

Une relation psychothérapeutique avec interprétation : un triumvirat à comprendre

Un résumé de la première partie de cet article a été publié dans la revue *Un maillon essentiel – Une revue trimestrielle vouée à l'interprétation dans les secteurs des services sociaux, juridiques et de la santé. Vol.2.*

Suzanne Villeneuve, int.a
Université du Québec à Montréal

Résumé

Une relation psychothérapeutique se caractérise par un rapport entre deux individus : d'une part le clinicien et d'autre part le patient, tous deux utilisant habituellement la même langue. Cependant, ce duo se transforme en trio lorsque le patient est une personne communiquant dans une langue que le thérapeute ne connaît pas et qu'un interprète est présent pour permettre à chacun de comprendre l'autre. Les différents milieux d'intervention, ainsi que les caractéristiques des différentes approches psychothérapeutiques sont abordés dans cet article. Nous parlons de la spécificité du travail clinique avec une personne sourde qui communique par le biais d'un interprète et des forces en présence chez les individus qui participent à la situation. Un survol des éléments qui risquent de nuire à l'alliance thérapeutique est présenté et nous abordons finalement les points essentiels contribuant à sa réussite et qui prennent en compte la réalité du besoin de la présence d'une tierce personne.

1. INTRODUCTION

L'interprète doit être conscient des enjeux et des forces en présence dans une situation donnée, et ceci avant même de s'y présenter. Alors que les intervenants du milieu juridique attribuent une importance primordiale aux mots et aux faits, et que les intervenants du milieu de l'éducation s'appuient sur des valeurs de réussite académique et sociale, les thérapeutes travaillent plutôt à travers les émotions et le traitement relationnel. Il sera question dans cet article de l'interprétation français/langue des signes québécoise (dorénavant LSQ) lors d'une rencontre entre une personne vivant avec une surdité et un intervenant du milieu de la santé mentale. Quels sont les éléments à prendre en compte dans une situation où les personnes entreprennent une relation psychothérapeutique? Nous y répondrons en faisant d'abord un survol des différents milieux où une telle relation peut s'amorcer ainsi qu'une brève description des différents intervenants et de leurs approches. Nous parlerons ensuite de l'importance de l'alliance thérapeutique, du transfert et des charges émotives. Puis, nous verrons quels sont les atouts nécessaires à l'interprète pour assurer le meilleur service possible, les raisons qui rendent difficile la neutralité ainsi que l'impact de la présence d'un interprète sur la

relation. Enfin, nous terminerons en décrivant quels sont les éléments qui contribuent à ce que la relation thérapeutique soit préservée avec l'intervenant du milieu de la santé et non détournée vers l'interprète.

Les différents milieux

Peu importe le milieu dans lequel elle s'insère, une situation d'interprétation entre deux individus peut se transformer en cours de route en interprétation thérapeutique lorsqu'une des deux exprime une difficulté d'ordre psychologique. En effet, la première ligne du secteur de la santé, c'est-à-dire les Centres locaux de santé et de services sociaux (CLSC) et les urgences des hôpitaux, sont des endroits propices à l'établissement d'un premier constat de besoin d'aide psychologique. Même une simple rencontre entre une personne sourde et son médecin de famille pour un problème physique bénin peut évoluer vers une description de symptômes de détresse psychologique et générer un changement de ton dans la conversation qu'auront les personnes en présence. De même, une rencontre individuelle avec un enseignant ou avec un psycho-éducateur dans une école peut devenir le théâtre d'une relation d'aide similaire à une psychothérapie. Une discussion avec un procureur à propos d'un litige peut devenir le cadre d'un échange émotif très fort. Il devient évident, à la lumière de ces exemples, qu'un interprète peut faire face, à tout moment, à une situation de type *relation psychothérapeutique*.

2. LES THÉRAPEUTES ET APPROCHES THÉRAPEUTIQUES

Cette section décrira les différents intervenants de la santé mentale au Québec, le processus de référence des patients nécessitant une aide psychologique ainsi qu'un bref résumé des différentes approches.

Les psychothérapeutes

Les divers professionnels qui font de la psychothérapie au Québec sont répartis en catégories distinctes. Nous avons vu plus tôt que les médecins omnipraticiens font souvent la première intervention d'aide. Ils réfèrent habituellement la personne à un CLSC ou encore à l'hôpital si le cas est jugé urgent. Les CLSC embauchent des travailleurs sociaux pour le premier suivi. Ils rencontrent les patients sur une durée s'étendant sur 10 à 15 séances¹. S'ils jugent que la personne a besoin de poursuivre, ils la réfèrent à un psychologue privé si elle en a les moyens ou encore à un psychiatre attaché au CLSC. Si le cas est trop lourd ou bien que l'équipe de santé mentale du CLSC croit qu'il faut une intervention plus importante, les médecins de l'équipe rencontrent le client et le réfèrent éventuellement à l'hôpital ou à un psychiatre. Ces derniers posent les diagnostics et peuvent prescrire des médicaments. De leur côté, les psychologues ne peuvent prescrire de médicaments. Cependant, ce sont eux qui administrent des tests

¹ La moyenne se situe entre 12 et 13 visites. Certains CLSC jugent qu'une personne sourde accompagnée d'un interprète aura besoin de plus de séances, étant donné le besoin de traduire les échanges. À l'opposé, d'autres CLSC limitent à 8 le nombre de rencontres à cause du coût lié au service d'interprétation.

construits pour la majorité. Ces tests ne sont pas toujours adéquats pour les personnes d'une autre langue et d'une autre culture, notamment pour les personnes sourdes gestuelles. En ce qui concerne le titre de *psychothérapeute*, au Québec, ce titre n'est pas réservé, tout consultant peut s'en prévaloir.

Approches thérapeutiques

Tout comme il n'a pas à posséder les mêmes habiletés pédagogiques que l'enseignant pour lequel il interprète dans une classe, un interprète n'a pas besoin d'avoir les mêmes connaissances professionnelles que les spécialistes de la santé mentale. Cependant, un aperçu des différentes approches qui ont cours en santé mentale peut aider l'interprète qui y travaille à comprendre que les agissements du thérapeute ne sont pas aléatoires et sont issus des modèles et des courants analytiques. Différents modèles sont présents dans le portrait des thérapies et chacun a sa particularité (Papalia & Wendkosolds, 1988). Le tableau 1 donne un aperçu des principales orientations en psychothérapie.

Tableau 1 : Approches psychothérapeutiques – Principales orientations

Orientation	Psychodynamique/ Analytique	Béhavioriste/ Cognitive	Existentielle/ Humaniste	Systémique/ Interactionnelle
Regard sur le lien entre les difficultés et le traitement	Lien entre les difficultés actuelles et les conflits refoulés et non résolus (analyse de l'inconscient résultant des pulsions).	Lien entre les difficultés et des pensées ou des comportements inadéquats. Béhavioriste : limité à l'observable et au mesurable. Cognitive : fonctionnement et structures.	Lien entre l'origine du problème et l'identité (approche essentielle en début de thérapie pour le développement du lien thérapeutique)	Lien entre les difficultés et les interactions avec l'entourage (famille, amis, équipe de travail, etc.).
Regard sur la méthode d'analyse	Méthode psychanalytique de découverte et connaissance de soi. Vise un changement à très grande portée, à restructurer la personnalité. Les bases ont été élaborées par Freud.	Analyse ces pensées et comportements et cherche à les remplacer. S'appuie sur les recherches en laboratoire et sur l'idée qu'on apprend les comportements normaux.	Fondé sur la capacité de l'être humain à diriger son existence et à se réaliser pleinement. Centré sur la personne. Approche holistique.	Analyse du problème et modification des relations avec l'entourage. Sous-entend que le problème manifesté n'est pas celui fondamental.
Regard sur la durée de la thérapie	Long, coûteux, ne donne pas de réponse à court terme.	Pour régler un problème à la fois, approche brève.	Voit à l'épanouissement global de la personne, approche brève.	Thérapies brèves (exemple : thérapies familiales).

Ajoutons à ce tableau l'approche *éclectique* et l'approche *psychobiologique*. Dans la première, les psychothérapeutes empruntent aux différents courants dépendamment de la situation de la personne et de l'étape de la thérapie à laquelle ils sont confrontés. L'approche psychobiologique est une approche essentiellement médicale, fondée par Karl Lashley et collaborateurs qui ont tenté d'associer des processus particuliers à des régions précises du cerveau. Selon cette analyse, c'est dans l'étude des hormones et neurotransmetteurs que réside l'explication des déviations dans le comportement humain (Rathus, 2000). Cette approche explore donc le point de vue biologique des problèmes psychologiques.

Le modèle adopté par l'intervenant, que nous nommerons désormais *thérapeute*, influence son style. Par exemple, l'interprète aura l'impression que certains sont plus «interventionnistes», d'autres plus «écouteurs».

3. L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Pollard (1998) mentionne qu'un des buts premiers d'un thérapeute est d'établir une *alliance thérapeutique* avec son patient. L'alliance, ou lien thérapeutique, permet au patient de se sentir suffisamment en sécurité et à l'aise pour parler de ses émotions. L'interprète qui entreprend l'interprétation d'un suivi thérapeutique doit être conscient que sa présence peut entraver cette étape cruciale de la guérison de la personne sourde. Il doit prendre toutes les précautions pour préserver l'alliance entre les deux autres individus de la situation de communication. Si l'interprète est trop près de la personne sourde, au niveau émotif, la relation thérapeutique qui devrait s'établir entre la personne sourde et le thérapeute s'établira plutôt entre l'interprète et la personne sourde, ce qui risque de causer du tort puisque la personne sourde hésitera à se confier au thérapeute. Une longue attente en compagnie de la personne sourde, dans la salle avant la séance, peut produire le même résultat : la personne sourde a le temps d'exprimer son vécu à l'interprète et ne sent plus le besoin de répéter pour le thérapeute par la suite. Certains interprètes acceptent même des rencontres privées avec le client sourd à l'extérieur (prendre un café par exemple) pour discuter du problème de ce dernier et lui permettre d'extérioriser son vécu émotif. Dans ces situations, l'interprète détourne, sans le vouloir, la relation entre thérapeute et patient.

De leur côté, les thérapeutes doivent être sensibilisés au fait que l'alliance thérapeutique risque d'être entravé s'il a une mauvaise compréhension du travail de l'interprète. Plusieurs personnes ont une fausse conception de l'interprétation : croire qu'il est possible de tout traduire avec exactitude et perfection sans aucune perte d'information. Certains travailleurs de la santé mentale présupposent que les professionnels des autres domaines (dont les interprètes) comprennent ce qu'ils font et les objectifs qu'ils poursuivent en adoptant tel ou tel comportement. C'est la raison pour laquelle les interprètes ne doivent pas hésiter à questionner le clinicien : sur les buts poursuivis lors de l'entrevue, sur ce qu'il veut obtenir de son patient et sur le point essentiel qu'il veut couvrir. Nous verrons l'importance de cet aspect dans la section 7.

Un thérapeute et un patient qui comprennent bien le rôle et les limites de l'interprète peuvent plus facilement oublier sa présence et porter leur attention sur les éléments les plus importants de la rencontre thérapeutique (Pollard, 1998). Il est possible, mais heureusement peu fréquent, que le thérapeute demande à l'interprète quelle est son opinion sur la personne sourde. Il est important que l'interprète réponde que c'est une question située hors de son champ d'expertise. Celui-ci est limité à la communication, c'est-à-dire tout ce qui touche la langue et la culture.

4. LE TRANSFERT ET LES CHARGES ÉMOTIVES

Dans cette section, nous définirons le transfert, nous verrons ce qu'est le contre-transfert et ce qui se passe lorsque ces deux phénomènes se rencontrent au sein d'une même personne, c'est-à-dire l'interprète.

Le transfert

Le transfert est une autre composante essentielle de l'analyse. Le *Petit Robert* (1995) le définit comme étant

Psychol : Phénomène par lequel un état affectif éprouvé pour un objet est étendu à un objet différent, normalement en vertu d'une association. (p 2293)

Lors d'une relation thérapeutique, les patients racontent des émotions anciennes et des relations difficiles. Ils établissent également une relation nouvelle ainsi que de nouvelles émotions avec le thérapeute. Avec le temps, les patients mélangent les émotions anciennes et nouvelles. Quand il y a mélange, les pensées du patient sont basées non pas sur la réalité, mais sur les émotions passées. À ce moment-là, le clinicien peut intervenir en permettant au patient de voir à quel point son modèle du passé influence sa relation présente. Trois situations peuvent alors se présenter :

- Le thérapeute encourage le transfert en disant peu de choses sur lui-même, en refusant de répondre à certaines questions du patient et en restant calme. Pour un interprète, cette situation peut sembler incongrue, car ce n'est pas une interaction normale de communication entre deux personnes;
- Le patient va exprimer des émotions fortes face au thérapeute (colère, jalousie, peur, même amour);
- Le transfert peut se faire face à l'interprète, car l'interprète – tout comme le thérapeute - parle peu de lui-même et reste calme. Pollard (1998) donne l'exemple d'une patiente qui se met en colère contre une interprète à cause de son habillement, elle transférait son irritation suite à un sentiment d'impuissance qu'elle vivait.

Le contre-transfert

C'est le transfert du thérapeute envers son patient. Le contre-transfert est ressenti lorsque les émotions et les idées du thérapeute sont basées sur son propre passé. Les émotions du contre-transfert seront exprimées par le thérapeute et l'interprète devra les transmettre avec la même intensité. Ce message émotif peut troubler l'interprète qui le traduit. De plus, si les patients peuvent faire du transfert face à l'interprète en présence, il est possible que celui-ci vive un contre-transfert face au patient. L'interprète doit prendre conscience que des émotions puissantes peuvent être ressenties au cours d'une séance thérapeutique.

Lorsque transfert et contre-transfert s'affrontent au sein d'un même individu

L'interprète, pendant un suivi thérapeutique, ne traduit pas que dans un seul sens. Il réexprime à la fois le message du patient et celui du thérapeute. Les émotions formulées par les deux individus passent par le même canal pour être traduites. Ceci peut constituer une charge émotive très grande pour l'interprète qui vit à la fois le transfert du patient vers le thérapeute et le contre-transfert du thérapeute vers le patient. Par exemple, la situation suivante a déjà été vécue par une interprète : elle a senti une colère l'envahir lorsque le thérapeute ne semblait pas s'intéresser à un problème particulier vécu dans le couple de la patiente sourde. Comme la difficulté vécue par la cliente faisait écho à la même difficulté vécue dans son propre couple, elle réagissait en reprochant silencieusement au professionnel son inertie. Elle aurait voulu que le thérapeute dise à la cliente sourde qu'elle avait raison de réagir comme elle le faisait face à son conjoint.

Selon Adams (1997), les interprètes qui entrent dans le domaine de la santé mentale doivent bien se connaître et rester conscients, tout au long d'un suivi psychothérapeutique, que de fortes impressions ressenties pendant les séances peuvent faire écho à des émotions enfouies au plus profond de leur être. Par exemple, pendant les descriptions de frustrations vécues par les patients sourds, les enfants de parents sourds peuvent revivre des colères qui ont leur source dans les mêmes difficultés rencontrées par leurs parents. Nous y reviendrons dans la section 7.

5. LES SITUATIONS D'URGENCE

Que se passe-t-il lorsque la personne sourde se présente dans un hôpital avec des symptômes de détresse psychologique? Elle sera questionnée par un clinicien qui devra décider si la personne constitue un danger pour elle ou pour son entourage. Par la suite, un psychiatre verra le patient pour diagnostic et les mêmes questions risquent d'être posées. Les cliniciens peuvent sembler ne pas s'intéresser aux problèmes exprimés par le patient, mais les professionnels de la santé mentale sont là pour établir le diagnostic initial et déterminer le niveau de soins. L'interprète qui travaille dans cette situation peut éviter des frustrations en étant averti du genre de questions qui seront posées durant cette série d'examen. C'est ce que nous aborderons ci-dessous.

Les tests mentaux

Les cliniciens font passer aux patients des tests mentaux qui leur permettront de vérifier si la personne est en dépression, si elle a abusé de substances (alcool ou drogue) perturbant le comportement, ou bien si la personne souffre d'anxiété, d'obsession, de choc post-traumatique, de phobie ou de psychose². Le tableau suivant donne un aperçu de ce que comportent les tests psychologiques. Certaines maladies dérangent les facultés mentales, la personne sourde risque de répondre de travers. Cela gêne considérablement

² C'est le mot utilisé pour décrire des situations où la personne est dans un tel état de dérangement qu'elle ne peut plus comprendre la réalité.

l'interprète puisque la théorie interprétative implique que c'est le sens (le vouloir-dire³) qui est interprété et non pas les mots. Lorsqu'il s'agit de reconstituer le sens d'énoncés qui n'en ont pas, l'interprète se retrouve devant un paradoxe. Comment interpréter dans ce cas puisqu'il faut comprendre? L'interprète devrait faire preuve de transparence avec les intervenants et mentionner qu'il ira vers le transcodage (mot à mot) plutôt que vers le sens. Une explication du processus d'interprétation s'impose *de facto* lorsque le discours de la personne sourde est incohérent.

Tableau 2 : Aperçu de quelques questions d'un test de santé mentale

Questions touchant	Type de questions et objectifs	Difficulté pour l'interprétation français/LSQ
La mémoire	Nommer la date et le jour	
	Le nom du patient	
	Le nom du médecin généraliste qu'il a vu précédemment ou le nom de son médecin de famille	Les personnes sourdes ont plus de facilité à décrire physiquement une personne qu'à nommer son nom
	Épeler des mots à l'endroit	La personne sourde est peut-être analphabète
	Épeler des mots à l'envers	idem
Les habiletés de réflexion	Demande d'explication d'un poème ⁴ ou d'une expression idiomatique	Les expressions françaises seront comprises par les locuteurs de la LSQ au sens littéral
	Vérification du raisonnement abstrait	L'habileté à faire des abstractions dépend souvent de la fluidité du langage et du degré de connaissances culturelles
La sécurité	Vérification du risque suicidaire et du danger pour la sécurité d'un enfant ou pour la vie d'une autre personne	

Lorsque les professionnels en arrivent aux questions qui posent des difficultés pour l'interprétation, il est important d'interrompre pour apporter des éclaircissements, soit sur le rôle de l'interprète, soit sur une particularité de la langue, soit sur les façons de faire de la communauté sourde (culture sourde). Par exemple, les poèmes et expressions idiomatiques sont des éléments linguistiques fortement liés à la culture d'une langue. Les expressions suivantes sont des exemples réels de phrases que des thérapeutes ont demandé à des patients d'expliquer. Les patients étaient locuteurs, soit de la LSQ, soit de la langue des signes américaine (ASL) :

³ Voir Séleskovitch, D. (1981)

⁴ Pour comprendre un poème, il faut plus d'abstraction que pour comprendre le fonctionnement d'un outil.

- «donner l'heure juste»
- «être soupe au lait»
- «il pleut des cordes»
- «une hirondelle ne fait pas le printemps»
- «It's raining cats and dogs» (tiré de Pollard, 1998)

L'interprète est probablement la seule personne présente à savoir que ces phrases posent un problème. Il doit le mentionner immédiatement et il peut proposer une autre phrase en remplacement. Bien entendu, les personnes impliquées (thérapeute, patient) doivent être conscients que l'interprétation sera intégrale et impartiale. Cependant, toutes les personnes présentes doivent comprendre que le travail d'un interprète peut être enrichi d'éléments culturels essentiels à la compréhension du contenu du message. Les personnes sourdes croient parfois que la neutralité signifie qu'il n'y a aucun ajout de la part de l'interprète. Ils ont en tête un modèle mécanique du travail de l'interprète. Celui-ci doit alors rectifier la situation et expliquer qu'il se situe dans une optique plus bilingue/biculturelle que transmetteur et doit parfois intervenir pour situer les propos qu'il traduit dans le contexte culturel le plus juste possible. C'est un effort qui joue sur l'équilibre de l'interprète (Bélanger, 1996).

Une autre difficulté d'équivalence linguistique est celle des choix de mots de l'interprète correspondant aux émotions exprimées par la personne sourde. Comme nous l'avons mentionné au début de cet article, le cœur d'une thérapie en santé mentale réside dans les émotions (et dans le traitement relationnel). Certains thérapeutes utilisent une hiérarchie émotionnelle pour les aider à diagnostiquer et traiter les patients. Dans une telle liste les mots référant à des émotions ne sont pas tous au même niveau. Par exemple, sous la colonne COLÈRE apparaissent les mots *ennuyé*, *fâché*, *enragé*, etc. C'est l'interprète qui, d'après le signe utilisé et le comportement non manuel produit par la personne sourde, sélectionne dans son propre lexique mental l'équivalent linguistique. L'interprète peut se tromper sur l'intensité émise par la personne sourde et utiliser un mot qui aura une consonance différente pour le thérapeute. Celui-ci doit être mis au fait de ce type de difficulté.

6. LES FORCES EN PRÉSENCE DANS LE TRIUMVIRAT

Les individus impliqués dans le processus de communication lors d'une psychothérapie sont habituellement le patient et le clinicien. La surdité d'un patient (qui utilise la langue des signes pour communiquer) oblige l'ajout d'une troisième personne, l'interprète. Nous verrons d'abord ce qui se passe chez cet individu qui, par son activité professionnelle, contribue à la thérapie. Nous ferons ensuite un survol des éléments qui rendent la neutralité difficile pour l'interprète, qui le font dévier vers un modèle d'interprétation où il est plus impliqué. Nous verrons quel est l'impact d'un tel écart. Nous terminerons en énumérant les éléments contribuant à situer la communication dans l'angle le plus propice à la situation d'intervention en santé mentale.

L'interprète

L'interprétation en santé mentale fait appel, non seulement aux ressources cognitives de l'individu, mais également à ses propres valeurs et à son identité personnelle. Adams (1997) compare ce travail à une visite dans l'arène d'un cirque romain. Il énumère quatre règles à suivre afin que l'interprétation dans ce domaine soit vécue comme «une spécialisation fascinante et valorisante». La première règle (*Connaissez-vous bien!*, p 12) est celle de la prise de conscience des motivations à interpréter dans ce domaine. Certains espèrent apprendre à mieux se comprendre à travers la thérapie d'un autre individu. Cela s'est déjà vu pour des thérapies de groupe chez les alcooliques anonymes, un interprète désirait à tout prix avoir cette affectation parce que les réunions l'aidaient à mieux comprendre un membre alcoolique de sa famille. C'est ici qu'il est important pour un interprète de questionner ses conflits intérieurs.

Chacun fait un choix de vocation pour de multiples raisons, quelles soient conscientes, rationnelles, saines ou non. C'est encore plus vrai pour ceux qui décident d'entrer dans une profession d'*aide*. Chez les entendants qui décident de travailler avec des personnes sourdes Meadows (1981) (dans Hoffmeister et Harvey, 1996) parle de «zèle missionnaire initial». Aider les gens est une noble profession et combien de fois entendons-nous dire par l'entourage que «c'est donc beau ce que vous faites là!». Les intervenants entendants connaissant la langue des signes sont perçus par les gens de l'extérieur comme étant fascinants. Plusieurs interprètes s'attendent au même type d'intérêt et surtout à de la reconnaissance de la part de leurs clients sourds, et si cela ne se produit pas, la déception est au rendez-vous. Il faut examiner froidement les motivations à faire ce métier, pas seulement le désir d'être utile, mais les autres raisons profondes : désir d'être regardé, d'être la voie qui permette la communication entre individus, parfois même le désir narcissique d'être la seule personne à tout comprendre (les signes et le français) et le pouvoir qui en émerge. Hoffmeister & Harvey (1996) ont établi une liste des raisons communes au choix initial de carrière dans le milieu de la surdité : une rencontre avec une personne sourde pendant l'enfance ou le début de l'âge adulte, un enfant de parent sourd, l'attrait de la langue, le défi professionnel, le colonialisme dominant qu'ils appellent aussi syndrome du prix Nobel, l'identification avec l'opprimé, l'altruisme, la religion, etc. Les auteurs mentionnent que certains intervenants du milieu de la surdité sont outrés de l'oppression faite aux Sourds. Les Cudas (enfants de parents sourds), par exemple, se sentent parfois coupables des injustices vécues par leurs parents et décident de devenir «protecteurs des Sourds» et ces autres symbolisent leurs parents (objet de transfert). Cette attitude peut précipiter la frustration et l'épuisement professionnel (*burnout*), il faut accepter les limites de la société. Nous connaissons tous bien notre côté altruisme, pur. Cependant, il est aussi nécessaire de prendre conscience de notre éventuel côté narcissique, de notre besoin de contrôler.

La deuxième règle d'Adams en ce qui a trait à l'interprétation en santé mentale (*Faites attention à vos limites!*, p 12) parle des limites à ne pas dépasser : conseiller ou sermonner le client en sont des exemples. En effet, il n'est pas rare de voir des interprètes

enfreindre le code de déontologie dans le domaine de traitement psychologique. Pourquoi autant de difficulté avec l'éthique⁵ professionnelle ? Une explication à cette atteinte à la déontologie tiendrait dans le fait que les procédures codifiées ne règlent pas tous les problèmes et qu'un code de déontologie professionnel doit s'imbriquer dans un code d'éthique personnel.

Une autre difficulté en interprétation est d'avoir à traiter avec des valeurs entrant en conflit avec les siennes, ce qui fait vivre de la *dissonance cognitive*. La dissonance entraîne l'anxiété et la baisse de l'estime de soi. Plusieurs cherchent à la réduire et ressentent de la colère envers la personne qui l'a provoquée, c'est-à-dire la personne sourde ou le thérapeute.

Un autre phénomène peut affecter l'interprète : le «traumatisme délégué». Gunther & Harvey (1994 dans Hoffmeister & Harvey, 1996) ont découvert que les interprètes ressentent souvent les mêmes symptômes que leurs clients sourds après avoir interprété pour eux. L'intensité du traumatisme dépend du degré d'implication à la communauté sourde et des expériences de transfert de la charge émotive : plus le degré est élevé, plus le risque est grand. Cela entraîne des réactions diverses : peur, colère, anxiété, dépression, rage, honte, culpabilité, baisse de l'estime de soi. Les auteurs mentionnent que la suridentification⁶ peut emmener le sentiment d'être indispensable, cette impression pousse l'interprète à dépasser les limites de sa fonction et à adopter un modèle d'interprétation du style plus *intervenant-aidant* que traducteur. À l'opposé, certains érigent des barrières trop rigides entre eux et les Sourds en adoptant un modèle d'interprétation mécanique, ils ne sont que des transmetteurs.

Des interprètes, particulièrement certains enfants de parents sourds peuvent vivre un phénomène de *résonance*. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, les difficultés vécues par leur client les ramènent à celles dont ils ont été les témoins dans leur enfance et quelques-uns de ces interprètes vivent de très grandes émotions et adoptent parfois un modèle aidant. L'adoption d'un tel modèle apporte à la personne qui y a recours des gains secondaires : sentiment de valorisation, voire de supériorité. Plusieurs interprètes cherchent à être réconfortés par la personne sourde sur leur propre valeur, non seulement comme professionnel, mais également comme individu.

Adams (1997) explique dans sa troisième règle (*Ne foncez pas seul!*, p 12) que les interprètes ont besoin d'aide après certaines séances chargées d'émotions et qu'il faut consulter d'autres professionnels qui font un travail semblable. Nous encourageons les interprètes du secteur de la santé mentale à échanger avec leurs pairs sur les obstacles qu'ils rencontrent en suivi thérapeutique. Nous les incitons également à discuter avec les intervenants du secteur, à les questionner sur les émotions qu'ils vivent lors de leur

⁵ Par *éthique*, j'entends : valeurs et ensemble des comportements et par *déontologie*, j'entends : devoirs qui se rapportent à des individus dans un code de profession.

⁶ Suridentification ou surinvestissement = par exemple, un interprète peut se sentir indispensable avec un enfant intégré et le suivre à la récréation, l'aider à faire ses devoirs, devenir l'enseignant, le tuteur, le confident et le conseiller.

travail et à chercher de l'aide en suivi personnel s'ils en ressentent le besoin. Nous croyons que les services d'interprétation devraient offrir à leurs interprètes qui travaillent dans le domaine de la santé mentale un support constant. Ce soutien pourrait prendre la forme d'un procédé de supervision par un interprète expérimenté. Les interprètes qui savent qu'en tout temps, lors d'un suivi psychothérapeutique, une personne ressource est disponible se sentiront plus solide et moins isolé.

La quatrième règle (*Avez-vous la bonne chaise et le bon fouet?*, p 13) porte sur les compétences linguistiques et culturelles, sur les habiletés en interprétation ainsi que sur la connaissance du domaine de la santé mentale. Sans être lui-même spécialiste du domaine, l'interprète doit prendre conscience des objectifs et des techniques thérapeutiques afin de rendre une interprétation plus fidèle tout en préservant un équilibre émotif et psychologique.

Parmi les éléments qui rendent difficile une position neutre intervient le sentiment de responsabilité de l'interprète. En effet, comme son éthique professionnelle le rend responsable de la communication⁷, ce sentiment risque de se propager sur la réussite de la thérapie. Si l'interprète n'a pas une conscience claire des enjeux de la situation, cela peut entraîner cette impression d'imputabilité qui se traduira, entre autre, par une hésitation à interroger le thérapeute sur ses objectifs, son style, etc. De plus, cet interprète sera réticent à mettre en lumière les problèmes de traduction. Dans ces situations, l'interprète reçoit la charge émotive sans être formé dans ce but.

L'impact d'un modèle interprète-aidant a pour effet d'alourdir le rôle de l'interprète et d'accroître ses responsabilités face à sa tâche. Il vit alors une augmentation de l'anxiété, particulièrement si l'état de la personne sourde ne s'améliore pas. Il reçoit une charge émotive sans être formé pour la recevoir et ne sait pas comment l'éviter. Des émotions floues de colère (contre le thérapeute qui ne connaît rien à la surdité et contre la personne sourde) peuvent alors apparaître.

La personne sourde

Hillion (1996) mentionne que les personnes sourdes se sentent souvent plus à l'aise avec les interprètes qu'avec les thérapeutes. Après avoir discuté avec des interprètes qui travaillent en santé mentale, l'auteure (elle-même psychologue) a décrit les difficultés vécues par chacun des participants dans une thérapie avec interprétation. Elle signale que les personnes sourdes recherchent l'aide de l'interprète et qu'il leur arrive souvent de demander son avis. Les personnes sourdes ne questionnent pas spontanément les intervenants qu'ils rencontrent, particulièrement dans le domaine de la santé mentale, ils réservent leurs questions et les posent à l'interprète après la séance. Les personnes sourdes méconnaissent généralement le monde médical et s'en méfient. Ils manquent de connaissances sur le rôle de chacun des participants à une thérapie.

⁷ Nous parlons de *responsabilité* puisque le noyau de la pensée éthique est la responsabilisation (Racine, Legault et Bégin, 1991).

À court terme, si l'interprète opte pour un modèle *aidant*, la personne sourde vivra du **soulagement** (Hillion, 1996), elle sera rassurée de sentir que quelqu'un la prend en main. Cependant, à long terme, les conséquences seront un sentiment de dépendance, une perte d'autonomie ainsi qu'une augmentation de sa méfiance. En effet, elle ne saura plus qui dit quoi. De plus, une impression d'obligation de reconforter l'interprète (qui l'aide tellement) s'installe et l'empêche d'exprimer toutes ses émotions librement. La relation entre l'interprète et la personne sourde devient confuse et il se crée une connivence qui entretient la perte d'impartialité de l'interprète.

Le thérapeute

Plusieurs thérapeutes se sentent inconfortables dans une situation à trois. En effet, établir une relation thérapeutique à travers un *messenger* ne leur est pas habituel. Très peu d'entre eux ont des connaissances sur la surdité et sur l'interprétation. Cela les porte à ne pas vérifier auprès de leur patient si leur traitement est bien compris et s'en remettent à l'interprète. Certains vivent un sentiment d'impuissance face à l'intrusion d'un autre professionnel dans leur territoire. De façon générale, les thérapeutes qui ont un client sourd pour la première fois se sentent mal à l'aise et incompetents face à la communication. Certains sont incapables de s'adresser directement à la personne sourde et se sentent plus confortables avec l'interprète, un entendant comme eux.

Si la neutralité de l'interprète n'est pas respectée, le thérapeute perd son rôle ainsi que le contrôle de la situation. Plus la thérapie avance, plus augmente chez lui le sentiment d'impuissance et de manque de compétence (on lui fait bien sentir que comme il ne connaît pas la surdité, il est désavantagé). Il vit également un sentiment d'exclusion qui peut entraîner sa désaffection.

Il est important de se rappeler que le clinicien est plus à l'aise avec l'interprète et que le patient sourd est aussi plus à l'aise avec l'interprète.

Les éléments qui avantagent la relation

Hillion (1996) rappelle que la personne sourde et le thérapeute doivent tous les deux être conscients que la relation leur appartient. Le client doit savoir qu'il peut poser des questions, intervenir, interrompre... Il doit aussi comprendre la confidentialité et aussi que l'interprète se garde le droit d'intervenir afin de clarifier des éléments entrant dans son champ d'expertise. Ces éléments lui permettront d'atteindre une autonomie face à sa thérapie.

Quant au thérapeute, il doit avoir le sentiment d'être responsable de la thérapie comme avec tout autre client. Il devrait être informé sur certains éléments de la surdité et du processus d'interprétation : la langue, la culture, les difficultés de traduction telles que les jeux de mots, les proverbes et les choix de signes linguistiques de l'interprète. La position de l'interprète (assis à ses côtés) peut surprendre le thérapeute, il doit être informé que la personne sourde aura ainsi, dans son champ visuel, accès à l'interlocuteur et à l'interprète. Le psychothérapeute doit également être mis au courant de l'éclairage requis

pour une bonne communication avec une personne sourde. Certains ont l'habitude de travailler dans une semi-obscurité, ils doivent faire preuve de souplesse et ... allumer la lumière!

L'interprète doit avoir une bonne préparation psychologique. Il doit donc connaître, non seulement les enjeux de la situation, mais aussi ses propres limites, ses conflits intérieurs. Il doit être capable de discuter avec d'autres interprètes et professionnels de la santé mentale de ce qu'il vit en thérapie (tout en préservant le secret professionnel). Dans un autre ordre d'idée, la position physique de l'interprète est très importante pour éviter la charge émotionnelle, il se doit d'être positionné près du thérapeute tout en étant légèrement en retrait. Il doit émaner de lui une attitude de confiance et de professionnalisme (apaisante pour les autres parties). L'interprète doit porter une attention particulière à la forme du discours qu'il traduit : question ouverte ou fermée? Confrontation ou silences? Les silences du thérapeute ne sont pas aléatoires, ils ont un objectif particulier. L'interprète ne doit pas tenter de les remplir avec une reprise de traduction d'une partie du discours. Évidemment, l'interprète doit pouvoir offrir un service convenant aux besoins de la personne sourde au niveau du registre et de la forme linguistique (LSQ ou pidgin et niveaux de langue).

Dès la première rencontre, une relation professionnelle devrait s'établir entre l'interprète et le psychothérapeute. Nous suggérons aux interprètes de se présenter au rendez-vous suffisamment à l'avance pour rencontrer le thérapeute. L'interprète aura ainsi l'occasion d'expliquer son rôle, le processus d'interprétation ainsi que des détails concernant la disposition des individus dans la salle (ou bureau). L'interprète devrait également discuter avec le thérapeute sur le style thérapeutique (approche) qu'il adopte et sur ses attentes (le but de la séance, les points essentiels à couvrir). Par exemple : une interprète fait un suivi thérapeutique avec une cliente sourde qui rencontre une travailleuse sociale dans un CLSC (thérapie interactionnelle). Celle-ci fait venir le conjoint de la patiente lors d'une des séances. Les deux personnes sourdes du couple seront présentes. Avant de commencer, l'interprète demande à la thérapeute quel est son objectif par rapport à la rencontre. L'interprète mentionne que s'il lui faut traduire intégralement les échanges entre les partenaires du couple, il lui faudra les arrêter de temps en temps. La travailleuse sociale lui a répondu qu'elle ne tenait pas à connaître tout le contenu, en autant qu'elle ait accès *grosso-modo* aux propos échangés, puisque son but était que les conjoints se parlent. L'interprète a donc traduit de la LSQ vers le français sans interrompre le dialogue entre les personnes sourdes, mais en assurant au thérapeute un accès suffisamment complet aux propos échangés entre eux.

Plusieurs éléments concourent donc à assurer la meilleure situation de communication en présence d'un interprète. Le tableau 3 suivant les résume.

Tableau 3 : récapitulation des éléments contribuant à réussir une psychothérapie en présence d'un interprète

Sourd	Interprète	Thérapeute
<p>Sait que la relation lui appartient, qu'il en est responsable.</p> <p>Conscient qu'il peut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • poser des questions • intervenir • interrompre <p>Conscient de la confidentialité.</p>	<p>Connaissances linguistiques et avancées en interprétation.</p> <p>Bonne préparation psychologique.</p> <p>Bonne position physique et attitude.</p> <p>Capacité à échanger avec le thérapeute sur son style et sur ses attentes.</p>	<p>Reçoit de l'information sur la surdité et sur l'interprétation.</p> <p>Sentiment de responsabilité.</p> <p>Ouverture à échanger.</p>

7. CONCLUSION

Nous avons fait le point sur plusieurs aspects du travail d'interprétation dans le milieu de la santé mentale où interviennent patient, thérapeute et interprète. Les différents milieux ont été décrits brièvement ainsi que les types de thérapeutes et certaines approches psychothérapeutiques. Nous avons vu ce que sont l'alliance thérapeutique, le transfert et les charges émotives. Nous avons illustré les difficultés lors des situations d'urgence et de passation de tests psychologiques. Nous avons dressé un portrait des difficultés que risquent de vivre les participants. Nous avons finalement énuméré les éléments qui aident à ce que la situation de communication dans la relation thérapeutique soit la plus judicieuse possible. Nous n'avons pas abordé les thérapies de groupe dans cet article. Le travail d'un interprète au sein d'un groupe apporte également son lot de difficultés et devrait faire l'objet d'une attention particulière dans un autre papier.

8. RÉFÉRENCES

- Adams, B. 1997. « Apprivoiser la bête » L'interprétation dans le domaine de la santé mentale vous intéresse ? *Nouvelles de l'AILVC*, printemps 1997. p. 11-13.
- Bélangier, Danielle-Claude. 1995. « Les spécificités de l'interprétation en langue des signes québécoise; Première partie : Analyse à partir du Modèle d'effort et de l'équilibre d'interprétation », *Le Lien*, vol 9, numéro 1, p.11-16.
- Hoffmeister, R. et M. A. Harvey. 1996. « Is There a Psychology of the Hearing? », in *Culturally affirmative psychotherapy with deaf persons*, ed. Neil S. Glickman, Michael A. Harvey, New-Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, p. 73-97.
- Hillion, M. 1996. « Animation auprès des interprètes du SIVET », *Le Lien*, vol 10, numéro 2, p. 13 –17.

- Papalia E. D. & S. Wendkosolds. 1988. Introduction à la psychologie, Mc. Graw Hill, p. 603-617.
- Racine, L., G.A. Legault et L. Bégin. 1991. Éthique et ingénierie, McGraw-Hill, Montréal, p.6-20.
- Rathus, Spencer A. 2000. *Psychologie générale*, Éditions Études Vivantes, Laval, p. 18-32.
- Pollard, R. Q. Jr, Phd, project director. 1997-1998. *Mental Health Interpreting: A Mentored Curriculum*, University of Rochester, Rochester NY. Documents : monographie et vidéo.
- Seleskovitch, Danica. 1981. «Recherche universitaire et théorie interprétative de la traduction» in *META*, vol. 26, n° 3, Montréal : PUM, p.304 à 308.