

RÉFLEXIONS SUR L'INTERPRÉTATION DANS LE CADRE DE LA SANTÉ MENTALE

Université Lille 3
Mémoire de Master 2
Interprétariat Français/ LSF
Carole GUTMAN
2005 / 2006

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	4
I INTRODUCTION ET CADRE GÉNÉRAL	6
II DU CÔTÉ DE L'INTERPRÈTE : EXEMPLES DIVERS et PROBLÈMES RENCONTRÉS	10
1/ TRADUIRE LE VIDE	10
a / Le malaise de l'interprète face au silence du patient	
b / Unilatéralité du discours, occultation de la personne sourde et renforcement de l'inégalité	
c / Une volonté et une capacité réelles de communiquer	
2/ FACE À L'INCOMPRÉHENSIBLE	13
a / L'interrogation sur les limites de nos compétences	
b / Traduire de l'incohérence ?	
c / Le rejet de la folie	
d / L'interprète se met en danger	
3/ L'IMPORTANCE D'ÊTRE COMPRIS	17
a / Niveau de langue, adaptation culturelle et linguistique	
b / Le consentement éclairé du patient Loi du 4 mars 2002	
4/ QUAND LES SOURDS PARLENT AUX SOURDS	20
a / Le dialogue s'instaure... avec le médiateur	
b / Des difficultés linguistiques	
5/ LA SURDITÉ FAIT ECRAN	24
a / Erreur d'adresse et rôle du regard	
6/ HUMAIN AVANT TOUT	25
a / Quand traduire devient insupportable	
b / La co-thérapie de fait ?	
7/ ÊTRE CONSCIENT DE SON IMPLICATION ET DE SES PROPRES REPRÉSENTATIONS	27
a / La relation intime avec le patient	
b / Les résistances	
8/ L'INTERPRÈTE EXPERT DE LA LSF ?	29
a / Les manifestations syntaxiques récurrentes	
b / La situation triangulaire	
c / Le choix des mots	
9/ L'INTERPRÈTE CO-THÉRAPEUTE ?	32
a / L'interprétation de propos dits à mains basses	
b / Les précautions oratoires	
c / Les thérapeutes qui veulent nous aider	
d / Et le secret professionnel ?	

III / DU CÔTÉ DU THÉRAPEUTE QUELQUES ÉLÉMENTS DE RÉPONSE	36
1/ LES ATTENTES DES THÉRAPEUTES	36
a / Comprendre et se faire comprendre	
b / Expertise linguistique de l'interprète	
c / Des temps de mise au point avant et après l'entretien, des réunions d'équipes	
2/ PLACE DE LA PAROLE : DISSOCIER INTERPRÉTATION LINGUISTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE	41
a / Place aux manifestations non-verbales	
b / La mort du signifié...	
c / Transfert et contre-transfert	
3/LE DISPOSITIF	46
a / L'intrusion de l'interprète dans le dispositif : un problème ?	
b / Clarifier le dispositif en amont	
c / Le débriefing	
d / La formation des interprètes : une nécessité ?	
IV FICHE D'INFORMATION SUR L'INTERPRÉTATION EN SANTÉ MENTALE	52
V CONCLUSION	53
VI BIBLIOGRAPHIE	56
VII ANNEXES	58

PRÉAMBULE

Interprète français/Langue des Signes Française depuis 1997 dans différentes structures, j'ai évoqué il y a 6 ans, au cours d'une réunion régionale de l'AFILS (Association Française des Interprètes en Langue des Signes), les problèmes que je rencontrais lors d'interprétations dans le domaine de la santé mentale afin de pouvoir échanger avec mes collègues. Ce thème était un thème qui m'intéressait mais il me semblait surtout que les situations embarrassantes se multipliaient et qu'il fallait mener une réflexion qui permettrait, si ce n'est de prendre une décision quant à l'attitude à adopter face à ce type de situations, tout au moins d'en mesurer les difficultés et les enjeux.

Il s'est avéré que nombre d'interprètes avaient déjà été confrontés à des situations psychiatriques, psychologiques ou psychothérapeutiques en général qui les avaient mis dans une position délicate voire très désagréable. Nous avons cherché ensemble des moyens concrets pour que les choses progressent dans ce domaine et l'idée de rédiger une fiche d'information à l'attention des thérapeutes a été retenue. L'objectif de ce texte était de sensibiliser les thérapeutes aux difficultés de l'interprète, de mettre en évidence les raisons pour lesquelles la présence de l'interprète ne nous semblait pas être la solution adaptée, de souligner les dangers que l'interprétation pouvait entraîner. J'ai donc rédigé un premier texte qui se voulait une ébauche, et qui a été publié dans le journal de l'AFILS. C'est après avoir lu ce texte qu'Alexis Karacostas m'a contactée pour me proposer d'intervenir à GESTES. Christine QUIPOURT et moi-même sommes donc intervenues en février 2002 lors d'une conférence.

Jacques LABORIT qui était présent à cette conférence nous a alors demandé si nous serions intéressées pour intervenir dans le futur Diplôme Universitaire surdité et santé mentale à l'Hôpital Sainte-Anne à Paris en 2003. L'objectif de notre intervention était de faire part de nos réflexions en lien avec des exemples de situations que nos collègues ou nous-mêmes avons vécues. Nous n'étions pas et nous ne sommes toujours en aucun cas des interprètes spécialisés dans le domaine psychiatrique, psychologique ou psychothérapeutique, ni même confrontés plus que les autres aux types de situations que nous avons décrites.

Il s'agissait donc nullement pour nous d'être étiquetées « interprètes spécialisées psy ».

Depuis 2003, je travaille dans le pôle d'accueil en LSF de l'hôpital de la Conception à Marseille. Cette structure qui s'inscrit à l'intérieur d'un service de médecine interne reçoit des patients sourds qui souhaitent s'exprimer en langue des signes. Il m'arrive d'accompagner des patients à des consultations psychothérapeutiques ou psychiatriques.

Depuis cette intervention à Sainte-Anne, les choses n'ont guère changé dans la pratique. Les interprètes ont toujours de grosses difficultés à se positionner lors de ce type d'intervention. En revanche, un groupe de discussion s'est créé au sein de l'association GESTES et deux rencontres ont eu lieu sur le thème de l'interprétation en santé mentale le 1^{er} février et le 15 mars derniers dans le cadre des rencontres des pôles d'accueil en LSF.

Ayant déjà mené une amorce de réflexion sur ce thème et constatant que cette question restait une préoccupation importante pour bon nombre de mes collègues, il m'est apparu intéressant de reprendre et d'approfondir mon travail en me nourrissant des rencontres, des échanges et d'entretiens (annexes 1 et 2) avec les différents protagonistes.

I INTRODUCTION et CADRE GÉNÉRAL

Il y a en France environ 4 millions de sourds et malentendants. Il n'y a pas pour autant 4 millions de personnes qui s'expriment en Langue des Signes Française (LSF).

Ce chiffre recouvre en effet des réalités très différentes. Les personnes devenues sourdes après avoir appris à parler sont majoritairement oralistes. Elles ne se retrouvent ni dans la langue des signes ni dans la culture sourde. En revanche, les sourds profonds de naissance, ou devenus sourds profonds avant l'acquisition de la langue orale, ont largement recours à la LSF. Ils utilisent le français (oral ou écrit) à des niveaux de compétence divers. On estime à 80% le taux d'illettrisme chez les sourds de naissance ou devenus sourds dans les premières années de la vie.

On évalue à 100 000 le nombre de personnes utilisant la LSF comme langue principale.

Ces premières remarques nous amènent d'ores et déjà à nous interroger sur la prise en charge des sourds dans le domaine des soins. Ils sont nombreux à rester en marge d'un système de soins qui ne leur est pas adapté. L'incompréhension globale du fonctionnement de ce système, la réticence à l'utiliser, la méconnaissance de leur pathologie et particulièrement de son niveau de gravité, poussent les sourds en dehors de la grande machine de soins.

En parallèle, les soignants connaissent peu ou mal la population sourde. Par manque d'information, ou par effet de mode linguistico-politique, ils ont tendance à amalgamer sourds, malentendants, devenus sourds, sourds de naissance. Beaucoup d'entre eux pensent qu'une communication orale est possible sous certaines conditions : regarder la personne sourde bien en face, bien articuler, parler plus fort. En comprenant le sourd en face d'eux, ils en concluent que ce dernier a compris. L'utilisation du français oral de la part du patient, aussi imparfaite soit-elle, les sécurise sur la qualité de réception de l'information.

Avec l'arrivée de l'épidémie du sida, la mise à l'écart de la population sourde du système de soins s'est révélée avec force : manque d'information, inadaptation des campagnes de prévention, mauvaise qualité des soins, réticence des sourds à

venir se faire dépister... Or la première mission des établissements de soins est « *d'assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et femmes enceintes...* » ; « *ils dispensent des soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité des soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et **psychologique** des patients et le soulagement de la souffrance doit être une préoccupation constante de chaque intervenant* » ; « *lorsque des personnes sont parvenues au terme de leur existence, elles reçoivent les soins d'accompagnement qui répondent à leurs besoins spécifiques.* » (Charte du patient hospitalisé)

Depuis 1996, douze pôles d'accueil des personnes sourdes (annexe 3) ont vu le jour au sein d'un hôpital d'une grande ville française. Le recours aux interprètes français /LSF dans ces pôles est un des critères de leur mise en place. Les consultations de spécialistes se font avec leur aide. L'interprétation au sein des hôpitaux de consultations d'ordre somatique s'est mise en place depuis cette date. Des modules de formation pour « dire la santé en LSF » ont vu le jour, regroupant les divers professionnels intervenant dans le domaine du soin.

Les interprètes ont pour rôle de transmettre un message d'une langue A vers une langue B, et traduisent un discours en l'occurrence du français vers la langue des signes et vice-versa. Ils sont liés, comme les interprètes en langue vocale, au respect d'un code déontologique (annexe 4) fondé sur trois règles principales : neutralité, fidélité et secret professionnel.

Neutralité : *L'interprète ne peut intervenir dans les échanges et ne peut être pris à partie dans la discussion. Ses opinions ne doivent pas transparaître dans son interprétation.*

Fidélité : *L'interprète est tenu de restituer le message le plus fidèlement possible dans ce qu'il estime être l'intention du locuteur original.*

Secret professionnel : *L'interprète est tenu au secret professionnel total et absolu comme défini par les articles 226-13 et 226-14 du nouveau code pénal (annexe 5) dans l'exercice de sa profession à l'occasion d'entretiens, de réunions ou de conférences non publiques. L'interprète s'interdit toute exploitation personnelle d'une quelconque information professionnelle.*

Il découle de ces trois règles que l'interprète n'est ni un technicien de la communication, ni un travailleur social et encore moins un soignant. La présence d'un interprète lors d'une consultation a pour but de permettre l'échange entre le soignant qui ne connaît pas la LSF et le patient locuteur de la LSF. Il doit permettre à chacun des protagonistes de trouver et de conserver sa place et son statut, de limiter voire de supprimer les malentendus liés à des problèmes de forme linguistique. Il est bien entendu essentiel que l'interprète, avant toute intervention, précise son rôle auprès du patient comme du soignant afin d'éviter certaines confusions découlant de la situation à trois, largement inhabituelle.

Si l'interprétation de consultations somatiques demeure aujourd'hui encore un espace de recherche et de travail pour l'amélioration de l'expression de la santé en LSF, les consultations à caractère « psychique » posent de nombreuses difficultés aux interprètes. De plus le cadre dans lequel apparaissent des difficultés psychologiques, psychiatriques et psychiques en général, ne peut être défini par avance et ce type de difficultés peut surgir au sein ou en dehors d'une consultation de soin...

Ainsi comme le dit fort justement Suzanne Villeneuve interprète en LSQ au Québec (Villeneuve Suzanne, 2004, p 2)

« Peu importe le milieu dans lequel elle s'insère, une situation d'interprétation entre deux individus peut se transformer en cours de route en interprétation thérapeutique lorsqu'un des deux exprime une difficulté psychologique... Même une simple rencontre entre une personne sourde et son médecin de famille pour un problème physique bénin peut évoluer vers une description de symptômes de détresse psychologique et générer un changement de ton dans la conversation qu'auront les personnes en présence. De même, une rencontre individuelle avec un enseignant ou avec un psycho-éducateur dans une école peut devenir le théâtre d'une relation d'aide similaire à une psychothérapie. Une discussion avec un procureur à propos d'un litige peut devenir le cadre d'un échange émotif très fort. Il devient évident, à la lumière de ces exemples, qu'un interprète peut faire face, à tout moment, à une situation de type relation psychothérapeutique. »

La description et l'analyse des situations problématiques qui vont suivre n'ont pas pour objectif de constituer une liste exhaustive des difficultés auxquelles l'interprète se trouve confronté dès lors qu'il est face à un problème psychique.

En revanche, il est nécessaire de lister les difficultés essentielles de l'interprète, et de poser les limites de ses compétences. Soumettre ces difficultés à des spécialistes de la santé mentale, confronter nos difficultés et nos attentes à celles des soignants permettra, je l'espère, d'ouvrir la voie à des recherches plus approfondies.

II DU CÔTÉ DE L'INTERPRÈTE

EXEMPLES DIVERS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

1/ TRADUIRE LE VIDE

L'exemple suivant a pour cadre un établissement spécialisé pour les sourds. Au sein de cet établissement un EMPRO (Établissement Médico-professionnel) accueille les sourds avec handicap associé. Les sourds relevant de cette structure sont tous atteints de troubles psychiques, entraînant des troubles du comportement et des dysfonctionnements de la parole. Le jeune homme qui a rendez-vous alors est âgé de 19 ans et n'est pas sous tutelle malgré ses troubles psychotiques. Ses parents entendants sont haïtiens, protestants baptistes. L'équipe de direction a convoqué le jeune homme et ses parents suite au constat par le médecin scolaire de coups de ceinture multiples sur le corps du jeune homme.

Dès le début de l'entretien, je suis interpellée par le fait que le jeune homme (M.A) ne répond pas visuellement. Ses yeux, tournés vers moi, ne m'adressent qu'un regard vague qui semble dépourvu de compréhension. La situation est énoncée. Le père se plaint des rentrées tardives de son fils le soir à la maison : alors qu'il quitte l'établissement à 17h, il n'arrive chez lui que vers 20h. Le père trouve ce comportement inacceptable. La mère jure sans répit sur la bible qu'elle tient sur ses genoux. Elle prie pour que son fils ne devienne pas la lie de la terre, pour qu'il retrouve le droit chemin et ne traîne pas dehors comme tous ces jeunes que l'on voit dans la rue. Lorsqu'il est expliqué au père que son fils a sûrement rendez-vous avec des amis à la sortie de ses cours, et que c'est une chose normale pour un jeune homme, le père se lève brutalement de sa chaise, s'exprime en hurlant et en arguant que s'il ne fait pas la loi aujourd'hui, son fils la fera demain et que s'il ne porte pas la main sur son fils, son fils la portera sur lui plus tard.

Durant l'échange, qui est traduit, M. A ne réagit toujours pas. Il acquiesce ponctuellement d'un hochement de tête, en souriant.

La seule pensée qui me vient à l'esprit est la question de ma place dans un tel dispositif...

a / Le malaise de l'interprète face au silence du patient

Face à un silence comme celui de M. A, quelle est la finalité de l'interprétation ? De plus, comme souligne André Meynard lors de notre entretien, « l'interprète est-il prêt à entendre le silence, à le supporter, à l'endurer ? ». Rappelons que l'interprète est sensé permettre à des personnes ne partageant pas la même langue de se comprendre et d'échanger...

L'éventuelle incompréhension du récepteur ne pose pas de vrai problème technique. On peut traduire en langue des signes un discours qui est totalement incompréhensible pour l'interlocuteur. Il manque toutefois et c'est important de le souligner, tous les indices (mimiques, regard d'acquiescement), qui nous rassurent sur la réception du message. Traduire face à quelqu'un dont le regard est perdu dans le vide n'est pas toujours chose facile. L'interprète est souvent le seul à tenter de soutenir ce regard perdu.

Ce type de situation ne se retrouve pas exclusivement dans le cadre de la santé mentale. Nous sommes parfois amenés à intervenir dans des cas où l'un des interlocuteurs refuse tout échange, détourne le regard de la traduction, sans qu'il soit question de problème psychologique avéré ou psychiatrique. En ce sens, l'interprète se retrouve à interpréter sans réel public pour l'écouter. Mais les raisons ou le choix du refus ostentatoire de regarder sont perceptibles même si ils ne sont pas exprimés. De ce point de vue, la situation mentale a ceci de particulier que l'interprète n'est souvent pas en mesure d'analyser le peu d'indices qui l'informerait sur le désir ou non du patient de participer à l'échange.

b / Unilatéralité du discours, occultation de la personne sourde et renforcement de l'inégalité

En revanche, l'unilatéralité du discours n'est pas sans poser des problèmes éthiques ou philosophiques. Même si le rôle de l'interprète n'est pas de garantir la compréhension *in fine* du message mais d'en permettre l'émergence, l'incompréhension patente d'un des locuteurs est déstabilisante et interroge sur

les conditions de l'entretien et encore davantage sur la manipulation de l'interprète. Ce dernier est utilisé pour transmettre un message à quelqu'un dont on peut douter de la compréhension et qui n'a visiblement pas les outils pour l'expression... Éthiquement cette position est difficile à vivre. Sous couvert de donner la parole à quelqu'un qui en est privé, l'interprète donne bonne conscience à l'institution référente. Le problème éthique rejoint ici la réalité politique.

Alors, que peut-on dire d'un discours adressé à quelqu'un qui ne répondra jamais à aucune question parce qu'il ne les comprend pas, qui ne cillera pas lorsque à la fin on lui intimera l'ordre d'obéir, parce qu'il n'a pas les moyens de prendre la parole ? On peut dire que cela ne regarde pas l'interprète. On peut dire qu'il traduit bien ce qui peut être traduit. Mais n'est-ce pas occulter ostentatoirement la présence du sourd que de lui fournir un dispositif qui lui est incontestablement inadapté ? N'est-ce pas mettre l'interprète directement en difficulté en lui demandant d'intervenir dans un cadre qui ne répond pas aux exigences de l'exercice de son métier ? En quelle mesure l'interprète pris au piège de ce dispositif ne se sent-il pas amputé de son rôle premier : celui de permettre l'échange entre deux communautés ne partageant pas la même langue. Savoir que l'on risque fortement d'être dans l'incapacité de traduire la réponse reste un problème entier. Il arrive parfois qu'on soit appelé pour traduire une situation où l'objectif est de dire quelque chose à quelqu'un sans qu'il soit question de lui laisser la possibilité de s'exprimer (par exemple : convocation chez un responsable pour une sanction). Être en mesure de traduire la personne convoquée, en mesure de traduire sa réponse, ne nous pose pas de problème en tant qu'interprète, même si cette personne n'a jamais l'occasion de prendre la parole. En revanche, savoir ou s'apercevoir en cours d'interprétation que nous sommes incapables de traduire une réponse, rend l'unilatéralité de l'interprétation très gênante.

Dans ces situations, l'utilisation de l'interprète, au lieu d'aplanir les inégalités et de permettre aux différents locuteurs une certaine égalité de communication, renforce l'inégalité. Le patient veut répondre, nous sommes incapables de le traduire. L'interprétation n'a eu lieu que dans un sens. La présence de l'interprète qui n'arrive pas à traduire peut être vécue comme une défaite supplémentaire.

En mettant au jour l'inégalité de la communication, l'interprète ne renforce t-il pas l'inégalité dans le statut social entre le sourd et l'entendant ?

c / Une volonté et une capacité réelles de communiquer

Cet exemple montre en premier lieu qu'une situation d'interprétation ne peut réussir que s'il existe une volonté et une capacité réelles de communiquer. La présence d'un interprète au sein d'une situation dans laquelle l'une des parties n'a pas le désir réel de communiquer ne compensera pas le manque. Il est essentiel de rappeler que l'interprète ne peut traduire quelqu'un qui ne peut ou ne veut pas s'exprimer. Or, si d'un côté les thérapeutes ne manifestent pas clairement le désir de rentrer en communication avec le patient, la pathologie du patient peut-elle aussi bloquer consciemment ou inconsciemment la volonté de s'engager dans une interlocution : les patients schizophrènes utilisent par exemple la langue comme un rempart les protégeant de tout dialogue réel.

Comme l'a rappelé Alexis Karacostas lors des journées de réflexion sur l'interprétation en santé mentale, « la discussion est une danse à deux ».

2/ FACE À L'INCOMPRÉHENSIBLE

Il s'agit dans cet exemple d'un rendez-vous entre un psychologue, un psychiatre, un jeune sourd (M. B) d'environ 18 ans et son père. Juste avant le rendez-vous, le psychiatre m'annonce l'objectif de l'entretien. Il s'agit d'établir un diagnostic d'hallucination, les autres professionnels s'interrogeant sur les propos délirants du jeune homme.

Je montre immédiatement des réticences à participer à cet entretien. Mais il est trop tard. Le jeune homme est là. Il attend avec son père.

a / L'interrogation sur les limites de nos compétences

L'entretien commence, mené par le psychiatre. Au départ, la discussion s'engage sur le fait que le jeune homme a des problèmes en classe et très vite il est question d'un traumatisme subi quelques années auparavant. Il était en Algérie et

sa voiture a été mitraillée. Le discours du jeune homme est chaotique. En ce sens, je veux dire que la logique des enchaînements de sa pensée n'est pas claire : il répond parfois dans le sens des questions qu'on lui pose, parfois non. Il y a des signes récurrents, entre autre celui de « football » qui n'a rien à voir avec le sujet abordé. Il est alors déjà très difficile de traduire cet épisode en phrases. Dans un discours « normé » le sens se construit dans la phrase mais également dans la logique du discours. Il y a des écarts bien sûr et certains locuteurs ont une logique de discours fluctuante par rapport à notre propre logique, mais même s'il y a des difficultés à entrer dans cette logique qui n'est pas la nôtre, les écarts se situent dans une fourchette acceptable. Des phrases juxtaposées sans aucun lien entre elles posent des problèmes d'interprétation parce que déroutantes et limitant notre compréhension. La navigation se fait « à vue ».

Or, lorsque l'écart est trop grand, qu'il s'échappe de cette fourchette, le vouloir dire est hors d'atteinte. Le sens se perd, si tant est qu'il existe... Quelles sont alors les limites de nos compétences ? Les signes sont parfois clairs, le lexique est présent. Il est question de diable, puis de feu ou de soleil ou d'une grosse lumière, de football, d'yeux bleus, puis de tirs de mitraillette, puis de peur, de poubelle, de peur d'être à la poubelle, d'une mauvaise langue des signes, de football à nouveau, de n'être pas beau ; tout cela entrecoupé de passages durant lesquels rien n'est compréhensible. Certains signes me paraissent être parasites mais cela encore sans aucune certitude ; je surprends du vocabulaire... sans logique. Comment l'interpréter ? Il est acquis que l'interprète travaille sur le sens et que l'interprétation n'est pas un transcodage signe à mot alors que faire ? Traduire ou plutôt transcoder (un signe / un mot), énoncer une suite de mots sans rapport, sans comprendre, sans tenir compte de nos ressentis ni de nos interrogations linguistiques ?

En allant plus loin, même les signes dits « standards » posent problème. Un signe proche du signe « chien » apparaît, mais quelle place a-t-il dans le discours ? En est-il vraiment question ? Peut-être est-ce la queue du diable ? Dois-je parler de chien ? Plus rien n'est sûr, y compris l'endroit de ma compétence.

« Rien ne sert de traduire si l'on ressent entre les mondes une fracture telle qu'il est impossible d'évoquer l'un lorsqu'on se trouve dans l'autre. » (De Pury, 2005, p.94)

b / Traduire de l'incohérence ?

L'interprète peut-il réussir à traduire de l'incohérence totale ? S'il est compétent, il doit s'exprimer de manière correcte, produire de « jolies phrases »... Les erreurs de syntaxes dans l'interprétation d'un discours classique sont associées à un mauvais niveau d'interprétation. Les interprètes ont du mal à se défaire de cette composante de leur métier et tentent consciemment ou non de remettre de l'ordre dans un discours qui en est dépourvu. Il semble difficile pour eux d'assumer la production d'incohérences même si celle-ci n'est que la résultante de la règle de fidélité. André Meynard nous rappelle qu'« un discours n'a pas besoin de logique pour être articulé et une succession non logique peut contenir des éléments de sens. Le travail ne se situe pas alors par rapport aux signifiés mais par rapport à l'histoire du sujet. » Comment pouvons-nous sous cet angle trouver notre place ?

Par ailleurs, les interprètes ont tendance à penser que les thérapeutes attendent d'eux l'interprétation de l'intégralité du discours du patient. Il apparaît primordial de s'entendre au préalable sur cette question avec le thérapeute.

c / Le rejet de la folie

Comme le dit justement Jacques Laborit (*Surdité et souffrance psychique*, 2001, p.69) : « *La traduction vise le sens. Elle s'appuie donc sur la croyance que le locuteur sait ce qu'il dit et ce qu'il veut. Par sa traduction l'interprète va donc avoir tendance à refuser les manifestations insensées des symptômes qui ne font vraiment pas sérieux. Banalisations culturelles ou rejet de la folie, les balancements de l'interprète sont autant d'obstacles à l'instauration de la relation psychothérapique et au déchiffrement diagnostique.* »

Plaçons-nous face à un cadre qui est le cadre linguistique. Si la langue est trop décalée par rapport à la norme, nous sommes dans l'incapacité de traduire. Mais « décalé » ne signifie pas seulement dans la syntaxe (pas d'emplacement par exemple) ou dans le lexique (configurations fausses par exemple).

L'interprétation ne se suffit pas du signe ou d'une bonne succession de signes. L'interprète traduit du sens, s'appuie sur la logique du discours et sur l'intention du locuteur. Face à « la folie » tout le monde peut être perdu et le discours est tellement hors d'atteinte de compréhension qu'il a beau être parfois syntaxiquement correct, comprendre est impossible.

Les repères se perdent.

La folie fait peur.

d /L'interprète se met en danger

La différence entre les termes « hallucination » et « délire » n'est pas une évidence connue de tous. Le langage commun les utilise comme étant des synonymes. On peut dire de quelqu'un qu'il est « en plein délire », face à une situation un peu déroutante, on dira dans le langage courant « j'ai halluciné ». Il est vrai que ces termes ont d'autres valeurs en psychiatrie et nous en avons conscience mais sommes incapables d'en donner une définition précise. D'autre part, peut-être existe-t-il différentes formes d'hallucinations, comme il existe différentes formes de délires ? Quelles sont les manifestations de l'hallucination ? On peut rétorquer qu'il s'agit d'un problème de préparation. Soit. Mais il faut souligner que nous ne sommes pas toujours en mesure de demander ces préparations (demandes tardives, mal exprimées, sujet non défini...).

Quoi qu'il en soit, la préparation n'évitera pas le sentiment « danger » que l'interprète peut ressentir face à une expression de la folie.

Un psychiatre m'a avoué que la première fois qu'il avait été en face d'une personne sujette à des hallucinations, il était sorti de l'entretien en pleurant. Or le psychiatre a suivi une formation, l'interprète n'est pas averti. L'interprète non préparé peut se sentir très mal, d'une part par rapport à l'inadéquation entre la situation et son rôle, mais plus encore en tant que personne confrontée malgré elle à la « folie ».

Par ailleurs, il semble important de noter que le domaine de la santé mentale effraie beaucoup de gens. Les interprètes ne font pas exception à cette règle. Il y a comme une prise de risque à côtoyer la pathologie mentale, risque de contamination perverse car diffuse dans la pensée, apte à agir par influence, par

imprégnation, appropriation, prise directe avec le discours pathogène. L'affection psychique semble être transmissible, en plus qu'elle nous confronte brutalement à notre propre psychisme et à ses dérives. La pathologie mentale atteint ce qui fait la spécificité de l'Homme. En altérant le discours, elle altère la communication, quand bien même la LSF serait présente. Si « *la surdité est une expérience nécessairement partagée* » (Mottez, 1981), la pathologie mentale, elle, éclabousse.

Quelle protection possible pour l'interprète si ce n'est le rempart de la déontologie en plein ? C'est alors que, sortant ce dernier joker, l'interprète s'aperçoit que, de ce point de vue là non plus, il ne peut plus suivre le cap. Quelle fidélité face à un discours totalement incompréhensible ? Quelle neutralité quand on est touché de plein fouet par les propos, quand on est totalement désarçonné par les discours schizophrènes, quand le discours entier semble porté par les émotions, les sensations de plaisir, de peur, de haine, d'amour... ? Quelle neutralité quand on est constamment obligé d'interrompre le patient logorrhéique pour lui demander des précisions, temporelles, spatiales, pour le freiner dans son flot verbal ? Quelle neutralité quand, face à certains doutes, on éprouve le besoin de discuter avec le thérapeute après l'entretien ? Quelle limite au secret professionnel lorsqu'on ne souhaite qu'une chose : pouvoir discuter de la situation que l'on vient de vivre avec quelqu'un, pour reprendre son propre souffle ? La limite de notre secret se situe t'elle à chaque consultation ou sur l'ensemble du suivi psychiatrique ?

Danger de réactivation d'une problématique personnelle, danger de dérive professionnelle : l'interprète doit garder la barre... Mais comment ?

3/ L'IMPORTANCE D'ÊTRE COMPRIS

M. C arrive dans un hôpital psychiatrique. Après plusieurs périples dans des établissements différents, le pôle accueil est appelé par le psychiatre de secteur. M. C se présente au pôle, il est reçu dans un premier temps par la psychologue et le médecin signeurs. Présentant certains troubles digestifs, il est orienté en médecine interne pour subir une fibroscopie. Quelque temps plus tard,

ce service appelle l'interprète du pôle pour interroger le patient. M. C ne s'exprime pas en LSF ; il est davantage dans une communication visuelle iconique. Je sais avant d'arriver dans le service que plusieurs plaintes ont été adressées contre M. C pour violence. Il a été à la limite de l'hospitalisation d'office et présente, au dire du psychiatre, des traits autistiques.

a / Niveau de langue, adaptation culturelle et linguistique

L'interne entre dans la chambre du patient. L'interrogatoire commence.

- « Alors, qu'est-ce qui ne va pas ? Vous avez mal au ventre ? »
- Le patient répond en utilisant une alternance de mime, de bribes de LSF, de communication iconique.
- « Etes-vous constipé ? Quelle est la couleur de vos selles ? Vomissez-vous ? Avez-vous des reflux gastriques ? »

La situation devient délicate pour l'interprète. Au signe [constipé] (poing fermé main dominée autour de pouce main dominante), le patient lève les sourcils. Il rit à chaque intervention. Il ne comprend pas ce signe qui ne peut toutefois pas objectivement être considéré comme relevant d'un niveau élevé de LSF. Seul le mime peut venir en aide. Hormis l'incongruité de la situation, le rôle de l'interprète est à interroger.

Pour l'identification des couleurs, le problème reste entier. M. C ne comprend pas les signes associés aux couleurs. Il répond par contre en désignant différents objets de couleur qui se trouvent dans la chambre. Tout cela est compréhensible.

Les interprètes se battent depuis des années pour délimiter le cadre de leurs interventions. La nécessité de connaître la LSF ou le français est une des conditions *sine qua non* de l'appel à l'interprète. Toutefois, on peut se demander si la communication utilisée par ce patient relève du mime ou si, utilisant toutefois des éléments syntaxiques propres à la LSF, elle peut être évaluée comme s'apparentant à une langue des signes largement iconique. En partant du principe que ce type de communication relève davantage de la LSI (langue des signes iconique) que du mime, l'interprète se sent plus à l'aise même si, de fait, il

entre parfois dans des échanges qui s'approchent du mime... Quelles sont alors les limites de ses interventions ?

L'intervention du médecin signeur ayant des bases de LSI en binôme avec le médecin du service peut être une bonne solution. Il n'a pas en effet à se préoccuper des problèmes de neutralité, ou de fidélité. Il entre dans une communication directe avec le patient, reformule les questions du médecin référent du service, les adapte, ajoute certaines informations pour rendre la question compréhensible. En revanche l'interprète peut se sentir coincé en constatant que le discours du médecin est hors de portée du patient. L'adaptation qu'il doit alors opérer est à la limite entre l'adaptation du niveau de langue, adaptation linguistique et l'adaptation culturelle... ce qui va lui poser problème quant à sa fidélité.

b / Le consentement éclairé du patient Loi du 4 mars 2002 (annexe 6)

La base du droit des patients est constituée par le consentement indispensable du patient à tout acte médical portant atteinte à son intégrité physique ou psychique. Il est nécessaire que ce consentement soit libre et éclairé. Le patient doit donc être dûment informé de manière claire, précise et compréhensible sur la nature du diagnostic, du traitement envisagé et des risques encourus. Dans le cas d'un patient entendant atteint de troubles mentaux, la difficulté d'obtenir le consentement libre et éclairé, même si elle existe, n'est que le problème du thérapeute et c'est sur lui que repose la validité de ce consentement. Dans le cas de patients sourds, le consentement passant par le truchement d'un interprète rend ce dernier partie prenante de l'accord ou du refus qu'il va donner face au traitement, aux soins, aux interventions chirurgicales. Le fait que le patient puisse d'une part être incapable de discernement, d'autre part que l'interprète comprenne mal son discours, peut engendrer des erreurs lourdes de conséquences.

Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation des Soins) précisent la primauté de l'information orale : *« le dialogue qu'implique l'information nécessite qu'elle soit transmise oralement. L'information orale est primordiale car elle peut être adaptée au cas de chaque personne. Il est nécessaire d'y consacrer du temps et de la*

disponibilité, et, si nécessaire, de la moduler en fonction de la situation du patient. Elle requiert un environnement adapté. Elle s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes du patient. Elle peut nécessiter d'être délivrée de manière progressive. Lorsque la personne est étrangère, il est recommandé de recourir si besoin à un traducteur. »

Rappelons également que « *la Langue des Signes Française est reconnue comme une langue à part entière* » (article 75 section 3 bis) et que les services publics doivent la fournir, « *ainsi que tous les dispositifs de communications adaptés, aux usagers qui en font la demande* » (article 78).

Or, comme le dit Jacques Laborit, on constate que « le recours à l'écrit se fait souvent à l'initiative de l'entendant. Dans une conversation il va signer l'échec de l'interaction. » (J. Laborit, 2001, Surdité et souffrance psychique, p.70).

L'information doit être transmise oralement, ce qui signifie pour les sourds qu'elle doit être transmise en LSF.

Ainsi le rôle de l'interprète est central pour assurer le respect des droits du patient à l'information et au consentement, non seulement dans le cadre de consultations pour des soins physiques mais aussi, et de manière accrue, dans le cadre de soins psychiques, où le langage constitue un outil thérapeutique. Si la consultation avec interprète est délicate dans le cadre de la santé mentale, ce dernier, en cas d'absence de thérapeute signeur, est en revanche le seul garant de la transmission d'informations minimales et du respect du droit à l'expression du patient... quand bien même cette expression serait altérée.

4/ QUAND LES SOURDS PARLENT AUX SOURDS

a / Le dialogue s'instaure... avec le médiateur

Durant ma formation d'interprète, j'ai été amenée à faire un stage d'observation au CAT Jean Moulin à Paris qui accueille des sourds avec handicaps associés. Je me souviens particulièrement d'une réunion d'équipe à laquelle participait un patient présentant des troubles paranoïaques. Le patient était très agité, très inquiet. Il mettait à mal l'interprète institutionnelle pourtant habituée à travailler avec ce type de population. Exprimant une angoisse, le patient avait

produit une succession de signes traduits par l'interprète par « moi / peur / squelette ». Ce n'est qu'après de multiples interventions du conseiller en communication sourd que ces mots ont véritablement pris sens. Le patient, qui travaillait en cuisine, avait vu des bouteilles de produits toxiques sur lesquelles une tête de mort symbolisant le danger était représentée. Persuadé que ces produits étaient utilisés dans la préparation des plats, il était très angoissé et pensait que quelqu'un cherchait à l'empoisonner. Seule l'intervention du médiateur a permis de comprendre le sens profond de ces trois mots et surtout de mettre en place une stratégie pour faire admettre au patient qu'il ne risquait absolument rien.

Le binôme interprète/médiateur fut ici très pertinent et très appréciable pour l'interprète qui a retrouvé son rôle initial, celui de traduire le vouloir dire des locuteurs en français et en langue des signes.

b / Des difficultés linguistiques

Récemment appelée pour une urgence psychiatrique, je me suis retrouvée face à un jeune homme très perturbé pour lequel aucun diagnostic n'avait encore été établi. Le médecin psychiatre des urgences souhaitait établir un premier contact avec le patient et c'est dans ce contexte, après que le médecin eût vérifié qu'il n'y avait aucun danger, que je suis entrée dans la cellule d'isolement. Le jeune homme qui était sous l'emprise de drogues et de médicaments, restait difficilement éveillé. Quelques bribes de phrases étaient très claires, puis la fatigue et l'incohérence prenaient le dessus. L'entretien fut très bref (une dizaine de minutes).

Rappelée quelques jours plus tard par le médecin assistant du service, je me suis de nouveau rendue aux urgences (où le jeune homme était gardé faute de pouvoir être adressé dans un service psychiatrique parce qu'il ne dépendait pas du bon secteur... !). J'ai alors demandé à ma collègue aide-soignante sourde si elle acceptait de m'accompagner.

Nous sommes donc arrivées dans le service où nous avons appris, par la bouche du médecin, que le patient voulait s'exprimer en langue des signes et avait jusqu'à présent refusé de voir les soignants. L'entretien s'est déroulé en présence du médecin, de deux infirmiers, de ma collègue et de moi-même.

Comme au premier rendez-vous, certaines parties du discours du patient étaient suffisamment claires pour être traduites, d'autres me plongeait dans des interrogations sur le sens, la pertinence des repères spatio-temporels, la place et le rôle des actants... L'utilisation de signes nominaux était en place. En revanche le regard (entre la prise de rôle et la fonction narrative) révélant les relations entre les différents protagonistes, la création et la reprise d'espaces (locus) comme les bases spatiales des signes « potentiellement » relateurs générateurs de phrases, m'échappaient souvent (annexe 7).

Ne comprenant pas qui faisait quoi, ma collègue l'interrompait régulièrement et entretenait un véritable dialogue pour l'amener à préciser ses propos. Ce dispositif me permettait de traduire plus aisément puisque dès que quelque chose n'était pas compréhensible, ma collègue questionnait, reprécisait, formulait des hypothèses auxquelles le patient *répondait*. Lorsque je parle de « *réponse* » du patient, j'entends qu'un dialogue s'était mis en place : même si je ne parvenais pas à traduire l'intégralité des propos, mon intervention, en alternance simultanée ou consécutive, rendait compte de ce dialogue.

Bien entendu, les propos du patient étaient parfois difficilement compréhensibles. Il était question de diable (majeur et index relevés), qui pénétrait puis sortait de son corps; il expliquait qu'il était obligé de baisser les stores pour empêcher le diable d'entrer. Je traduisais simultanément les questions ou reformulations de ma collègue, les questions du médecin. En revanche, les réponses du patient pouvaient selon ma compréhension, être traduites simultanément, ou consécutivement après reformulation de la médiatrice.

La discussion a duré plus d'une heure. Nous sommes sorties fatiguées mais nous avons le sentiment d'avoir participé à un dispositif plus adapté.

Il faut retenir de cette expérience beaucoup de points qui m'ont semblé positifs et qui se situent à plusieurs niveaux :

- D'une part, le médiateur est une personne sourde. En sa qualité même de sourd, il rétablit un équilibre au sein de l'entretien. Le patient n'est plus le malade sourd isolé parmi une équipe de soignants entendants. Il est accompagné d'un pair, qui partage sa langue et sa culture.

- Il est alors notable (et c'est peut-être à mettre en relation) que le patient comprend davantage le médiateur que l'interprète, et cela même lorsque la reformulation du médiateur est quasi identique au discours interprété.
- La présence du médiateur permet à l'interprète de retrouver son rôle premier. Il n'est pas contraint d'interrompre le patient, c'est le médiateur qui s'en charge.
- La discussion méta-linguistique, si elle a lieu, qui suit l'entretien a lieu entre le médiateur et le thérapeute. L'interprète peut s'exprimer brièvement sur ses difficultés mais peut facilement échapper aux questions concernant, par exemple, l'expertise du niveau de LSF du patient, qui revient alors au professionnel sourd.

Des points négatifs peuvent néanmoins être soulevés :

- mise en avant du médiateur comme rempart, protection de l'interprète.
- manque de formation actuelle du médiateur en situation de santé mentale

L'intervention d'un médiateur ou conseiller en communication en binôme avec l'interprète peut donc se révéler d'une grande aide.

Je reprends un extrait d'article de Daniel Abbou, parlant des jeunes reçus dans le CAT Jean Moulin à Paris (*Surdité et souffrance psychique*, 2001, p.107). « *Il ne faut pas croire que savoir la langue des signes est suffisant pour établir une communication avec les sourds présentant des troubles associés. Bien souvent leur langue est partielle, rudimentaire, et de longues années d'inactivité au domicile parental, voire en hôpital psychiatrique, leur ont appris à se suffire d'un code approximatif qui n'a plus grand choses à voir avec la langue des signes.* »

On voit dans son article que Daniel Abbou utilise le mime, le dessin, puis la langue des signes « plus académique » pour, dit-il, « récupérer l'interprète ».

Mais quel est le but de la consultation ou de l'entretien ? Permettre à l'interprète de travailler dans des conditions optimales, au plus proche de ses conditions habituelles, ou bien mettre en place un cadre à la fois suffisamment souple et spécifique dont le seul objectif serait l'intérêt du patient ?

5/ LA SURDITÉ FAIT ECRAN

L'exemple suivant s'inscrit au cours d'un entretien avec un psychologue prévu avant une IVG (Interruption Volontaire de Grossesse). La patiente et l'interprète attendent dans le couloir.

Le psychologue arrive et s'adresse à l'interprète :

- « Je ne peux en aucun cas recevoir cette patiente, je ne connais pas la Langue des Signes »
- « Oui mais il y a un interprète... » répond la patiente.
- « Je comprends bien mais je ne connais pas la langue des signes, cela va être très compliqué... Est-ce qu'elle a quelque chose à dire de particulier ? »

La patiente regarde l'interprète d'un air interloqué, et intervient de nouveau :

- « Je ne sais pas ce que j'ai à dire mais vous voyez bien que l'interprète nous traduit actuellement ! C'est son travail ! »

Au bout de quelques minutes d'hésitation, le psychologue accepte de mener l'entretien. Psychologiquement tendue, la jeune femme tombe rapidement en larmes. Au sortir de l'entretien, le psychologue s'adresse à moi et conclut :

- « Cela s'est bien passé... Pourtant je ne connais pas la langue des signes ! »

a / L'erreur d'adresse et le rôle du regard

Cet exemple montre à quel point la connaissance du rôle de l'interprète peut être floue chez le personnel soignant non averti. L'argument évoqué pour éviter de mener l'entretien n'est pas pertinent même s'il est évident que l'entretien à trois pose de nombreux problèmes :

- perturbation de la relation patient / thérapeute
- travail du thérapeute sur du matériel linguistique qui n'est qu'une traduction du discours initial
- gêne éventuelle du patient ou du thérapeute face à l'interprète (regard extérieur sur la pathologie / sur le travail mené)

Au-delà de cette méconnaissance de base, l'adresse fréquente du thérapeute à l'interprète à la place du patient est à noter. Courante dans de nombreuses situations d'interprétation, elle semble davantage préoccupante dans un entretien en santé mentale. L'information préalable des thérapeutes sur la place qu'occupe le regard dans la communication avec les sourds est primordiale. Le regard adressé au patient établit le lien de communication. On peut noter après discussion avec de nombreux collègues interprètes que les thérapeutes ont parfois tendance à perdre leurs repères face à un patient sourd. La surdité semble faire écran, l'interprète également. La peur des sourds semble pousser le soignant à se désinvestir de sa place véritable d'interlocuteur, en s'adressant à l'interprète et en coupant le regard avec le patient. Il est alors important de réhabiliter le soignant dans son rôle premier.

6/ HUMAIN AVANT TOUT !

a / Quand traduire devient insupportable

Une collègue m'a rapporté la situation suivante. Une femme sourde, enceinte de 7 mois, apprend qu'elle est atteinte du CMV (Cyto-mégalo-virus). Inquiète pour la suite de sa grossesse elle demande si son enfant risque d'être handicapé mental. Le médecin répond à la patiente qu'étant déjà « elle-même handicapée », son enfant risque de « présenter la même tare ».

L'interprète n'a pas traduit le médecin, dit avoir agité les mains en bredouillant, et s'être débarrassée de ces propos éthiquement et humainement inacceptables. Dans le même ordre d'idée, j'ai automatiquement arrêté de traduire un médecin anesthésiste qui, s'adressant à moi, me demandait si le patient savait qu'il avait le cancer. Sortant du cadre déontologique, j'ai reprecisé les règles de fonctionnement avec interprète en rappelant que tout ce qui était dit était traduit, que ce serait le cas à partir de maintenant en demandant au médecin s'il souhaitait que sa question soit traduite.

Le respect des règles de déontologie ne peut supplanter le respect de l'humain. Comme nous l'avons évoqué lors de nos rencontres sur le thème de la santé

mentale, les interprètes doivent savoir « sortir du cadre, y réfléchir, pour mieux y entrer ».

Le décalage entre la position théorique, idéale, et ce qui se passe en pratique ne peut être nié. Chaque interprète, partant de la situation de terrain, compose avec ce qu'il ressent de la situation et tente de concilier le tout avec le code de déontologie.

Le domaine de la santé est très particulier en ce sens qu'il renvoie à l'intime (physique ou mental). L'interprète ne peut nier le rôle qu'il joue dans une consultation médicale quelle qu'elle soit, et faire abstraction de la part psychologique intime qui imprègne son intervention en toute bonne foi.

b / La co-thérapie de fait ?

La frontière entre interprète et co-thérapeute est paradoxalement à la fois bien marquée et ténue. L'interprète, pris dans un processus thérapeutique, voit sa neutralité bien mise à mal dans les situations de santé. Le patient, s'il reste locuteur et personne à traduire, est également et avant tout une personne en situation de fragilité, qui n'a souvent pour seul interlocuteur en langue des signes que l'interprète. Il est évident qu'aucun interprète ne donnera son avis, avant, pendant ou après une consultation, sur le diagnostic, la pathologie ou le traitement proposé. Il se gardera bien de faire des commentaires sur ce qu'il juge de l'état de santé du patient. Si au cours d'une consultation l'interprète perçoit que le patient ne comprend pas ce qui est dit par le médecin, l'interprète n'interviendra pas pour donner des explications complémentaires. De même, aucun interprète n'ira dévoiler l'état de santé d'un patient, physique ou mental, trahissant le secret professionnel.

Toutefois il m'est personnellement arrivé à plusieurs reprises, de faire part au médecin du pôle, sous couvert du secret partagé, de difficultés de compréhension du patient, lorsque celles-ci pouvaient être lourdes de conséquences. Je pense notamment à un patient ayant subi une greffe du rein et qui ne comprenait rien à son traitement ni au régime qu'il devait suivre. Je pense également à des patients sous chimiothérapie, très perturbés et en grande souffrance pour lesquels un accompagnement plus proche me semblait

nécessaire... La présence de l'interprète en séances de chimiothérapie est un bon exemple de la limite entre interprète et co-thérapeute. Les séances de chimiothérapie ont souvent lieu en hôpital de jour. Le patient arrive, s'installe dans un box et attend que le médecin référent arrive pour faire le point avant de lancer le traitement. Il m'est arrivé très fréquemment d'attendre le médecin avec le patient. Bien entendu, nous ne discutons pas de sa pathologie d'un point de vue technique mais nous abordons ensemble certaines difficultés qui peuvent être qualifiées de psychologiques. Nous parlons également de la vie en général, de la famille, du travail, des vacances, du temps qu'il fait... En un mot, de tout ce qui fait partie de la vie ! Il est impensable de rester auprès d'un patient sans discuter avec lui, pour se protéger, éviter tout débordement qui serait en opposition avec la pratique du métier.

Comment alors peut-on qualifier ces moments privilégiés ? Ne participent-ils pas déjà à la thérapie du patient dans la mesure où ils l'aident à s'exprimer, à évacuer certaines douleurs ? En ce sens, ne peut-on dire que l'interprète se place en toute connaissance de cause dans une « relation co-thérapeutique » ? En restant auprès du patient alors que le médecin n'est pas encore arrivé, en informant le médecin du pôle de certaines difficultés importantes, ne sort-il pas de son rôle *stricto sensu* ? Si, bien sûr, si l'on se réfère aux interventions « habituelles » de réunions, ou de formation au cours desquelles l'interprète est le passeur par excellence... Non, si l'on tient compte de la spécificité du domaine médical et que l'on ne perd pas de vue, tout en gardant tête froide, les besoins fondamentaux du patient.

7/ ÊTRE CONSCIENT DE SON IMPLICATION ET DE SES PROPRES REPRÉSENTATIONS

a / La force du lien affectif avec le patient

Une patiente fait appel au pôle pour traduire un rendez-vous avec une éducatrice, concernant les difficultés relationnelles qu'elle entretient avec son fils. Ayant des difficultés avec le père de l'enfant qui ne l'a pas reconnu, elle évoque également ses doutes et ses angoisses face au manque du père. En privé,

j'ai eu de nombreuses fois l'occasion de discuter de tout cela avec elle, en faisant référence à ma propre expérience de mère célibataire, en lui donnant mon point de vue sur l'éducation. L'intervention de l'éducatrice, insistant sur le rôle du père et la place qu'il occupe même en étant absent, me touche intimement, au cœur de mes préoccupations actuelles. Je me sens à nu même si je pense parvenir à un bon niveau de neutralité dans l'interprétation. Les propos tenus par l'éducatrice, reprennent parfois ce que j'ai moi-même dit auparavant. La patiente exprime toutefois certaines difficultés sous un aspect plus négatif qu'elle ne le faisait avec moi.

A l'issue du rendez-vous, nous n'avons pas échangé. Cette patiente me connaît bien et comprend les limites de mon travail. Je souhaite, même si l'entretien s'est déroulé correctement, ne pas avoir à traduire les prochains, qui me renvoient de manière trop brutale à ma propre problématique et à ma vie privée.

b / Les résistances

De même, certains propos peuvent être difficilement traduits lorsqu'ils nous touchent trop en même temps qu'ils sont éloignés de notre fonctionnement de pensée. Je reprendrai ici le cas d'une patiente qui, au cours d'une consultation dans le cadre d'un suivi psychiatrique après un épisode dépressif et suicidaire, fait part de ses relations avec son nouveau compagnon et avec ses enfants. Les relations avec le père dont elle est séparée sont tendues. Le plus jeune des enfants paraît en souffrir et ses résultats scolaires s'en ressentent. La patiente relate qu'elle a dit à son fils que s'il travaillait bien à l'école, ses parents se disputerait moins. Elle précise qu'elle se dispute souvent avec son mari à cause des problèmes scolaires de leur fils. Accompagnée ce jour d'une stagiaire interprète, je lui avoue après l'entretien, ma difficulté à traduire cet épisode. Elle admet avoir eu des difficultés à le comprendre également. En discutant plus avant, nous soulevons que faire peser sur un enfant la qualité de la relation qu'entretiennent ses parents nous avait à toutes deux posé question, remettant en cause la compréhension même du discours qui pourtant ne présentait aucune difficulté d'ordre linguistique. La résistance de nos propres idées avait fait barrage à notre acuité intellectuelle.

Sans trouver d'antidotes à ces difficultés qui sont propres au métier d'interprète, il est important d'en être pleinement conscient, et d'être d'autant plus vigilant dans le domaine de la santé mentale.

8/ L'INTERPRÈTE EXPERT DE LA LSF ?

Prenons maintenant l'exemple d'un entretien vécu par une de mes collègues, entre une personne sourde, « normalement » névrosée et un psychothérapeute. Les difficultés ne viennent pas ici de la langue des signes qui est structurée, ni de la logique du discours, ni de son intention. Ici, d'autres difficultés surgissent.

Une femme sourde parle de sa famille. Elle dispose chaque membre dans un espace de signation distinct. Puis au fur et à mesure de son discours, l'espace de signation se réduit et vient se rapprocher très fortement de celui qui est initialement celui du père. Tout l'espace de signation s'est déplacé vers la droite.

a / Les manifestations syntaxiques récurrentes ?

Que fait l'interprète dans ce type de situation ? Il est le seul à avoir remarqué ce déplacement. Comment le traduire ? Doit-il le signaler au thérapeute ? En le signalant ne sort-il pas de sa place et ne devient-il pas un peu co-thérapeute ? Jusqu'où aller ?

De nombreux thérapeutes nous demandent des précisions quant au niveau de langue du patient. Incapables de relever eux-mêmes les erreurs syntaxiques, les enchaînements dans le discours et sa logique, ne repérant aucun élément spatio-temporel, ils s'en remettent tout naturellement à l'interprète qui devient dès lors expert linguistique et lui demandent de se lancer dans une analyse méta-linguistique des propos du patient.

Trois conceptions semblent apparaître dans l'attitude des interprètes face aux demandes d'analyse « linguistique » du thérapeute :

- soit ils considèrent que les erreurs syntaxiques, l'absence de logique de discours transparait dans leur interprétation. Il n'est donc pas utile d'en discuter après la consultation ou l'entretien.

- soit ils précisent, tout au long de leur interprétation, les difficultés auxquelles ils sont confrontés. Par exemple, on verra des interprètes signaler (en aparté au thérapeute) qu'il y a confusion entre le présent et le passé, qu'il ne comprend pas qui est acteur de l'action.
- enfin, d'autres interprètes préfèrent remettre à la fin de l'entretien l'ensemble des remarques qu'ils auront pu noter tout au long de l'interprétation. Il est à signaler que cette discussion entre le thérapeute et l'interprète est menée en l'absence du patient.

Nous verrons dans la partie concernant les thérapeutes ce qu'ils en disent.

b / La situation triangulaire

La situation triangulaire complexifie le schéma de communication.

Dans une relation thérapeutique, les patients expriment parfois des choses très personnelles. L'interprète peut être perçu comme un intrus, comme un allié du thérapeute ou à l'inverse comme étant de connivence avec le patient. Ces sentiments du patient, en dehors de considérations sur le transfert, peuvent altérer la relation de confiance.

Il peut, alors qu'il est questionné par le thérapeute sur des aspects culturels de la communauté sourde, occulter la présence du patient (ce qu'explique J. Laborit également). L'interprète est consulté en tant qu'expert. Est-ce son rôle ?

*« L'interprète peut constituer une aide pour établir un diagnostic, puisqu'il traduit la parole du sourd. Mais, la plupart du temps, il donnera - ou le thérapeute lui demandera - des commentaires induits par sa connaissance des sourds, qui s'appuient le plus souvent sur des critères culturels. D'un grand intérêt dans certaines situations, ils peuvent venir parasiter la relation, ou « objectaliser » la personne sourde en occultant sa présence réelle. Cette abolition de la dimension de l'autre est d'autant plus aisément accomplie que l'interprète, lui, répond quand on lui parle. Par ailleurs c'est toujours à l'interprète que s'adresse le patient, ce qui opère un déplacement dans l'interlocution, source de confusion pour le thérapeute confronté à cette situation. » (Jacques Laborit, *Surdité et souffrance psychique*, 2001, p.69)*

c / Le choix des mots

Le choix des mots dans une interprétation est important, et pas uniquement lorsqu'il s'agit d'une situation de santé mentale. Les interprétations en milieu judiciaire, au tribunal, les interprétations en situation pédagogique, lors d'examens, requièrent une grande vigilance quant au choix du lexique.

En revanche la place qu'occupent les mots est spécifique en santé mentale : dans un entretien psychologique ou psychothérapeutique, la parole est pour le thérapeute à la fois le moyen et le but du traitement.

Comme le dit Jacques Laborit « *L'obstacle principal contribuant à faire de la clinique avec les sourds une clinique imprécise et grossière, source d'erreurs diagnostiques et de traitements inappropriés, provient pour le psychiatre de ce que parole et écoute, à la fois moyen et but du traitement psychiatrique, ne trouvent plus à s'expérimenter selon les modalités habituelles, provoquant le malaise puis le rejet de l'interlocuteur sourd.* » (Jacques Laborit, *Surdité et souffrance psychique*, 2001, p73).

Rappelons que par notre interprétation, nous transformons la parole signée en parole orale. Nous intervenons massivement sur la forme du discours. Notre interprétation n'est que la traduction en français de ce que nous avons compris.

Le choix du lexique nous est propre (dans une certaine limite bien sûr) et chaque interprète traduira différemment dans la forme une même phrase signée. Or le travail du thérapeute s'inscrit sur le fond et sur la forme. Il s'appuie donc sur la forme que nous, interprètes, lui transmettons.

Les situations en santé mentale ont à mon sens ceci de particulier qu'elles renvoient plus souvent que les autres types de situations à l'émotionnel et à l'intime. Nous savons déjà que, quel que soit le type d'interprétation, la forme a du mal à se dissocier du fond. Cette distinction semble cependant encore plus difficile à opérer en santé mentale où l'expression de l'émotion, y compris non-verbale fait du sens.

Mais encore une fois précisons que ce n'est pas quelque chose de spécifique à ce type de situations. On peut juste estimer que cela en est un aspect récurrent.

Peut-on alors séparer le fond de la forme ?

Il arrive fréquemment que le thérapeute dans son travail, reprenne un terme pour avoir davantage de précisions. On peut traduire le signe [« V » des deux mains, écartement vers l'extérieur] par « déclarer » ou « annoncer » par exemple. Une discussion s'engage alors sur le choix du mot. « Vous avez dit 'déclaré', pourquoi pas 'annoncé' ? ». Or ce choix n'est que le fait de l'interprète. Si c'est le fond du discours du patient qui est analysé, c'est ici la forme donnée par l'interprète qui est la matière.

Le thérapeute travaille-t-il sur le fond, sur la forme ? Encore une fois, peut-on distinguer le fond et la forme ?

9/ L'INTERPRÈTE CO-THÉRAPEUTE ?

a / L'interprétation de propos dits à « mains basses »

Il ne sera pas question ici des apartés destinés intentionnellement à être compris par quelques personnes.

En revanche, au cours de son entretien, un patient peut avoir parfois des difficultés pour exprimer des situations, des faits qui le gênent, l'émeuvent, l'atteignent trop profondément. Il signe alors de manière « réduite », en chuchotant. Le propos est à moitié accessible. Il est parfois possible mais toujours délicat de jouer sur l'intensité de la voix ou de « bredouiller » pour signaler une mauvaise perception : face à des thérapeutes qui ne connaissent pas la langue des signes, ce type de modulation peut porter à confusion et leur faire croire que les hésitations sont du fait de l'interprète. Est-ce alors à nous d'intervenir ? De dire « excusez-moi, vous pouvez répéter, je n'ai pas bien vu », comportement intrusif, qui peut avoir un effet catalyseur non voulu. Ce genre d'intervention ne poserait aucun problème dans un autre contexte où le cadre est clairement défini.

On retrouve ce même type de difficultés dans les groupes de parole où certaines personnes, pour différentes raisons, s'expriment difficilement, les mains à moitié cachées pour les sourds, ou mangeant la moitié des mots pour les entendants. Doit-on faire répéter au risque de casser le dialogue sachant que la difficulté qu'ont les individus à s'exprimer concernant l'annonce de la surdité, le décès d'un proche par exemple, est un des axes de travail du groupe de parole ?

Notons encore une fois que ce type de difficultés apparaît dès lors qu'on intervient sur de l'intime. Doit-on faire abstraction des données de la situation ? Et procéder de la même façon quels que soient les enjeux de la situation ?

b / Les précautions oratoires

Certains soignants disent être conscients des difficultés d'interprétation mais que mieux vaut traduire que de laisser la place vide, et qu'une fois encore, il ne nous est pas demandé de comprendre mais de traduire...

Ce type de remarque m'a frappée et je me suis moi-même interrogée sur la question de la compréhension avant d'interroger quelques thérapeutes sur leur propre définition. Nous y reviendrons ultérieurement.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons traduire le peu que nous pensons avoir compris, c'est-à-dire un signe, une image peut être... Notre compréhension étant incertaine, nous précédonos nos interventions par des précautions oratoires qui, à mon sens, servent à peu de choses. Les avertissements comme, par exemple, « je ne suis pas sûre mais il parle peut être de... » « Je crois qu'il dit... », n'évitent pas le danger. Les thérapeutes l'entendent mais ce qui est dit est tout de même dit. Les mots sont posés comme ayant été exprimés et l'on se souviendra de ces mots, peut-être même est-ce de ces mots qu'on se rappellera en premier lieu. Nous aurons alors induit une des interprétations possibles d'un signe ou d'un groupe de signes, tout en continuant de nous demander si c'est bien cela que voulait dire le patient, si les éléments essentiels ont bien été relevés.

En poussant la réflexion un peu plus loin, nous pouvons dire que la multiplicité des précautions oratoires est un signe de notre basculement dans la co-thérapie : la technique d'interprétation repose sur la sélection d'une hypothèse linguistique parmi plusieurs en fonction du vouloir dire et de l'intention du locuteur, du contexte... Incertains sur plusieurs de ces paramètres, incertains face à la syntaxe même, nous faisons donc des hypothèses qui ne sont plus seulement linguistiques, mais également sémantiques, voire psychologiques... Trop de précautions oratoires révèlent trop de doutes, trop de doutes nous empêchent

de fonctionner, nous obligent à nous arrêter pour mettre en garde là où nous devrions ne faire que « passer ».

c / Les thérapeutes qui veulent nous aider

Voyant nos difficultés, certains thérapeutes tentent de nous aider. Ceux qui ont quelques bases en LSF peuvent repérer certains signes mais n'ont pas une maîtrise suffisante de la langue pour repérer l'absence de syntaxe ou de logique de discours. Il arrive dans certaines situations que le thérapeute veuille aider l'interprète en lui signalant certains signes standards, (par exemple : le thérapeute informe l'interprète qu'il a vu le signe « chien » mais hors contexte linguistique et dans un contexte d'hallucination il peut ne pas s'agir de chien même si le signe est là). Le thérapeute tente de comprendre directement le patient sourd et peut même repérer des spécificateurs de formes qu'il prend pour des signes lexicaux par manque de connaissance de la linguistique de la LSF (par exemple : le spécificateur de forme « forme parallélépipède » automatiquement traduit par « immeuble » alors qu'il n'a de sens que contextualisé ; il peut s'agir de boîtes de céréales, de packs de lait géants en poussant à l'extrême...).

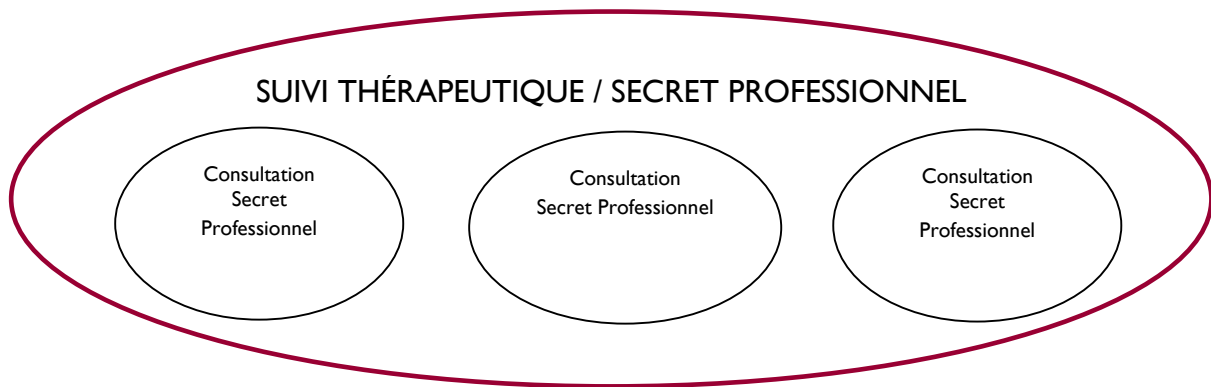
d / Et le secret professionnel ?

Le secret professionnel est une des clés de voûte du métier d'interprète. Il est renforcé, dans le cadre de situations de santé, par le secret médical. L'interprète amené à intervenir dans le suivi de patients lors de consultations menées parallèlement par plusieurs professionnels de santé, est souvent sollicité en raison de la « connaissance globale » qu'il a de la situation du patient. Un même interprète peut en effet accompagner un patient sourd chez son médecin traitant, chez un spécialiste, chez le psychothérapeute, puis auprès de l'infirmière. L'interprète ne répondra ni aux sollicitations du médecin pour des informations concernant des consultations antérieures, ni au patient pour lui rappeler ce qui avait été dit par un autre praticien.

Cette limitation du secret professionnel à chaque consultation pose souvent des difficultés à l'interprète. Une thérapie en santé mentale s'inscrit dans la durée

sur plusieurs consultations. Celle-ci suppose une connaissance globale du patient construite au cours des différentes rencontres avec le thérapeute.

Dans le cas d'un suivi thérapeutique, le secret professionnel s'inscrit-il alors à l'intérieur de chaque consultation ou sur l'ensemble de la thérapie ?



III DU CÔTÉ DU THÉRAPEUTE

QUELQUES ÉLÉMENTS DE RÉPONSE

Compte tenu des divers éléments de réflexion dont il a été question jusqu'ici, la prise de conscience, par l'interprète et par le thérapeute, des difficultés de la situation à trois implique que ces derniers soient au fait des enjeux, et ceci avant même que la situation ne se présente. Les thérapeutes en santé mentale travaillent sur les mots, le relationnel et l'émotionnel. La relation à trois suppose du thérapeute qu'il ait bien compris le rôle de l'interprète et que l'interprète soit au courant des attentes du thérapeute.

Pour répondre à différentes questions qui ont surgi tout au long de mon expérience professionnelle, il m'est apparu essentiel de m'adresser directement à des thérapeutes. J'ai eu des entretiens (6) avec trois psychiatres : Alexis Karacostas (Paris), qui intervient pour la plupart du temps en face à face, mais qui fait intervenir parfois des interprètes, Catherine Quérel (Paris), qui privilégie le face à face et Anna Ciosi (Marseille), en cours d'apprentissage de la LSF qui favorise le travail en binôme. J'ai également pris contact avec André Meynard (Marseille) psychanalyste signeur.

1/ LES ATTENTES DES THÉRAPEUTES

a / Comprendre et se faire comprendre

On pourrait penser que les thérapeutes qui utilisent un interprète attendent simplement de lui de comprendre et de se faire comprendre. Cela ne semblerait pas alors insurmontable.

Et pourtant ! Lors d'une situation à caractère psychologique, les difficultés vécues par l'interprète sont essentiellement liées au dispositif d'interprétation et à son rapport avec l'émotionnel, qui ne posent pas systématiquement de difficultés linguistiques. Mais lors d'une consultation psychiatrique, comprendre et être compris du patient relèvent parfois du tour de force.

Certains thérapeutes m'ayant dit que traduire ne nécessitait pas de comprendre, je me suis interrogée sur la compréhension.

Que signifie comprendre? Que recouvre le terme de comprendre? Les thérapeutes interrogés ont sur cet aspect de la compréhension des visions éloignées.

Pour certains (comme Anna Ciosi, pratiquant peu la LSF), comprendre ce que dit un patient délirant, signifie dans un premier temps, avoir accès à ce délire (entendre les enchaînements de signes) même s'il n'a pas de sens. Le sens ne viendra que plus tard, au cours des entretiens, au fil des années de thérapies. Une succession de mots accolés l'un à l'autre ne la gêne pas particulièrement. Certains disent même reconnaître dans l'enchaînement de certains propos incohérents qui sortent de la bouche de l'interprète, les formes de discours de patients entendants.

Pour Alexis Karacostas, la compréhension est entendue dans son sens étymologique « prendre avec »¹. Il s'agit de relier, de mettre ensemble, de situer dans un tout. Le thérapeute qui souhaite alors comprendre, tente de réunir les pièces d'un puzzle multidimensionnel. Mais une compréhension totalisante est proprement impossible : la mise en lumière focalisée sur un point précis met immédiatement les autres points dans l'obscurité, comme le spot d'un cirque qui se déplace d'objet en objet, d'artiste en artiste laissant le reste de la scène dans l'ombre.

La thérapie a pour objectif la modification de ce qui peut changer et qui veut l'être par le patient. Cette modification s'opère consciemment ou inconsciemment, car elle met en œuvre des processus qui ne peuvent être mis en mots. Comprendre, c'est prendre en compte tous ces éléments. Or, dans notre culture, le rationnel et le conscient sont souvent sur-valorisés, la langue souvent fétichisée. Ne voir dans la psychanalyse qu'un corpus théorique sur-valorisant le savoir laisse de côté la question de sa pratique : comprendre n'est pas exclusivement une affaire de langue et soigner ne passe pas forcément par l'établissement d'un diagnostic, même si ce dernier peut être d'une grande utilité.

¹ Les propos suivants qui vont être rapportés sont tirés des entretiens avec les thérapeutes.

Trop de données échappent en effet à la conscience, relèvent de l'indicible de la vie pour être formalisés...

Dès lors, toute situation est intéressante en tant qu'elle permet l'apparition de nouvelles forces, de nouvelles relations : le face à face du thérapeute avec le patient, la triangulation avec l'interprète, la quadrature avec le médiateur. La participation d'un tiers qui serait présent uniquement à titre décoratif n'aurait aucune sorte d'intérêt. Car en thérapie, seule compte la relation.

Pour Catherine Quérel, comprendre est bien sûr très important mais c'est la communication qui est au cœur de la relation thérapeutique, quel que soit le niveau de langue du patient. Le face à face lui semble alors être la solution la plus adaptée compte tenu de son cadre de travail et de sa connaissance de LSF (tout en ayant conscience de ses limites linguistiques, n'ayant pas la LSF comme langue maternelle !).

Or, du côté des interprètes, attachés au sens et au vouloir dire la compréhension (comprendre le sens) est indispensable. La technique d'interprétation passe de la réception du message, à la conceptualisation (mettant de côté la forme originale) pour enfin reformuler c'est-à-dire exprimer du sens sous une autre forme.

Les exigences et les finalités du métier de psychothérapeute (et des professionnels de la santé mentale en général) ne sont pas celles du métier d'interprète. La « non compréhension » (absence de sens) est peut-être une phase fréquente du travail de thérapie. Elle est un obstacle pour l'interprète dont le but est de traduire. S'il les difficultés de compréhension sont trop importantes, il convient de rediscuter les limites et le cadre de l'intervention et selon les cas, de faire appel à un médiateur.

b/ Expertise de l'interprète

Une des demandes des thérapeutes faite aux interprètes est de leur signaler les erreurs de constructions syntaxiques.

En situation de binôme (c'est-à-dire en l'absence de médiateur), Anna Ciosi attend de l'interprète qu'il les lui signale, si possible en temps réel. L'accès à l'intégralité du discours est un souhait. Bien entendu elle a conscience des difficultés engendrées par sa demande et met l'accent sur la nécessité, quoi qu'il en soit d'un temps de préparation avant et d'un débriefing après la consultation.

Ceci nous interroge sur le rôle de l'interprète expert de la LSF. Il est indéniable que l'interprète a par rapport au psychiatre débutant en langue des signes, une expertise supérieure. Il n'en est pas pour autant expert linguistique. Reprenons l'exemple cité pages 20/21. Le patient sourd, après nous avoir parlé du diable qui entrait et sortait de son corps, garde une configuration identique (index et auriculaires tendus) pour représenter le regard de deux chats qui l'observent. Il précède ces proformes du signe lexical chat (moustaches à partir des joues). Que veut-il dire exactement ? Est-ce qu'il s'agit de chats au regard de diable ? De diable au regard de chats ? De chat-diable créant ainsi un néologisme ? Est-ce une manière de marquer l'insistance du regard ? Ou tout simplement une image que l'on pourrait qualifier de poétique ? Au moment même de la venue de ce signe, j'ai exprimé que des chats regardaient le patient en utilisant la configuration du signe « diable ». Le psychiatre présent avait une connaissance suffisante pour comprendre immédiatement à quoi je faisais allusion. Cette façon de faire serait complètement inadéquate avec un thérapeute totalement non signeur.

Toutefois, alors que le thérapeute avait bien compris ma précision, nous en avons rediscuté au sortir de l'entretien. Il me demandait si le regard de chats pouvait être signé de la sorte dans un contexte banal. J'ai eu du mal à répondre. J'ai donc interrogé notre expert linguistique (sourd). Il a entretenu le doute en disant qu'il faudrait analyser l'expression du visage, le contexte d'apparition du signe de manière plus précise. Selon lui, il pouvait s'agir de chats-diable... comme de chats qui regarderaient très fixement : néologisme ou pas !

Comme le dit Jacques Laborit, « *Les néologismes ou créations de mots (ou de signes en LSF) viennent témoigner pour le psychotique de sa réalité, de la certitude qui s'impose à lui d'une signification nouvelle. On assiste à un « déchaînement » (Lacan) des signifiants - les mots quittent le sillon des enchaînements habituels au sens commun - et par la suite de l'imaginaire. On*

comprend alors qu'avec des sujets névrosés, l'interprète pourrait, mais en sortant de sa place, signaler les lapsus, les bévues insistantes de construction syntaxique mais qu'avec les sujets psychotiques il se retrouvera vite aux limites de la traduction.» (Souffrance psychique et Surdité, 2001, p70),

Signaler les erreurs, maladresses ou particularités syntaxiques engendre plusieurs difficultés pour l'interprète dont les thérapeutes doivent être pleinement conscients.

D'une part, en apportant un commentaire sur la forme, ils empiètent sur le fond : difficile de commenter une tournure de phrase sans porter un jugement sur celui qui la produit.

D'autre part, l'interprète au cours du processus d'interprétation simultanée est soumis à une série d'efforts que Daniel Gile (1995, p93) a nommés « *effort d'écoute et d'analyse, effort de production du discours, et effort de mémoire à court terme* ». Ces trois types d'efforts demandent, si ce n'est à être dans un parfait équilibre, au moins d'y tendre. En revanche, la disparition ou la réduction importante d'un de ces efforts au profit d'un autre, met irr m diatement l'interprète en difficulté : une écoute intense dans un local bruyant demandera beaucoup d'effort à l'interprète jusqu'à réduire trop fortement son effort de production par exemple, entraînant des problèmes de réexpression. C'est dire si le cerveau de l'interprète est mobilisé intensément ! L'ajout d'un effort pour déceler les manifestations syntaxiques particulières mais aussi pour les mémoriser est parfois impossible. L'interprète ne peut mener toutes les tâches en parallèle.

En ce qui concerne les thérapeutes qui ne sont pas sensibilisés à la surdité, j'ai pu remarquer tout au long de mon expérience professionnelle, que beaucoup d'entre eux interrogent l'interprète sur la difficulté d'apprendre la LSF, sur la communauté sourde en général. Les sourds savent-ils lire ? Lisent-ils sur les lèvres ? Des questions qui trahissent leur incapacité à communiquer directement et qui mettent en évidence leur désir de passer par un mode de communication ( crit ou oral) qui ne leur pose pas de problème. La négation de la langue des signes est assez prégnante et beaucoup de soignants ne voient pas comme une nécessité la présence de l'interprète, estimant que leur échange avec les sourds est satisfaisant.

c/ Des temps de mise au point avant et après l'entretien, des réunions d'équipes

La nécessité d'organiser des temps d'échange avant et après les consultations est une demande assez répandue, notamment pour les thérapeutes qui sont peu au fait de la surdité.

Reprenant l'exemple cité pages 27/28 de cette femme qui disait à son enfant que ses parents se disputerait moins s'il travaillait bien à l'école, ma difficulté à la traduire m'avait poussée à en informer plus tard le thérapeute. Celui-ci avait été surpris de ma remarque, supposant, étant donnée ma difficulté à traduire, que l'expression de la patiente n'était pas claire. Je lui avais donc précisé que la construction syntaxique de la patiente était tout à fait correcte, et que mon intervention pour lui faire répéter ses propos n'était due en fait qu'à une résistance de ma part, qui m'empêchait de comprendre un propos tout à fait limpide.

Cette anecdote met en lumière la nécessité de mises au point régulières avec les thérapeutes. Celles-ci permettent en effet au soignant de mieux déterminer la part de l'influence de l'interprète dans l'interprétation, voire de prendre en compte le phénomène de contre-transfert qui peut s'opérer.

Ces temps d'échanges, important pour discuter des constructions langagières, sont surtout fondamentaux pour réfléchir en amont et en aval au dispositif dont nous reparlerons en fin de travail.

2/ PLACE DE LA PAROLE : DISSOCIER INTERPRÉTATION LINGUISTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

a / Place aux manifestations non-verbales porteuses de sens

Les thérapeutes interrogés ont très largement conscience de l'impact du truchement de l'interprète dans le discours qu'ils reçoivent. Ceux qui connaissent la langue des signes peuvent, selon leur niveau, repérer des configurations maladroites, des emplacements confus voire même des erreurs syntaxiques.

Notons que si le regard du thérapeute porté sur le patient permet d'établir la communication, ce regard, attentif, permet également de déceler bon nombre de paramètres non verbaux qui vont aider, affiner le diagnostic.

Comme le dit Alexis Karacostas, : « *Un entretien psychiatrique n'est pas fait que d'échanges verbaux. Certes la parole en constitue une part essentielle, mais la part du « non-verbal », comme l'on dit souvent sans pourtant définir le contenu de ce fourre-tout, n'en est pas moins négligeable. Les gestes, les comportements, les actes, volontaires ou involontaires, produits au cours de l'entretien, les corps en présence (l'histoire, l'âge, la condition physique, les croyances, la culture, etc, des participants) représentent incontestablement une dimension essentielle à soumettre à l'analyste. L'interprète est là pour traduire du sens, voilà qui est entendu. Or il faut rappeler que la question du sens est inséparable de celle du langage, mais qu'elle ne s'y réduit pas. C'est au contraire le sens qui excède et englobe le langage.*

Le non-verbal, le hors langage participe à la construction du sens. Mais ce qui est demandé à l'interprète c'est seulement de traduire les paroles. Que les éléments non-verbaux, hors langage, impriment leur marque dans la construction d'un sens (en concourant voire parfois en s'opposant à cette construction) ne change rien à l'affaire : le rôle princeps d'un interprète est de traduire du verbal en verbal. Le rôle du thérapeute est certainement plus large : il consiste aussi à prendre en considération ces données hors langage pour elles-mêmes et à les agréger au dire du patient pour dégager un sens plus global. Confronté à la situation de son patient, le soignant ne saurait se limiter à son seul dire. Les errements des psychanalystes sont souvent l'effet d'une négligence du non-verbal (des comportements, du corps...) au profit du seul matériau verbal (fétichisation du signifiant). C'est aussi dans cette perspective réductrice que certains considèrent la bonne interprétation comme le nec plus ultra de l'analyse (la solution est toujours dans le langage). De toutes autres conceptions et pratiques psychothérapeutiques émergent chaque fois que, reconsidérant la place du langage, on enracine le sens hors du langage. La modification thérapeutique ne réside plus dans la seule interprétation mais dans l'action et dans le geste : le thérapeute s'attend et prépare la mise en mouvement du patient. Il ne s'agit pas de nier la valeur de la parole mais d'en montrer le caractère éminemment relatif par rapport au non verbal. En ce sens, une interprétation n'a de valeur que pour

autant qu'elle participe à cette mobilisation globale de l'être. C'est excéder le rôle d'interprète que de lui demander d'interpréter les gestes (entendons ici la gestualité non-verbale, les comportements): s'exécutant, il en devient thérapeute à son tour. » (Alexis Karacostas, juillet 2005, p32)

b / La mort du signifié...

Allant plus loin encore, Bertrand Piret nous dresse le portrait de certains thérapeutes qui penchent préférentiellement vers la part non verbale ou qui s'attardent essentiellement sur le signifiant, mettant de côté toute la part du sens. De ce point de vue, on peut donc admettre que « l'écoute visuelle » du soignant est primordiale.

« Certains psychiatres préfèrent s'en remettre à « la relation », terme mythique qui, lorsqu'il est utilisé dans notre champ, sous-entend en général une dévaluation de la valeur de la parole, au profit de notions floues comme l'empathie, la communication non-verbale, le « transfert » considéré comme un affect, une énergie qui n'a en quelque sorte pas besoin de se dire. Comme chacun sait, l'amour ça se lit dans les yeux de l'autre et les coups de foudre se passent de longues déclarations... A l'opposé, du côté des psychanalystes qui méprisent l'affect, c'est le signifiant qui est mythifié. La langue étrangère, même incompréhensible par l'analyste, est porteuse de signifiants dont ce n'est pas le sens qui importe, mais l'arrangement, la combinatoire. A la limite la théorie lacanienne permet d'envisager une analyse totalement dégagée du sens et ne portant que sur les signifiants. On pourrait même dire que c'est l'idéal. Cette limite n'est fort heureusement défendue que sous forme de boutade (celle qui mettrait en présence un analyste et un analysant qui ne comprendraient rigoureusement rien à la langue de l'autre.) » (Bertrand Piret, janvier 2004, p4)

On comprend alors qu'en s'intéressant au patient dans sa gestualité, le thérapeute non signeur va être capable de repérer des attitudes psychotiques, autistiques mais également de déceler, comme le dit Anna Ciosi, « certains symptômes qui passent par le discours non-verbal » (exemple : le sourire immotivé dans le syndrome dissociatif de la schizophrénie). Ainsi, des pans de discours récurrents, des attitudes écholaliques, des logorrhées gestuelles sont

identifiables par le thérapeute même s'il ne connaît pas la langue des signes. Se référant au discours traduit, il tient compte de « la marge de réserve due au truchement de l'interprète ».

Il suffit d'en être conscient et de se mettre en situation de regarder le patient pour voir apparaître le discours non-verbal.

c / Transfert et contre-transfert

La psychanalyse freudienne est une méthode d'investigation qui consiste essentiellement dans la mise en évidence de la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires d'un sujet (analysant). C'est une technique qui tire sa spécificité de l'interprétation contrôlée de la résistance, du transfert et du désir.

L'analyse du transfert est l'analyse de la relation qui s'établit entre l'analysant et son analyste, sachant que se rejouent et se revivent dans cette relation des éléments de la vie psychique de l'analysant. C'est donc la tendance de l'analysant de faire du psychanalyste l'objet de ses réactions émotives.

Le contre-transfert est constitué de l'ensemble des réactions inconscientes vécues par l'analyste à l'égard de l'analysant et, surtout du transfert du premier sur le second.

Il est donc aussi important de tenir compte du transfert que du contre-transfert dans une situation analytique.

On comprend aisément que le transfert du patient en cours d'analyse avec un thérapeute non signeur peut s'opérer sur l'interprète d'autant qu'il est le seul véritable interlocuteur car signeur. Ce transfert peut s'opérer également en présence d'un analyste signant faisant appel à un interprète. Le thérapeute doit alors prendre en compte cette nouvelle dimension de l'analyse. La seule présence de l'interprète modifie le schéma de communication, le système global de la thérapie.

En consultation thérapeutique sans visée analytique, les résistances ou la résonance de l'interprète avec ce qui se dit sont à intégrer dans le processus thérapeutique. L'interprète doit être au clair avec ses propres représentations, ses propres projections et conflits intérieurs.

« Il n'y a (en effet) pas traduction sans la portée désirante du traducteur et ce qu'il maintient de sa propre problématique dans ce qui lui est adressé. » (André Meynard, 1995, p115)

On peut donc avancer que de par sa place même, l'interprète est soumis au transfert de l'analysant et au contre-transfert de l'analyste, puisqu'en traduisant dans les deux sens, il réexprime à la fois le message du patient et celui du thérapeute. Il arrive qu'un interprète ressente une grande colère silencieuse lorsque le thérapeute semble ne pas s'intéresser à un problème particulier du patient faisant écho avec sa propre problématique.

Selon André Meynard, la situation thérapeutique avec interprète complexifie l'adresse à l'Autre et les jeux transférentiels. On se trouve dans des champs transférentiels croisés qui pourraient rappeler ceux que l'on observe en thérapie de groupe.

D'après lui, une des questions cruciales est la suivante : comment l'interprète peut-il oeuvrer dans un dispositif où les jeux transférentiels le concernant sont agissants mais ne sont pas positionnés comme opérateurs du travail clinique ? Par exemple, plus les attentes du patient envers l'interprète sont importantes, plus massive peut être la charge émotionnelle venant l'affecter. Or, cette charge émotive vécue par l'interprète est une des manifestations de ce qui s'actualise des phénomènes transférentiels.

En effet, l'interprète placé parfois en situation de « supposé savoir », peut devenir surinvesti par le patient. On peut presque aller jusqu'à dire qu'il porte alors et permet la demande du patient. Dans une telle situation, l'interprète ne peut qu'être affecté par ces nouages transférentiels. L'importance des attentes du patient et du thérapeute envers l'interprète initie des dynamiques transférentielles complexes dans lequel il va être pris à son insu : comment est-il préparé à vivre ceci ?

En santé mentale notamment, les intervenants sont pris dans les mailles du désir, de la parole de souffrance du patient, émotions transmissibles bien au-delà du signifié et qui viennent affecter tout le dispositif d'interlocution. Ceci motive, selon André Meynard, la nécessité d'une supervision qui permettrait de démêler et de mettre en parole si possible les collages identificatoires et les jeux transférentiels existants.

3/ LE DISPOSITIF

a / L'intrusion de l'interprète et / ou du médiateur dans le dispositif : un problème ?

Les réponses apportées par les thérapeutes à cette question divergent en fonction de leurs attentes face à l'interprète et de la place qu'ils accordent à la parole dans la thérapie.

Pour Alexis Karakostas, « *la présence d'une interprète complexifie le dispositif par l'introduction de paramètres supplémentaires qu'il y a lieu de prendre en compte dans une analyse correcte des données cliniques recueillies au cours de l'entretien. Le danger réside non dans la présence d'un interprète mais dans la négligence de ces paramètres et de leurs effets dans la relation soignant-soigné. Lors d'une rencontre, on appréciera ou non les effets de la présence d'un interprète selon qu'on met l'accent sur la nécessité d'un transfert de discours (sur le rôle de passeur de l'interprète) ou sur les inévitables transformations de sens qu'entraîne ce dispositif (lorsque l'interprète fait écran au transfert d'un message.....)* » (juillet 2005, p33)

Pour lui, la présence de l'interprète n'est pas une obligation (étant psychiatre signeur) mais n'est pas non plus un obstacle à la thérapie. En effet, il fait parfois appel à l'interprète, avec des attentes différentes : lorsqu'il est face à un entendant et à un sourd, pour s'assurer d'une compréhension optimale d'un patient, pour distinguer la part de ses propres limites en LSF de l'incohérence des propos du patient, pour entendre la traduction en mots des propos du patient, pour analyser les conséquences de la présence de l'interprète sur la production du patient... L'intervention de l'interprète tout comme son absence peuvent être révélatrices.

Ainsi comme le souligne Mony Elkaim « *...les sentiments qui naissent chez tel ou tel membre du système thérapeutique ont un sens et une fonction par rapport au système même où ils émergent.* » (Elkaim, 1995, p. 602)

En revanche, et concernant sa pratique personnelle, Catherine Quérel voit dans la présence de l'interprète beaucoup d'inconvénients. C'est pourquoi elle n'y fait

que rarement appel, sauf dans des situations particulièrement délicates (par exemple : rendez-vous avec le patient sourd et un membre de sa famille entendant, pour éviter les manipulations). La triangulation avec l'interprète est difficilement gérable à cause de l'incidence de la traduction sur les propos d'origine (l'interprète ne peut faire abstraction de sa propre subjectivité), mais également en raison des malaises que la relation avec un sujet psychotique (par exemple) peut engendrer chez lui : il est préférable (si c'est possible), de lui éviter de subir une situation aussi difficile personnellement que professionnellement !

Pratiquant la LSF, la présence de l'interprète ne représente donc pas pour Catherine Quérel un besoin absolu. Elle préfère favoriser le lien direct, et se rapprocher autant que possible du dispositif tel qu'il existe en thérapie avec les entendants.

À son sens, la présence de l'interprète est une solution de facilité pour le thérapeute qui ne connaît pas la LSF. Il est important d'encourager les psychiatres à se former en LSF. L'appel à un interprète n'est qu'une protection pour le thérapeute qui doit rapidement prendre en main seul ses consultations. La présence d'une tierce personne est une solution transitoire en attendant la formation en nombre de nouveaux psychiatres compétents en LSF.

Cet espoir, qui lui paraît un peu utopique (il y a actuellement très peu de psychiatres compétents en LSF en France), l'oblige à ne pas oublier la situation actuelle des thérapeutes non-signeurs. Pour ces derniers, selon Catherine Quérel, l'interprète reste le professionnel le plus compétent pour un travail en binôme... à condition qu'il assouplisse sa position, voire qu'il se spécialise, pour se donner les moyens d'intervenir avant, après l'entretien, en apportant des informations sur les écarts linguistiques et sur son propre vécu au cours de la consultation (ce qui se pratique dans les thérapies systémiques, ethnolinguistiques...).

L'appel au médiateur sourd pour pallier une déficience de l'interprète n'est pas non plus une solution idéale pour Catherine Quérel et cela pour plusieurs motifs : d'une part ce dispositif est beaucoup trop lourd et fort onéreux puisqu'il multiplie les intervenants (en regard des 3000 consultations annuelles à Sainte Anne, on ne pourrait faire appel systématiquement à l'interprète, ni au médiateur même si on le souhaitait !) ; d'autre part, mettre en première ligne un médiateur

n'est qu'une protection de l'interprète sans tenir compte des dangers auxquels on l'expose. Rares sont les médiateurs formés à la santé mentale et à même de tenir un rôle professionnel dans une situation thérapeutique complexe. La mise en place du « D.U. Surdité et santé mentale » à Sainte Anne tente de remédier en partie à ce manque. Le dispositif idéal serait la prise en charge du patient sourd par un thérapeute sourd.

Pour André Meynard, il est essentiel pour le thérapeute d'être « bousculé », « entamé » par le patient pour qu'il y ait une véritable rencontre. L'interprète peut d'une certaine manière, faire obstacle à cette rencontre : d'une part en apportant un confort apparent au thérapeute, d'autre part en rendant particulièrement difficile l'attention portée aux signifiants de la parole du patient sachant que la traduction passe par les propres signifiants de l'interprète. Comment traduire en respectant une part d'insensé ? Comment l'interprète peut-il être présent sans prendre la parole au patient (ses signifiants majeurs et les jeux d'adresse du regard) ?

Comme Catherine Quérel, André Meynard souligne le manque de thérapeutes travaillant directement en langue des signes. Le passage par l'apprentissage de la langue des signes, même s'il n'est pas le seul chemin à emprunter, fait partie du voyage vers la rencontre. Pour les thérapeutes qui ont besoin de recourir à un interprète une question concerne la place à laquelle ils le (la) mettent dans le dispositif instauré. Ils n'écoutent pas simplement leur propre traduction désirante de la parole d'un sujet mais celle d'un tiers. N'y a-t-il pas un travail de nomination à engager sur cette particularité ? Le cadre thérapeutique semble alors devoir contenir et prendre acte de la subjectivité de l'interprète.

Une position unique de fonctionnement semble impossible à définir une fois pour toute, la singularité de chaque patient et de chaque situation méritant ici aussi d'être respectée.

Pour Anna Ciosi, la présence de l'interprète, si elle complexifie la situation, ne la rend pas insurmontable. En tant que signeuse débutante, elle a besoin de la traduction. Consciente des écueils, elle favorise l'échange avec l'interprète. Les consultations en milieu hospitalier l'ont habituée à travailler au sein d'une équipe pluridisciplinaire. L'interprète (ou /et le médiateur) est une personne de plus dans une équipe déjà importante. Or pour Anna Ciosi, notamment chez les

psychotiques, le suivi pluridisciplinaire d'un patient est un atout majeur dans la prise en charge.

Dès lors, tout semble question d'éclairage : si la langue est mise en avant comme élément essentiel de la thérapie, l'interprète se trouve vite en porte à faux. Si c'est la relation au sein d'un dispositif complexe qui guide la thérapie, l'interprète a peut-être un rôle à jouer.

b / Clarifier le dispositif en amont

Une question se pose alors avec force : le cadre de travail habituel des interprètes est-il pertinent en situation de santé mentale ?

Tenant compte des remarques de mes collègues, de mon expérience propre et des thérapeutes interrogés, il me semble que le cadre de travail de l'interprète ne puisse être tenu de manière aussi stricte qu'il l'est dans des situations plus classiques d'interprétation. La place, le rôle de l'interprète sont-ils donc à repenser, à moduler... ?

Plusieurs besoins apparaissent pour mener au mieux une interprétation en santé mentale :

- Information sur le processus et les techniques d'interprétation
 - Une explication sur le processus d'interprétation s'impose d'emblée quand la parole du patient est incohérente. Quand le discours n'a pas de sens, l'interprète devrait signaler qu'il ira davantage vers un transcodage (association d'un mot à un signe) que vers une interprétation. Cette association signe / mot est d'autant plus arbitraire qu'elle n'est supportée ni par un contexte sensé ni par une intention clairement exprimée.
 - La thérapie en santé mentale travaille sur les mots, les émotions et le traitement relationnel. Le choix de certains mots d'intensité différente (heureux, content, ravi...) incombe à l'interprète qui peut se tromper. Il est important de souligner cette difficulté aux thérapeutes.

- L'interprétation de l'intégralité des propos du patient est parfois impossible à réaliser. Il est essentiel d'en discuter avec le thérapeute en amont de la consultation et de l'informer sur le besoin éventuel de passer à une interprétation consécutive.
- Information préalable sur le code déontologique et le code éthique
 - Le code de déontologie des interprètes s'imbrique dans un code d'éthique professionnelle. L'interprète intervenant dans le cadre de la santé mentale, s'il sort de son cadre déontologique par défaut de pouvoir y rester, doit demeurer fidèle à un cadre éthique professionnel et personnel. Garder en tête le cadre déontologique même si on lui apporte une certaine souplesse n'est pas l'ignorer en totalité. L'éthique professionnelle peut par ailleurs servir de garde fou.
- Information sur les attentes du thérapeute
 - Ces attentes vont justifier ou non la présence de l'interprète. Par ailleurs, lorsque les attentes du thérapeute mettent la parole en première ligne, l'alternance des interprètes semble préférable pour éviter d'avoir un même « style » de traduction. Si c'est la relation qui est en avant, la permanence de l'interprète semble plus pertinente.
 - Paradoxalement, plus l'interprète est au courant des attentes du thérapeute et de la situation dans laquelle il va intervenir, plus il est neutre. L'explication des objectifs et des techniques qui sous-tendent la relation thérapeutique permet de préserver un équilibre émotionnel chez l'interprète.
 - Il ne faut pas perdre de vue que le thérapeute est responsable de la thérapie mais que l'interprète est le spécialiste de la situation d'interprétation.

c / Le débriefing

Le débriefing est essentiel pour les 3 psychiatres interrogés.

- Parce qu'il fait le point sur la situation vécue et envisage les adaptations à apporter pour la prochaine séance

- Parce qu'il permet au thérapeute d'analyser le contre-transfert de l'interprète
- Parce qu'il permet de rediscuter les propos tenus par le patient sous l'angle linguistique
- Parce qu'il permet d'analyser les relations qui interagissent au sein du dispositif

d / La formation des interprètes : une nécessité ?

Une formation des interprètes en santé mentale s'impose. C'est une évidence de dire que la connaissance, quelle qu'elle soit et dans n'importe quel domaine ne peut qu'être bénéfique.

Il s'agit plutôt de préciser sur quoi doit porter cette formation. Une connaissance de base des différentes pathologies mentales est nécessaire, mais il ne s'agit pas de faire de l'interprète un spécialiste et encore moins un deuxième psychiatre. Nous ne participons pas directement à la mise en évidence d'un diagnostic, ou à la décision concernant un traitement.

En revanche une préparation à la charge émotionnelle que l'on est susceptible d'endurer, à la gestion des situations de santé mentale paraît essentielle, tant du point de vue des thérapeutes que des collègues interprètes. La supervision des interprètes intervenant en santé mentale reste un point qu'il faudrait approfondir.

Enfin, un module spécifique pourrait être mis en place dans les formations initiales d'interprètes. L'objectif de ce module pourrait être de les former à oser intervenir sur le dispositif dans lequel ils s'inscrivent. Il est important que les interprètes, habitués à ne pas intervenir sous peine de trahir la déontologie, osent revendiquer les conditions d'un travail satisfaisant au moins leur éthique personnelle et professionnelle.

Nous faisons partie d'un dispositif et d'une situation de communication particulière que nous devons être aptes à analyser. Si nous ne sommes pas spécialistes de la santé mentale, nous le sommes des situations d'interprétation.

IV FICHE D'INFORMATION SUR L'INTERPRÉTATION EN SANTÉ MENTALE

Cette fiche se veut être le préalable à toute intervention en situation de santé mentale. Elle peut permettre l'ouverture à des échanges avec le thérapeute pour préciser le rôle de chacun et souligner les difficultés, les limites du travail avec l'interprète. En fonction de chaque patient et de chaque situation, il conviendra de décider des aménagements possibles à opérer ou le cas échéant d'envisager un autre dispositif.

Vous allez recevoir un patient sourd et travailler en présence d'un interprète et/ou d'un médiateur sourd. Ce document peut vous aider à mieux gérer la situation de communication inhabituelle à laquelle vous allez être confronté.

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>

V CONCLUSION

Tout au long de la rédaction de ce travail, j'ai pris conscience que ma position s'était assouplie depuis 2003. En effet, à l'époque je conclusais mon intervention par les propos suivants :

« Les interprètes, en refusant de traduire systématiquement dans le cadre de situations de santé mentale, bloquent certaines situations. Ce blocage peut avoir pour conséquences de renvoyer l'équipe à une analyse et de réfléchir à d'autres solutions (formation des thérapeutes en LSF et / ou formation des sourds (thérapeutes) / embauche de professionnels sourds, / spécialisation de l'interprète).

Il est important de prendre conscience que l'interprète n'est pas toujours la solution adaptée et parfois à l'affirmation « il vaut mieux cela que rien » je réponds « je ne sais pas, peut être rien vaut-il mieux que l'interprète ».

La relation duelle est à privilégier. »

Or, au cours de mes différentes interventions dans le domaine de la santé mentale depuis cette date, notamment depuis que je travaille au sein du pôle accueil LSF de Marseille, et suite aux échanges que j'ai pu avoir avec mes collègues sur ce type de situations, j'ai pris note de plusieurs faits qui me paraissent essentiels :

- D'une part, les interprètes, même s'ils rechignent à interpréter ce type de situation, sont nombreux à être ou à avoir été amenés à le faire.
- Lorsqu'ils qu'ils interviennent dans le cadre de la santé mentale, ils continuent à être interprètes.
- D'autre part, il ne faut pas perdre de vue que le thérapeute (qui ne pratique pas la LSF, et c'est la majorité des cas !) tout comme le patient est plus à l'aise avec l'interprète que sans lui.

Bien entendu, l'apprentissage de la LSF par le thérapeute entendant, les formations de thérapeutes et de co-thérapeutes sourds sont des démarches à encourager en première ligne et en ce sens la relation duelle reste à privilégier.

En revanche, la présence d'un interprète ou/et d'un médiateur ne me paraît dangereuse qu'à partir du moment où les enjeux de leur présence ne sont pas pris en compte et où rien n'est fait pour les former. L'accent doit être mis sur le dialogue entre le thérapeute et l'interprète pour clarifier en amont comme en aval les limites du dispositif, son efficacité et les adaptations qu'il convient de lui apporter.

Est-il antinomique de souligner des écarts linguistiques et de revendiquer le métier d'interprète ? En mettant l'accent sur des manifestations syntaxiques particulières, on peut dire que l'interprète penche vers la co-thérapie. Mais on peut également dire qu'il apporte des précisions nécessaires compte tenu du cadre particulier de l'intervention. Quoi qu'il en soit, co-thérapeute ou pas, ne demeure-t-il pas interprète ? Ne peut-on estimer qu'apporter des précisions de ce type découle d'une nécessité de la situation et admettre que le cadre de la santé mentale appelle inévitablement un assouplissement et non une négation de la position d'interprète ?

Je ne me reconnais pas dans certains extraits que j'ai pu voir en vidéo montrant des séances d'ethnopsychiatrie durant lesquelles les soignants parlent de longs moments sans que la personne présumée interprète ne traduise rien. Par contre j'admets avoir fait des remarques d'ordre linguistique (ex : le chat-diable) en cours d'interprétation. Cela m'a obligée à repenser le cadre de mon intervention, soit, mais une fois ce cadre re-précisé avec le thérapeute, cela ne m'a pas empêchée de continuer à me sentir interprète...

Parler en aval de la situation dans ce qu'elle induit chez soi n'influe pas sur le discours qui a été produit mais permet au thérapeute d'identifier certaines maladresses de l'interprète comme lui étant personnelles et non du fait du locuteur... Peut-être est-ce une façon pour l'interprète d'être plus neutre ?

Par ailleurs, serait-il préférable et plus bénéfique pour le patient de mettre en place un binôme thérapeute non-signeur / co-thérapeute signeur mais non interprète ? Je ne le pense pas. D'une part parce que le thérapeute non-signeur aura toujours besoin d'une interprétation, d'autre part parce que l'habitude pour les interprètes de travailler dans des limites relativement strictes évitera les dérives qu'un assouplissement du cadre pourrait provoquer.

Enfin, ce travail n'est qu'une ébauche dans le long processus de réflexion qu'il est intéressant de mener. Plusieurs points restent en friche ou non traités :

- Travailler sur la charge émotionnelle de l'interprète dans ce type de situations.
- Etudier de près ce qui se passe dans les pays anglo-saxons et scandinaves.
- Interroger un grand échantillon d'interprètes et davantage de cliniciens.
- Questionner les interprètes enfants de parents sourds sur leurs difficultés : retrouve-t-on les mêmes ?
- Echanger avec les médiateurs qui interviennent dans ces dispositifs.
- Et bien sûr, interroger les patients sur leurs besoins et leurs attentes.

La création de pôles d'accueil LSF en santé mentale pourra à cet égard être un lieu d'échanges et de réflexion sur les pratiques, qu'il ne faudra pas négliger.

VI BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

DAGRON Jean, *Sourds et soignants, deux mondes, une médecine*, Réflexion du temps présent, Paris, Press éditions, 1999, 168p.

DE PURY Sybille, *Comment on dit dans ta langue / Pratiques ethnopsychiatriques*, Les empêcheurs de tourner en rond, Paris, Le seuil, sept 2005, 137p.

ELKAIM Mony, (Sous la direction de), *Panorama des thérapies familiales*, Paris, Seuil, 1995

GILE Daniel, *Regards sur la recherche en interprétation de conférence*, Presse Universitaire de Lille, 1995, 276p.

MEYNARD André, *Quand les mains prennent la parole, Dimension désirante et gestuelle*, Paris, ERES, 1995, 202p.

MOTTEZ Bernard, *La surdité dans la vie de tous les jours*, Paris, Publication du C.T.N.E.R.H.I., Diff. PUF, 1981, 104p. (épuisé)

MOTTEZ Bernard, *Les sourds existent-ils ?*, l'Harmattan, Paris, 2006, 388p.

PELLION Frédéric (sous la coordination de), *Surdité et souffrance psychique*, Collection vivre et comprendre, Paris, Ellipses, juillet 2001, 127p.

VIROLE Benoît, *Psychologie de la surdité*, Paris, De Boeck Université, 1996, 459p.

ARTICLES

AYER Ariane et GILBERT Muriel, *Droits du patient migrant : quelles sont les bases légales de la consultation médicale en présence d'un interprète*
Recherche CFE 03-«806 Fribourg-lausanne , janvier 2004, 10p.
<http://www.saphirdoc.ch/Record.htm?Record=19130564157919587469&idlist=1>

KARACOSTAS Alexis, *A propos de l'article de Carole Gutman*, Journal de l'AFILS n°56, juillet 2005, 3p.

PIRET Bertrand, *La psychothérapie avec interprète est-elle possible ?*, janvier 2004
http://www.p-s-f.com/psf/article.php?id_article=23

RISLER Annie, *La simultanéité des signes processifs*, Revue GLOTTOPOL n°7, janvier 2006, 19p.

<http://www.univ-rouen.fr/dyalang/glottopol>

VILLENEUVE Suzanne, *Forces en présence dans une relation psychothérapeutique avec interprétation* (interprète université du Québec à Montréal)

Numéro 2 de la revue trimestrielle « Un maillon essentiel », février 2004, 17p.

<http://www.criticallink.org>

REVUES

RAMSES, Sous la direction de Claire Amieux, *ACTES du colloque Dépressions et surdités*, Paris, 14 mars 2003, 99p.

REVUE DU COLLEGE DE PSYCHANALYSE, *La parole des sourds, Psychanalyse et surdité*, Paris, n° 46-47 Printemps-été 1993, 216p.

PSYCHOLOGIE CLINIQUE, Sous la direction de Martine Dethorre et Claude Wacjman, *Surdité, tâche aveugle*, Nouvelle série numéro 6, Paris, L'Harmattan, HIVER 1998, 218p.

DOCUMENTS NATIONAUX

CHARTRE DU PATIENT HOSPITALISE

Annexée à la circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995

<http://www.chu-bordeaux.fr/data/vousetchu/charte.htm>

ANAES *Informations des patients : recommandations destinées aux médecins*, Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, mars 2000

Loi du 11 février 2005 n°2005-102 *Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.*
Articles 75 section 3 bis et 78

VII ANNEXES

1/ GRILLE D'ENTRETIENS INTERPRÈTES ET SANTÉ MENTALE

Pôle accueil sourds de :

Autre structure :

1 / Vous est-il déjà arrivé de traduire des consultations :

Avec un psychiatre

Avec un psychanalyste

Avec un psychologue

Dans un groupe de parole

Entretien Individuel (thérapeute/patient/interprète)

3 / Quel est votre comportement quand :

Vous ne comprenez pas le patient de manière récurrente

Vous percevez que le patient ne comprend pas votre interprétation

Avez-vous une attitude définie par avance ? Un discours prédéfini ? En début ? A la fin du rendez-vous ?

Quel est le facteur le plus gênant dans ce type de situation ? Pourquoi ?

Les difficultés principales vous semblent-elles d'ordre éthique ou technique ?

4 / Pensez-vous qu'un suivi psychothérapeutique soit possible avec un interprète ? Dans quelles conditions ?

Est-il souhaitable que l'interprète qui intervient soit toujours le même ou faut-il favoriser l'alternance ?

5 / Qu'est-ce qui différencie le plus les interprétations en santé mentale des autres interprétations ?

Que pensez-vous que le thérapeute attende de vous ?

6 / Avez-vous déjà traduit dans ce type de consultations avec l'aide d'un médiateur ?

Quel a été son rôle ?

Avantages ?

Inconvénients ?

Si cela était possible, feriez-vous systématiquement appel à un médiateur ?

7 / Pensez-vous qu'une formation en santé mentale aiderait à mieux gérer la situation ? De quoi auriez-vous le plus besoin ?

8 / Vous est-il arrivé suite à une consultation de vous sentir satisfait ? Serein ? Compétent ? Quelles en ont été les raisons ?

Vous est-il arrivé suite à une consultation de vous sentir insatisfait ? Mal à l'aise ? Incompétent ? Quelles en ont été les raisons ? Qu'avez-vous fait pour réguler cet état ?

9 / L'interprétation psychothérapeutique vous paraît-elle dissociable de l'interprétation linguistique ?

10 / Avez-vous l'habitude de travailler avec

Un psychiatre partenaire

Un psychanalyste partenaire

Un psychologue partenaire

Pensez-vous que le partenariat avec les thérapeutes résout ou résoudrait vos difficultés ? Lesquelles ?

11 / Vous sentez-vous dans ce type de situation

Interprète

Co-thérapeute

Ni l'un ni l'autre

Les deux

Cela vous sied-il ? Vous dérange-t-il ? Pourquoi ?

Etes vous souvent sollicités par les thérapeutes pour donner un avis d'expert linguistique ? Quelle est votre attitude ?

12 / Evitez-vous autant que possible de traduire ce type de situations ?

Refusez-vous de traduire ce type de situation ?

Pensez-vous que la relation duelle est à privilégier ?

2/ GRILLE D'ENTRETIEN THÉRAPEUTES

PRESENTATION PERSONNELLE

1 / Travaillez-vous en partenariat avec un pôle accueil sourds ?
Dans un autre type de structure ?

2 / Connaissez-vous la langue des signes ? Comment qualifieriez-vous votre niveau ?

LE TRAVAIL AVEC INTERPRETE

1 / Faites-vous appel régulièrement à un interprète ?
Pour quelles raisons ?
Qu'attendez-vous d'un interprète lors de vos consultations ?
Avantages et inconvénients du travail avec interprète

2 / Pensez-vous qu'un suivi psychothérapeutique puisse être mené avec un interprète ? Si oui, est-il préférable de solliciter toujours le même interprète ou de faire appel à des interprètes différents ? Pourquoi ?

3 / Que pensez-vous de la relation triangulaire avec l'interprète et quelles sont selon vous les incidences sur le transfert ? sur le contre transfert ?

4 / L'interprétation linguistique vous paraît-elle dissociable de l'interprétation psychothérapeutique, psychiatrique ?
Extraction de la part du non verbal dans un discours en LSF
Repérage de manifestations typique de pathologies (allitération, association par assonances...)

5 / Quelles sont d'après vous les principaux obstacles au travail avec interprète ? Les principales difficultés ?

6/ Pensez-vous qu'une formation spécifique soit nécessaire aux interprètes qui travaillent en santé mentale ?
Jusqu'où ?
Spécialisation ?

LE TRAVAIL AVEC MEDIATEUR SOURD

1 / Avez-vous déjà eu affaire à un médiateur sourd ?
Seul ? En plus de l'interprète ?
Pourquoi ? Quelles en ont été les conséquences ?
Le médiateur est-il co-thérapeute ?

LE THERAPEUTE EN FACE A FACE

1/ Quelles sont les différences entre une consultation directe en LSF et une consultation avec interprète ?

2 / Vous est-il déjà arrivé de reconnaître la forme (ou le fond) un discours pathologique d'un patient entendant dans un le discours interprété d'un patient sourd ?

3 / Que veut dire « comprendre » pour un thérapeute ?

3/ LISTE DES DOUZES PÔLES D'ACCUEIL EN LSF

Paris La Salpêtrière septembre 1996

Paris Saint-Anne janvier 2001

Grenoble août 2001

Bordeaux octobre 2001

Strasbourg décembre 2001

Montpellier janvier 2002

Lille janvier 2002

Marseille janvier 2003

Rennes mai 2003
Toulouse 1er septembre 2003
Nancy septembre 2004
Nice octobre 2004

4/ CODE DEONTOLOGIQUE DE L'AFILS

CODE ETHIQUE

Le présent code éthique définit les conditions d'exercice de la profession par les interprètes membres de l'AFILS.

TITRE PREMIER Code déontologique

Article 1. - Secret professionnel

L'interprète est tenu au secret professionnel total et absolu comme défini par les articles 226-13 et 226-14 du nouveau code pénal dans l'exercice de sa profession à l'occasion d'entretiens, de réunions ou de conférences non publiques. L'interprète s'interdit toute exploitation personnelle d'une quelconque information confidentielle.

Article 2.- Fidélité

L'interprète est tenu de restituer le message le plus fidèlement possible dans ce qu'il estime être l'intention du locuteur original.

Article 3.- Neutralité

L'interprète ne peut intervenir dans les échanges et ne peut être pris à partie dans la discussion. Ses opinions ne doivent pas transparaître dans son interprétation.

TITRE DEUXIEME Code de conduite professionnelle

Article 1.

L'interprète s'interdit d'accepter un engagement pour lequel il n'est pas qualifié. S'il est le seul à pouvoir assurer cette prestation il pourra le faire après en avoir averti toutes les parties concernées.

Article 2.

L'interprète s'engage, dans la mesure du possible, à se former dans le but de répondre aux besoins des usagers.

Article 3.

L'interprète qui exerce une autre activité professionnelle, notamment au sein d'une même institution, doit prendre garde à ce que les exigences de cette autre activité ne soit pas en contradiction avec le code éthique de l'AFILS.

Article 4.

L'interprète doit avoir une présentation appropriée à la situation d'interprétation. Pour le bon

déroulement de l'interprétation, il doit veiller à ce que certaines conditions matérielles soient respectées (lumière, placement...).

Article 5.

Conformément à l'article L112-3 du code de la propriété intellectuelle, l'interprète est propriétaire de sa traduction et de son interprétation. Aucune utilisation, diffusion, ni commercialisation de cette dernière ne pourra se faire sans son accord.

Article 6.

L'interprète doit être loyal et solidaire à l'égard de ses collègues. Toute critique sur un collègue ne doit pas être énoncée en public.

Article 7.

L'interprète doit s'assurer qu'il dispose de bonnes conditions de travail. Il doit prévenir son client que des pauses lui sont nécessaires. En aucun cas il ne pourra travailler plus de deux heures sans relais. En situation de conférences, les interprètes travailleront toujours en équipe.

Article 8.

Si l'interprète travaille en équipe, il est en droit de connaître l'identité de son ou ses collègues avant d'accepter un contrat.

Article 9.

L'interprète peut refuser un contrat si, pour une raison éthique et personnelle, il sent que sa prestation ne sera pas conforme au présent code. Le client pourra alors demander une attestation de refus à l'interprète.

Article 10.

Les interprètes qui travaillent ponctuellement bénévolement pour des associations caritatives ou à caractère humanitaire, s'engagent à respecter le présent code et à demander les mêmes conditions de travail que s'ils étaient payés.

Le conseil d'administration peut être interpellé pour tout manquement à ces codes. Celui-ci, éventuellement aidé d'une commission spéciale nommée à cet effet, statuera sur les suites à donner à toute plainte dans les plus brefs délais. Les sanctions prises par le CA à l'encontre de l'interprète concerné pourront aller jusqu'à sa radiation.

5/ LE SECRET PROFESSIONNEL ET LA LOI

Le secret professionnel est un régime de sanctions pénales contre ceux qui parleraient trop et non de protection contre ceux qui préféreraient se taire.

Un certain nombre de professionnels sont soumis au secret professionnel, d'autres non, qui travaillent ensemble dans des établissements spécialisés.

Il nous est apparu nécessaire de faire le point sur les textes qui le régissent et leurs implications.

I - Les personnes tenues au secret professionnel.

L'art.226-13 c.pén. ne donne qu'une définition générale des personnes légalement tenues au secret. Ce texte distingue entre deux groupes de personnes. Le premier concerne des personnes dépositaires d'une information secrète par état ou par profession ;

le second en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire. Pour avoir une idée plus précise des personnes concernées, il convient de se référer à d'autres textes de lois (A) ou à des décisions jurisprudentielles (B)

Il n'y a pas de liste limitative des personnes tenues au secret dans le nouveau Code Pénal.

L'ancien art. 378 du Code Pénal visait " les médecins, les chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état et profession ou par fonctions temporaires ou permanentes ".

Le nouvel article 226-13 est encore plus ouvert. Il existe des textes épars, tellement variés que le législateur a préféré ne pas dresser de liste. Aux tribunaux, a posteriori, de dire si, aux termes de l'art. 226-13 du Code Pénal, telle ou telle personne est dépositaire du secret professionnel. On peut mentionner parmi ces textes :

- ▶ les assistantes sociales (art. 225 CFAS) ;
- ▶ le personnel de PMI (art. 187 CSP) ;
- ▶ le personnel des établissements d'aide sociale (art. 209 CFAS).

Autres personnes tenues au secret professionnel dans le domaine du social :

les fonctionnaires des trois fonctions publiques (Etat, territoriale, hospitalière), qui sont soumis au secret professionnel " dans le cadre des règles instituées par le Code Pénal " (loi du 13 juillet 1983, art. 26) et à une obligation de discrétion professionnelle " pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions " ;

L'article 26 du Code de la Fonction Publique impose la DISCRÉTION à tous les fonctionnaires.

« Les fonctionnaires sont tenus au secret professionnel dans le cadre des règles instituées dans le code pénal. Les fonctionnaires doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions ». « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession... est punie d'un an d'emprisonnement et de 100.000 F d'amende » (Code pénal - article 226-13).

A ceux-là s'ajoutent ceux qui sont tenus au secret professionnel du fait de leur mission. Ainsi la nouvelle rédaction du C.F.A.S. (art. 80, issu de la loi du 6 janvier 1986) astreint au secret " les personnels participant aux missions de l'aide sociale à l'enfance ".

Ces 2 textes, montrent qu'il serait plus exact de parler de secret missionnel ou fonctionnel, que de secret professionnel.

Par exemple, la secrétaire, la femme de service, dans un service participant à la mission d'aide sociale à l'enfance ne sont pas tenus au secret de par leur profession, mais en tant qu'ils participent à une mission protectrice particulière.

En outre, s'impose dans tous les cas une obligation de secret vis à vis des tiers. Cela rejoint la question du secret partagé.

CODE PENAL

(Partie Législative)

Article 226-13

(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

Article 226-14 (Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 art. 15 Journal Officiel du 18 juin 1998)

(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 89 Journal Officiel du 18 janvier 2002)

(Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 art. 85 Journal Officiel du 19 mars 2003)

L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises.

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée du fait du signalement de sévices par le médecin aux autorités compétentes dans les conditions prévues au présent article.

6/ LOI DU 4 MARS 2002

ESPACE MEDICAL

Info-Patient

I- Ce que dit la Loi du 4 Mars 2002 :

Chapitre Ier " Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté"

Art. L. 1111-2. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la

nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

" Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

" Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel ".

" La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission".

" Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle".

" Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé".
(recommandations de l'ANAES)

" En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen".

" Art. L. 1111-4. - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

" Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

" Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment."

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

" Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

" L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

" Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

Art. L. 1111-5. - Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en oeuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

" Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi no 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

" Art. L. 1111-6. - Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

" Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une

personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

" Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

7/ RISLER ANNIE : « La simultanéité des signes processifs », Revue *GLOTTOPOLO* n°7 janvier 2006, p.3

« Quand un signe lexical a un emploi nominal, il est réalisé de manière neutre, non spatialisé. S'il est employé en tant que relateur, on en modifie les paramètres spatiaux pour donner un sens syntaxique au tracé spatial réalisé. La direction du regard est un élément déterminant dans le statut du signe : un signe nominal est réalisé en regardant son interlocuteur, alors que la construction d'espace réalisée par le signe relateur est supportée ou anticipée par un regard porté sur l'espace de signation pendant tout ou partie de réalisation du signe. »

Remerciements

A Anna Ciosi, Alexis Karacostas, André Meynard et Catherine Quérel (qui ont accepté de répondre à mes nombreuses questions et autorisé que je rapporte leurs propos) ;

Aux collègues et ex-collègues qui m'ont aidée ;

A Jean Dagrone, Francis Coulaud et Helia Galceran qui m'ont apporté leur aide dans la relecture de ce travail.

Remerciements à l'Université de LILLE 3 et particulièrement à Annie Risler qui m'a permis de suivre ses cours, en aménageant ses horaires.