



humanOrg Working Papers

Série Organisations

**L'interprète-kaléidoscope
ou le questionnement identitaire
de l'interprète en santé mentale.**

Un état de la question

Anne Delizée & Pascale De Ridder



L'Institut de recherche humanOrg est le fruit d'une volonté de positionnement sur la notion de changement en tant que socle commun de recherche. Si le changement est généralement analysé sous un angle d'approche faisant la part belle aux connotations et conséquences techniques sous-jacentes, celui-ci ne peut toutefois être uniquement réduit à sa vision technologique. Dans cet esprit, la notion de changement telle qu'approchée par humanOrg vise à prendre en considération les conséquences de phénomènes d'innovation à trois niveaux : au niveau des individus, au niveau des organisations ainsi qu'au niveau sociétal. L'idée est que ces trois niveaux sont bien évidemment connectés les uns aux autres, avec des effets rétroactifs plus ou moins importants en fonction de la nature, de l'ampleur et de l'instigateur du changement.

Si les recherches en Sciences Humaines, avant la création de l'Institut, avaient tendance à se positionner sur l'un ou l'autre de ces pôles, humanOrg vise à permettre un décloisonnement des recherches en intégrant plusieurs dimensions d'analyse. L'Institut vise donc la mutualisation des recherches avec, au final, une volonté de transdisciplinarisation des approches considérées. Dans cette optique, il est évident que la présence de services gestionnaires provenant de cinq facultés et écoles permet d'assurer la synthèse de différents courants de recherche dont la contribution permettra de créer des projets de recherche à fort potentiel de création de valeur en fonction de leur transversalité. Afin d'assurer la cohésion culturelle des différents services appartenant à l'Institut, seront créées un ensemble d'activités à caractère thématique mais également interdisciplinaire : l'Institut se veut une plateforme d'échanges et de partages sur des problématiques de recherche.

Un deuxième objectif fondamental est d'assurer le soutien des activités des doctorants, en leur prodiguant des vecteurs de diffusion de leur recherche et en leur proposant des modalités de soutien en interne (mise en place de blogs de recherche) ainsi qu'en externe (invitation de personnes de référence pour des problématiques liées à l'Institut). Nous pensons, qu'au-delà de l'impulsion initiale que peuvent donner les chefs de service de l'Institut, le renforcement de nos activités passera par une implication et une visibilité accrues des chercheurs.

Les humanOrg Working Papers présentent des contributions réalisées à partir de recherches menées par les membres académiques et scientifiques de l'Institut et/ou de l'UMONS. Ils ont pour vocation de mieux faire connaître ces travaux tout en donnant à leurs auteurs l'occasion de bénéficier d'avis et de commentaires quant à leurs recherches en cours. Ils reflètent les opinions et réflexions des auteurs, sans engager ni l'Institut, ni l'UMONS.

L'interprète-kaléidoscope

ou le questionnement identitaire de l'interprète en santé mentale.

Un état de la question

Anne Delizée
Faculté de Traduction et d'Interprétation – École d'Interprètes Internationaux
Service de Traduction spécialisée et Terminologie du Prof. Ch. Michaux
Université de Mons

Pascale De Ridder
Psychologue clinicienne
Service de Santé mentale Ulysse, Bruxelles

Mots-clés : interprétation en santé mentale, facettes du rôle de l'interprète en santé mentale, état de la question, état de la recherche, dialogue interprofessionnel

Résumé

Afin de cerner et d'expliquer le questionnement identitaire dont fait souvent état l'interprète en santé mentale, nous avons procédé à l'analyse de la littérature scientifique consacrée à ou abordant les éléments constitutifs de son rôle, et avons conceptualisé de manière nuancée le très large éventail des positionnements professionnels qu'il est susceptible d'adopter sur le terrain. Nous avons également indiqué les axes de recherche qui nous semblent prioritaires afin d'éclairer la pratique. Cet état de la question détaillé a été conçu comme un outil de réflexion à destination principale des thérapeutes et des interprètes afin de nourrir leur dialogue interprofessionnel.

Abstract

This paper aims at clearly identifying and explaining the role conflict that interpreters in mental health settings often express. This is done through an analysis of the scientific literature addressing the issue of the interpreter's role in these settings, and the conceptualization in all of its nuances of the very wide range of professional positions he/she can adopt. It ends on an indication of the research areas that we believe are top-priorities to inform practice. This detailed state of the art is first and foremost designed as a tool to stimulate reflection and encourage the interprofessional dialogue between therapists and interpreters.

Table des matières

Introduction	4
Le questionnement identitaire de l'interprète en santé mentale	4
Éclairer ce questionnement identitaire : objectif analytique, données et méthode ...	6
Résultats	8
L'interprète, un instrument extérieur à l'interaction	8
L'interprète, convertisseur linguistique.....	8
L'interprète, un collaborateur particulier	8
L'interprète, collaborateur impliqué émotionnellement.....	8
L'interprète, co-dépositaire de l'intensité émotionnelle et soutien du thérapeute	10
L'interprète, co-thérapeute	10
L'interprète, partenaire et co-constructeur de la réflexion thérapeutique	11
L'interprète, référent linguistique	13
L'interprète, co-diagnosticien sur le versant linguistique	14
L'interprète, indicateur de la différence culturelle.....	15
L'interprète, référent culturel	15
L'interprète, médiateur culturel.....	16
L'interprète, accueillant et soutien du patient	17
L'interprète, figure de triangulation	18
L'interprète, co-intervenant.....	18
L'interprète, médiateur relationnel.....	19
L'interprète, vecteur de la thérapie	21
L'interprète, un travailleur autonome.....	22
L'interprète, intervenant social	22
L'interprète, porte-parole du patient	22
L'interprète, avocat du patient	22
Modélisations de la relation thérapeute-interprète	23

Discussion des résultats.....	26
Large variabilité des positionnements intersubjectifs de l'interprète en santé mentale...	26
L'interprétation en santé mentale, une <i>pratique située</i>	27
Un manque patent d'ajustement thérapeute-interprète.....	27
Un champ disciplinaire encore largement sous-étudié, un manque criant de données authentiques.....	27
Conclusions	28
Références	29
L'interprète-kaléidoscope: schéma des positionnements possibles de l'interprète en santé mentale.....	34

Introduction

Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés fait état de quelque 59,5 millions de personnes déplacées de par le monde en 2014, soit une hausse de 40 % depuis 2011 (UNHCR 2015). Les demandes d'asile ont connu une progression vertigineuse de 54 % au niveau mondial entre 2013 et 2014 (*idem*) ; dans les pays industrialisés, ces demandes pour 2014 devraient avoisiner les 700 000, un record absolu en 20 ans (UNHCR 2014). Ces tendances se sont encore accentuées en 2015. Les raisons principales de cette migration forcée sont les guerres, les conflits armés et les violations des droits de l'homme.

Ces personnes s'exilent pour rechercher une protection ailleurs dans le monde. Pour ces hommes, femmes, enfants, le déplacement, la perte des repères socio-culturels, la confrontation au pays d'accueil et à la procédure d'asile peuvent entraîner de grandes souffrances psychologiques. De plus, certains ont vécu dans leur pays d'origine ou durant le trajet des événements où leur vie ou celles de leurs proches ont été brutalement mises en danger. Cette confrontation à la mort les affecte profondément et peut entraîner le développement de symptômes qui nécessitent une prise en charge psychothérapeutique spécialisée.

Arrivés dans un pays d'accueil, ces exilés maîtrisent rarement suffisamment la ou l'une des langues nationales pour pouvoir faire un travail de reconstruction psychique efficace. Le recours à des interprètes est donc essentiel pour permettre l'expression la plus proche possible des ressentis, construire un lien de confiance et offrir une écoute respectueuse qui redonne à la personne un sentiment de dignité souvent mis à mal dans les expériences désubjectivantes rencontrées lors de l'exil.

Le questionnement identitaire de l'interprète en santé mentale

Dans ce cadre-là, quel rôle l'interprète est-il appelé à jouer ? Marjory Bancroft (2005) a récapitulé les instructions données aux interprètes dans 145 codes de déontologie et de pratique récoltés dans 25 pays, tous secteurs d'intervention confondus : il se doit avant tout d'être précis et impartial, c'est-à-dire ne rien omettre, ne rien ajouter, et ne pas donner son avis même s'il est sollicité, ne s'engager dans aucun aparté (*ibid.* : 19). En Belgique francophone plus particulièrement, l'interprète est considéré comme « un outil indispensable, un instrument sans rapport affectif », dont le but est de « traduire des mots dans une autre langue » (*COFÉTIS* s.l.n.d.) ; « il ne peut donner ni d'avis, ni de conseils ; ni de sa

propre initiative, ni suite à une sollicitation. » (Code de déontologie de l'interprète en milieu social, SeTIS bruxellois 2011)¹.

Les interprètes que nous côtoyons dans le secteur de la santé mentale font cependant souvent état d'un conflit de rôle, c'est-à-dire d'une divergence entre leur rôle normatif tel qu'il est fixé par leur code déontologique et leur pratique sur le terrain. Les thérapeutes soulèvent eux aussi parfois la non-adéquation de ce rôle normatif à leurs besoins et attentes sur le terrain :

« En santé mentale, notre rôle est vraiment spécifique, c'est très complexe. [...] Je suis parfois écartelée entre ce que je sais que je peux faire déontologiquement, et ce que certains thérapeutes attendent de moi. » (Groupe de réflexion 2014, avis d'un interprète).

« Le code déontologique bloque parfois certains interprètes. Il induit moins de créativité, ce qui peut avoir un impact négatif sur la thérapie. » (Groupe de réflexion 2014, avis d'un thérapeute)

La position de l'interprète en santé mentale est en effet « [...] conflictuelle et inconfortable. L'interprète ne parvient pas à rester « extérieur à l'action », et se trouve face à une intense mobilisation interne, sur les plans affectif, cognitif et culturel. » (Goguikian Ratcliff et Suardi 2006 : 45) Il peut être pris à partie dans ses repères professionnels, personnels et culturels (Goguikian Ratcliff et Changkakoti 2004 : 262). L'interprète en santé mentale est également médiateur dans le sens où il se doit de réduire au mieux l'écart culturel entre les intervenants primaires ; il est également médiateur dans le sens de « celui qui est au milieu », c'est à dire à égale distance des intervenants primaires qui ont des représentations et des intérêts différents ; il est médiateur enfin dans le sens où il canalise parfois l'agressivité des deux parties et permet une certaine retenue dans les propos (Denis-Kalla et Moussaoui 2003 : 7)². Il peut également être considéré comme co-thérapeute dans la mesure où il possède un savoir linguistique et socio-culturel spécifique qui peut être utilisé pour éclairer le processus thérapeutique (Boivin *et al.* 2011). Pour la sphère psycho-sociale, « [...] la dénomination d'interprète ne recouvre pas entièrement les différents rôles et les différentes fonctions remplis par l'interprète. Il est interprète mais pas seulement. Il est

¹ Pour une discussion plus détaillée des codes de déontologie en vigueur en Belgique francophone, voir Cox 2015 et Delizée 2015.

² Constatations d'un groupe de travail composé d'interprètes, de psychologues, d'assistantes sociales et de conseillers d'orientation (leur nombre n'est pas précisé), qui s'est attaché à cerner les spécificités du travail de l'interprète dans la sphère psychosociale.

médiateur culturel mais pas seulement. Il n'est ni thérapeute, ni intervenant social, mais peut parfois en remplir certaines fonctions. » (Denis-Kalla et Moussaoui 2003 : 9)

Un véritable questionnement identitaire se pose de toute évidence à l'interprète en santé mentale.

Éclairer ce questionnement identitaire : objectif analytique, données et méthode

Afin de contribuer à éclairer l'origine de ce questionnement identitaire, nous nous sommes fixé comme objectif analytique de cerner les représentations du rôle de l'interprète en santé mentale attestées dans la littérature scientifique en anglais et en français.

Nous avons mené une recherche informatisée, à l'aide des mots clés « interprète/interpreter ; santé mentale/mental health ; rôle/role » dans les bases de données Ascodocpsy, Psycendoc, PsycINFO, PubMed/MEDLINE et DIGNITY Library ; nous avons également obtenu quelques documents internes dans les centres de santé mentale de Belgique francophone travaillant avec interprètes. Une première lecture du titre, du résumé, des mots clés et / ou de l'introduction / conclusion des documents a permis de répertorier 85 travaux consacrés à ou qui abordent ce qui est considéré comme le rôle ou les éléments constitutifs du rôle de l'interprète professionnel en santé mentale ; nous avons inclus dans notre corpus les discussions en termes de rôles, fonctions, conceptions, représentations, attentes, besoins, postures, positions, positionnements.

Afin d'avoir accès aux représentations dans toutes leurs nuances, nous leur avons appliqué une analyse de contenu (Ghiglione et al. 1980) sans grille d'analyse préétablie, en adoptant une approche inductive qui donnent la parole aux données sans a priori :

- analyse descriptive verticale : pour chaque document, une lecture approfondie a permis de déterminer la ou les unité/s sémique/s³, c'est-à-dire, dans notre cas, les éléments définitoires du rôle ou des rôles abordé/s. Certains documents mettaient en lien des éléments contextuels (tels que orientation thérapeutique et choix institutionnels) et rôle de l'interprète ; nous les avons également introduits dans les unités sémiques ;
- catégorisation transversale et conceptualisation : les unités sémiques dont les éléments convergeaient ont ensuite été classées dans des catégories ; chaque catégorie correspond à une représentation du rôle de l'interprète. Elles ont été labellisées dans

³ Unité sémique : une phrase ou un ensemble de phrases liés à une même idée, un même sujet (Paillé et Mucchielli 2013 : 241).

une approche davantage interprétative, soit en utilisant le terme avancé dans les documents concernés (par exemple, co-intervenant), soit, sur la base des éléments définitoires, en conceptualisant nous-même le positionnement de l'interprète (par exemple, figure de triangulation ou co-dépositaire de l'intensité émotionnelle) ;

- hiérarchisation des catégories : il est rapidement apparu que ces catégories pouvaient être regroupées entre elles en fonction du degré d'implication relationnelle de l'interprète au sein de la triade thérapeute-patient-interprète. Nous avons donc créé trois supra-catégories en fonction de ce degré.

Cette approche analytique ascendante a fait émerger 18 catégories, qui sont autant de représentations du rôle de l'interprète en santé mentale, ventilées en trois supra-catégories recouvrant l'implication relationnelle de l'interprète. Dans la section suivante, nous allons les passer en revue en précisant les caractéristiques définitoires de chaque représentation. Du point de vue plus spécifique du rôle discuté depuis la perspective interpersonnelle, il existe, à notre connaissance, quatre modélisations de la relation thérapeute-interprète, dont nous allons récapituler les éléments saillants. L'intégration de notre catégorisation du rôle et de ces modélisations nous permettra de proposer une schématisation des positionnements de l'interprète en santé mentale tels qu'ils émergent dans la littérature en français et en anglais, en tenant compte de la dimension interpersonnelle. Les résultats seront ensuite récapitulés et discutés. Nous soulignerons également l'état de la recherche dans le domaine et indiquerons les axes d'étude qui nous semblent prioritaires. Nous concluons en formulant quelques pistes de réflexion qui s'adressent tant aux intervenants de la sphère psychosociale qu'aux interprètes : nous avons conçu cet état de la question comme un tremplin invitant les uns et les autres au dialogue interprofessionnel.

Résultats

L'interprète, un instrument extérieur à l'interaction

L'interprète, convertisseur linguistique

L'interprète en santé mentale est maximalelement effacé et le thérapeute exerce un contrôle strict de l'interaction (Baxter et Cheng 1996 ; Phelan et Parkman 1995). Il est transparent et se concentre principalement sur la « conversation de surface » (Bradford et Munoz 1993 : 54) ; il est neutre émotionnellement (*ibid.* : 58). Il se doit d'être particulièrement attentif à traduire aussi précisément que possible, à relayer non seulement le contenu propositionnel, mais également le ton, les pauses, la vitesse d'élocution, l'intonation (Björn 2005 : 516 ; Bolton 2002 : 106). C'est grâce à cette manière de travailler, basée sur la non-implication de l'interprète et le contrôle de l'échange exercé par le thérapeute, que ce dernier peut récolter des informations fiables sur lesquelles baser un diagnostic (Farooq *et al.* 1997 et 2003) ou mener à bien une thérapie cognitivo-comportementale pour l'état de stress post-traumatique (d'Ardenne *et al.* 2007). Il n'y a pas de place pour l'interprétation du non-verbal, des valeurs culturelles et des croyances ; l'interprète ne questionne pas non plus ce que le thérapeute fait et dit (Patel 2003 : 226).

Contrôler l'interaction, faire maximalelement abstraction de l'interprète et établir un contact direct avec le patient, utiliser des phrases courtes et éviter le jargon, ne pas demander l'avis de l'interprète, choisir entre une traduction « mot à mot », c'est-à-dire utiliser l'interprète comme « boîte noire », ou une traduction par résumé selon la situation, sont également les consignes données aux praticiens par Miletic *et al.* 2006, Murakami 2015 et Akinsulure-Smith 2007.

C'est cet effacement maximal de l'interprète qui guide les formations en interprétation en santé mentale pour les victimes de torture et violence données par Bancroft (Bancroft *et al.* : 2012 et Bancroft 2013) : prendre note pour assurer une interprétation aussi précise et exhaustive que possible, éviter tout contact visuel et physique avec le patient, s'abstenir de tout geste d'empathie et de toute intervention personnelle.

L'interprète, un collaborateur particulier

L'interprète, collaborateur impliqué émotionnellement

Pour d'autres intervenants de la santé mentale, un interprète invisible est une figure illusoire (*e.g.* Bot 2003, Bot et Wadensjö 2004, Goguikian Ratcliff 2010 : 52, Papadopoulos 2003 :

246). L'interprète ne peut être une machine (De Ridder 2005 : 2), sa subjectivité est inévitable et doit être reconnue (Haenel 1997 : 69, Métraux et Alvir 1995 : 24, Patel 2003 : 224).

Être neutre et impartial, se garder d'exprimer ses sentiments et ses opinions semble certes être un idéal, mais il est difficile, voire impossible à atteindre (Leanza *et al.* 2015 : 262-263). Même lorsqu'il tend vers l'invisibilité, l'interprète ne peut étouffer les émotions et sentiments qui surgissent lors de l'interprétation ; le récit du patient peut parfois entrer en résonance avec le vécu de l'interprète (Métraux et Alvir 1995 : 24). Cet impact sur l'interprète et les sentiments de ce dernier envers le patient devraient être discutés avec le thérapeute afin qu'il les contextualise dans le travail thérapeutique en les mettant au service d'une meilleure appréhension des difficultés auxquelles fait face le patient (*e.g.* Darling 2004 : 260-261, Leanza *et al.* : 2014 : 92, Papadopoulos 2003 : 248, Raval 2003 : 129-130, Raval et Maltby 2005 : 72, Stansfield 1981). Claessens (2014 : 2) souligne le lien entre émotions et travail sur la langue : les interprètes, comme tous les autres intervenants en santé mentale, sont traversés par des mouvements émotionnels parfois épidermiques envers le patient, et il est crucial de les identifier et d'en discuter avec le thérapeute afin de conscientiser l'influence qu'ils ont sur les choix lexicaux de l'interprète.

Jacques (2007) affirme quant à lui qu'aucun travail thérapeutique n'est possible sans implication de l'interprète, sans que celui-ci ne soit « touché » : il n'est « [...] ni trop proche, ni trop distant. Tout sauf neutre. » (*ibid.* : 2) Cette implication est nécessaire au patient, car elle l'aide à développer une relation de confiance propice à l'expression de son vécu (Miller *et al.* 2005 : 30-31), elle lui permet de tisser des liens entre le monde d'origine et le monde d'accueil, sa vie personnelle et sa vie sociale, le passé et le présent (Kouakou 2001 : 141-142).

Les interprètes⁴ interrogés à propos de leurs pratiques par Elghezouani (2010) se définissent eux aussi comme émotionnellement et personnellement impliqués dans le processus thérapeutique, ce qui ne se déroule pas sans tension car cette implication personnelle, parfois demandée explicitement par le praticien, entre en conflit avec leur idéal de distance et de neutralité (Goguikian Ratcliff et Suardi 2006 : 38-39) induit par la plupart des codes de déontologie et de pratique pour cette profession (cf. Bancroft 2005).

⁴ Leur nombre n'est pas précisé dans l'article.

L'interprète, co-dépositaire de l'intensité émotionnelle et soutien du thérapeute

L'interprète, co-dépositaire de récits lourdement chargés émotionnellement, peut être de ce fait une figure de soutien pour le thérapeute : ce partage de l'intensité de la réaction émotionnelle et physique du patient peut la rendre plus facile à gérer en cours de consultation, et donne la possibilité d'y réfléchir ensemble lors de débriefings post-consultation (Miller *et al.* 2005 : 33).

Nous pensons pour notre part que l'interprète agit notamment comme une sorte de levier grâce au décalage entre l'énonciation par le patient et la compréhension de l'énoncé par le thérapeute. Ce dernier reçoit des informations non verbales de la part du patient et de l'interprète qui l'aident à se préparer émotionnellement à entendre des contenus difficiles. Les contenus de violences ou de traumatismes peuvent induire chez ceux qui les écoutent des effets de sidération ou de fascination. La présence de l'interprète et ses réactions permettent au thérapeute d'en prendre conscience et d'en limiter les effets sur le déroulement de l'entretien. C'est autant la subjectivité de l'interprète que sa technicité dans l'interprétation qui sont utilisées pour contenir et rassurer la personne traumatisée sur le fait que ses paroles ont été entendues et n'ont pas eu un effet destructeur sur ceux qui les ont reçues.

L'interprète, co-thérapeute

À l'opposé de l'interprète réifié, qui s'efforce à tout prix de ne pas contaminer la communication entre le thérapeute et son patient, se trouve la figure de l'interprète considéré comme co-thérapeute⁵. Ce concept semble souffrir d'un manque de définition et rester vague du point de vue des méthodes et techniques à utiliser sur le terrain (cf. Métraux 2002 : 13, Weiss et Stuker 1998 : 48).

Ainsi, le rôle de co-thérapeute est invoqué par Vicendeau (2007 : 14) pour désigner l'adaptation de l'interprète à la manière de s'exprimer, de mener l'entretien, au lexique du thérapeute, ainsi que sa participation à la réflexion thérapeutique lors de réunions post-consultation, sans que la nature et le degré de cette participation soit précisé. L'intégration de l'interprète à la rencontre thérapeutique en qualité de co-thérapeute signifie, pour Boivin *et al.* (2011), que le processus thérapeutique pourrait bénéficier de ses connaissances linguistiques et socioculturelles, de sa position d'intermédiaire entre deux personnes, de son influence sur

⁵ De Pury, Nathan *et al.* (1994) sont souvent cités lorsque le rôle de co-thérapeute est évoqué pour l'interprète. Cependant, la discussion des auteurs porte sur le travail du clinicien le plus proche culturellement du patient qui endosse le rôle de médiateur linguistique et culturel pour les autres co-thérapeutes dans le cadre d'un dispositif ethnopsychiatrique. Sa formation première est donc celle de thérapeute, sur laquelle vient se greffer la fonction d'interprète-médiateur, voilà pourquoi nous n'incluons pas cet article dans notre état de la question.

la communication verbale, non verbale et transférentielle. Pour Métraux et Alvir (1995 : 25 ; 1999), le terme de co-thérapeute est synonyme de celui de co-intervenant, et cette fonction implique que l'interprète peut faire part de son expérience, notamment celle de la migration s'il l'a lui-même vécue, ce qui confère une légitimité au vécu du patient et peut lui servir de tremplin de réflexion ; il est également co-thérapeute lorsqu'il intervient pour la même personne lors de rendez-vous avec d'autres professionnels de la sphère socio-médico-sociale, ce qui peut être considéré comme un apport à la thérapie. L'interprète est perçu comme co-thérapeute par certains praticiens dans le sens où, dans le contexte de la santé mentale infantile et juvénile, il crée une alliance avec la famille et l'enfant, peut parfois exprimer spontanément son opinion, évaluer le niveau de bilinguisme de l'enfant (Leanza *et al.* 2015 : 264-265).

D'un point de vue théorique, une co-thérapie implique une collaboration entre minimum deux personnes ayant reçu une formation de thérapeute, une responsabilité thérapeutique partagée, un statut égal entre eux (Weiss et Stuker 1998 : 48, 49), même si parfois, l'un peut agir en tant que thérapeute principal et l'autre en tant qu'observateur (Soulié 2001 : 68), ce qui est une configuration peu fréquente ; les mouvements transféro-contre-transférentiels entre le couple de thérapeutes et le patient sont souvent pris en compte (*idem*). Cette description ne correspond ni à la formation, ni au statut, ni au travail sur le terrain de l'interprète. Au lieu d'invoquer la figure de l'interprète co-thérapeute, ne serait-il pas plus précis de le qualifier de partenaire ou de collaborateur, voire de co-intervenant (cf. *infra*) ?

L'interprète, partenaire et co-constructeur de la réflexion thérapeutique

Sans utiliser le vocable de co-thérapeute, de nombreux autres auteurs soulignent eux aussi l'importance d'un travail collaboratif particulier entre le thérapeute et l'interprète (*e.g.* Blackwell 2005 : 85-89 ; Bot 2010 : 146-147, Bot et Verrept 2013 : 127-128 ; Hamerdinger et Karlin 2003 : 4-5, Leanza *et al.* 2014 et 2015, Métraux et Alvir 1995 et 1999, Miller *et al.* 2005, Moro et de Pury 1994, Penn et Watermeyer 2014, Raval et Maltby 2005, Rousseau *et al.* 2011, Schuster 2013, Tribe et Lane 2009. Voir également Searight et Searight 2009 pour une collaboration avec néanmoins une forte composante de contrôle exercée par le thérapeute), voire « d'un usage thérapeutique » (Messent 2003 : 139) de ses connaissances et de sa présence.

Cette collaboration particulière implique un consensus sur les rôles et les tâches premières de l'interprète, ainsi que des attentes partagées quant à l'objectif de cette relation de

collaboration (Raval et Smith 2003 : 24). Un partenariat est conclu entre le thérapeute et l'interprète afin d'œuvrer au but commun : soulager la détresse du patient ; la triade repose sur des relations d'égal à égal, l'interaction se déroule dans l'ouverture et la transparence, les buts thérapeutiques sont négociés ouvertement, l'interprète est invité à exprimer son opinion (Patel 2003 : 228-229). Un modèle interactionnel dans lequel l'interprète peut exprimer ses compétences verbales, interpersonnelles et interactionnelles en tenant compte des objectifs institutionnels et des buts poursuivis dans la rencontre thérapeutique a également les faveurs de Elghezouani (2007) ; l'interprète y est considéré comme un partenaire professionnel se trouvant au même niveau hiérarchique que le thérapeute. L'alliance de travail thérapeute-interprète se forge avec le temps et nécessite participation active de l'interprète, concertation et ajustement l'un à l'autre (Leanza *et al.* 2015 : 367-368).

Ces auteurs privilégient une relation collaborative avec l'interprète car il est potentiellement détenteur d'un vaste répertoire de connaissances et d'expériences qui peuvent enrichir le travail thérapeutique ; l'interprète, avec son bagage personnel, participe pleinement à la construction du sens partagé (*shared meaning*) et facilite l'ajustement des perceptions du monde entre le thérapeute et le patient. Il peut également être fait un usage thérapeutique de sa personnalité, ainsi que de sa relation avec le patient (Messent 2003). Cette collaboration offre en outre l'avantage, pour le patient, de lui montrer que le thérapeute tient compte du point de vue d'autrui et n'a pas l'intention d'imposer ses propres valeurs ou sa manière de voir les choses (*ibid.* : 148).

Le thérapeute et l'interprète peuvent donc travailler comme partenaires, chacun exerçant ses propres compétences (Darling 2004 : 261) ; le thérapeute reste néanmoins le meneur de l'équipe (Blackwell 2005 : 86 et 88). Cette collaboration peut se concrétiser de diverses manières. Idéalement, elle devrait commencer par un temps de concertation praticien-interprète afin de clarifier l'approche thérapeutique (Raval et Maltby 2005 : 66), les buts poursuivis (Raval 2005 : 207, 208), les techniques thérapeutiques qu'il utilisera (Björn 2005 : 519 ; Miller *et al.* 2005 : 36), la manière dont le thérapeute désire que l'interprète travaille (Blackwell 2005 : 86). En cours de ou après la consultation, l'interprète peut être invité par le thérapeute à décrire sa perception des sentiments et des émotions du patient (Leanza *et al.* 2014 : 99), de l'implicite, des expressions faciales et autres indicateurs non verbaux (Musser-Granski et Carillo 1997 : 54, Raval et Maltby 2005 : 72). L'interprète peut faire part de ses observations et de son opinion au thérapeute à l'issue de la consultation, ce qui leur permet de réfléchir ensemble sur le travail en cours et de planifier l'orientation future des entretiens

(Mudariki 2003 : 194-195). L'interprète peut également exercer une fonction de collaborateur bilingue lorsqu'il est employé par l'institution soignante et récolter des informations médicalement pertinentes sur le patient lors de contacts informels avec lui, qu'il transmettra ensuite à l'équipe psychomédicale, ce qui peut parfois entrer en conflit avec son sentiment de loyauté (Drennan et Swartz 1999 : 182). Selon Prosser et Bawaneh (2010 : 147), dans le cadre d'une psychothérapie psychodynamique, c'est l'interprète, et non le thérapeute, qui devient le point de transférence et de contre-transférence, et les auteurs invitent à la réflexion sur cette dynamique particulière au sein de la triade.

Goguikian Ratcliff (2010) prône elle aussi la pleine intégration de l'interprète au processus thérapeutique, en axant sa réflexion sur la fonction de métabolisation du psychisme de l'interprète : l'auteure adapte le concept de *fonction alpha* de Bion (le psychisme de la mère prémâche les éléments de la réalité avant de les présenter à l'enfant, 1962. Cité par G R) et émet l'hypothèse que « [...] Pour que son activité se déroule favorablement, il faut qu'il [l'interprète] comprenne et si possible qu'il soit en accord avec ce qu'il traduit » (*ibid.* : 47) ; le praticien passe ainsi par la médiation de l'interprète pour rendre pensable un contenu ou induire une mobilisation émotionnelle (*ibid.* : 48). L'interprète met donc son psychisme au service de la relation thérapeute / patient « pour autant qu'il soit perçu comme faisant partie intégrante du processus thérapeutique, et non comme un outil de traduction invisible » (*ibid.* : 49). Le besoin de l'interprète de comprendre, voire d'adhérer, au modèle théorique sur lequel s'appuient les thérapeutes afin de poursuivre son activité de traduction est également tangible dans l'étude de Goguikian Ratcliff et Changkakoti (2004 : 261-262). Codrington *et al.* (2011 : 135), Miller *et al.* (2005 : 33), ainsi que Raval et Maltby (2005), relèvent eux aussi la nécessité de cette implication cognitive.

Dans ce modèle fondé sur une relation de partenariat entre le thérapeute et l'interprète, rendue possible grâce à l'implication cognitive et interpersonnelle de ce dernier, l'interprète co-construit donc la conversation thérapeutique en élargissant l'espace de réflexion. Une concertation thérapeute-interprète sur l'approche et les buts poursuivis y est considérée comme indispensable : pour exercer correctement son travail, l'interprète doit comprendre la nature et le déroulement du processus thérapeutique.

L'interprète, référent linguistique

Le travail psychothérapeutique, tout particulièrement d'orientation psychanalytique, est basé sur la parole et sur la façon dont un sujet s'énonce. Le travail en psychothérapie prend appui

sur cette énonciation singulière qui constitue la position subjective de chaque personne. Le travail du thérapeute est donc de repérer ces signifiants qui insistent, qui sont les plus utilisés par la personne, ou ceux qui sont les plus personnels, car ce sont ceux qui ouvrent les portes de l'inconscient. Parfois les personnes inventent des mots à eux, et ces néologismes sont également très intéressants à soulever dans le travail thérapeutique. La thérapie psychanalytique utilise ce rapport unique du sujet au langage et cela requiert de pouvoir arrêter le discours de la personne, souligner, questionner, pour que la personne puisse ouvrir sa conscience à ce qui est caché, non su, pour que petit à petit surgisse une autre définition d'elle-même. Ce travail très délicat autour du langage ne peut à notre avis se faire que dans la langue maternelle du patient, car c'est la seule constitutive du sujet.

Nous pensons que dans ce cadre, les connaissances linguistiques de l'interprète sont une ressource indispensable pour pouvoir aider le thérapeute à faire ce repérage. Grâce à sa maîtrise de la langue du patient, il peut en effet transmettre le sens de ce que la personne amène, bien entendu, mais également la façon dont c'est dit, tout ce qui est caractéristique (répétitions, images, métaphores, constructions logiques ou discours illogique, etc.), ce qui insiste, bref, tout ce qui est attaché à cette personne-là dans toute sa singularité. L'interprète peut offrir au thérapeute ce matériel de travail en restituant ce qui a été énoncé au plus proche de l'original et / ou en faisant des commentaires métalinguistiques sur l'énonciation.

En cela, il est demandé à l'interprète d'être référent linguistique.

L'interprète, co-diagnosticien sur le versant linguistique

En tant que spécialiste de la langue, l'interprète peut donc fournir des informations métalinguistiques, telles que la dénotation et la connotation, les normes culturelles de l'expression, les accents régionaux et les dialectes, le choix des mots et des expressions figées, leur signification profonde et nuancée, les caractéristiques prosodiques (intonation, rythme...), la tonalité (ironie, sarcasme...), ce qui peut être particulièrement crucial dans le cadre d'une évaluation psychiatrique (Leanza *et al.* 2014 : 101-103). Par exemple, dans un service de santé mentale pour enfants et adolescents, il peut aider le praticien à évaluer la capacité de l'enfant à s'exprimer dans sa langue première (la langue des parents) et la manière dont il communique dans cette langue avec les membres de sa famille et avec l'interprète, ce qui permet au thérapeute de cerner si les difficultés de communication sont liées à un trouble du développement ou à une problématique socio-émotionnelle, ou encore à un mélange des deux (Rousseau *et al.* 2011 : 56-57).

Lorsqu'il est fait un tel usage de ses compétences linguistiques, nous qualifierons l'interprète de co-diagnosticien sur le versant linguistique.

L'interprète, indicateur de la différence culturelle

Face à la différence culturelle et socio-éducative, les pratiques et injonctions divergent sensiblement, ainsi que les termes utilisés.

L'interprète doit se limiter à indiquer aux intervenants primaires qu'une problématique culturelle est sous-jacente, et les guider afin qu'ils la cernent eux-mêmes et se l'expliquent mutuellement (Ayyildiz 2007 : 16, Ayyildiz et Parada 2002 : 13-14, Bancroft *et al.* : 2012 et Bancroft 2013). L'interprète peut informer le thérapeute de ce qui est culturellement approprié pour le patient en termes de relation interpersonnelle et de comportement (Darling 2004 : 261, Musser-Granski et Carillo 1997 : 54), lui conseiller la manière appropriée de poser certaines questions (Codrington *et al.* 2011 : 135-136 ; Tribe 1999 : 570, 575). Il peut également, à la demande du thérapeute, aider à déterminer si le comportement du patient peut être perçu comme culturellement normal et acceptable par sa communauté (Miklavcic et LeBlanc 2014 : 120).

Ici, l'interprète est considéré comme un indicateur de la différence culturelle, négociée ensuite par les intervenants primaires.

L'interprète, référent culturel

Sur un mode plus actif et personnel, l'interprète peut donner certaines clefs d'accès à l'univers référentiel du patient. Selon les auteurs, il est alors qualifié d'informateur, de référent, de consultant ou de pont culturel. L'interprète peut expliquer certains concepts socio-culturels (Raval et Maltby 2005 : 66 ; Tribe et Morissey 2004 : 134 et 135), fournir des informations contextuelles complémentaires (Leanza *et al.* 2014 : 99, Miller *et al.* 2005 : 31), informer le thérapeute de la manière de percevoir la santé mentale dans la communauté du patient (Raval 2005 : 205), attirer son attention sur certains aspects du récit du patient qu'il juge judicieux d'explorer (Jalbert 1998 : 100). L'interprète peut également apporter à la discussion des éléments de son propre contexte culturel, voire de sa propre expérience (Bot et Verrept 2013 : 126, Grin 2003 : 149), afin de co-construire à trois des appartenances partagées propices au processus thérapeutique (Métraux et Alvir 1999) ; cet apport personnel peut en outre servir de garde-fou aux présupposés et aux biais du praticien et lui permet de rester ouvert à l'autre (Mudariki 2003 : 193). Dans un service pour enfants et adolescents, l'interprète devrait être capable de donner les clefs de décodage des représentations culturelles du développement

infantile, des comportements verbaux et non verbaux, ainsi que des valeurs et rôles familiaux culturellement déterminés (Rousseau *et al.* 2011 : 58). En cours de consultation, l'interprète, établissant un pont culturel, peut non seulement éclairer la portée culturelle de ce qui est dit et la manière dont le patient exprime ses émotions, mais il peut également explorer de manière autonome les croyances et le contexte politique et économique d'où provient le patient afin d'obtenir des informations pertinentes pour le diagnostic (McIvor 1994 : 268).

Sans nier l'apport de ce décodage culturel, Piret (1991) souligne qu'il ne peut se faire *pendant* la consultation car il comporte le risque de renvoyer le patient à sa culture d'origine en méconnaissant son rapport personnel à sa culture et tout le travail d'acculturation qu'il a déjà pu effectuer ; en outre, la perception de la culture par l'interprète est elle-même déjà subjectivée et peut avoir été transformée et réinterprétée au fil des expériences. Le décodage culturel doit également s'exercer *après* la consultation pour Schuster (2013). Même constat de subjectivité de la perception culturelle par Patel (2003 : 234-235), qui invite quant à lui, non pas à éviter ce décodage pendant la consultation, mais bien à en tirer profit afin de négocier à *trois* cette perception.

L'interprète, médiateur culturel

Dans certains dispositifs thérapeutiques, particulièrement mais pas exclusivement en ethnopsychiatrie⁶, l'interprète peut être invité à co-crée un univers cognitif commun. Le terme de médiation culturelle (*cultural brokerage*) est alors souvent utilisé pour désigner l'aide fournie par l'interprète afin de parvenir à un modèle explicatif consensuel de la maladie (*e.g.* Bouznah et de Pury 2009, Jalbert 1998 : 100 ; Raval 2003 : 130). Dans cette perspective, le médiateur culturel se doit de posséder de solides connaissances des perceptions culturellement déterminées de la maladie, et être capable de faire voyager les intervenants primaires d'un système étiologique à un autre (Miklavcic et LeBlanc 2014 : 120). Il résout les incompréhensions qui pourraient naître de croyances et de valeurs différentes (Ondongo 1987), ce qui redonne à chacun sa capacité d'agir — *empowerment* — (Leanza *et al.* 2015 : 264) ; il sensibilise le thérapeute au système de croyances du patient et aide ce dernier à faire confiance au système de soins (Miklavcic et LeBlanc 2014 : 120).

⁶ Un dispositif ethnopsychiatrique semble souvent impliquer le positionnement de médiateur culturel, mais pas automatiquement : l'enquête par questionnaires menée auprès de cinq interprètes et huit thérapeutes d'une consultation d'ethnopsychiatrie par Goguikian Ratcliff et Suardi (2006) indique une concordance intergroupe sur le fait que l'interprète est davantage là pour camper le rôle de référent culturel, plutôt que celui de médiateur culturel (*ibid.* : 45).

Au-delà de cet aspect étiologique, le médiateur, véritable guide de l'interculturalité, peut interroger de lui-même les intervenants primaires en s'appuyant sur sa propre expérience des deux cultures, afin de les aider à accéder à la vision du monde nourrie par l'autre (Métraux et Alvir 1995 : 24-25). La traduction peut également être co-construite par l'interprète-médiateur et le thérapeute : afin de reconstruire l'univers du patient, l'interprète peut expliciter le contexte culturel dans lequel s'insère tel mot utilisé dans la langue du patient, ou au contraire le désarticuler de son contexte pour le faire voyager d'un univers culturel à un autre, et le thérapeute peut interroger la traduction et s'y intégrer comme partie prenante (Moro et de Pury 1994). L'interprète-médiateur peut explorer le malentendu, c'est-à-dire les difficultés de passage à l'interface des deux systèmes linguistiques, afin de faire surgir des discours différents qui fassent à leur tour apparaître des conceptions du monde différentes (de Pury 1998). La négociation fructueuse des barrières linguistiques et culturelles par le médiateur culturel est sans doute l'un des éléments-clés de la précision du diagnostic et de la compliance du patient pour Penn et Watermeyer (2014 : 355).

En position de médiateur culturel, l'interprète est donc engagé dans une double activité représentative (Goguikian Ratcliff et Changkakoti 2004) : celle du patient et de son univers, et celle des thérapeutes et de leurs modèles culturels et théoriques. C'est cette double activité qui rend possible l'acte de traduction dans cette perspective, qui consiste à construire l'interculturalité, à jeter un pont entre deux univers conceptuels (*ibid.* : 262).

L'interprète, accueillant et soutien du patient

Les attentes quant aux rôles de l'interprète semblent nettement varier en fonction de l'institution soignante, du service, du trouble du patient, du type d'expériences qu'il a vécues, de son degré d'isolement, du modèle thérapeutique utilisé, de la nécessité de restaurer un lien social mis à mal, etc.

Par exemple, selon Loshak (2003), un service de santé mentale pour enfants et adolescents est bien différent des autres unités psychiatriques étant donné, d'une part, la charge émotionnelle particulière qui caractérise les échanges, et d'autre part, la complexité relationnelle au sein de la famille, et entre les membres de la famille et le personnel soignant. Voilà pourquoi, selon l'auteure, la famille a bien d'autres besoins que celui d'une interprétation précise : elle a besoin d'un accueil chaleureux, d'informations sur le service et le rôle des intervenants, d'encouragements pour continuer à se présenter aux consultations. Bref, elle a besoin d'un contact émotionnel avec un interprète professionnel capable d'empathie (*ibid.* : 154). Pour

Raval (2005 : 204-205), dans ce même type de service, l'interprète peut établir le lien avec la famille avant même la première consultation et en expliquer les buts et le déroulement, aider l'équipe psycho-médicale à cerner les besoins du patient et de sa famille, attirer l'attention du praticien et du patient / de sa famille sur les ressources disponibles. Quel que soit le service, l'interprète peut, selon Musser-Granski et Carillo (1997 : 55), fournir à la famille des informations complémentaires concernant le trouble mental, le traitement et les médicaments.

Pour le patient victime de violence organisée et / ou de maltraitance, Coeckelenberghs (2007 : 5) voit dans l'échange de civilités avec l'interprète avant la consultation psychothérapeutique une possibilité de contact social susceptible d'avoir des effets bénéfiques sur sa santé. Pour ce type de patient, l'interprète devrait s'aménager un petit temps de conversation anodine (*small talk*) avant l'entretien, afin qu'ils puissent s'adapter l'un à l'autre et établir une relation de confiance (Pentz-Moller et Anders Hermansen 1991a : 12) ; pour les victimes de torture et de violence, les qualités humaines de l'interprète, son implication personnelle, l'expression de son empathie, de son respect et de sa compréhension sont prépondérants (Pentz-Moller et Anders Hermansen 1991b : 5, Miller *et al.* 2005: 36).

L'interprète serait donc appelé, dans certaines situations, à endosser le rôle d'accueillant et de soutien à la famille et / ou au patient (*link worker* chez Raval 2005), rôle qui nécessite comportement empathique et implication personnelle.

L'interprète, figure de triangulation

Pour Rousseau *et al.* (2011), le rôle de l'interprète est également spécifique en santé mentale infantile, plus particulièrement dans une situation de conflit intergénérationnel et familial alimenté par un phénomène d'acculturation asymétrique : l'interprète fait alors office de lien entre le pays d'origine et la langue-culture des parents d'une part, et le pays d'accueil et sa langue-culture assimilée par l'enfant d'autre part (*ibid.* : 57).

En médiatisant la relation parents-enfant, l'interprète devient alors ce que nous pourrions appeler une figure de triangulation pour aider l'enfant à comprendre les représentations de ses parents et réconcilier les mondes et les langues-cultures auxquels il appartient, ce qui pacifie la relation parents-enfants.

L'interprète, co-intervenant

Jacques (2007) relève lui aussi que le rôle de l'interprète est lié aux spécificités du public ciblé. Ainsi, les suivis thérapeutiques auprès de demandeurs d'asile victimes de violence organisée sont souvent de longue durée, et certains thérapeutes font la demande expresse que

cela soit le même interprète qui intervienne tout au long du suivi afin de privilégier un lien de confiance au sein de la triade ; « [...] lorsque la confiance est installée, il arrive que c'est à l'interprète que se confie le patient. L'interprète est alors, malgré lui, mis en première ligne, en position d'écouter, et le thérapeute, en position de « back-up » auprès de son collègue. » (Jacques 2007 : 2)

Pour Penn et Watermeyer (2014 : 369), en fonction du contexte linguistique, culturel et du type de maladie, il peut être nécessaire, afin de s'assurer la compliance du patient, de créer un véritable dialogue patient-thérapeute-interprète dans lequel ce dernier co-gère certains aspects de la rencontre (*ibid.* : 367-368).

L'on voit ici se dessiner la position de co-intervenant pour l'interprète, dans le sens où il agit en première ligne lorsqu'il devient le dépositaire direct des confidences du patient, ou lorsqu'il est invité à soutenir activement le patient face à sa maladie. Cette position de co-intervenant est encouragée par Raval et Maltby (2005 : 67, 71 ; voir également Raval 2005 : 208) sans préciser de contexte d'intervention spécifique : le thérapeute peut demander à l'interprète d'explorer lui-même certaines questions avec le patient ou sa famille, d'essayer lui-même de mieux cerner le ressenti du patient et d'obtenir des informations pertinentes, et ensuite de faire le résumé de ses réponses. Selon ces auteurs, ces apartés relayés ensuite au praticien peuvent être plus utiles que mener une conversation thérapeute-patient interrompue à chaque tour de parole par l'interprétation.

L'interprète, médiateur relationnel

Les trois dernières positions de l'interprète examinées ci-dessus — accueillant et soutien du patient, figure de triangulation et co-intervenant — convergent vers l'importance de l'interprète dans la co-création et le maintien d'un « climat empathique et soutenant » (Goguikian Ratcliff 2010 : 51).

Le lien de confiance entre le patient et l'interprète semble primordial et peut dans certains cas prévaloir sur la précision de l'interprétation ; ce lien permet le travail thérapeutique (Grin 2003 : 147-148). Les psychothérapeutes interrogés par Grin privilégient le suivi thérapeutique avec le même l'interprète et lui demandent de venir même lorsque le patient commence à bien s'exprimer en français, car il est important dans le maintien du lien (*ibid.* : 148). La relation interprète-patient semble souvent être la plus forte au début de la thérapie, mais elle s'élargit ensuite progressivement au thérapeute (Miller *et al.* 2005 : 32).

La relation interprète-patient serait-elle un socle sur lequel repose le processus thérapeutique ? L'interprète aurait-il un rôle à jouer dans la construction de l'alliance thérapeutique ? Il s'agit du lien qui unit le soignant et le soigné « relatif à leur capacité à investir réciproquement la thérapie et à collaborer » (Goguikian Ratcliff 2010 : 49), composé d'une dimension cognitive (accord sur les buts poursuivis, les tâches et rôles de chacun) et d'une dimension affective (qualité du lien émotionnel basée sur les qualités humaines et les valeurs morales partagées susceptibles de promouvoir un échange relationnel chaleureux et soutenant) (Boss-Prieto 2013 : 165 et Goguikian Ratcliff 2010 : 49).

Elghezouani *et al.* (2007) et Boss-Prieto *et al.* (2010)⁷ ont montré qu'il existe une alliance thérapeutique entre le thérapeute et le patient lorsque leurs entretiens sont interprétés, ce qui reflète la part de médiation relationnelle exercée par l'interprète (*ibid.* : 16) ; de cette médiation relationnelle dépend « l'ajustement réciproque des actions, des représentations et des perceptions réciproques du patient et du thérapeute. » (Elghezouani *et al.* 2007 : 150). Les perceptions de l'alliance thérapeutique par les interprètes semblent guidées par leur rôle central dans la triade, rôle qui les amène à chercher à établir la stabilité, l'harmonie et l'équilibre entre les participants (Boss-Prieto *et al.* 2010 : 16).

Afin de co-élaborer la dimension cognitive de l'alliance thérapeutique, l'interprète est parfois invité à co-construire une vision commune de la nature du problème et des moyens d'y remédier, dans un espace où peuvent coexister « plusieurs représentations de la maladie et de la guérison » (Goguikian Ratcliff 2010 : 51). Ceci rejoint le positionnement de médiateur culturel évoqué plus haut.

En ce qui concerne la dimension émotionnelle, elle semble plus importante pour les patients que la dimension cognitive (Boss-Prieto 2013 : 165). La chercheuse a identifié les facteurs positifs émanant de l'interprète qui influencent l'alliance, dont voici les principaux : aide, soutien, implication (ce qui comprend le dépassement de ses fonctions professionnelles), chaleur humaine, facilitation de la communication (*communication bridge*), confiance et sécurité en lien avec le respect de la confidentialité, compréhension, patience et respect (*ibid.* : 127-129, 137, 166). Grin (2003 : 157) souligne elle aussi l'importance de l'interaction émotionnelle entre le patient et l'interprète dans la construction de l'alliance thérapeutique avec le praticien.

⁷ Deux articles éclairant des aspects différents de la même étude.

Les études susmentionnées sur la construction de l'alliance thérapeutique semblent donc indiquer que l'interprète participe au tissage du lien entre le thérapeute et le patient, dont la qualité dépend de sa propre implication émotionnelle, cognitive, interpersonnelle et personnelle.

A contrario, les interviews de neuf professionnels de la santé mentale interrogés par Raval et Smith (2003) indiquent que l'alliance thérapeutique entre le praticien et le patient ou la famille du patient semble plus difficile à établir en présence d'un interprète. L'une des raisons principales pourrait en être la difficulté d'établir une relation de collaboration positive entre le thérapeute et l'interprète, surtout lorsqu'ils n'ont pas la possibilité de travailler régulièrement en tandem (*ibid.* : 24).

Il se pourrait dès lors que l'alliance thérapeutique entre le thérapeute et le patient soit influencée non seulement par la relation empathique entre l'interprète et le patient, mais également par l'alliance de travail entre le thérapeute et l'interprète ; c'est également la suggestion de Bolton (2002 : 108). Une bonne alliance de travail entre le thérapeute et l'interprète incite en tout cas la famille du patient à avoir confiance dans le praticien (Leanza *et al.* 2015 : 358). Elle offre un modèle relationnel au patient au travers duquel il peut lui-même entrer en relation positive avec eux deux (Raval et Maltby 2005 : 68).

Le besoin d'études à plus grande échelle explorant l'alliance thérapeutique thérapeute-patient en lien avec la relation de collaboration thérapeute-interprète et la relation soutenante interprète-patient nous semble évident.

L'interprète, vecteur de la thérapie

Le patient est parfois issu d'une culture dans laquelle la psychothérapie et les services psychiatriques sont fortement stigmatisés et font peur. L'interprète endosse alors le rôle de vecteur de la thérapie, selon Miller *et al.* (2005 : 31 – *therapy conduit*) : il doit normaliser la prise en charge psycho-médicale en développant une relation empathique, rassurante et encourageante. Cela implique que l'interprète pourrait avoir des contacts avec le patient avant même la première consultation avec le thérapeute.

Cette vectorisation de la thérapie ne peut s'exercer, à notre avis, sans ce qui a déjà été soulevé précédemment, à savoir l'adhésion de l'interprète au processus thérapeutique : il doit comprendre lui-même ce qui est en jeu et croire en l'utilité de la thérapie.

L'interprète, un travailleur autonome

Les cinq dernières représentations du rôle de l'interprète en santé mentale impliquent un certain degré d'autonomie par rapport au thérapeute. L'interprète peut également agir de manière complètement autonome, et se faire intervenant social, porte-parole ou avocat du patient.

L'interprète, intervenant social

L'interprète endosse parfois le rôle d'intervenant social car ses connaissances, son expérience et ses interventions pour le même bénéficiaire dans différents secteurs le placent littéralement à un carrefour d'informations. En partageant ces informations, il facilite le tissage du lien socio-professionnel tant pour les patients que pour les thérapeutes (Denis-Kalla et Moussaoui 2003 : 6 ; Elghezouani 2010 : 23, Métraux et Alvir 1999).

L'interprète, porte-parole du patient

Dans le cadre de l'intégration sociale de victimes de torture, l'interprète peut attirer l'attention des intervenants psycho-sociaux sur des éléments importants qui ont pu être oubliés ou incorrectement expliqués de manière à ce que le patient les développe lui-même ; l'interprète soutient de ce fait les efforts de ce dernier afin de rétablir sa confiance en soi et reprendre sa vie en main (Pentz-Moller et Anders Hermansen 1991a : 12). Lors de réunion d'équipe ou en tête-à-tête avec le thérapeute, l'interprète, employé par l'hôpital, peut relayer le point de vue de la famille de l'enfant hospitalisé, ainsi que les difficultés auxquelles elle fait face (Raval 2005 : 204, 208)⁸.

Dans ces cas, l'interprète se fait le porte-parole du patient ou de sa famille.

L'interprète, avocat du patient

À notre connaissance, seuls Drennan et Swartz (1999) témoignent de situations concrètes où, en santé mentale, l'interprète est appelé à endosser le rôle d'avocat du patient⁹. Dans le

⁸ Raval (2005) utilise le terme *advocacy*, ce qui signifie « the act or process of arguing for or supporting a cause or proposal » (Merriam-Webster Dictionary). L'usage de ce terme est assez large en anglais, et en ce qui concerne le travail de l'interprète, étant donné les descriptions qui sont données dans les études analysées, il nous semble recouvrir deux aspects légèrement différents : représenter les intérêts du patient et défendre les droits du patient. Pour la précision de notre conceptualisation, nous avons donc créé deux catégories là où l'anglais n'utilise que le seul terme *advocacy* : celle de porte-parole et celle d'avocat du patient.

⁹ D'autres articles mentionnent ce rôle pour la santé mentale sans le développer ou l'exemplifier (Jalbert 1998 : 101, Elghezouani 2010 : 23, Raval 1996 : 33) ; ils paraissent s'appuyer non pas sur des observations en milieu psychothérapeutique, mais sur les travaux du Groupe de Winnipeg, qui ont cerné ce rôle pour le secteur médical en général. Voilà pourquoi nous n'en tiendrons pas compte dans cet article qui porte sur ce rôle en santé mentale spécifiquement. Groupe de Winnipeg : dans le contexte de l'interprétation médicale pour les communautés Inuit du Canada, Kaufert, Koolage, O'Neil et Putsch, de l'Université de Manitoba, ont développé

macro-contexte socio-politique de l’Afrique du Sud post-apartheid, mais c’est applicable à toute société polarisée, l’interprète peut être amené à jouer ce rôle. Il implique que l’interprète, employé de l’hôpital dans leur étude, peut prendre en charge de manière autonome la sensibilisation du patient à ses droits, aux aspects juridiques des maladies mentales, aux procédures de règlement des griefs et aux aspects administratifs de son hospitalisation (*ibid.* : 184).

Le rôle d’avocat nous semble davantage réalisable lorsque l’interprète est employé par l’institution que lorsqu’il y est extérieur et y intervient ponctuellement.

Modélisations de la relation thérapeute-interprète

Afin d’éclairer la question du rôle de l’interprète, certains auteurs préfèrent ne pas se focaliser sur ce que l’interprète peut, devrait ou ne devrait pas faire, mais sur la relation entre ce dernier et le thérapeute, qu’ils modélisent.

Ainsi, Westermeyer définit théoriquement trois modèles de coopération (1990 : 747-748)¹⁰ :

- le modèle du triangle : une triple relation s’établit : le clinicien doit tenir compte des processus transférentiels concernant la dyade thérapeute-patient, ainsi que la dyade interprète-patient. Une relation de collaboration, de type responsable – assistant, s’établit entre le thérapeute et l’interprète ;
- le modèle de la boîte noire : l’interprète est un « décrypteur de mots ». La seule relation significative est celle qui unit le thérapeute et le patient ;
- le modèle du travailleur bilingue : l’interprète, « clinicien junior », interviewe seul le patient dans la limite de ses capacités et est supervisé par le clinicien responsable, qui n’a pas de contact direct avec le patient.

Westermeyer pointe ici vers un modèle atypique : l’interprète est complètement autonome et prend le patient en charge en dehors de la présence du clinicien responsable.

Patel (2003) modélise lui aussi la relation thérapeute-interprète dans le cadre de sa discussion sur la reprise du contrôle de sa vie (*empowerment*) par le réfugié. Outre les modèles de la machine et du collaborateur / assistant déjà explicités ci-dessus, Patel épingle les styles de coopération suivants :

dans les années 1990 la notion de défense des droits du patient (*advocacy*) pour l’interprète, afin de rééquilibrer le cas échéant les relations au sein de l’interaction patient-médecin qui pourraient être influencées par le macro-contexte socio-culturel polarisé entre majorité et minorités ethniques, asymétrie renforcée par les caractéristiques inhérentes à la relation individu / institution hospitalière et patient / professionnel de la santé.

¹⁰ Cette modélisation a ensuite été reprise par Jalbert 1998 (98-100).

- le style « travailleur des droits de l'homme » : le thérapeute rend explicite le fait que tous les trois poursuivent le but thérapeutique dans un esprit de solidarité. Il peut faire alliance avec le patient contre les violations des droits de l'homme, et demande à l'interprète de faire de même (*ibid.* : 227) ;
- le style « judiciaire » : le but du thérapeute est principalement de faire alliance avec l'interprète afin de se forger une opinion sur la crédibilité du récit du réfugié. Il lui demande d'exprimer son jugement sur le patient (*ibid.* : 227-228) ;
- le style « colonial » : le thérapeute est le sauveteur, le dispensateur de bienfaits, qui œuvre à soulager la détresse du réfugié. L'interprète est positionné en allié du thérapeute et peut être amené à participer à cette attitude paternaliste (*ibid.* : 229).

La modélisation de Patel atteste de pratiques où l'interprète, s'il se sent tenu de répondre aux attentes du thérapeute, doit abandonner tout idéal de neutralité et d'impartialité.

La modélisation d'Hanneke Bot (principalement 2005b et 2009 ; Bot et Wadensjö 2004) se fonde, non pas sur l'observation de pratiques ou une base théorique (cf. Elghezouani 2010, Jalbert 1998, Patel 2003, Westermeyer 1990), mais sur l'analyse de données empiriques¹¹. Bot modélise la relation de coopération thérapeute-interprète en la mettant en lien avec trois conceptions paradigmatiques du travail thérapeutique.

Un thérapeute peut choisir de travailler au sein du paradigme de la « psychologie à une personne » : l'analyste ne prend pas part au processus thérapeutique, les règles d'abstinence pour le thérapeute sont strictes, la relation entre le thérapeute et le patient est considérée comme la seule manifestation du psychisme du patient, l'interaction est minimale (2004 : 358 ; 2005b : 76). Au sein du paradigme de la « psychologie à deux personnes », le patient et le psychothérapeute créent le sens dans l'interaction. L'attention est portée aux processus intra-psychiques et au monde extérieur, dont le thérapeute fait partie. Sans la relation avec le thérapeute, il ne pourrait y avoir de thérapie. Le concept théorique d'alliance de travail émerge (2004 : 358 ; 2005b : 77-78).

Lorsqu'un interprète est nécessaire, le travail peut être maintenu dans le cadre du premier de ces deux paradigmes : la psychothérapie bilingue avec interprète peut ressembler à une psychothérapie entre deux personnes parlant la même langue (Bradford et Munoz 1993 : 59). Le modèle de coopération entre le thérapeute et l'interprète est alors celui « de la machine », dont voici les caractéristiques essentielles (Bot 2005b : 289 ; 88-89 ; 238-242) :

¹¹ Interview de groupe de 8 interprètes et 7 intervenants de la santé mentale, interviews individuelles de 5 patients, et données linguistiques et non verbales de 6 entretiens psychothérapeutiques interprétés.

- modèle de la machine : le thérapeute n'a pas le choix de l'interprète auprès du service d'interprétation ; l'interprète est réifié et interchangeable, n'a pas d'interaction personnelle avec le patient ; le thérapeute contrôle tout l'entretien, gère la plupart des tours de parole ; il exprime une idée en la découpant en petits énoncés successifs (*chunking*, tours de parole multiples) ; il n'utilise pas de mécanisme de réparation de la communication ; l'interprète traduit tout, y compris faux départs et lapsus ; il ne fait pas de médiation culturelle (*cultural brokerage*), même lorsqu'il comprend qu'il y a un malentendu en raison d'un élément culturel. L'accent est mis sur l'équivalence original-restitution, et donc sur les compétences linguistiques de l'interprète, sa neutralité, sa non-implication (2009 : 116-118).

La présence d'un interprète peut également transformer le paradigme thérapeutique, qui devient alors celui de la « psychologie à trois personnes » (2005b : 79-80) : l'interprète est considéré comme un élément du monde extérieur ayant une influence sur le traitement, une personne dont la présence aide à créer la réalité thérapeutique. L'alliance de travail ne se limite pas au thérapeute et au patient, mais inclut également l'interprète. Ce paradigme implique le modèle coopératif dit de « l'interprète interactif », dont voici les caractéristiques principales (2005b : 89-91 et 289-290) :

- modèle de l'interprète interactif : l'interprète est considéré comme une personne ; le sentiment de sécurité du patient est primordial : le trio thérapeutique, s'il fonctionne bien, est privilégié tout au long du suivi ; le thérapeute est le président de séance, mais la complexité de la gestion des tours de parole est acceptée et le thérapeute peut la déléguer à l'interprète ; l'influence de l'interprète sur la conversation est reconnue, la complexité de la notion de fidélité et d'équivalence également ; l'empathie est un prérequis pour la communication thérapeutique ; le thérapeute organise à l'occasion des briefings et débriefings avec l'interprète où ce dernier peut exprimer son ressenti et son avis ; l'accent est mis sur les tâches traductionnelles de l'interprète, mais il y a également de la place pour une attitude impliquée, empathique, empreinte de compassion de sa part, tant que cela reste professionnel (*ibid.* : 75) ; l'interprète peut avoir une conversation neutre avec le patient dans la salle d'attente, la consultation peut commencer par une petite conversation anodine (*small talk*) dans laquelle l'interprète intervient en tant que participant ratifié. Ces échanges participent à la création d'une relation de coopération (*joining*).

Elghezouani (2010) rejoint la modélisation de Bot, en précisant que ce qu'il lie au « statut de l'interprète » (*ibid.* : 21) est déterminé par l'orientation thérapeutique : un interprète instrumentalisé dans sa fonction linguistique dans une approche privilégiant un modèle analytique ou cognitivo-comportemental, et un interprète partie prenante de l'interaction dans une approche humaniste, holistique, tenant compte des éléments sociaux et culturels de la problématique (*ibid.* : 21). Leanza *et al.* (2014) approfondissent davantage ce propos en montrant à l'aide d'exemples concrets et en s'appuyant sur d'autres études à quel point les positionnements de l'interprète et les formes de collaboration avec le thérapeute peuvent être divers et nuancés en fonction de l'approche thérapeutique (cognitivo-comportementale, de famille, de groupe ou psychodynamique, *ibid.* : 105-108), de la nécessité de procéder à une évaluation psychiatrique (*ibid.* : 101-103) ou à des tests psychologiques (*ibid.* : 103-104).

Discussion des résultats

Large variabilité des positionnements intersubjectifs de l'interprète en santé mentale

Grâce à une approche extensive (85 articles ou ouvrages), une analyse minutieuse et ciblée sur le rôle, ainsi qu'une conceptualisation nuancée, ce *status quaestionis* atteste de la grande variabilité des positionnements possibles pour l'interprète en santé mentale. Une perception circonscrite de la réalité du terrain se dessine, qui dépasse de loin la catégorisation devenue classique dans la littérature sur l'interprétation pour les services publics entre interprète-machine, interprète-travailleur biculturel et interprète-avocat du patient¹². Nous avons schématisé ces positionnements en les mettant en lien avec les modélisations susmentionnées de l'aspect relationnel au sein de la triade (voir schéma 1 p. 36). L'interprète peut rester maximalement extérieur à l'action, se faire machine et convertir des mots, ou il peut entrer en relation avec le thérapeute et le patient et se faire interprète-collaborateur qui co-construit la réflexion thérapeutique, ce qui se décline en co-dépositaire de l'intensité émotionnelle et soutien du thérapeute, référent linguistique, co-diagnosticien sur le versant linguistique, indicateur, référent ou médiateur culturel, co-intervenant, co-thérapeute, vecteur de la thérapie, médiateur relationnel, figure de triangulation. Il peut également endosser la fonction de travailleur bilingue autonome, chargé d'accueillir, de soutenir, d'informer, de se faire le porte-parole, voire l'avocat du patient. Ou encore celle de clinicien junior prenant en charge le patient en dehors de la présence du thérapeute responsable.

¹² Ces trois catégories sont également les résultats auxquels a abouti l'état de la question de Searight et Armock (2013) dans leur section portant spécifiquement sur le rôle de l'interprète en santé mentale.

L'interprétation en santé mentale, une *pratique située*

Dans sa pratique, l'interprète est donc appelé à se déplacer sur un continuum allant de réification à autonomie complète en endossant des rôles parfois très différents. Ce déplacement dépend de nombreuses variables, telles que l'orientation théorique du thérapeute, sa sensibilité à la question culturelle, sa formation et celle de l'interprète (Leanza *et al.* 2014 : 105), les choix institutionnels (Leanza *et al.* 2015), le contexte linguistique et culturel et le type de maladie (Penn et Watermeyer 2014), le macro-contexte socio-politique (Drennan et Swartz 1999). Le choix du modèle peut en outre varier au cours d'une même consultation en fonction du contenu de l'échange (Bot 2009 : 121).

L'interprétation en santé mentale est donc intrinsèquement une *pratique située*, c'est-à-dire que pour que l'interprète puisse choisir, dans une situation donnée, le positionnement le plus judicieux, il ne peut faire abstraction des facteurs structurels (*e.g.* conception de son rôle typique – cf. Goffman 1972 : 82 – pour une institution ou un thérapeute en particulier), situationnels (*e.g.* l'orientation thérapeutique, les techniques utilisées) et idiosyncrasiques (*e.g.* le contenu de l'échange, la manière dont chacune des trois personnes présentes interagit avec les autres) qui déterminent l'entretien thérapeutique interprété. L'influence macro- et micro-contextuelle sur le positionnement de l'interprète en santé mentale nous semble devoir faire l'objet d'une réflexion approfondie.

Un manque patent d'ajustement thérapeute-interprète

Ce qui est paradoxal face à cette diversité de positionnements possibles, c'est que les modèles de coopération et les attentes du thérapeute semblent souvent ne pas avoir fait l'objet de discussions préalables entre l'interprète et le thérapeute (Bot 2005 : 91 et 249, Patel 2003 : 226-227). Les thérapeutes adhèrent à divers postulats théoriques et méthodologiques sans qu'ils aient fait l'objet d'une explicitation à l'interprète (Coeckelenberghs 2007 : 5, Elghezouani 2010 : 20). Le manque d'ajustement entre le thérapeute et l'interprète semble patent (Goguikian Ratcliff et Suardi 2006, Goguikian Ratcliff 2010 : 44, 52).

Un champ disciplinaire encore largement sous-étudié, un manque criant de données authentiques

La plupart des documents analysés dans cette étude sont le fait d'intervenants de la santé mentale qui résument leurs observations, conceptualisent leurs pratiques et / ou formulent des recommandations. Or, il nous semble qu'afin d'éclairer le rôle de l'interprète en santé mentale de manière approfondie et nuancée, il est crucial de privilégier une démarche inductive

donnant également la parole aux interprètes et aux patients, et / ou de s'appuyer sur des données linguistiques authentiques. Les études adoptant ce type d'approche sont cependant très peu nombreuses.

Citons, pour les enquêtes par questionnaires, Goguikian Ratcliff et Suardi 2006 (5 interprètes et 8 utilisateurs), Elghezouani *et al.* 2007 et Boss-Prieto *et al.* 2010 (9 patients, 5 interprètes et 7 utilisateurs), Boss-Prieto 2013 (55 patients) ; pour les interviews individuelles, Bot 2005b (5 patients), Boss-Prieto 2013 (20 patients), Miller *et al.* 2005 (15 interprètes et 15 thérapeutes), Raval 1996 (1 interprète et 12 utilisateurs), Raval et Smith 2003 (9 utilisateurs) ; pour les interviews de groupe, Bot 2005b (8 interprètes et 7 utilisateurs), d'Ardenne *et al.* 2007 (3 interprètes), Denis-Kalla et Moussaoui 2003 (interprètes et utilisateurs de la sphère psychosociale, nombre non précisé) et Leanza *et al.* 2015 (11 interprètes et 18 cliniciens). Ces études sont de nature qualitative et portent donc sur un nombre restreint de répondants, sauf celle de Boss-Prieto 2013.

Les travaux qui se fondent sur l'analyse de données linguistiques authentiques tirées d'entretiens psychothérapeutiques, quant à eux, se comptent sur les doigts de la main. Citons Bot 2005b (6 consultations interprétées), Goguikian Ratcliff et Changkakoti 2004 (une étude de cas), Moro et de Pury 1994 (une étude de cas), Penn et Watermeyer 2014 (10 consultations, interviews post-consultation des utilisateurs et des interprètes).

Le champ de l'interprétation en santé mentale est encore largement sous-étudié. Il nous paraît prioritaire d'axer les recherches sur une meilleure compréhension de l'influence du contexte sur le positionnement de l'interprète, sur les mécanismes d'ajustement thérapeute-interprète, ainsi que sur les facettes de leur collaboration lorsqu'ils assurent un suivi thérapeutique en tandem. Il est également prépondérant d'approfondir l'aspect interpersonnel de la rencontre triadique, à savoir la construction de l'alliance thérapeutique thérapeute-patient en lien avec la relation de collaboration thérapeute-interprète et la relation interprète-patient, ainsi que le travail de l'interprète en tant que médiateur relationnel.

Conclusions

Cet état de la question détaillé complète celui établi par Leanza *et al.* (2014) pour mettre clairement en évidence, de manière nuancée, le très large éventail des représentations du rôle de l'interprète en santé mentale, et indique que son implication émotionnelle, cognitive, interpersonnelle et personnelle est souvent considérée comme indispensable. Cette diversité des positionnements attendus et cette implication jugée souvent nécessaire, deux éléments qui

entrent en contradiction avec la plupart des codes déontologiques prônant la seule position de convertisseur linguistique allant de pair avec un effacement maximal, auxquelles s'ajoute le manque patent de concertation entre le thérapeute et l'interprète, expliquent aisément le conflit de rôle dont témoignent les interprètes dans ce secteur.

Afin d'apaiser ce conflit de rôle, des échanges réguliers entre le thérapeute et l'interprète avant et après les prestations nous semblent essentiels. La collaboration entre ces deux spécialistes est précieuse. Afin de la rendre la plus efficace possible, il importe de construire et de respecter la place de chacun dans la rencontre, dans la compréhension et le respect mutuels. L'interprète a besoin de se sentir protégé par le cadre que garantit le thérapeute. Souvent, il ne connaît pas les attentes du thérapeute : a-t-il besoin d'une traduction aussi littérale que possible ? de commentaires métalinguistiques ? d'une médiation culturelle ? d'autre chose ? C'est au thérapeute de les expliciter, et à l'interprète de jouer tel ou tel rôle selon les besoins.

En santé mentale, l'interprète se fait kaléidoscope, comme l'illustre notre schéma : parmi tous les positionnements possibles, il doit choisir celui qui est le plus adéquat dans une situation donnée, à un moment donné. Cet ajustement est fonction de nombreux facteurs, mais sa précision dépend avant toute chose d'un dialogue approfondi avec le thérapeute.

Nous avons conçu cet état de la question comme un outil de réflexion à destination principale des thérapeutes et des interprètes, afin que chacun puisse prendre conscience de la grande hétérogénéité de la pratique de l'interprétation en santé mentale et s'engager dans un dialogue où exprimer ses attentes, perceptions et difficultés. En d'autres termes, nous rejoignons Betty Goguikian Ratcliff (2010) et Yvan Leanza *et al.* (2014) dans leur invitation à créer une diaculture professionnelle entre praticiens et interprètes. C'est grâce à ce dialogue, dégagé de toute pression prescriptive, que la richesse que recèle l'interprétation en santé mentale pourra s'exprimer.

Références

- Akinsulure-Smith, Adéyinka. 2007. « The Use of Interpreters with Survivors of Torture, War, and Refugee Trauma ». In *...like a refugee camp on first avenue*, édité par Hawthorne E. Smith, Allen S. Keller, et Dechen W. Lhewa, The Bellevue/NYU Program for Survivors of Torture, 82-105. New York.
- Ayyildiz, Kibar. 2007. « Interpréter la souffrance ». *Mémoires*, n° 35-36 : 14-16.
- Ayyildiz, Kibar, et Carlos Parada. 2002. « Passeurs de vies ». *Mémoires*, n° 19-20 : 12-14.
- Bancroft, Marjory. 2005. *The Interpreter's World Tour: An Environmental Scan of Standards of Practice for Interpreters*. The California Endowment.

- . 2013. « Séminaire “My Heart is falling - Techniques for Interpreting trauma”. » séminaire lors de la Conférence internationale Critical Link 7, Toronto, juin 17.
- Bancroft, Marjory, Karen Hanscom, AnnaMaria Bambaren-Call, Megan Berthold, François Blumenfeld, et Lourdes Rubio-Fitspatrick. 2012. « Interpreting Compassion: What Medical Interpreters Need to Know about Interpreting for Survivors of Torture, War Trauma, and Violence ». *The Voice of Love*. http://www.imiaweb.org/uploads/pages/615_3..pdf, consulté le 24 avril 2014.
- Baxter, Helen, et Louis Yang-Ching Cheng. 1996. « Use of interpreters in individual psychotherapy ». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 30: 153-156.
- Bion, Wilfred. 1962. *Aux sources de l'expérience*. Paris : Presses universitaires de France.
- Björn, Gunilla Jarkman. 2005. « Ethics and interpreting in psychotherapy with refugee children and families. » *Nordic Journal of Psychiatry* 59: 516-21.
- Blackwell, Dick. 2005. *Counselling and Psychotherapy with Refugees*. Jessica Kingsley Publishers.
- Boivin, Isabelle, Camille Brisset, et Yvan Leanza. 2011. « Interprétation et interprétariat : chassé-croisé en thérapies analytiques plurilingues ». *Filigrane* 20 (2) : 107-22.
- Bolton, Jonathan. 2002. « The Third Presence: A Psychiatrist's Experience of Working with Non-English Speaking Patients and Interpreters ». *Transcultural Psychiatry* 39 (1): 97-114.
- Boss-Prieto, Olga. 2013. « The Dyadic and Triadic Therapeutic Alliance in Crosscultural Health Care: The case of Hispanic American Patients ». Lausanne: Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques, Institut de psychologie.
- Boss-Prieto, Olga, Yves De Roten, Abdelhak Elghezouani, Alexandra Madera, et Jean-Nicolas Despland. 2010. « Differences in therapeutic alliance when working with an interpreter: a preliminary study ». *Scheizerarchiv für neurologie und psychiatrie* 161 (1): 14-16.
- Bot, Hanneke. 2003. « The myth of the uninvolved interpreter interpreting in mental health and the development of a three person psychology ». In *The Critical Link 3: Interpreters in the Community*, édité par L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin, et H. Clarke, 27-35. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Bot, Hanneke. 2005b. *Dialogue Interpreting in Mental Health*. Amsterdam/New York: Rodopi.
- Bot, Hanneke. 2009. « Role Models in Mental Health Interpreting ». In *Interpreting and Translating in Public Service Settings: Policy, Practice, Pedagogy*, édité par R. de Pedro Ricoy, I. Perez, et C. Wilson, 115-26. Manchester: St Jerome Publishing.
- Bot, Hanneke. 2010. « The challenges and opportunities of interpreter-mediated psychotherapy, theoretical considerations, research results and clinical experience ». In *Language barriers in clinical settings. Barrières linguistiques en contexte médical*, édité par Pascal Singy, Céline Bourquin, et Orest Weber, 131-49. Lausanne: Université de Lausanne.
- Bot, Hanneke, et Hans Verrept. 2013. « Role issues in the Low Countries. Interpreting in mental healthcare in the Netherlands and Belgium ». In *Interpreting in a Changing Landscape. Selected papers from Critical Link 6*, édité par Christina Schäffner, Krzysztof Kredens, et Yvonne Fowler, 117-31. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Bot, Hanneke, et Cecilia Wadensjö. 2004. « The presence of a third party: a dialogical view on interpreter-assisted treatment ». In *Broken Spirits, The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, War and Torture Victims*, édité par J. Wilson et B. Drozdek, 355-378. New York: Brunner-Routledge.
- Bouznah, Serge, et Sybille de Pury. 2009. « La traduction, un outil pour guérir ». *Soins psychiatrie* 260 (janvier): 34-40.
- Bradford, David, et Abilio Munoz. 1993. « Translation in Bilingual Psychotherapy ». *Professional Psychology : Research and Practice* 24 (1): 52-61.
- Codrington, Rebecca, Abeda Iqbal, et Jackie Segal. 2011. « Lost in Translation? Embracing the Challenges of Working with Families from a Refugee Background. » *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 32 (2): 129-43.
- Claessens, Martin. 2014. « Réflexions sur l'interprétariat en santé mentale ». Tramétis, Service de santé mentale.
- Coeckelenberghs, Jacqueline. 2007. « Quelques réflexions sur le travail psychosocial avec un public d'exilés souvent exclus des droits les plus élémentaires. » *Ulysse SSM*.
- COFÉTIS . s.l.n.d. « Schéma interprétariat – 5 niveaux d'intervention ». SÉTIS bruxellois, document interne.
- Cox, Antoon. 2015. « Do you get the message? Defining the interpreter's role in medical interpreting in Belgium ». *MonTI, Monographs in Translation and Interpreting* 2 (Special issue: Insights in Interpreting. Status and Developments): 161-84.

- d'Ardenne, Patricia, Elly Farmer, Laura Ruaro, et Stefan Priebe. 2007. « Not Lost in Translation: Protocols for Interpreting Trauma-Focused CBT. » *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 35: 303-16.
- Darling, Liv. 2004. « Psychoanalytically-informed work with interpreters ». *Psychoanalytic Psychotherapy* 18 (3): 255-267.
- Delizée, Anne. 2015. « Emergence et professionnalisation de l'interprétation communautaire en Belgique francophone ». humanOrg, Institut de recherche en développement humain et des organisation, Université de Mons.
- Denis-Kalla, Sandrine, et Louisa Moussaoui. 2003. « Compte rendu du groupe de travail sur les pratiques professionnelles à l'aide d'interprète. Association Appartenances - Assemblée Générale du 16 juin 2003 ». Appartenances Lyon.
- De Pury, Sybille. 1998. *Traité du malentendu. Théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique*. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo.
- De Pury Toumi, Sybille, Tobie Nathan, Lucien Hounkpatin, Hamid Salmi, Jean Zougbedé, Constant Houssou, Gilberte Dorival, Souren Guioumichian, et Nathalie Zajde. 1994. « Traduire en folie. Discussion linguistique ». *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie Traduction et Psychothérapie* (25/26) : 13-46.
- De Ridder, Pascale. 2005. « Considérations sur le travail psychosocial avec interprète ». Ulysse SSM.
- Drennan, Gerard, et Leslie Swartz. 1999. « A Concept Over-Burdened. Institutional roles for psychiatric interpreters in post-apartheid South Africa ». *Interpreting* 4 (2): 169-198.
- Elghezouani, Abdelhak. 2007. « Professionalisation on interpreters: The case of mental health care ». In *The Critical Link 4: Professionalisation of interpreting in the community; selected papers from the 4th International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings, Stockholm, 20-23 May 2004*, édité par Cecilia Wadensjö, Birgitta Englund Dimitrova, et Anna-Lena Nilsson, 215-225. Amsterdam/Philadelphia.
- . 2010. « Modélisation des pratiques psychothérapeutiques avec des migrants allophones. L'interprète communautaire, "maillon essentiel" ou "chaînon manquant"? ». *Psychothérapies* 30 (1) : 15-24.
- Elghezouani, A., Y. De Roten, A. Madera, et O. Boss-Prieto. 2007. « Analyse de l'alliance thérapeutique dans la psychothérapie interculturelle : une approche interactionniste ». *Actualités psychologiques*, n° 19 : 147-151.
- Farooq, Saeed, Christopher F. Fear, et Femi Oyeboode. 1997. « An investigation of the adequacy of psychiatric interviews conducted through an interpreter ». *Psychiatric Bulletin* 21: 209-213.
- Farooq, Saeed, et Christopher F. Fear. 2003. « Working through interpreters ». *Advances in psychiatric treatment* 9: 104-109.
- Ghiglione, Rodolphe, Jean-Léon Beauvois, Claude Chabrol, et Alain Trognon. 1980. *Manuel d'analyse de contenu*. Paris: Armand Colin.
- Goffman, Erving. 1972. *Encounters: Two studies in the sociology of interaction*. Harmondsworth: Penguin (première publication – Indianapolis : Bobbs-Merrill, 1961).
- Goguikian Ratcliff, Betty. 2010. « Du bon usage de l'interprète, entre neutralité et implication émotionnelle ». In *Language barriers in clinical settings. Barrières linguistiques en contexte médical*, édité par Pascal Singy, Céline Bourquin, et Orest Weber, 39-56. Lausanne : Université de Lausanne.
- Goguikian Ratcliff, Betty, et N Changkakoti. 2004. « Le rôle de l'interprète dans la construction de l'interculturalité dans un entretien ethnopsychiatrique. » *L'Autre. Cliniques, cultures et sociétés* 5 (2): 255-64.
- Goguikian Ratcliff, Betty, et Francesca Suardi. 2006. « L'interprète dans une consultation thérapeutique : conceptions de son rôle et difficultés éprouvées ». *Psychothérapies* 26 (1) : 37-49.
- Grin, C. 2003. « Retour à la pratique ». In *Quand la médecine a besoin d'interprètes*, édité par P Guex et Pascal Singy, 141-163. Genève : Médecine et Hygiène.
- Groupe de réflexion cliniciens-interprètes. 2014. « Atelier "L'interprétariat en santé mentale" ». Colloque « Sans nous, quel dialogue ? » organisé par le SeTIS wallon le 18 mars 2014 à Namur, Belgique.
- Hamerdinger, Steve, et Ben Karlin. 2003. « Therapy Using Interpreters: Questions on the Use of Interpreters in Therapeutic Setting for Monolingual Therapists ». *Journal of American Deafness and Rehabilitation Association* 36 (3): 12-30.
- Haenel, Ferdinand. 1997. « Aspects and problems associated with the use of interpreters in psychotherapy of victims of torture ». *Torture* 7 (3): 68-71.
- Jacques, Paul. 2007. « La pratique thérapeutique avec interprète ». Clinique de l'exil, Namur.
- Jalbert, Maya. 1998. « Travailler avec un interprète en consultation psychiatrique ». P.R.I.S.M.E. - psychiatrie, recherche et intervention en santé mentale de l'enfant 8 (3): 94-111.

- Kouakou, Kouassi. 2001. « Approche psychothérapique en clinique transculturelle. Triade thérapeute – patient – interprète ». *Champ psy* 3 (23) : 137-43.
- Leanza, Yvan, Alessandra Miklavcic, Isabelle Boivin, et Ellen Rosenberg. 2014. « Working with interpreters ». In *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care*, édité par Laurence Kirmayer, Jaswant Gizder, et Cécile Rousseau, 89-114. New York: Springer Science and Business Media B.V.
- Leanza, Yvan, Isabelle Boivin, Marie Rose Moro, Cécile Rousseau, Camille Brisset, Ellen Rosenberg, et Ghayda Hassan. 2015. « Integration of interpreters in mental health interventions with children and adolescents: The need for a framework ». *Transcultural Psychiatry* 52 (3): 353-75.
- Loshak, Rosemary. 2003. « The Role of the Interpreter in Child Mental Health: The Changing Landscape ». In *Working With Interpreters in Mental Health*, édité par Rachel Tribe et Hitesh Raval, 150-167. Hove and New York: Psychology Press.
- McIvor, Ronan. 1994. « Making the most of interpreters ». *British Journal of Psychiatry* 165 (2): 268.
- Messent, Philippe. 2003. « From Postmen to Makers of Meaning: A Model for Collaborative Work between Clinicians and Interpreters ». In *Working With Interpreters in Mental Health*, édité par Rachel Tribe et Hitesh Raval, 135-150. Hove and New York: Psychology Press.
- Miklavcic, Alessandra, et Marie Nathalie LeBlanc. 2014. « Culture Brokers, Clinically Applied Ethnography, and Cultural Mediation ». In *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care*, édité par Laurence Kirmayer, Jaswant Gizder, et Cécile Rousseau, 115-37. New York: Springer Science and Business Media B.V.
- Miletic, Tania, Marie Piu, Harry Minas, Malina Stankovska, Yvonne Stolk, et Steven Klimidis. 2006. *Guidelines for working effectively with interpreters in mental health settings*. Victoria/Australia: Victorian Transcultural Psychiatric Unit. http://www.imiaweb.org/uploads/pages/812_2..pdf, consulté le 8 avril 2015.
- Miller, Kenneth, Zoe Martell, Linda Pazdirek, Melissa Caruth, et Diana Lopez. 2005. « The role of interpreters in psychotherapy with refugees: An exploratory study ». *The American Journal of Orthopsychiatry* 75 (1): 27-39.
- Métraux, Jean-Claude. 2002. « L'interprète, ce nouvel acteur ». *Cahiers Psychiatriques*, n° 29 : 115-135.
- Métraux, Jean-Claude, et Spomenka Alvir. 1995. « L'interprète : traducteur, médiateur culturel ou co-thérapeute ». *Interdialogos*, n° 2 : 22-26.
- Métraux, Jean-Claude, et Spomenka Alvir. 1999. « Les architectes de Babel ». *Générations, Revue française de thérapie familiale*, n° 17 : 46-50.
- Moro, Marie Rose, et Sybille de Pury Toumi. 1994. « Essai d'analyse des processus interactifs de la traduction dans un entretien ethnopsychiatrique ». *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie Traduction et Psychothérapie* (25/26) : 47-85.
- Mudariki, Maxwell Magondo. 2003. « Working with the Interpreters in Adult Mental Health ». In *Working With Interpreters in Mental Health*, édité par Rachel Tribe et Hitesh Raval, 182-197. Hove and New York: Psychology Press.
- Murakami, Nancy. 2015. « Working with Interpreters: Service Provision with Torture Survivors ». Refugee Services - National Partnership for Community Training. <https://gulfoastjewishfamilyandcommunityservices.org/refugee/files/2015/02/Working-with-Interpreters.pdf>, consulté le 8 avril 2015.
- Musser-Granski, Janet, et Dorothy Carillo. 1997. « The Use of Bilingual, Bicultural Paraprofessionals in Mental Health Services: Issues for Hiring, Training and Supervision ». *Community Mental Health Journal* 33 (1): 51-60.
- Ondongo, Joseph. 1987. « De la clinique ethnopsychiatrique aux problèmes médico-sociaux des migrants. L'usage, la fonction et le statut de l'interprète culturel ». *Migrations santé* 52 : 11-18.
- Papadopoulos, Renos K. 2003. « Narratives of translating - Interpreting for refugees: the subjugation of individual discourses ». In *Working With Interpreters in Mental Health*, édité par Rachel Tribe et Hitesh Raval, 238-254. Hove and New York: Psychology Press.
- Patel, Nimisha. 2003. « Speaking with the Silent: Addressing Issues of Disempowerment When Working with Refugee People ». In *Working With Interpreters in Mental Health*, édité par Rachel Tribe et Hitesh Raval, 219-237. Hove and New York: Psychology Press.
- Penn, Claire, et Jennifer Watermeyer. 2014. « Features of cultural brokerage in interpreted child psychiatry interactions: a case of paradoxical practice ». *The Interpreter and Translator Trainer* 8 (3): 354-373.
- Pentz-Moller, Vibeke, et Anders Hermansen. 1991a. « Interpretation as part of rehabilitation. Part I ». *Torture* 3 (1): 9-13.
- . 1991b. « Interpretation as part of rehabilitation. Part II ». *Torture* 3 (2): 5-6.

- Phelan, Michael, et Sue Parkman. 1995. « How To Do It: Work with an interpreter ». *British Medical Journal*, n° 19: 555-557.
- Piret, Bertrand. 1991. « La psychothérapie avec interprète est-elle possible ? ». Parole sans frontière. <http://www.p-s-f.com/psf/spip.php?article35#nb2>. Consulté le 5 juillet 2012.
- Prosser, Susan, et Ahmad Bawaneh. 2010. « When words are not enough... Psychodynamic psychotherapy in chronic conflict settings. » *Intervention* 8 (2): 146-47.
- Raval, Hitesh. 1996. « A Systemic Perspective on Working with Interpreters ». *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 1 (1): 29-43. doi:10.1177/1359104596011004.
- Raval, Hitesh. 2003. « Applying Theoretical Frameworks to the Work with Interpreters ». In *Working With Interpreters in Mental Health*, édité par Rachel Tribe et Hitesh Raval, 122-134. Hove and New York: Psychology Press.
- Raval, Hitesh. 2005. « Being heard and understood in the context of seeking asylum and refugee: Communicating with the help of bilingual co-workers ». *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 10: 197-216.
- Raval, Hitesh, et Michael Maltby. 2005. « Not getting lost in translation: establishing a working alliance with co-workers and interpreters ». In *The space between experience, context and process in the therapeutic relationship*, édité par Carmel Flaskas, Amaryll Perlesz, et Barry Mason, 63-78. London: Karnac Books.
- Raval, Hitesh, et Jonathan A. Smith. 2003. « Therapists' Experiences of Working with Language Interpreters ». *International Journal of Mental Health* 32 (2): 6-31.
- Rousseau, Cécile, Toby Measham, et Marie Rose Moro. 2011. « Working with Interpreters in Child Mental Health ». *Child and Adolescent Mental Health*, 16 (1): 55-59.
- Schuster, Michal. 2013. « Bridge over Troubled Water Mental Health Interpreting: The Israeli Experience ». présenté à Critical Link 7 - « Global Awakening: Leading Practices in Interpreting », Toronto, juin 19.
- Searight, H.Russell, et Barbara K. Searight. 2009. « Working With Foreign Language Interpreters: Recommendations for Psychological Practice ». *Professional Psychology: Research and Practice* 40 (5): 444-51.
- Searight, H.Russell, et Julie A. Armock. 2013. « Foreign Language Interpreters in Mental Health: A Literature Review and Research Agenda. » *North American Journal of Psychology* 15 (1): 17-38.
- Soulié, Muriel. 2001. « La cothérapie. » *Dialogue* 4 (154) : 67-72.
- Stansfield, Millie. 1981. « Psychological Issues in Mental Health Interpreting ». *RID Journal of Interpretation* 1: 18-31.
- Tribe, Rachel. 1999. « Bridging the gap or damming the flow? Some observations on using interpreters/bicultural workers when working with refugee clients, many of whom have been tortured ». *British Journal of Medical Psychology* 72: 567-76.
- Tribe, Rachel, et Pauline Lane. 2009. « Working with interpreters across language and culture in mental health ». *Journal of Mental Health* 18 (3): 233-241.
- Tribe, Rachel, et Jean Morissey. 2004. « Good practice issues in working with interpreters in mental health ». *Intervention* 2 (2): 129-42.
- UNHCR. 2014. « Asylum Trends, First Half 2014. Levels and Trends in Industrialized Countries ». UNHCR.
- UNHCR. 2015. « Global Trends. Forced Displacement in 2014 ». UNHCR.
- Vicendeau, Françoise. 2007. « Garantir le cadre thérapeutique ». *Mémoires*, n° 37-38 : 14.
- Weiss, Regula, et Rachel Stuker. 1998. *Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins : rapport de base*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations.
- Westermeyer, Joseph. 1990. « Working with a psychiatric interpreter ». *The Journal of Nervous & Mental Disease* 178 (12): 745-49.

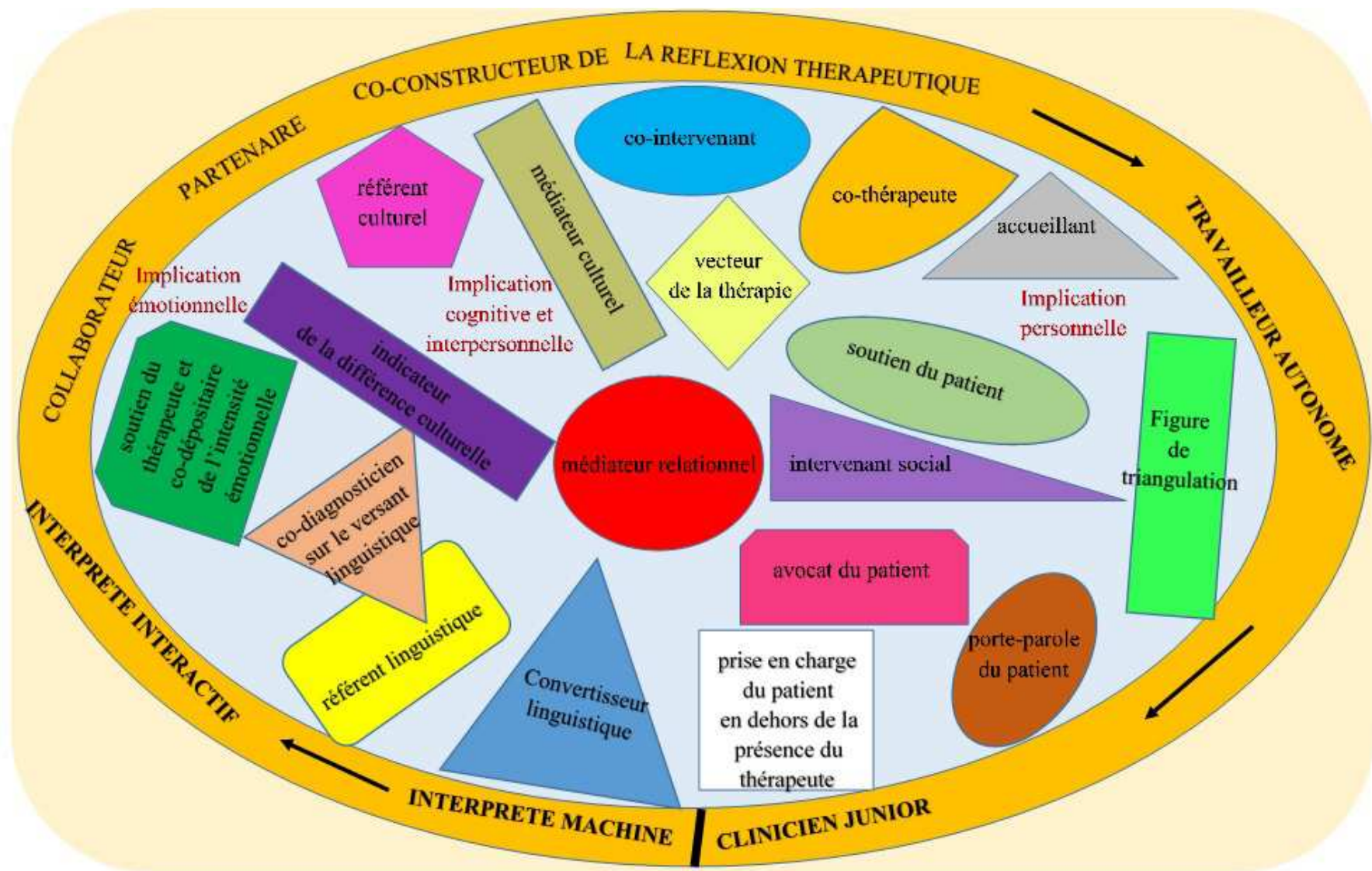


Schéma 1 : l'interprète-kaléidoscope.

Positionnements de l'interprète en santé mentale attestés dans la littérature scientifique en français et en anglais

Derniers humanOrg Working Papers parus :

- 2016/01 L'interprète-kaléidoscope ou le questionnement identitaire de l'interprète en santé mentale. Un état de la question (Anne Delizée & Pascale De Ridder)
- 2015/04 Are Microfinance Loan Officers Closer to Bankers or to Non-Profit Workers? A Motivational Approach (Cécile Godfroid)
- 2015/03 The Debt Puzzle in Dhaka's Slums : Do Poor People Co-hold for Liquidity Needs ? (Carolina Laureti)
- 2015/02 Emergence et professionnalisation de l'interprétation communautaire en Belgique francophone (Anne Delizée)
- 2015/01 Défaillance des PME belges : Analyse comptable et financière (Bellanca Sabrina, Cultrera Loredana et Vermeylen Guillaume)
- 2014/07 The Liquidity Premium: Commercial Banks versus Microfinance Institutions (Carolina Laureti & Ariane Szafarz)
- 2014/06 Are Workers Less Absent When Wage Dispersion Is Small? (Benoît Mahy, François Rycx & Mélanie Volral)
- 2014/05 Positive vs negative incentives for loan repayment in microfinance : a game theory approach (Thomas Brihaye, Julie De Pril, Marc Labie & Anaïs Périlleux)
- 2014/04 De la lisibilité des lettres de Président : les cas de Fortis, Dexia et KBC durant la crise économique et financière 2007-2008 (Maxim Allart, Alain Finet & Thierry Pham)
- 2014/03 Cadastre de la présence des investisseurs institutionnels en Belgique : le cas des petites et moyennes capitalisations (Maxim Allart, Carole Monaco & Alain Finet)
- 2014/02 La gouvernance dans les entreprises familiales : le cas du BEL20 (Jonathan Bauweraerts & Olivier Colot)
- 2014/01 Flexible Products in Microfinance: Overcoming the Demand-Supply Mismatch (Marc Labie, Carolina Laureti & Ariane Szafarz)
- 2013/02 The Time-Inconsistency Factor : How Banks Adapt to their Mix of Savers (Carolina Laureti & Ariane Szafarz)
- 2013/01 Crises microfinancières et responsabilité des IMFs : proposition d'un cadre d'analyse (Marc Labie & Bert D'Espallier)

Avis aux auteurs

- Les articles seront adressés par courrier électronique à Marc.Labie@umons.ac.be et à Olivier.Colot@umons.ac.be
- La première page comportera le titre de l'article, le nom du ou des auteurs, cinq mots clés ainsi qu'un résumé d'une dizaine de lignes en français et en anglais.
- L'article comprendra entre 25.000 et 50.000 caractères.
- Le corps du texte doit être dactylographié en format A4, caractère Times new roman 12, en interligne 1,5, marge 2,5 cm (haut, bas, droite, gauche).
- Les pages, tableaux, figures et graphiques seront numérotés.
- Les notes de bas de page numérotées seront au caractère Times new roman 10 et doivent être appelées dans le texte par leur numéro.

Toute demande d'informations sur les humanOrg Working Papers peut être adressée à :

Olivier Colot, Olivier.Colot@umons.ac.be
www.umons.ac.be/humanorg

Toute demande d'informations sur l'Institut peut être adressée à :

Alain Finet, Alain.Finet@umons.ac.be
www.umons.ac.be/humanorg