de l'interprète. Cela n'est pas propre à la santé mentale mais se doit d'être souligné en raison de la spécificité du lieu d'exercice. Comme Carole GUTMAN le dit : « *le regard adressé [par le thérapeute] au patient établit le lien de communication* »⁶² et il permet aussi à l'interprète de se décharger de l'origine du message. La place du soignant est plus claire, celle de l'interprète aussi. Carole GUTMAN souligne également que, l'interprète, avant de commencer son intervention, informe aussi bien le patient que le thérapeute de son rôle, pour éviter des confusions⁶³.

Une stratégie adoptée par l'ILS1⁶⁴ est le pointage systématique et récurrent dans la traduction en LSF ainsi que des précisions telles que « dit Madame à l'interprète » dans la traduction vers le français pour que la place de chacun soit reprise par le soignant. L'ILS4⁶⁵ utilise aussi cette stratégie et ajoute même le nom de la personne qui s'exprime : « *moi, madame Robert, je te demande...* ». Il est primordial que l'interprète reste à sa place d'interprète et ne soit en aucun cas un co-thérapeute, nous en reparlerons plus loin.

Le regard du sourd, si pesant, peut être évité grâce au placement de l'interprète, à côté de l'entendant, légèrement en retrait pour ne pas le gêner, en évitant la triangulation. L'interprète et l'entendant sont ainsi dans le même champs visuel pour le sourd qui peut alors voir tout ce qui relève du non-verbal chez le locuteur entendant⁶⁶. Cependant, la triangulation est toujours présente, *a minima* ; et, si la présence de l'interprète permet à deux personnes de se rencontrer et communiquer « *elle empêche une autre « rencontre », tout à fait essentielle dans une communication avec une personne sourde, celle du regard partagé* »⁶⁷.

Marguerite BEAUCHAMPS parle des situations chargées émotionnellement, les consultations en santé mentale en faisant partie, qui peuvent influencer la traduction de

⁶² Carole GUTMAN – *ibid.* – 2006 – p.25

⁶³ Carole GUTMAN – *ibid.* – 2006 – p.8

⁶⁴ Annexes p. 7

⁶⁵ Annexes p. 25

⁶⁶ Pascaline MICHEL – *op. cit.* – 2009 – p.32

⁶⁷ Monique GENDROT – 2004 – in Pascaline MICHEL – *Les déambulations d'une jeune interprète en santé mentale* – 2009 – p.23

l'interprète, touché ou stressé par la situation. La situation peut bloquer l'interprète à tel point qu'il se retrouve dans l'impossibilité de traduire, par « *blocage psychologique défensif* »⁶⁸.

L'interprète, lorsqu'il traduit, ne se contente pas de traduire des mots mais fait aussi apparaître l'intonation des locuteurs et leur vouloir dire. L'ILS4⁶⁹ fait part de cette difficulté qu'elle rencontre en santé mentale de bien faire passer « *la forme du discours « psy* » ». Traduire la forme du discours peut paraître anodin. On peut penser que, dès lors que les mots sont dits ou les signes exprimés, le sens du discours est transmis, mais le ton et donc la forme participent du sens du discours exprimé et les évincer peut laisser place aux malentendus. Si l'interprète ne laisse pas apparaître dans sa traduction la colère, la bienveillance, l'empathie ou encore l'humour, par exemple, le vouloir dire du locuteur est tronqué.

1.2.7 Les limites de la déontologie et la question de l'adaptation culturelle

Je présenterai ici en quoi la déontologie de l'interprète est mise à mal dans les consultations en santé mentale.

Je rappellerai avant toute chose que, bien sûr, l'interprète est soumis au secret professionnel mais que celui-ci est renforcé par le secret médical, dans le domaine de la santé en général, et donc également en santé mentale. Le secret est limité à chaque consultation et l'interprète ne peut divulguer d'informations, ni sur les consultations précédentes, ni sur les consultations d'autres médecins. Mais les consultations en santé mentale s'inscrivent dans la durée. « *Le secret professionnel s'inscrit-il alors à l'intérieur de chaque consultation ou sur l'ensemble de la thérapie ?* »⁷⁰

Nous avons évoqué plus haut les problèmes posés par la traduction d'un discours incompréhensible émanant de la personne sourde. Quel doit être le positionnement de l'interprète quand il traduit un discours et qu'il sait et voit, par le manque de retours de compréhension du patient, que ce dernier ne comprend visiblement rien à ce qui est dit ? L'interprète est là pour que deux personnes ne parlant pas la même langue communiquent entre elles grâce à la traduction des deux langues en présence. Il se trouve aussi entre deux cultures différentes et peut donc faire des adaptations culturelles et linguistiques. Selon Carole

⁶⁸ Marguerite BEAUCHAMPS – *op. cit.* – 2007 – p.8

⁶⁹ Annexes p. 21

⁷⁰ Carole GUTMAN – *op. cit.* – 2006 – p.34

GUTMAN, le problème posé par l'incompréhension du message traduit, en toute fidélité et neutralité ne pose pas de réel problème technique pour l'interprète mais « *traduire face à quelqu'un qui a le regard perdu dans le vide n'est pas toujours chose facile.* »⁷¹. Et le fait que l'interprète se retrouve dans l'incapacité de traduire quelque réponse pose souci : celui de l'unilatéralité du discours⁷². L'interprète est alors utilisé pour qu'un message passe alors que celui-ci ne peut être reçu, et la personne à qui il s'adresse se trouve dans l'incapacité d'y répondre⁷³. Dans ce cas, on peut penser que le thérapeute ne connaît pas du tout le rôle de l'interprète et a plus en tête l'image d'un intermédiaire, ou alors qu'il se sert de l'interprète comme d'une bonne conscience, se débarrassant du patient sourd, ou s'en désintéressant. Le problème est ici éthique et lourd à porter par l'interprète.

La déontologie de l'interprète peut aussi être mise à mal lors de manifestations linguistiques spécifiques (lapsus, placements particuliers, regard). Selon Jacques LABORIT, l'interprète peut tout à fait les signaler « *en sortant de sa place* »⁷⁴. Marguerite BEAUCHAMPS pense que signaler ces manifestations n'est pas un problème pour l'interprète, même si cela ajoute une difficulté à son travail⁷⁵. Selon elle, l'interprète peut constater, sans sortir de son cadre, mais en aucune façon « *en tirer des conclusions ou juger* », ce qui poserait inévitablement des problèmes déontologiques⁷⁶. L'ILS⁷⁷ rejoint cette analyse, en précisant que si l'interprète doit faire ressortir des manifestations linguistiques spécifiques, il le fait dans le cadre d'un débriefing : « *Il y a des lapsus qui ne sont pas traduisibles, ils sont tout à fait repérables mais pas traduisibles [...] c'est le genre de choses que tu ne peux pas faire passer à la traduction, mais que tu peux faire passer au débriefing.* » Je dirai tout de même qu'un problème de neutralité peut se poser pour l'interprète. Comment doit-il faire remarquer ces manifestations linguistiques ? Comment les faire apparaître dans la traduction ? Lesquelles sont vraiment significatives ? La question est posée : « *jusqu'où aller ??* »⁷⁸. L'interprète doit être neutre et donc éviter de porter quelque jugement que ce soit. De plus, que faire des propos tenus en langue des signes de façon très peu visible, réduite ou cachée ?

⁷¹ Carole GUTMAN – *op. cit.* – Juillet 2005 – p.28

⁷² Carole GUTMAN – *ibid.* – Juillet 2005 – p.28

⁷³ Carole GUTMAN – *op. cit.* – 2006 – p.12

⁷⁴ Sous la coordination de Frédéric PELLION – *op. cit.* – 2001 – p.70

⁷⁵ Marguerite BEAUCHAMPS – *op. cit.* – 2007 – p.19

⁷⁶ Marguerite BEAUCHAMPS – *ibid.* – 2007 – p.19

⁷⁷ Annexes p. 11 et 12

⁷⁸ Carole GUTMAN – *op. cit.* – Juillet 2005 – p.29

Doit-on demander à la personne de répéter alors qu'elle est visiblement touchée ou gênée par ce qu'elle signe ? Doit-on traduire le peu de signes qu'on a vu ou même informer le thérapeute de ce fait ?⁷⁹ Trois attitudes sont possibles pour faire apparaître ces manifestations : soit l'interprète les fait transparaître dans sa traduction, soit elles sont précisées au fil de l'entretien, soit elles sont exprimées lors d'un débriefing à la fin de l'entretien⁸⁰. Également, l'interprète est soumis à trois efforts quand il traduit, selon Daniel GILE : écoute et analyse, production du discours, mémoire à court terme. Signaler et donc déceler ces manifestations ajoute un effort en plus pour un cerveau d'interprète déjà lourdement mobilisé⁸¹.

Carole GUTMAN exprime très clairement ses appréhensions face au cadre déontologique. Selon elle, en santé mentale, le cadre déontologique est sans cesse mis à rude épreuve, que ce soit pour des questions de neutralité, de fidélité ou de secret professionnel⁸². L'ILS3⁸³ appuie ce propos « *c'est même plus être hors cadre, c'est exploser le cadre* ». Selon Carole GUTMAN, il est préférable d'éviter des situations qui font trop fortement écho à notre histoire personnelle, ou en tous cas, il faut être conscient que certaines situations nous touchent plus que d'autres, pour différentes raisons, et qu'il faut y être très vigilant en santé mentale⁸⁴.

Selon Marguerite BEAUCHAMPS, la neutralité de l'interprète peut être mise à mal en santé mentale. Selon elle, l'interprète est traversé par les émotions des personnes en présence qu'il traduit et, même si des mécanismes psychologiques défensifs sont mis en œuvre, ces émotions peuvent ressurgir après coup, avec plus ou moins d'intensité⁸⁵. Ces émotions doivent donc être gérées pour avoir une influence minimale sur le travail de l'interprète.

1.2.8 Les thérapeutes

Selon Bertrand DAVODEAU, psychologue et psychothérapeute au « Centre enfance et surdité » des Ulis, la présence de l'interprète en consultation vient rompre la relation duelle habituelle et un cadre de travail spécifique doit être mis en place pour que chacun trouve sa

⁷⁹ Carole GUTMAN – *ibid.* – Juillet 2005 – p.30

⁸⁰ Carole GUTMAN – *op. cit.* – 2006 – p.29/30

⁸¹ Carole GUTMAN – *ibid.* – 2006 – p.40

⁸² Carole GUTMAN – *ibid.* – 2006 – p.17

⁸³ Annexes p. 18

⁸⁴ Carole GUTMAN – *op. cit.* – 2006 – p.28/29

⁸⁵ Marguerite BEAUCHAMPS – *op. cit.* – 2007 – p.31

place⁸⁶. L'interprète, comme le souligne l'ILS2⁸⁷, peut être utilisé dans la thérapie, par exemple en tant qu'homme ou femme, pour mettre en place une image parentale devant le patient. Ou, comme le soulignent Florence ENCREVÉ, Alexandre BERNARD et Francis JEGGLI dans leur ouvrage, l'interprète peut être instrumentalisé par le soignant dans le cadre d'un transfert du patient sur l'interprète et non sur le thérapeute ; mais cette instrumentalisation doit être faite en toute connaissance de cause. L'interprète doit en être informé et d'accord⁸⁸. L'ILS2⁸⁹ avoue avoir été utilisé à son insu une fois en cours de thérapie, ce qu'il a bien sûr refusé en arrêtant l'entretien.

Jacques LABORIT souligne la particularité de l'intervention en psychiatrie pour un interprète. Il pense néanmoins que la présence de ce dernier n'est pas toujours nécessaire dans ce domaine, même s'il reconnaît l'importance de son rôle. Pour lui, comme pour d'autres soignants, la Parole est centrale dans un travail diagnostique et thérapeutique. Il est donc préférable que le soignant intervienne en direct avec le patient sourd, avec une connaissance minimale de la Langue des Signes et de la culture sourde. Le thérapeute pourra ainsi déceler ce qui relève du normal et du pathologique à travers l'outil Langue, et sans détour, sans transformation de celle-ci par un interprète⁹⁰.

Les réticences des thérapeutes à faire intervenir un interprète viennent aussi du fait que l'interprète se place au milieu de la relation thérapeutique, au-delà des questions liées au transfert. La place de l'interprète est donc difficile à trouver parce qu'il se place au milieu de cette relation. Il est important de faire une juste place à l'interprète dans ces interventions, pour que cela fonctionne bien⁹¹. Dans certains cas, des thérapeutes préfèrent intervenir sans interprète mais n'ont pas un niveau suffisant de LSF pour un minimum de compréhension. Ce qui n'est pas sans conséquence.

Aussi, comme le dit Pascaline MICHEL, la méconnaissance des « psys » de ce qu'est la surdité et de ce que signifie être sourd constitue une difficulté majeure pour l'interprétation en santé mentale⁹². Cet état de fait était également mis en lumière par Marie-Françoise LABORIT qui dénonce les soi-disant professionnels de la surdité, incapables d'entrer en

⁸⁶ Alexandre BERNARD, Florence ENCREVE, Francis JEGGLI – *op. cit.* - 2007 – p.152

⁸⁷ Annexes p. 12

⁸⁸ Alexandre BERNARD, Florence ENCREVE, Francis JEGGLI – *op. cit.* - 2007 – p.153

⁸⁹ Annexes p. 13

⁹⁰ Sous la coordination de Frédéric PELLION – *op. cit.* – 2001 – p.68 à 70

⁹¹ Marguerite BEAUCHAMPS – *op. cit.* – 2007 – p.22

⁹² Pascaline MICHEL – *op. cit.* – 2009 – p.20

relation avec les sourds eux-mêmes⁹³. On peut aussi se retrouver face à des thérapeutes qui ne connaissent pas du tout le métier d'interprète : « *On ne vous demande pas de comprendre, mais de traduire* » ; alors que l'interprète a bel et bien besoin de comprendre pour traduire, il s'appuie sur le sens⁹⁴.

Les objectifs des thérapeutes et des interprètes sont bien différents. Tous deux veulent « comprendre » la parole du patient. Mais, comme le souligne Alexis KARACOSTAS, comprendre doit être entendu dans son sens étymologique « prendre avec » ; « *Il s'agit de relier, de mettre ensemble, de situer dans un tout* »⁹⁵, pour les thérapeutes, alors que l'interprète s'attache au vouloir dire, au sens. Les thérapeutes recevant des sourds en consultations avec interprète et/ou intermédiaireur doivent faire avec toutes les relations, les énergies en présence. De plus, là où la « non-compréhension » est un levier thérapeutique chez le thérapeute, elle constitue un obstacle chez l'interprète⁹⁶.

1.2.9 L'interprète co-thérapeute ?

Tous les interprètes, à ma connaissance, se défendent d'avoir ce rôle de co-thérapeute ; et, au regard de la déontologie, il n'y a rien de surprenant à cela. Le rôle de l'interprète est en effet de traduire, et uniquement de traduire. Seulement, nous l'avons vu dans les paragraphes précédents, le rôle de l'interprète en santé mentale est tout à fait particulier. Intervenir en santé mentale n'a rien d'anodin et il s'agit là d'une situation de liaison bien spécifique. La déontologie de l'interprète est sans arrêt interrogée, sa pratique et son cadre d'intervention sont sans arrêt en mouvement et adaptés en fonction du patient. L'ILS2⁹⁷ appuie ce propos en soulignant que certaines consultations psychanalytiques sont menées avec un interprète qui tient place de co-thérapeute, ce qui n'est pas souhaitable.

De plus, comme nous l'avons décrit précédemment, l'interprète peut être utilisé dans la thérapie, à diverses occasions. Connaître les limites de cette utilisation de l'interprète est primordial pour qu'il continue à intervenir en bon professionnel. Son intervention modifie énormément le dispositif thérapeutique et des remaniements doivent être mis en place.

Le travail d'interprète en Langue des Signes en santé mentale n'a rien avoir avec celui que l'on peut rencontrer en ethnopsychiatrie. Sybille DE PURY, dès les premières pages de

⁹³ Sous la direction de Frédéric PELLION – *op. cit.* – 2001 – p.53

⁹⁴ Carole GUTMAN – *op. cit.* – Juillet 2005 – p.27

⁹⁵ Carole GUTMAN – *op. cit.* – 2006 – p.37

⁹⁶ Carole GUTMAN – *ibid.* – 2006 – p.38

⁹⁷ Annexes p. 15

son ouvrage, expose cette différence entre les interprètes dans des situations dites « classiques », et les situations ethnopsychiatriques. Pour les premiers, « traduire, c'est redire », alors que pour les second, « traduire, c'est dire », produire donc un discours qui n'aurait pas existé si l'interprète avait fait une « simple » traduction. Elle définit très clairement les interprètes comme des médiateurs à part entière⁹⁸. Nous verrons plus loin en quoi mélanger l'interprétation et la médiation n'est pas préférable pour les interprètes en Langue des Signes.

Nous pouvons tout de même dire ici, aux regards des écrits de Marguerite BEAUCHAMPS, que même si l'interprète entre dans la logique thérapeutique, parce qu'il prend place dans la relation par sa présence, et par son rôle de transmission du message, il ne doit en aucun cas accepter de n'avoir qu'un rôle thérapeutique et donc d'être co-thérapeute⁹⁹. En effet, aux vues de la professionnalisation du métier, des règles déontologiques mises en place et de la confiance qui s'est construite entre usagers sourds et interprètes, ces derniers ne peuvent en aucun cas tenir une place de co-thérapeute. Même s'il est vrai que peuvent avoir lieu des briefings/débriefings, ceux-ci ne sont pas cachés aux patients et sont nécessaires, nous le verrons plus loin, pour que chacun tienne son rôle avec professionnalisme. Le thérapeute reste maître de la situation, et l'interprète gère seulement son interprétation¹⁰⁰.

1.2.10 Et la santé somatique ?

Lorsque j'ai commencé ma recherche, je voulais me centrer spécifiquement sur les consultations en santé mentale, à savoir sur les différentes prises en charges psychiques auxquelles les sourds ont accès et donc où les interprètes en Langue des Signes peuvent être amenés à intervenir dans le cadre de leur travail. Au cours des différents entretiens, la plupart des personnes interrogées¹⁰¹, que ce soit les interprètes, les intermédiaires ou encore la psychiatre, m'ont interpellée sur le fait que des patients qui viennent consulter en « psy » ont, comme tout un chacun, des problèmes de santé somatique.

Il est donc important de souligner ici que, même si le soin psychique reste un cadre d'intervention particulier pour l'interprète, pour toutes les raisons évoquées précédemment, certaines problématiques rencontrées en santé mentale se retrouvent également en santé somatique, et donc dans des interventions quotidiennes que font les interprètes. Cet aspect me

⁹⁸ Sybille DE PURY – *Comment on dit dans ta langue ? Pratiques ethnopsychiatriques* – 2005 – p.22

⁹⁹ Marguerite BEAUCHAMPS – *op. cit.* – 2007 – p.34

¹⁰⁰ Marguerite BEAUCHAMPS – *ibid.* – 2007 – p.35

¹⁰¹ Annexes p. 5, 16, 17, 20 et 28

paraît important à souligner. Les troubles psychiques ont différents degrés d'expression. Il ne s'agit pas de parler ici seulement des cas de « folie » les plus lourds ou les plus extrêmes, nécessitant pour certains un enfermement, mais bien de considérer la santé mentale dans son ensemble. Les interprètes peuvent tous les jours avoir à faire à des personnes troublées, même lorsqu'ils n'interviennent pas dans une consultation « psy ». Certaines difficultés rencontrées, comme par exemple les problèmes linguistiques ou encore les manifestations inconscientes de rejet de la folie décrites par Jacques LABORIT¹⁰² peuvent donc être transposées à d'autres domaines d'intervention.

De plus l'ILS1¹⁰³ souligne qu'il y a parfois plus de réticences émanant de médecins spécialistes que de « pys ».

¹⁰² Sous la direction de Frédéric PELLION – *op. cit.* – 2001

¹⁰³ Annexes p. 6

2 Le rôle de l'intermédiaire sourd

Face aux problèmes et difficultés liés à la particularité de la rencontre « psy », nous allons maintenant voir si la présence d'un intermédiaire sourd est souhaitable, en quoi et dans quel cadre.

2.1 Définition

L'équipe médicale de l'Unité d'Accueil et de Soins en Langue des signes de Lille a présenté, lors du Colloque International sur les Langues des Signes à l'Université de Namur en Belgique le 19 novembre 2009, un travail sur le métier d'intermédiaire en Langue des Signes. Je me baserai donc essentiellement sur les écrits de cette présentation pour définir dans la suite de mon travail ce qu'est un intermédiaire en Langue des Signes. Cette définition n'est pas centrée sur le travail en santé mentale mais recouvre également le rôle de l'intermédiaire dans ses interventions en santé somatique.

2.1.1 Qu'est-ce qu'un intermédiaire ?

Le mot *médiateur*, vient du latin *mediator, de mediare*, signifiant « être au milieu ». Le médiateur « sert d'intermédiaire, d'arbitre, de conciliateur »¹⁰⁴. Nous ne pouvons ici nous contenter de cette brève définition, même si elle pose les bases du sens de ce mot, nous verrons plus tard que l'idée d'intermédiaire est néanmoins prégnante.

Selon Benoît DRION, médecin responsable de l'Unité d'Accueil et de Soins en Langue des Signes du Nord-Pas-de-Calais, l'intermédiaire est « *l'interprète des conceptions et représentations d'un « monde » [celui des sourds], au profit d'un autre « monde » [celui de la médecine et des entendants], et réciproquement.* »¹⁰⁵. L'intermédiaire se trouve donc entre deux cultures, et il sert de pont à ces deux cultures. Il est, selon lui, « *« traducteur de signification » plus que « traducteur de langues »* », comme le serait l'interprète. Sa fonction première serait donc « interprète-relais ». Il reformule et adapte le discours médical pour le mettre à portée du patient et s'assurer que ce dernier ait bien compris les échanges, son éventuelle maladie et le traitement associé... L'intermédiaire MED1¹⁰⁶ utilise cette

¹⁰⁴ Le Petit Larousse Illustré - 1998

¹⁰⁵ Benoît DRION, Denis PLANCHON, Jennifer BOONE, Elise SAMOY – *Intermédiaire en Langue des Signes, un nouveau métier ?* – 2009 – 1^{ère} partie

¹⁰⁶ Annexes p. 27

formulation : « *Je suis là pour que la communication soit plus fluide, pour que la discussion soit plus aisée.* »

Le terme d' « intermédiation » a été choisi à la suite d'un débat national entre les différentes unités. Il s'agit là d'un rôle qui n'existait pas en tant que tel auparavant dans les hôpitaux. « *Pour les unités, cela nomme la médiation faite par les professionnels sourds* »¹⁰⁷.

2.1.2 Pourquoi sourd ?

La réponse à cette question peut paraître évidente, mais il me semble important de la préciser tout de même. Il va de soi que seul un sourd, partageant la même culture que les patients sourds eux-mêmes, peut assurer cette fonction, compte tenu de ce qui a été dit dans le paragraphe précédent. Le patient sourd comprend mieux le message de l'intermédiaire que celui de l'interprète, même si ceux-ci sont identiques¹⁰⁸. Nous verrons plus bas que pour autant, être sourd ne suffit pas pour être un bon intermédiaire.

J'ajoute simplement qu'un entendant, tel qu'un interface de communication ne pourrait pas assumer cette fonction. Selon l'intermédiaire MED2¹⁰⁹, la seule présence d'une autre personne sourde, un pair, dans ce monde inconnu que peut représenter l'hôpital, suffit à apaiser les angoisses du patient. Selon la plupart des interprètes interrogés, et notamment les ILS1 et ILS3¹¹⁰, la seule présence d'un sourd peut débloquer la parole d'un patient en consultation psy. Selon l'ILS1 : « *d'un sourd à un sourd, ça passe dix mille fois mieux que d'un entendant à un sourd, parce qu'ils partagent la même culture, ils partagent une identité* ». L'ILS1 donne un exemple qui me semble pertinent. Un patient sourd ayant fait des attouchements sur des jeunes femmes est accueilli en consultation dans une Unité d'Accueil et de Soins en Langue des Signes par un médecin psychiatre. L'interprète n'a aucun problème de compréhension avec ce patient qui s'exprime avec une Langue des Signes très claire et fluide. Le psychiatre veut savoir si le patient en question songe à recommencer ces attouchements, s'il y pense encore. Il pose donc la question au patient qui est traduite en Langue des Signes par l'interprète. De multiples formulations sont tentées en vain par le médecin. Le patient ne répond pas à la question. Ils décident donc de faire intervenir un intermédiaire pour les prochaines consultations. En seulement deux séances, grâce à sa

¹⁰⁷ Jean DAGRON – *op. cit.* – 2008 – p.163

¹⁰⁸ Carole GUTMAN – *op. cit.* – 2006 – p.23

¹⁰⁹ Annexes p. 30

¹¹⁰ Annexes p. 7, 8 et 18

présence, sans doute, la parole du patient s'est libérée et le psychiatre a pu enfin avoir les réponses qu'il attendait.

De plus, comme le souligne Benoît DRION, un entendant, même baigné dans la culture sourde dans son éducation ne peut appréhender le monde en dehors du fait sonore, comme un sourd lui-même. Et enfin, il est primordial, pour une question de qualité de travail, de séparer les fonctions d'interprétation et d'intermédiation, ce qui n'est pas le cas avec un interface de communication¹¹¹, même si cette idée est « *très peu répandue dans les structures employant des interfaces* », et que séparer ces deux fonctions est également plus coûteux¹¹².

Enfin, « *en sa qualité même de sourd, il rétablit un équilibre au sein de l'entretien* »¹¹³. La communauté sourde est représentée parmi l'équipe de professionnels, le patient sourd est en confiance.

2.1.3 Les différentes fonctions assurées par l'intermédiaireur

Elles sont multiples. Il faut savoir, comme l'ont exprimé tous les intermédiaireurs interrogés, qu'ils ont chacun une formation de base, et donc une fonction associée à cette formation au sein de l'hôpital. Les intermédiaireurs MED1 et MED2 sont éducateurs, MED3 est aide-soignant. Ils peuvent avoir toutes qualifications éducatives, paramédicales, sociales. Ils assurent d'autres fonctions, en plus de celles pour lesquelles ils ont été formés : « *éducateur en santé, éducateur thérapeutique, expert linguistique, assistant de consultation, formateur, animateur, accueillant, éducateur et travailleur social* »¹¹⁴

Sa principale fonction, définie par Benoît DRION et ses collaborateurs, est celle d' « *interprète-relais* ».

Selon Jean DAGRON, un intermédiaireur peut être collaborateur de consultation et expert linguistique¹¹⁵.

Pour l'ILS1¹¹⁶, l'intermédiaireur a un rôle « *d'accompagnant* » dans le soin. Il est là pour éventuellement réexpliquer, à la fin ou après la consultation, les tenants et les aboutissants de ce qui s'est déroulé, s'assurant que le message du soignant est bien passé. L'intermédiaireur est aussi là pour « *redonner la place au patient sourd* », selon les dires de

¹¹¹ Benoît DRION, Denis PLANCHON, Jennifer BOONE, Elise SAMOY – *op. cit.* – 2009 – 2è partie

¹¹² Laurence PICARD – *Interpréter en accompagnant : mission impossible ?* – 2010 – p.28 et 30

¹¹³ Carole GUTMAN – *op. cit.* – 2006 – p.22

¹¹⁴ Benoît DRION, Denis PLANCHON, Jennifer BOONE, Elise SAMOY – *op. cit.* – 2009 – 1ère partie

¹¹⁵ Jean DAGRON – *op. cit.* – 2008 – p.165

¹¹⁶ Annexes p. 7

l'ILS1, il lui donne l'habitude de s'exprimer, il donne place à sa parole, à travers ses interventions au sein ou en dehors de la consultation médicale.

Nous voyons donc que la liste des fonctions qui peuvent être assumées par un intermédiaire est longue. L'intermédiaire MED2¹¹⁷ dit « *Je travaille dans tout l'hôpital, c'est à dire de la naissance jusqu'à la mort.* » Il s'agit là d'une richesse, évidemment. « *Je vois des situations très diverses, je ne vois jamais deux fois la même chose.* », ajoute-t-il. Mais cela pose la question du cadre dans lequel cette personne intervient et des limites de son exercice « *l'interprète a un code de déontologie, il a un cadre clair, mais, le médiateur, son cadre est quand même moins clair* » dit-il un peu plus loin.

2.1.4 Intermédiaire, pour qui ?

L'intermédiaire est là pour les patients sourds qui ont une carence linguistique assez importante, selon Benoît DRION¹¹⁸. Dans la suite de son texte sont définis plusieurs types de personnes sourdes pour lesquelles la présence d'intermédiaire s'impose, à savoir : les sourds avec un faible niveau de langue ou utilisant une LS familiale ; les locuteurs d'une Langue des Signes étrangère ; les sourds privés de LS pendant des années ; les enfants sourds peu exposés à une Langue des Signes ; les sourds avec handicap moteur, arriération mentale, déficit cognitif, dans l'impossibilité de s'exprimer ou de comprendre la Langue des Signes (blessés, malades, affaiblis) ; les sourds aveugles¹¹⁹. Marguerite BEAUCHAMPS évoque elle aussi l'intervention d'un intermédiaire sourd pour des patients ayant une Langue des Signes assez pauvre ; elle souligne que son intervention a évidemment des répercussions sur le dispositif¹²⁰.

En bref, il intervient pour toutes les carences langagières, quelles qu'en soient les origines ou les causes, ou comme simple référent sourd, comme nous l'avons vu plus haut.

2.1.5 La formation de l'intermédiaire

Tous les intermédiaires travaillant dans les hôpitaux ont une formation de base, comme je l'ai mentionné précédemment, que ce soit éducateur, assistant social, formateur en Langue des Signes, infirmier... etc. La plupart ont une formation dans l'éducatif ou le paramédical. Il faut savoir, comme le précise Jean DAGRON, que la première formation

¹¹⁷ Annexes p. 28 et 30

¹¹⁸ Benoît DRION, Denis PLANCHON, Jennifer BOONE, Elise SAMOY – *op. cit.* – 2009 – 1ère partie

¹¹⁹ Benoît DRION, Denis PLANCHON, Jennifer BOONE, Elise SAMOY – *ibid.* – 2009 – 2^{ème} partie

¹²⁰ Marguerite BEAUCHAMPS – *op. cit.* – 2007 – p.18

d'aide-soignant sourd n'a eu lieu qu' en 2000, même si la nécessité de faire intervenir les professionnels sourds a toujours été une priorité pour les différentes équipes, et notamment pour celle de la Salpêtrière¹²¹.

Il n'existe pas à ce jour de formation reconnue dite d' « intermédiaire en Langue des Signes » et il s'agit là d'un réel manque. Il existe un centre de formation, Steum, proposant un « Certificat de Médiateur Français-Sourd »¹²², la formation durant 360 heures. Il s'agit là d'une formation privée à Nantes sur laquelle je ne dispose que de très peu d'informations. Les intermédiaires, comme ils l'ont dit lors des entretiens, se forment sur le terrain, par essais-erreurs, ce qui n'est pas sans poser à la fois question et problème. Il doit se former au contact de l'équipe soignante et faire avec le bagage qu'il a par son expérience et sa formation. Il reste encore beaucoup à faire de ce côté-là mais il est quand même important de noter que la première unité est née il y a 16 ans et que la première formation d'aide-soignant sourd a eu lieu il y a 11 ans seulement....

Il existe une Association Française des Médiateurs Sourds (AFMS), créée en septembre 2009 dont les objectifs sont : « réunir les médiateurs sourds de France par des échanges au niveau linguistique, culturel, santé, juridique et social afin d'éviter leur isolement ; informer sur le métier du médiateur ; développer un réseau de solidarité et de partenariat ; mener une réflexion sur la pratique professionnelle des médiateurs ; créer un pont culturel entre sourd et entendant. »¹²³. Nous pouvons espérer qu'une réflexion sur la formation d'intermédiaire peut émaner de cette association.

2.2 Le binôme avec interprète

L'idée de binôme interprète/intermédiaire est très prégnante dans les écrits de l'équipe médicale de l'Unité d'Accueil et de Soins en Langue des signes de Lille. Ils qualifient en effet cette nouvelle pratique de « nécessaire »¹²⁴

2.2.1 Fonctionnement général

L'intermédiaire intervient en consultation de trois façons différentes.

¹²¹ Jean DAGRON – *op. cit.* – 2008 – p.162

¹²² http://www.steum.com/pages/formation_metiers/mediateur.html

¹²³ <http://www.journal-officiel.gouv.fr/association/index.php> , annonce n°633, parution du 19/09/2009

¹²⁴ Benoît DRION, Denis PLANCHON, Jennifer BOONE, Elise SAMOY – *op. cit.* – 2009 – 1ère partie

La première, décrite notamment par l'ILS1¹²⁵, consiste en un entretien direct entre intermédiaire et patient. Il n'y a donc ni psy, ni médecin, ni interprète. Dans ce cadre là, l'intermédiaire retrouve sa fonction originelle, celle pour laquelle il a été formé, éducateur, assistant social ou autre.

La seconde, décrite par l'intermédiaire MED1¹²⁶, se passe sans interprète. Le médecin est signant et dirige l'entretien en binôme avec l'intermédiaire qui est là comme professionnel, mais aussi comme référent sourd. Il n'y a pas besoin d'interprète puisque tous les protagonistes de l'entretien pratiquent la Langue des Signes de manière assez fluide. L'intermédiaire MED1 se décrit dans cette situation comme étant « à égalité avec le médecin ». On peut donc dire assez aisément que son rôle dans ce genre de situation est proche de celui de collaborateur ou d'assistant de consultation, si l'on veut utiliser les terminologies précédemment citées. L'intermédiaire MED2¹²⁷ décrit une situation similaire, d'un travail qu'il fait avec un psychologue, en tant que co-thérapeute, pour apporter un regard linguistique sur la Langue des signes du patient. Deux fonctions sont donc ici mêlées. L'intermédiaire MED3¹²⁸ décrit cette situation avec des médecins ne connaissant pas la Langue des Signes. Le médecin tente donc de faire passer son message en français à la fois au patient et à l'intermédiaire, qui réexplique au patient ce que ce dernier n'a pas compris. Cette configuration ne me paraît pas idéale car le risque de malentendus tient une place trop importante. Même si le médiateur est très vigilant et connaît bien le français écrit, on peut penser que le message du soignant peut ne pas être entièrement compris, ou mal compris. L'intervention d'un interprète serait donc nécessaire.

La troisième, décrite par toutes les personnes interrogées, est un peu plus complexe dans la mise en place. Il s'agit d'un entretien entre thérapeute et patient avec interprète et intermédiaire. Le thérapeute, connaissant généralement la Langue des Signes mais pas suffisamment pour cet entretien, s'exprime en français oral, l'interprète traduit en Langue des Signes pour l'intermédiaire et le patient. Et inversement, l'interprète traduit vers le français les interventions du patient et de l'intermédiaire. Ce dernier intervient quand il le juge nécessaire. Selon les dires de l'intermédiaire MED1¹²⁹, la parole est partagée différemment

¹²⁵ Annexes p. 7

¹²⁶ Annexes p. 26

¹²⁷ Annexes p. 31

¹²⁸ Annexes p. 32

¹²⁹ Annexes p. 26

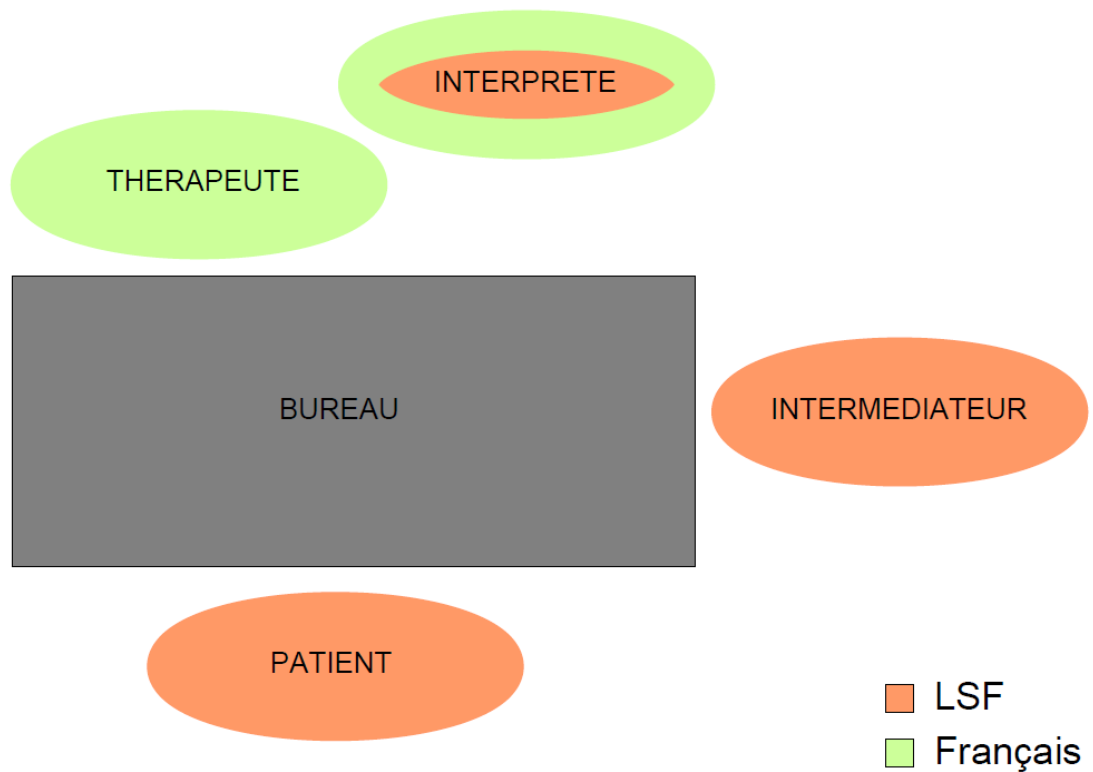
en fonction des situations : « *Il n'y a pas de règles fixes; il faut faire en fonction du patient, de l'ambiance, de l'environnement. Il peut être angoissé, ou ne pas vouloir parler avec un sourd parce qu'il pense qu'il n'est pas assez professionnel et ainsi préfère s'adresser à un entendant.... ça dépend vraiment des situations.* » L'intermédiaire a ici des rôles multiples. Il est tout d'abord là dans un but de réexplication au patient de ce qui a été dit par le médecin, pour s'assurer que le message est bien passé. Il est aussi là pour « recadrer » la situation de communication, réexpliquer à chacun les rôles des différents intervenants de l'entretien, pour que les messages soient adressés aux bonnes personnes. L'intermédiaire MED2¹³⁰ explique « *C'est [...] important de préciser que le patient vient là pour rencontrer le médecin et pas l'interprète. Il faut que le médecin entre en relation directe avec le patient.* » Il décharge donc l'interprète des questions de pilotage.

2.2.2 La question du placement

Différents placements sont possibles. Je vous montre ici ceux qui m'ont été décrits en réponse aux entretiens semi-directifs. À chaque fois, la place de l'interprète ne change pas par rapport au cadre habituel. Deux placements différents sont décrits pour l'intermédiaire.

¹³⁰ Annexes p. 30

Les ILS1 et ILS3¹³¹ décrivent le placement suivant :



L'intermédiaire est placé dans la triangulation interdite à l'interprète, de façon telle à ce qu'il puisse voir l'interprète et le patient, tous deux signants ; et aussi de manière à être vu de l'interprète et du patient.

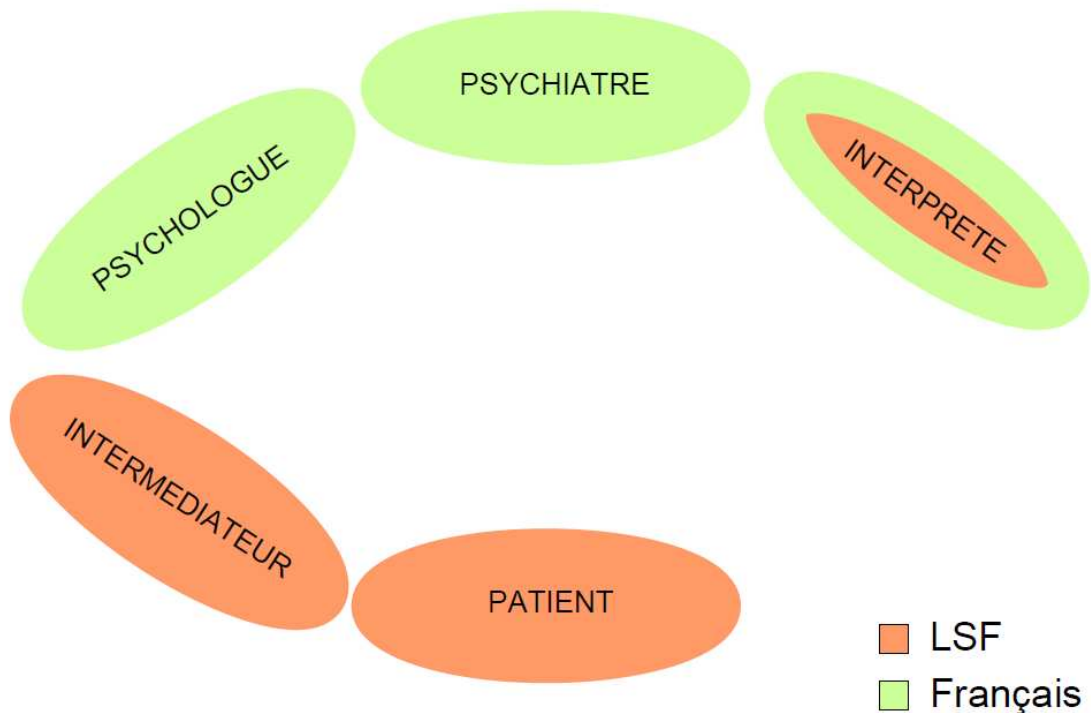
Cette situation de communication est également décrite par Carole GUTMAN et Anna CIOSI¹³² lors de l'analyse de leur pratique en binôme.

Ce placement me semble opérant dans le sens où l'intermédiaire est placé dans la situation de communication, entre le patient et le professionnel entendant, il peut être vu de tous. Interprète, thérapeute et patients ont leur place habituelle dans une situation de liaison.

¹³¹ Annexes p. 8 et 18

¹³² Carole GUTMAN, Anna CIOSI - « Interprétation en santé mentale », in La lettre du Réseau Sourds et Santé, Hors Série – Juin 2009 – p.5 et 7

L'ILS4 décrit le placement suivant :



Ce placement est intéressant par le fait qu'il n'y a pas de bureau et que les différents protagonistes sont placés en cercle. L'intermédiaire est à côté des professionnels entendants et les deux personnes sourdes font face à l'interprète.

La difficulté dans ce type de liaison est que chacun doit être vu des autres pour que la Langue des Signes de chaque personne soit visible de tous et que la parole circule bien.

2.2.3 La question du transfert

J'ai évoqué dans la première partie de mon mémoire les problèmes posés par la présence d'un interprète dans la gestion du transfert. Il est bien entendu que, comme vous pouvez le constater, la relation duelle avec interprète et intermédiaire dans le cadre d'une consultation « psy » n'existe pas. Les transferts et contre-transferts sont partagés entre les différents protagonistes de la situation. Cela est important à souligner car ces transferts doivent être gérés par le soignant qui dirige la situation. L'ILS2¹³³ souligne qu'il peut être déjà compliqué pour les soignants de travailler avec un interprète dans des consultations de

¹³³ Annexes p. 12

santé mentale pour des raisons de transferts. Ajouter un intermédiaire à ce dispositif est donc exclu dans certaines consultations, pour les mêmes raisons.

Cependant, comme le dit l'ILS1¹³⁴, lors de consultations à l'hôpital, la relation duelle est quasi inexistante. Il y a toujours des internes, des stagiaires, des étudiants...

2.3 Intermédiaire, une intervention nécessaire ?

2.3.1 Apports

2.3.1.1 Pour le patient

Nous l'avons dit plus haut, la présence de l'intermédiaire permet au patient sourd d'avoir un référent culturel, apport incontestable pour le patient qui ne partage plus seulement la Langue des Signes avec l'interprète, qui doit rester neutre et ne pas prendre part aux échanges, mais encore avec un professionnel Sourd bien présent pour lui et pour l'accompagner.

La présence d'un intermédiaire permet aussi une meilleure prise en charge du patient. Nous avons décrit précédemment les difficultés d'ordre linguistique et de compréhension que peut avoir l'interprète en santé mentale. Ces difficultés poussent l'interprète à couper sans cesse le discours du patient sourd qui est mal ou pas compris par l'interprète. On sait la place que tient l'expression libre du patient en consultation « psy ». Demander sans cesse à un patient de reformuler, de répéter un discours qui peut être parfois douloureux n'est pas sans poser problème pour sa prise en charge. Malgré la présence de l'interprète, il n'est pas accueilli et soigné comme le serait un entendant. La présence d'un intermédiaire peut aider dans ce genre de situation. Un exemple donné par l'ILS1¹³⁵ me semble ici approprié. Une femme prise en charge en consultation psychiatrique au sein d'une Unité à l'hôpital ne respecte aucun placement dans son expression en Langue des Signes. Les divers protagonistes de son discours se retrouvent alors tous sur le même emplacement, ce qui pose de gros problèmes de compréhension et incite l'interprète à l'interrompre sans cesse. Il a été décidé de faire intervenir un intermédiaire, ce qui a permis à la patiente de situer de plus en plus les personnages de son discours en lui demandant de qui elle parlait, en communiquant plus avec elle. Cette patiente aujourd'hui est plus claire quant à ses emplacements en LSF. L'intervention de l'intermédiaire va donc ici au-delà d'un travail linguistique et s'inscrit

¹³⁴ Annexes p. 9

¹³⁵ Annexes p. 8

dans la thérapie, car elle a permis de lever la confusion que cette patiente avait dans le monde, qui était visible dans la confusion de ses emplacements en Langue des Signes. Le bilan est donc très positif.

L'intermédiaire permet aussi au patient, et c'est là sa fonction première, de bien comprendre les propos du soignant qui sont reformulés. L'ILS3¹³⁶ rappelle que les enjeux sont très importants, et que c'est là toute la problématique de la prise en charge de patients sourds ; il faut s'assurer de la bonne compréhension du message par le patient : « *On ne peut pas se permettre que ce patient parte sans être sûr qu'il a compris qu'il doit prendre deux cachets par jour et pas deux cachets trois fois par jour.* »

2.3.1.2 Pour le thérapeute

Le thérapeute peut tirer aussi grand avantage de la présence d'un intermédiaire. En effet, ce dernier peut avertir le thérapeute des difficultés de compréhension du patient, le thérapeute pouvant alors adapter d'autant plus son discours ou laisser plus grande place à l'intervention de l'intermédiaire pour l'explication du traitement ou du régime spécifique à suivre.

La psychiatre interrogée¹³⁷ reconnaît tout à fait l'utilité de l'intervention d'un intermédiaire pour l'aider à comprendre des patients sourds avec handicap associé, ou des sourds d'origine étrangère, grâce à la Langue des Signes Internationale. L'intermédiaire lui permet aussi de repérer entre autre ce qui est de l'ordre du néologisme dans le discours du patient. Cela lui permet de faire la part des choses entre ce qui relève de ses lacunes en Langue des Signes et ce qui relève d'un trouble dissociatif, par exemple. Même si cette psychiatre est signante et mène ses entretiens directement en LSF, il est possible qu'elle ne repère pas certaines manifestations linguistiques de ses patients.

2.3.1.3 Pour l'interprète

Un apport qui paraît primordial est celui de l'utilisation de l'iconicité en LSF par l'intermédiaire lorsque le patient ne comprend pas un signe ou lorsqu'il est étranger. L'intermédiaire vient alors en soutien et évite à l'interprète de sortir de son cadre déontologique qui lui est si précieux. Carole GUTMAN a décrit une situation pour laquelle l'apport d'un intermédiaire aurait été intéressant. Le patient cité ne connaît pas de signes de

¹³⁶ Annexes p. 19

¹³⁷ Annexes p. 36

vocabulaire assez basique comme ceux des couleurs, qu'il désigne en montrant des objets dans la salle¹³⁸. L'une des conditions de recours à un interprète est la connaissance de la LSF ou du Français mais l'interprète doit souvent faire face à des situations où cette condition n'est pas respectée; sa place est mise à mal, il risque d'outrepasser son rôle et l'intermédiaire peut être ici d'une aide précieuse. L'ILS1¹³⁹ met en avant ce rôle du médiateur, comme « garant » de la déontologie de l'interprète. Il intervient quand ce dernier, en collaboration avec le soignant, franchit les limites de l'adaptation culturelle.

Lorsque le patient est difficilement compréhensible, comme je l'ai dit plus haut au sujet des difficultés linguistiques, l'intermédiaire, par sa reformulation, permet d'accéder au sens d'un discours embrouillé¹⁴⁰. Il interroge le patient, reformule ses propos, cherche le sens avec le patient, ce qui est une décharge très confortable pour l'interprète. « *Il permet à l'interprète de retrouver son rôle premier* »¹⁴¹. Pour l'ILS3¹⁴², la reformulation de l'intermédiaire et ses interventions sont très rassurantes pour l'interprète. Elles permettent de connaître la cause d'une incompréhension : « *Ca veut dire que ce n'est pas forcément moi qui ne comprends pas.* »

L'intermédiaire permet aussi d'accéder au vouloir dire du locuteur sourd qui s'exprime parfois avec une Langue des Signes très pauvre, comme je l'ai évoqué plus haut. J'illustrerai mon propos grâce à un exemple donné par Carole GUTMAN¹⁴³, une fois de plus. La situation se passe au CAT Jean Moulin à Paris, avec une interprète institutionnelle très habituée à ce type de public mais pourtant poussée dans ses retranchements face à un patient très agité et angoissé qui répète trois signes traduits par « moi / peur / squelette » sans que puisse vraiment être compris ce que voulait dire ce patient. Le conseiller en communication sourd est alors intervenu et a permis à l'équipe de comprendre qu'il avait vu des produits toxiques symbolisés par une tête de mort dans les cuisines de l'établissement, et qu'il craignait d'être empoisonné. L'intermédiaire a bien souvent plus de connaissances sur le contexte dans lequel se trouve le patient, parce qu'il a l'occasion de le voir en dehors des consultations « psy » et permet ainsi dans certaines situations d'accéder plus facilement à ce fameux vouloir dire.

¹³⁸ Carole GUTMAN – *op. cit.* – 2006 – p.18

¹³⁹ Annexes p. 7 et 8

¹⁴⁰ Carole GUTMAN – *op. cit.* – 2006 – p.22

¹⁴¹ Carole GUTMAN – *ibid.* – 2006 – p.23

¹⁴² Annexes p. 18

¹⁴³ Carole GUTMAN – *op. cit.* – 2006 – p.21

De plus, l'intermédiaire est « garant » de la déontologie de l'interprète, comme je l'ai évoqué plus haut, qui décharge sur lui ses envies d'exprimer au médecin notamment les difficultés de compréhension que peuvent avoir certains patients¹⁴⁴, ou certaines spécificités de la culture sourde, comme l'exprime l'intermédiaire MED2¹⁴⁵. Sa place d'expert de la LSF, décrite plus loin, peut éviter à l'interprète d'être interrogé sur les spécificités de la Langue des Signes ou sur la culture sourde en général, fait décrit par Carole GUTMAN¹⁴⁶. Il pourra aussi intervenir lors de propos dits « à mains basses¹⁴⁷ », qui mettent en difficulté l'interprète.

L'intermédiaire peut aussi expliquer aux différents thérapeutes et médecins ne connaissant pas la surdité et ne sachant pas utiliser un interprète, de quoi il en retourne et mettre au clair la place de l'interprète face à des médecins quelque peu réticents, comme le décrit l'ILS1¹⁴⁸.

2.3.2 Points négatifs

La plupart des personnes interrogées disent ne pas voir d'inconvénients à l'intervention d'un intermédiaire, puisque ce dernier est appelé lorsqu'on a besoin de lui. J'ai tout de même pu relever au sein des entretiens semi-directifs certains points que je vais ici décrire.

2.3.2.1 Le temps de consultation

Ajouter un intervenant à un entretien allonge le temps de consultation, comme le souligne l'ILS1¹⁴⁹. Cela pose des problèmes purement organisationnels que l'on doit prendre en compte dans la mise en place du planning des différents professionnels. Une même consultation, qui dure plus longtemps, est également moins rentable pour l'Unité ou pour l'hôpital, mais les préoccupations financières des gérants des différentes consultations n'ont pas à être débattues ici.

L'allongement du temps de consultation n'est donc évidemment pas un problème insurmontable.

¹⁴⁴ Carole GUTMAN – *ibid.* – 2006 – p.26

¹⁴⁵ Annexes p. 29

¹⁴⁶ Carole GUTMAN – *op. cit.* – 2006 – p.30

¹⁴⁷ Carole GUTMAN – *ibid.* – 2006 – p.32

¹⁴⁸ Annexes p. 6

¹⁴⁹ Annexes p.8

2.3.2.2 La lourdeur du dispositif

Lors d'un entretien classique entre un entendant lambda et un « psy » quel qu'il soit, seulement deux personnes sont en présence. J'évoque dans ce mémoire la prise en charge de patients sourds avec interprète et/ou intermédiaireur. Le patient se retrouve donc face à trois personnes au lieu d'une dans le dispositif classique, ce qui n'est pas sans alourdir ce dispositif. Cela peut être vécu comme intrusif pour le patient, comme le souligne l'ILS1¹⁵⁰.

L'ILS2¹⁵¹ pense que, pour les consultations dans lesquelles il avait l'habitude d'intervenir, menées par des thérapeutes d'orientation lacanienne ou freudienne et dans lesquelles le transfert tient une place centrale, la présence d'un intermédiaireur n'aurait fait qu'alourdir l'entretien, étant donné la bonne connaissance qu'avaient les soignants en question du monde des sourds et de la surdité.

L'ILS3¹⁵² note comme principal point négatif de l'intervention d'un intermédiaireur la lourdeur du dispositif. Il est vrai qu'une consultation avec 3 professionnels, sans compter les stagiaires et les internes, peut être difficile à gérer et cela doit être accepté et bien compris par le patient.

2.3.2.3 Les problèmes liés au manque de formation des médiateurs

Toutes les personnes interrogées déplorent le manque de formation des intermédiaireurs sourds. Selon l'ILS1¹⁵³, que je rejoins dans cette réflexion, « *être sourd, ça ne suffit pas pour être médiateur* ». Cet interprète compare les intermédiaireurs aux interfaces de communication qui interviennent chaque jour, bon an mal an, avec une confusion des rôles perçue par les usagers et patients, en multipliant les casquettes. Je ne dis pas là qu'aucun intermédiaireur ne fait son travail correctement avec professionnalisme mais juste que ce manque de cadre et de formation me paraît quelque peu dangereux.

L'ILS3¹⁵⁴ souligne qu'il faut quand même être prudent sur l'utilisation d'un intermédiaireur, du fait de son manque de formation. Elle avoue être gênée de « *jeter le bébé avec l'eau du bain* ». Lorsque l'interprète arrive dans ses limites, il contacte l'intermédiaireur qui doit trouver une solution pour la prise en charge du patient. Je comparerai cela avec

¹⁵⁰ Annexes p. 9

¹⁵¹ Annexes p. 12

¹⁵² Annexes p. 18 et 19

¹⁵³ Annexes p.10

¹⁵⁴ Annexes p. 18

l'utilisation des interprètes dans certaines situations. On est face à une difficulté avec une personne sourde, on fait appel à un professionnel sourd ou de la surdité, et tous les problèmes se règlent comme par magie ! Nous devons rester prudents avec ce genre de raccourcis. Elle ajoute plus loin qu'il est important que l'intermédiaire comprenne bien son rôle et qu'il ne se contente pas de répéter signe pour signe ce que dit l'interprète, ce qui n'est pas toujours le cas. Une réelle formation pourrait combler ce manque.

L'ILS4¹⁵⁵ dit avoir travaillé une seule fois avec un intermédiaire, qui a été formé à la santé mentale et à la surdité. Peu d'intermédiaires ont reçu ce type de formation. Elle dit d'ailleurs plus loin avoir discuté avec une amie intermédiaire qui déplorait ce manque de formation, du fait que certaines personnes, par le seul motif qu'elles sont sourdes, font de la médiation, « *ce qui fait plus de dégâts que de bien car les gens ne sont pas du tout formés à ça.* »

Selon la psychiatre interrogée¹⁵⁶ le manque de formation d'intermédiaire leur permet d'avoir de multiples casquettes et donc de multiples fonctions, très différentes en fonction du lieu d'exercice. Ils portent ces différentes fonctions sans aucun cadre de référence, ce qui est propice à déviances.

Le manque de formations propres à l'intermédiation peut donc être lourd de conséquences et je me permets ici d'aller jusqu'à dire que fournir une réelle formation aux intermédiaires constitue aujourd'hui une urgence, étant donné les besoins grandissants de médiation dans de nombreux domaines.

2.3.3 Précautions à prendre

Une précaution qui paraît primordiale dans le dispositif de soin psychique aux personnes sourdes, et qui est soulevée par la plupart des personnes interrogées, est une connaissance minimale de la spécificité de la culture sourde de la part du thérapeute. L'ILS2¹⁵⁷ ajoute : « *Je pense que les gens qui ne connaissent pas bien les sourds ne peuvent pas faire un bon boulot avec les sourds. Il leur manque toute une dimension culturelle.* ». Certains soignants cherchent d'autres moyens pour communiquer avec les sourds comme l'écriture ou la lecture labiale, et ne voient pas la nécessité de la présence d'un interprète¹⁵⁸. On peut entendre nombre de fois cette phrase « On se comprend ! » alors qu'il n'y a aucune

¹⁵⁵ Annexes p. 22 et 23

¹⁵⁶ Annexes p. 38

¹⁵⁷ Annexes p. 13

¹⁵⁸ Carole GUTMAN – *op. cit.* – 2006 – p.40

certitude quant à cette compréhension. On peut même aller plus loin en disant que des connaissances de base de LSF seraient un réel atout¹⁵⁹.

L'ILS3¹⁶⁰ souligne clairement qu'elle a pu vraiment bien travailler avec un psychiatre avec la connaissance que chacun avait des limites de l'autre. C'est donc un réel travail d'équipe qui doit être mis en place. L'intermédiaireur MED2¹⁶¹ souligne ceci en ce qui concerne le binôme interprète/intermédiaireur : « *C'est important que l'interprète sache qui est le médiateur et que le médiateur sache qui est l'interprète, pour qu'ils puissent se connaître et être une vraie équipe [...] Ce n'est pas possible autrement.* » L'ILS1¹⁶² appuie cet état de fait et exprime le confort de travailler avec un psychiatre qui a une connaissance minimale de la LSF et de sa syntaxe et qui était à l'aise avec l'utilisation de l'interprète : « *il regardait ses patients sans problème* », alors qu'elle a rencontré des difficultés avec certains soignants qui n'y étaient pas sensibilisés. Pascaline MICHEL exprime également la chance qu'elle a eue, en tant que jeune interprète, d'avoir été entourée de ses collègues : « *Une chance d'avoir pu exercer dans un lieu privilégié* »¹⁶³. Elle le rappelle plus loin dans ses écrits en exprimant la chance d'avoir créé un binôme avec le psychiatre de l'unité¹⁶⁴. Marguerite BEAUCHAMPS souligne également qu'il est important de créer une relation de confiance entre thérapeutes et interprètes¹⁶⁵.

L'ILS4¹⁶⁶ souligne qu'il est bien sûr primordial que « *les usagers soient bien renseignés sur le rôle de l'interprète, ce qu'il fait, et surtout ce qu'il ne fait pas* », sur la déontologie et la question de la neutralité, pour ne pas être pris à partie ou utilisé dans l'entretien. Il faut aussi que le médiateur « *maîtrise à 100% le rôle de l'interprète* »

L'ILS2¹⁶⁷ déconseille aux débutants d'intervenir en santé mentale. Il pense en effet qu'un interprète débutant n'est pas suffisamment détaché des problèmes de compréhension qu'il peut avoir. Ce conseil est également visible dans le livre « *L'interprétation en Langue*

¹⁵⁹ Pascaline MICHEL – *op. cit.* – 2009 – p.25

¹⁶⁰ Annexes p. 17

¹⁶¹ Annexes p. 30

¹⁶² Annexes p. 6

¹⁶³ Pascaline MICHEL – *op. cit.* – 2009 – p.9

¹⁶⁴ Pascaline MICHEL – *ibid.* – 2009 – p.36

¹⁶⁵ Marguerite BEAUCHAMPS – *op. cit.* – 2007 – p.36

¹⁶⁶ Annexes p. 24

¹⁶⁷ Annexes p. 14

des Signes »¹⁶⁸ pour les interventions en santé somatique. Pascaline MICHEL, dans son mémoire de Diplôme d'Université « Surdité et Santé Mentale » met en lumière les difficultés qu'elle a rencontrées lors de ses interventions en santé mentale en tant que jeune interprète. Les principales sont la fatigabilité, la fragilité dans le mécanisme d'interprétation, les difficultés liées au pilotage de la situation, et comme le disait l'ILS2¹⁶⁹, la perpétuelle recherche de sens (même lorsqu'il n'y en a pas...) ¹⁷⁰

 galement, je remarque l'importance du dispositif briefing/entretien/débriefing dans ces consultations. Ce dispositif est décrit par les interprètes ILS2, ILS3 et ILS4, l'interm diateur MED2 et la th rapeute¹⁷¹, ainsi que par Pascaline MICHEL¹⁷², Carole GUTMAN, qui pointe « *la nécessité de mises au point régulières* »¹⁷³, et Marguerite BEAUCHAMPS¹⁷⁴. Ce briefing/débriefing permet de mettre en lumière les difficultés rencontrées par l'interprète mais aussi par le médiateur et le soignant, chacun pouvant interroger l'autre sur sa pratique pour que le dispositif soit opérant. Il permet donc de faire le point et d'envisager les éventuels arrangements à mettre en place pour les prochaines séances, d'analyser les mécanismes transférentiels, linguistiques et relationnels du dispositif¹⁷⁵. Il permet aussi à l'interprète de se décharger de la charge émotionnelle en jeu dans l'entretien « psy », de « *faire la part des choses entre ce qui leur appartient et ce dont ils peuvent être le destinataire ou le réceptacle involontaire* » et ne met en aucun cas à mal la neutralité de l'interprète, bien au contraire¹⁷⁶. L'ILS4¹⁷⁷ dit avoir recours à un briefing avant les consultations, pour avoir accès à certaines informations importantes sur le patient, sur ce qui s'est dit dans les consultations précédentes et qu'il est utile de savoir, sur une éventuelle annonce de diagnostic, mais n'utilise pas le débriefing et préconise une supervision avec psychologue pour que les interprètes intervenant de façon régulière dans ces consultations puissent se décharger des affects qui y sont liés.

¹⁶⁸ Alexandre BERNARD, Florence ENCREVE, Francis JEGGLI – *op. cit.* - 2007 – p.152

¹⁶⁹ Annexes p. 14

¹⁷⁰ Pascaline MICHEL – *op. cit.* – 2009 – p.13 et 14

¹⁷¹ Annexes p. 11, 12, 14, 17, 22 et 39

¹⁷² Pascaline MICHEL – *op. cit.* – 2009 – p.37

¹⁷³ Carole GUTMAN – *op. cit.* – 2006 – p.41

¹⁷⁴ Marguerite BEAUCHAMPS – *op. cit.* – 2007 – p.31

¹⁷⁵ Carole GUTMAN – *op. cit.* – 2006 – p.50/51

¹⁷⁶ Marguerite BEAUCHAMPS – *op. cit.* – 2007 – p.31

¹⁷⁷ Annexes p. 22 et 23 et 24

Il est aussi important de bien cerner les besoins d'intermédiation. Selon l'ILS1¹⁷⁸, le patient est en général accueilli sans intermédiaire lequel est appelé en cas de besoin, sauf pour un certain nombre de patients connus du service pour lesquels on sait d'emblée qu'il y aura besoin d'intermédiaire, par le profil du patient.

Une fiche d'information sur l'interprétation en santé mentale a été proposée par Carole GUTMAN¹⁷⁹. Elle peut être utile pour préciser le rôle de chacun avant le début de tout travail thérapeutique.

THÉRAPEUTE	INTERPRÈTE	MÉDIATEUR
<p>Avant toute intervention, un temps de préparation avec l'interprète est indispensable. Il va lui permettre de connaître vos attentes, vos objectifs. Il vous permettra par ailleurs de bien mesurer les limites du dispositif qui va se mettre en place.</p> <p>Vous êtes le responsable de la consultation. Adressez-vous directement au patient sourd, en le regardant. Le regard est fondamental dans la relation qui va s'établir avec un patient sourd.</p> <p>Ne vous étonnez pas si le patient ne vous regarde pas : il regarde l'interprète qui est placé à côté et si possible un peu en retrait de vous.</p> <p>N'oubliez pas que les propos que vous entendez ne sont qu'une traduction du discours du patient.</p> <p>Apprendre la LSF est primordial si vous travaillez de manière régulière avec les sourds. Même si vous ne parvenez pas à la maîtrise de la LSF, avoir des bases vous permettra de percevoir le patient dans sa globalité, d'entrevoir sa culture et d'appréhender les écueils de la traduction.</p>	<p>L'interprète est expert en interprétation. Il peut vous guider sur le dispositif à mettre en place. Il n'est pas un soignant de formation.</p> <p>Il est soumis à un code déontologique qui lui impose neutralité, fidélité et secret professionnel.</p> <p>Il traduit donc l'intégralité des propos, autant que faire se peut dans une situation de santé mentale. Il n'a pas pour rôle d'intervenir dans la discussion pour apporter des éclaircissements au patient.</p> <p>Il n'a pas pour mission de juger du niveau de langue du patient. Il peut en revanche, au cours des séances de préparation ou de débriefing, vous informer sur les difficultés qu'il a rencontrées lors de son travail et en ce sens participer à la thérapie.</p> <p>En cas de difficulté majeure de compréhension, il peut vous proposer de faire appel à un médiateur.</p>	<p>Il intervient lorsque les propos sont inaccessibles à l'interprète ou/et au patient. Il reformule, questionne, et tente d'éclaircir le discours.</p> <p>Il peut réexpliquer vos propos au patient.</p> <p>Il doit participer aux temps de préparation et de débriefing afin de comprendre l'objectif thérapeutique des séances.</p> <p>Attention ! Le médiateur n'est pas nécessairement un soignant de formation. Par son action de médiation, il devient co-thérapeute.</p>

¹⁷⁸ Annexes p. 9

¹⁷⁹ Carole GUTMAN – *op. cit.* – 2006 – p.52

2.4 Intermédiaireur, un place difficile à déterminer

2.4.1 Expert de la LSF et de la culture sourde ?

Parmi les nombreuses fonctions et tâches assurées par l'intermédiaireur, on lui demande d'intervenir en tant qu'expert de la Langue des Signes. Locuteur natif de cette langue, ses connaissances en la matière sont considérées comme suffisantes pour donner des éclairages spécifiques quant aux manifestations linguistiques dont j'ai parlé plus haut.

L'intermédiaireur MED2¹⁸⁰ donne un exemple pertinent à ce propos. Un patient sourd est accueilli en consultation psychiatrique. Il exprimait toujours les termes « diable rouge » et les répétait sans cesse. L'interprète et le médecin ne parvenaient pas à accéder au vouloir dire de ce patient. On pouvait alors penser que ce patient, souffrant de troubles psychique, avait des idées étranges concernant un diable rouge. L'intervention de l'intermédiaireur a permis d'accéder à ce vouloir dire : il s'agissait d'une équipe de football. L'intermédiaireur a permis un détachement des signes eux-mêmes pour accéder au sens du discours. Il a permis cela par ses compétences en Langue des Signes.

La psychiatre interrogée¹⁸¹ pense que l'intermédiaireur est un expert de la LSF, et c'est là sa fonction première. Mais cette fonction peut être mêlée à celle de soignant ou de co-thérapeute.

L'intermédiaireur sourd est bien sûr, dans un premier temps, appelé pour pallier aux problèmes linguistiques et de compréhension du discours (pour le patient ou pour les professionnels). C'est là une fonction première indéniable. Malgré tout, on peut voir qu'une autre fonction assez centrale est aussi bien visible, celle de co-thérapeute.

2.4.2 Co-thérapeute / Soignant ?

La place de co-thérapeute est donc aussi prégnante pour un intermédiaireur. Cette place est exprimée par la plupart des personnes interrogées, interprètes, intermédiaireurs, et thérapeute¹⁸². Cette place est d'autant plus flagrante quand l'intermédiaireur intervient seul avec le thérapeute et sans interprète, parce qu'il forme un binôme avec le soignant, tous deux

¹⁸⁰ Annexes p. 28

¹⁸¹ Annexes p. 37

¹⁸² Annexes p. 19, 22, 26, 31, 35 et 37

professionnels face au patient sourd, sur un pied d'égalité, comme le décrit l'intermédiaireur MED1¹⁸³.

L'intermédiaireur MED2¹⁸⁴ commente cette place de co-thérapeute en plaçant le soignant entendant comme gestionnaire de la situation ayant les compétences propres au soin psychiatrique parce qu'il a fait de longues études pour connaître le fonctionnement cérébral. Il se place plus comme médiateur dans une logique relationnelle avec le patient, gérant les émotions de la situation. Il reconnaît cependant avoir une vraie place de co-thérapeute lors de consultations qu'il mène avec un psychologue.

L'intermédiaireur MED3¹⁸⁵, dans les situations qu'il décrit, se place très clairement comme co-thérapeute. Il explique et réexplique le traitement aux patients, que ce soit au sein de la consultation avec le médecin, ou après cette consultation, dans son bureau, où il utilise différents supports (images, dessins, photos...). Il se place donc bien en tant que soignant car il participe clairement à la logique de soins. Il mène également des entretiens, seul, avec des patients sourds qui ont « juste » besoin de discuter, par manque de « psy » dans le service. Il est clair qu'il serait préférable d'embaucher un vrai psychologue ou psychiatre pour mener ce genre d'entretien. Une casquette est ajoutée à l'intermédiaireur du service et ce n'est pas souhaitable. D'après ce qui est décrit dans l'entretien, l'intermédiaireur s'occupe aussi du suivi post-hospitalisation ou post-consultation de sourds isolés.

La psychiatre interrogée¹⁸⁶ reconnaît le rôle de co-thérapeute que peut endosser un intermédiaireur. Elle pense que ce rôle est indéniable dès lors que celui-ci participe à la consultation mais rencontre aussi les patients en dehors des consultations « psy », en tant qu'aide-soignant par exemple. Comme elle le dit, l'intermédiaireur avec qui elle a l'habitude de travailler a des qualités qui dépassent la simple médiation purement linguistique « *elle est capable d'apaiser quelqu'un s'il est angoissé, de lui prendre la main, d'être dans une position qui est au-delà de la médiation ou de l'aide au langage* ».

2.4.3 Comment bien former un intermédiaireur ?

Le manque de formation des intermédiaireurs a été très largement exprimé lors des entretiens semi-directifs. Il était donc important pour moi de définir comment doivent être formés les intermédiaireurs.

¹⁸³ Annexes p. 26

¹⁸⁴ Annexes p. 29 et 31

¹⁸⁵ Annexes p. 32, 33 et 35

¹⁸⁶ Annexes p. 37

La quasi-totalité des personnes interrogées ont exprimé le besoin de formation en langue et en linguistique. L'ILS4¹⁸⁷ va plus loin en disant qu'il faudrait former les personnes à être capables de faire une analyse linguistique du discours pour bien le reformuler, ainsi qu'une formation en Langue des Signes Internationale. À cela devraient s'ajouter des connaissances en psychologie. Elle parle aussi d'un cadre déontologique, ne voyant pas le travail d'intermédiaire comme un travail de neutralité.

L'ILS1¹⁸⁸ préconise, dans l'idéal une formation adaptée à chaque domaine d'intervention : justice, social, santé. L'ILS1 pense alors que tant le niveau de LSF que le niveau de français doivent être très bons et les deux langues maîtrisées avec un niveau de diplôme « *BAC ou BAC+3* ». Tout comme l'intermédiaire MED2, l'ILS3 et la PSY, l'ILS1¹⁸⁹ souhaite que le cadre déontologique de l'intermédiaire soit plus clair. L'ILS1 pense que le travail de médiation requiert autant de capacités cérébrales que le travail d'interprétation et, à ce titre, les intermédiaires devraient avoir un cadre d'exercice plus précis en ce qui concerne le temps de travail. Ce cadre déontologique, selon l'ILS4¹⁹⁰, est d'autant plus primordial que les personnes sourdes vivent dans la même communauté. Les patients sourds doivent pouvoir avoir une pleine confiance envers les intermédiaires.

L'ILS3¹⁹¹ pense qu'il faudrait apprendre aux intermédiaires comment reformuler sans prendre la place du médecin grâce à l'iconicité, ou en baissant le rythme d'expression naturelle, comment avoir de l'empathie avec le patient, rentrer dans un rapport d'écoute ainsi qu'une formation de base dans le domaine médical, qui peut être acquise dans leur formation initiale (aide-soignant, infirmier....)

L'intermédiaire MED1¹⁹² rejoint l'idée qu'il faudrait des connaissances pour pouvoir s'adapter à tous types de patients, une formation en Langue des Signes Internationale ainsi que des connaissances médicales qu'il n'a pas pu avoir dans sa formation d'éducateur. Il souligne qu'il faudrait à la fois une formation théorique et une formation de terrain pour que celle-ci soit bien complète.

¹⁸⁷ Annexes p. 23

¹⁸⁸ Annexes p. 10

¹⁸⁹ Annexes p. 10, 19, 30 et 40

¹⁹⁰ Annexes p. 24

¹⁹¹ Annexes p. 19

¹⁹² Annexes p.27

L'intermédiaire MED2¹⁹³ ne parle pas de métier en ce qui concerne la médiation mais de rôle. Selon lui, il est primordial d'avoir une formation de base, comme c'est le cas aujourd'hui, à laquelle il faudrait ajouter des connaissances en linguistique, en droit et une déontologie, notamment en ce qui concerne la neutralité.

L'intermédiaire MED3¹⁹⁴ dit également avoir besoin d'un cadre déontologique, mais aussi en ce qui concerne le secret professionnel. Il exprime l'importance de garder le secret et de faire la part des choses entre le professionnel et le privé, pour que les patients gardent confiance. Selon lui, il est important que se rencontrent les intermédiaires de toute la France pour discuter de cette formation, comme cela se fait chaque année à Paris, avec l'Association Française des Médiateurs Sourds.

Pour la psychiatre interrogée¹⁹⁵, il y aurait vraiment besoin d'homogénéiser le travail des différents médiateurs en France avec un cadre déontologique très clair. Selon elle, si le travail de médiation est purement linguistique, il n'est pas besoin de former les intermédiaires à chaque domaine d'intervention ; mais cette place n'est pas encore clairement définie, donc de ce point de vue, la question reste entière. Si l'intermédiaire est co-thérapeute, il doit être formé à la santé, ou à la santé mentale, en fonction des unités dans lesquelles il intervient.

2.4.4 L'intermédiaire, un recours systématique ?

L'ILS2¹⁹⁶ n'a pas ressenti le besoin de faire intervenir un intermédiaire : « *je trouve que ça ne sert pas à grand chose.* » dans la mesure où les thérapeutes avec lesquels il travaillait avaient une bonne connaissance des sourds et de la culture sourde. Il pense qu'un recours à un intermédiaire peut être utile lorsque le soignant ne connaît pas du tout la surdité, comme le font les ethnopsychiatres, mais dès lors que celui-ci a des notions de culture sourde et que des règles sont mises en place pour bien utiliser l'interprète, il ne sert à rien de faire intervenir un intermédiaire dans les consultations. Pour lui, il vaut mieux un « psy » qui connaisse le monde des sourds et qui fasse intervenir un interprète de temps en temps, plutôt que de faire intervenir un intermédiaire, aux vues de la difficulté de gérer la situation, et du manque de formation de ces derniers.

¹⁹³ Annexes p. 30

¹⁹⁴ Annexes p. 34 et 35

¹⁹⁵ Annexes p. 37 et 38

¹⁹⁶ Annexes p. 12 et 13

L'ILS4¹⁹⁷ aimerait que les intermédiaires interviennent plus souvent, surtout en santé mentale, du fait de la difficulté de gérer les émotions pour l'interprète dans ces situations et des enjeux qu'elles recouvrent. L'intervention d'un intermédiaire apporte beaucoup de confort pour l'interprète notamment.

Pour l'ILS1¹⁹⁸, la présence systématique d'un intermédiaire n'est pas nécessaire. Il y a des situations qui ne peuvent être débloquées par sa présence, s'il y a des choses que le patient ne veut pas dire : « *on ne peut pas faire levier sur tout* ». De plus, comme je le disais plus haut, la souffrance psychique a mille façons de s'exprimer. On ne rencontre pas uniquement des patients avec une pathologie lourde s'exprimant par des troubles du comportement en santé mentale, comme le dit l'ILS3¹⁹⁹, mais également des personnes n'ayant aucune difficulté d'ordre linguistique et langagier. Face à ce type de patients, l'entretien peut se dérouler sans qu'émergent toutes les difficultés énoncées, la présence d'un intermédiaire n'est donc pas utile. L'intermédiaire MED1²⁰⁰ rejoint cette idée qu'il doit intervenir si le besoin s'en fait sentir, mais pas dans toutes les consultations.

Selon la psychiatre interrogée²⁰¹, il est important de bien cerner les besoins de médiation des patients pris en charge, dès le premier rendez-vous. La plupart des patients étant orientés par d'autres professionnels, il est pour elle important d'avoir les informations nécessaires à propos du patient, pour pouvoir faire appel ou non à un intermédiaire si la situation l'exige. Selon elle, l'intervention d'un intermédiaire ne doit pas être systématique, mais réfléchie, tout comme le cadre dans lequel il intervient. Elle doit être régulièrement réexaminée au regard des expériences passées et de l'évolution de la prise en charge du patient.

Pour l'ILS3²⁰², un recours systématique à l'intermédiaire serait nécessaire : « *si on voulait avoir le rôle d'interprète comme on nous l'apprend en formation, il faut un médiateur 24h sur 24.....* ». L'intermédiaire est garant du cadre déontologique de l'interprète : « *Il y a très peu de patients avec lesquels on fait un travail pur dur.* » De ce fait, et dans la mesure où l'interprète souhaite garder le cadre d'intervention qu'on lui a enseigné, la présence systématique d'un intermédiaire sourd est souhaitable en santé mentale, selon l'ILS3.

¹⁹⁷ Annexes p. 23 et 24

¹⁹⁸ Annexes p. 9

¹⁹⁹ Annexes p. 16

²⁰⁰ Annexes p. 26

²⁰¹ Annexes p. 38 et 41

²⁰² Annexes p. 18

Conclusion

Bien évidemment, nous le savons, il est largement préférable que les entretiens de soins psychiques pour les patients sourds se passent directement en Langue des Signes. Cependant, la réalité du terrain exige souvent la présence d'interprètes dans ces consultations et nous avons bien compris que cela n'était pas sans poser problème. La prise en charge de patients sourds est tout à fait particulière. Deux personnes de cultures et de langues différentes doivent entrer en communication et en relation dans un environnement où la Parole est centrale. Il est donc primordial de mettre en place des dispositifs pour que l'accueil de ces patients sourds soit optimal.

L'interprétation/médiation est très largement utilisée en consultation ethnopsychiatrique mais nous l'avons vu, si l'on considère la déontologie des interprètes en Langue des Signes, ce dispositif n'est pas transposable pour les sourds. Il faut donc chercher d'autres positionnements et je crois que l'intervention d'un intermédiaire sourd peut être une vraie réponse à toutes les difficultés rencontrées par l'interprète. La quasi-totalité des témoignages vont dans ce sens, l'intermédiaire sourd, en tant que référent culturel et linguistique, apporte un réel confort et débloque de nombreuses situations.

La seule nuance que j'apporterai quant à cette intervention est le manque de formation de ces intermédiaires. Il est urgent de mettre en place des formations pour les intermédiaires, que cette fonction devienne un réel métier, comme cela a été le cas pour les interprètes ces 30 dernières années. La professionnalisation de ce métier est primordiale pour qu'ils interviennent en vrais professionnels. Tous ont exprimé la gêne qu'ils éprouvent au quotidien dans leur pratique ; et cette absence de formation, de cadre clair d'intervention laisse la porte ouverte à de nombreuses déviances.

De plus, il est très important que les besoins des patients sourds soient clairement analysés pour que l'intervention de l'intermédiaire soit opportune et appropriée. Nous l'avons vu, la présence systématique d'un intermédiaire n'est pas nécessaire.

Je dirai donc pour finir que, si les intermédiaires sont formés aux différents types de médiations qu'ils sont amenés à faire, en définissant leur rôle et en leur donnant un cadre d'exercice précis, et si nous définissons clairement les situations dans lesquelles ils doivent intervenir, alors leur apport dans les consultations de santé mentale est indéniablement positif, pour le patient, bien sûr, pour le thérapeute qui améliore sa prise en charge, mais aussi, et c'est là l'objet de ma recherche, pour l'interprète en Langue des Signes qui y trouve un vrai confort pour sa traduction ; son intervention gagnant ainsi en qualité.

Le travail est donc loin d'être terminé, si nous considérons les questions posées en introduction, mais des voies sont ouvertes et la prise en charge des sourds s'améliore avec le temps. Il serait intéressant pour les futures recherches d'avoir un regard sur ce qui se passe en Europe et dans le monde, si des intermédiaires sont utilisés et comment. Il serait aussi intéressant de savoir comment les interprètes font face à leurs difficultés en santé mentale dans d'autres pays. Et il faudrait aussi et bien sûr, comme je l'ai déjà dit, mener une vraie réflexion sur la formation des intermédiaires.

La maladie mentale est inquiétante, impressionnante, c'est vrai, y compris pour les interprètes, mais je pense vraiment que, par la mise en place de dispositifs tels que celui proposé dans ce mémoire, nous parviendrons à avoir une attitude plus sereine des interprètes face aux interventions qu'ils doivent assumer lors de consultations en santé mentale.

Bibliographie

Articles :

BOONE Jennifer, DRION Benoît, PLANCHON Denis, SAMOY Elise, « Intermédiaireur en Langue des Signes, un nouveau métier ? », <http://bdrion.over-blog.net/article-intermediauteur-en-langue-des-signes-un-nouveau-metier-1ere-partie-55942606.html>, 2009

CIOSI Anna, GUTMAN Carole, « Interprétation et santé mentale », in *Journal de l'AFILS*, Hors-série n°1, Mai 2011

CIOSI Anna, GUTMAN Carole, « Interprétation en santé mentale », in *La lettre du Réseau Sourds et Santé*, Hors Série, <http://www.ghicl.fr/documents/lettredureseau.pdf>, Juin 2009

GILE Daniel, « L'anticipation en interprétation simultanée », communication présentée à AILA Brussels 1984, in *Journal de l'AFILS*, n°18, 1995 ; in BEAUCHAMPS Marguerite, *Un fauteuil pour deux... L'interprète Français/LSF en santé mentale : une place à élaborer*, Mémoire de DU « Surdité et santé mentale », Université Descartes Paris 5, 2007

GUTMAN Carole, « Interpréter en santé mentale », in *Journal de l'AFILS*, n°56, Juillet 2005

JEGGLI Francis, « Le jeu du « je » », in *Journal de l'AFILS*, n°32/33, Avril 1998

LONCKE Philip, « Les compétences langagières minimales », compte rendu de la conférence EFSLI Gand, 1995, in *Journal de l'AFILS*, n°26, 1997 ; in BEAUCHAMPS Marguerite, *Un fauteuil pour deux... L'interprète Français/LSF en santé mentale : une place à élaborer*, Mémoire de DU « Surdité et santé mentale », Université Descartes Paris 5, 2007

Mémoires :

BEAUCHAMPS Marguerite, *Un fauteuil pour deux... L'interprète Français/LSF en santé mentale : une place à élaborer*, Mémoire de DU « Surdité et santé mentale », Université Descartes Paris 5, 2007

GENDROT Monique, *L'interprète en institution :   la croisée des regards*, mémoire de DFSSU Interprétation Français-LSF, Université Paris 8, 2004 ; in MICHEL Pascaline, *Les déambulations d'une jeune interprète en santé mentale*, Mémoire de DU « Surdité et santé mentale », Université Descartes Paris 5, 2009

GUTMAN Carole, *Réflexions sur l'interprétation dans le cadre de la santé mentale*, Mémoire de MASTER 2, Université Lille 3, 2006

MICHEL Pascaline, *Quand le « je » se prend au jeu*, Avenant au mémoire de DFSSU pour l'obtention du MASTER 2, Université Paris 8, 2008

MICHEL Pascaline, *Les déambulations d'une jeune interprète en santé mentale*, Mémoire de DU « Surdité et santé mentale », Université Descartes Paris 5, 2009

PICARD Laurence, *Interpréter en accompagnant : mission impossible ?*, Mémoire de DFSSU Interprétariat en Langue des Signes, 2010

Livres :

BERNARD Alexandre, ENCREVE Florence, JEGGLI Francis, *L'interprétation en langue des signes*, PUF, Paris, 2007

DAGRON Jean, *Les silencieux*, Presse Pluriel, Paris, 2008

LAPLANCHE J. et PONTALIS JB., *Vocabulaire de la psychanalyse*, 4^{ me} édition, Quadrige, PUF, 2004

PELLION Frédéric (sous la coordination de), *Surdité et souffrance psychique, Vivre et Comprendre*, Ellipses, Paris, 2001

PURY (DE) Sybille, *Comment on dit dans ta langue ? Pratiques ethnopsychiatriques*, Les empêcheurs de penser en rond, Le Seuil, Paris, 2005

SELESKOVITCH Danica et LEDERER Marianne, *Interpréter pour traduire*, 4^{ me} édition, Didier Erudition, Traductologie, Paris, 2001

Sites Internet :

Site de l'AFILS, Code  thique des membres de l'AFILS, <http://www.afils.fr/index.php/code-ethique>

Site de l'ARS, Fichier ADELI, <http://www.ars.sante.fr/Adeli.97610.0.html>

Site du Journal Officiel, Association Française des Médiateurs Sourds (AFMS),
http://www.journal-officiel.gouv.fr/association/index.php?ctx=eJyLz2FIK2KIL8tjSCwuzk9miC9kyCw!vKIoVSE5v6ggvyixJFW*pCg11UopJL9APyg1PTM*Tz8o4*CWvFRdx5yC1GIlbAqVGOKTGBQND SxNLQxMjAzNTC3MzCwNDSyMLBniMzJL3EpzchiMTBkAxOsoeQ__&cref=%2B15023126421914744256&ACTION=refine&WHAT=is%E8re&JRE_ID=Rh%F4ne-Alpes

Site du STEUN, Certificat de Médiateur Français-Sourd,
http://www.steun.com/pages/formation_metiers/mediateur.html

Dictionnaire :

Le Petit Larousse Illustré, Larousse, Paris, 1998

Tous les sites Internet et les liens présentés dans cette bibliographie ont été testés et sont accessibles en date du 1^{er} juin 2011.

