

INTERPRÉTATION EN SANTÉ MENTALE EN FRANCE ET AU QUÉBEC

INTERPRÉTATION ET SANTÉ MENTALE SÉMINAIRE DE LILLE / 3 OCTOBRE 2008

Le 3 Octobre dernier, le réseau « sourd et santé » du GHICL (Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille) organisait un séminaire sur le thème « surdité et santé mentale ». De nombreux interprètes étaient présents, y compris plusieurs de nos confrères belges. Parmi les différentes interventions très intéressantes, nous avons souhaité faire partager aux lecteurs du journal l'expérience d'un binôme interprète/psychiatre. Carole Gutman, interprète ayant déjà publié un article sur ce thème dans ce même journal, ainsi qu'Anna Ciosi, psychiatre, ont gentiment accepté de nous transmettre le compte-rendu de leur intervention. Nous les en remercions vivement.

Les personnes intéressées par le thème « surdité et santé mentale » peuvent d'ores-et-déjà noter la date du 9 octobre 2009 sur leur agenda. Un séminaire sur ce thème devrait être organisé à l'hôpital Saint Philibert de Lille ce jour là...

**Dr Anna CIOSI (Psychiatre) / Carole GUTMAN (Interprète F/LSF)
Unité d'Accueil et de Soins des Sourds - LS (UASS-LS)
et Unité Ambulatoire Surdité Santé Mentale - Méditerranée (UASSM-M)
de l'Hôpital La Conception à Marseille**

Travail en binôme : évolution d'une pratique

L'exposé qui a été présenté retrace l'évolution d'une pratique de travail en binôme entre un médecin psychiatre et un interprète sur quatre ans.

La première période (2004/2006) fait état d'un travail ponctuel, non formalisé, répondant à des situations d'urgence. La présence de l'interprète est alors rendue nécessaire par l'absence de connaissance de la LSF de la part du médecin. En 2006, la création de l'UASSM-M (Unité Ambulatoire Surdité Santé Mentale - Méditerranée) officialise la pratique. Le médecin apprend la LSF et son adresse directe au patient est parfois possible, même si le truchement par l'interprète demeure encore souvent la règle.

Depuis 2008, le médecin fait la plupart de ses consultations directement en LSF. Pour autant, la présence de l'interprète reste dans certains cas nécessaire à la bonne compréhension par le médecin du discours du patient et inversement.

Le travail en santé mentale n'est pas antinomique avec la présence de l'interprète. La relation directe patient/médecin reste à privilégier, mais n'est pas nécessairement duelle. En revanche, il est fondamental que chacun des intervenants dans la relation soit pris en considération, tant de par sa fonction, que de par sa seule présence.

L'adaptation du cadre reste le mot d'ordre, en accord avec le patient, dans le respect de la déontologie et du rôle de chacun des professionnels.

2004 / 2006

UNE PREMIERE EXPERIENCE : le travail ponctuel du psychiatre et de l'interprète

Durant cette période, les interventions sont limitées volontairement en nombre : aucune information formelle n'a été faite auprès des sourds concernant la présence d'un psychiatre qui travaille ponctuellement en collaboration avec l'Unité d'Accueil et de Soins des Sourds. Les consultations répondent uniquement à des situations extrêmement préoccupantes ou urgentes.

1. Déroulement de la consultation :

Briefing psychiatre/interprète : Le médecin expose les données connues de la situation (contexte familial, social et pathologique)

Consultation : maximum 45 minutes. Quand le patient est accompagné d'une ou plusieurs personnes (famille, éducateur... le plus souvent tiers entendant), la psychiatre reçoit tout le monde dans un premier temps. Ensuite elle reçoit le patient sourd sans la présence du/des tiers.

Débriefing : 15 minutes. Les discussions permettent de reprendre (d'un point de vue linguistique) les incompréhensions, les difficultés langagières perçues par l'interprète, afin qu'elles soient mieux ressenties par la psychiatre. *Par exemple (1), Mme B. par moment n'est plus comprise par l'interprète (problèmes d'emplacement, de structuration du temps et de l'espace dans le discours). Il faudra plusieurs séances et débriefings pour mettre en évidence que ces perturbations de la structure du discours n'apparaissent que lorsque la patiente évoque ses relations familiales.*

Par exemple (2), monsieur Q., langue des signes très structurée, sans oralisation associée, « passe à l'oral » lorsqu'il évoque sa mère.

En cas d'incompréhension majeure par l'interprète du discours du patient (et vice versa) - par exemple dans le cas de décompensation délirante aiguë (nombreux néologismes, trouble du langage dissociatif...) - ou pour des patients pour lesquels la

syntaxe et le vocabulaire en LSF présentent un trop grand écart par rapport à une langue normée, la présence d'un médiateur sourd est retenue pour le prochain rendez-vous.

Le débriefing permet également de préparer la prochaine consultation : plusieurs éléments seront repris lors du briefing de la consultation suivante pour permettre notamment une adaptation du dispositif de la consultation à la problématique du patient.

2. Du point de vue du psychiatre :

En l'absence de connaissance de la LSF et de la pratique de celle-ci, il m'est impossible de recevoir les patients sourds sans la présence d'un interprète. Cette présence, si elle remet en question le cadre habituel de consultation (relation duelle), n'est pas déroutante pour un psychiatre travaillant en institution (la présence d'autres membres de l'équipe, infirmiers, assistants sociaux, psychologues, autre médecin, est habituelle lors des entretiens).

Après avoir compris le fonctionnement du rôle de l'interprète (regard, règles de déontologie), je pouvais mener les entretiens de « manière classique » (parler directement au patient et l'écouter me répondre pas le biais de l'interprète en faisant abstraction de sa présence).

Je ne perçois pas la distorsion induite de fait par toute traduction d'une langue à l'autre (ne connaissant pas la langue du

patient !). L'interprète me rappelle constamment lors des débriefings, la possibilité d'un écart entre le discours du patient et l'interprétation linguistique qui en est faite (entre autre dans le choix des mots). Il ne faut pas « s'accrocher » au signifiant oral de la même manière que pour un patient entendant (Exemple : « *pourquoi avez vous dit annoncé au lieu de déclaré ?* »).

D'autre part, le discours non-verbal de tout patient (sourd ou entendant) est toujours pris en compte lors des entretiens psychiatriques (mimique, présentation, « prosodie », regard, etc.), il fait partie intégrante des éléments sémiologiques nécessaires au diagnostic et à la prise en charge. La présence de l'interprète pour les entretiens avec les patients sourds ne modifie pas la perception et la prise en compte du discours non verbal du patient.

Une des inquiétudes de l'interprète était la difficulté de traduire un discours sans « sens », cette inquiétude était renforcée par une connaissance limitée de la sémiologie psychiatrique. J'ai proposé à l'équipe des cours de sémiologie, notamment sur les psychoses (dissociation, délire paranoïde, trouble du langage...), pour mieux comprendre la fréquence de « l'absence de sens » (sauf pour le patient) des discours délirant. Nous avons lors des séances de briefing/débriefing décidé d'une interprétation « mot-signe » pour des patients psychotiques où le discours délirant et dissocié était

impossible à interpréter de manière classique.

Cette interprétation LSF/français associée à la perception du discours non verbal, me permettait de coller au mieux à la situation que je connaissais avec les entendants et donc de proposer une prise en charge la plus similaire à celle que je propose aux entendants.

3. Du point de vue de l'interprète :

A cette époque, la psychiatre ne connaît pas la LSF. Toutefois, même si je pense parvenir à lui faire saisir rapidement les limites du rôle de l'interprète, les difficultés de l'interprétation en santé mentale (discipline dans laquelle le choix des mots, distinction fonds/forme est délicate ; difficulté à comprendre et/ou à être compris ; altération du discours, écart de langage, limite de l'intervention en regard de la déontologie...), elle ne peut pas voir ni comprendre

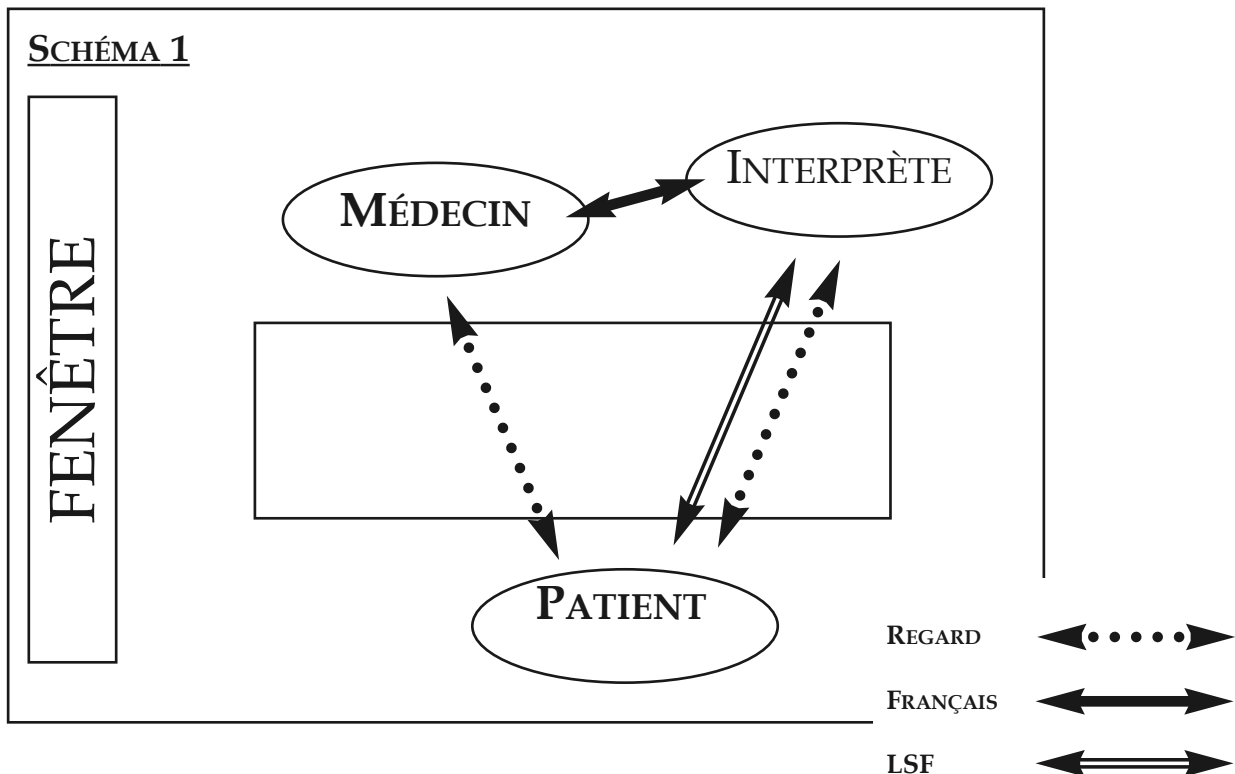
linguistiquement les écarts de langue qui peuvent apparaître dans le discours des patients par rapport à une langue « normée ». Sa compréhension est raisonnée, cérébrale, calquée sur une comparaison avec le français. Ce n'est pas une compréhension de la langue, de l'image, du mouvement.

Je suis donc amenée à reprendre régulièrement l'information « de base » à savoir que l'interprétation diffère intrinsèquement du discours original, et que les écarts peuvent être importants au regard de la pathologie psychiatrique qui peut altérer le discours (néologismes). Dans la plupart des situations d'interprétation dites « classiques », l'interprète n'a que peu besoin d'intervenir au cours de l'entretien. Le discours est compréhensible et suffisamment cohérent pour permettre l'interprétation. En revanche, l'altération du discours (pour des raisons psychopathologiques)

met l'interprète à mal. Il est plus souvent obligé de modifier son fonctionnement habituel pour signaler sa difficulté (je ne comprends pas, passage en mots/signes).

Toutefois, il me semble que cette intrusion même si elle est plus fréquente dans un entretien en santé mentale, existe déjà en consultation somatique. La douleur est difficilement traduisible en mots, les symptômes d'une maladie sont parfois complexes à exprimer par le patient... La reprise est souvent nécessaire... D'autre part les consultations en psychiatrie ne relèvent pas toutes de problèmes psychiatriques (ex : dépressions conjoncturelles, souffrance psychologique au travail, en famille, ...). Le discours n'est alors pas altéré « pathologiquement », mais il peut l'être « émotionnellement », comme cela arrive lors de consultations somatiques.

SCHÉMA 1



2006 /2008

LA CREATION DE L'UASSM-M : la mise en place d'un cadre de travail, un travail en binôme

1. Déroulement de la consultation :

45 minutes de consultation ; 15 minutes de briefing/débriefing
Depuis la création de l'UASSM-M (Unité Ambulatoire Surdité et Santé Mentale - Méditerranée), le nombre de consultations a

considérablement augmenté. La formalisation du cadre s'est révélée d'autant plus nécessaire. Le psychiatre s'adresse au patient directement en début et en fin de consultation. Il a donc fallu voir si cette nouvelle organisation était bénéfique pour le patient,

acceptable pour l'interprète, et quelles modifications cela allait engendrer.

Essai de schématisation du dispositif (jeu de communication - langues et regard)
Schémas 2 et 3

SCHÉMA 2

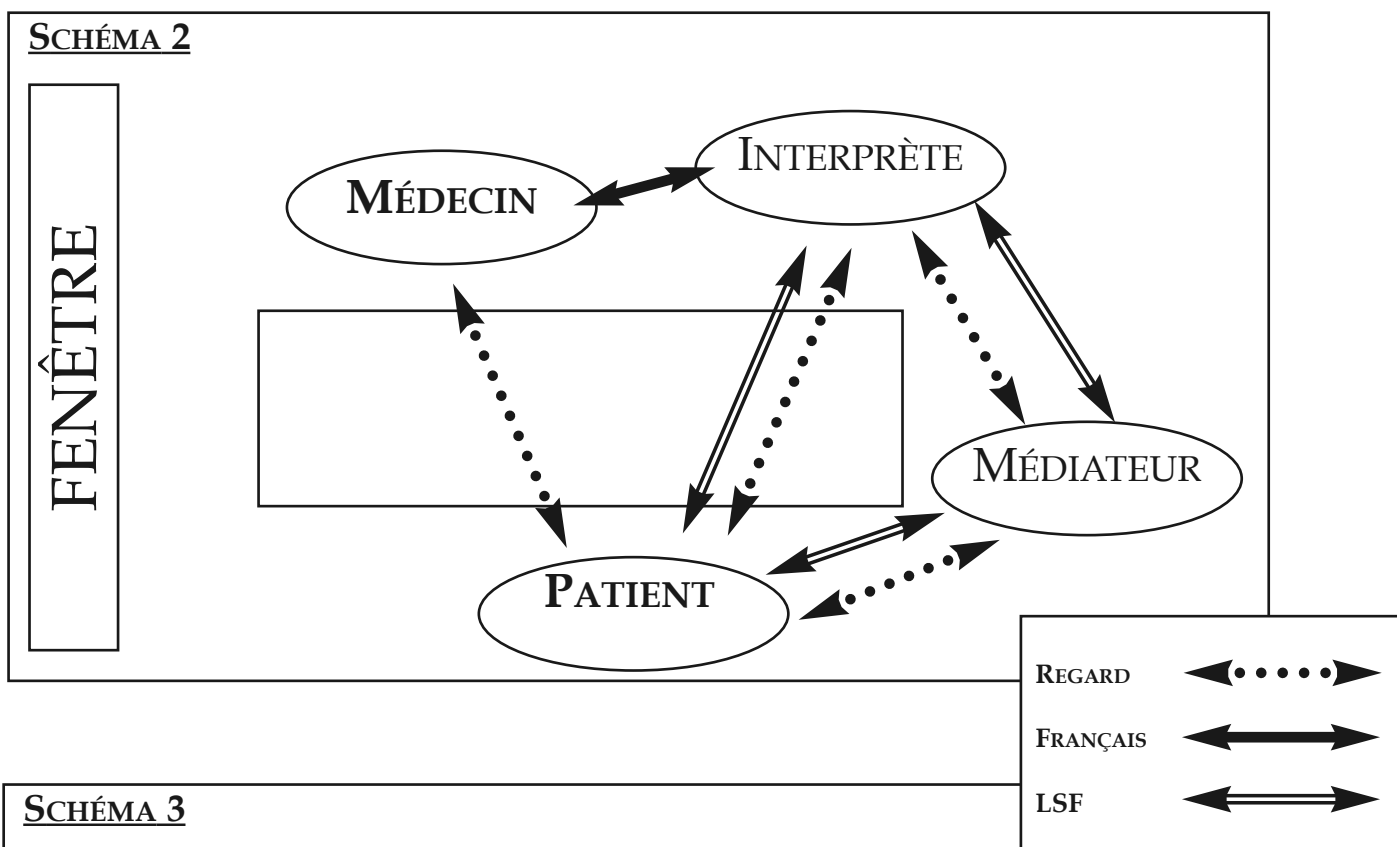
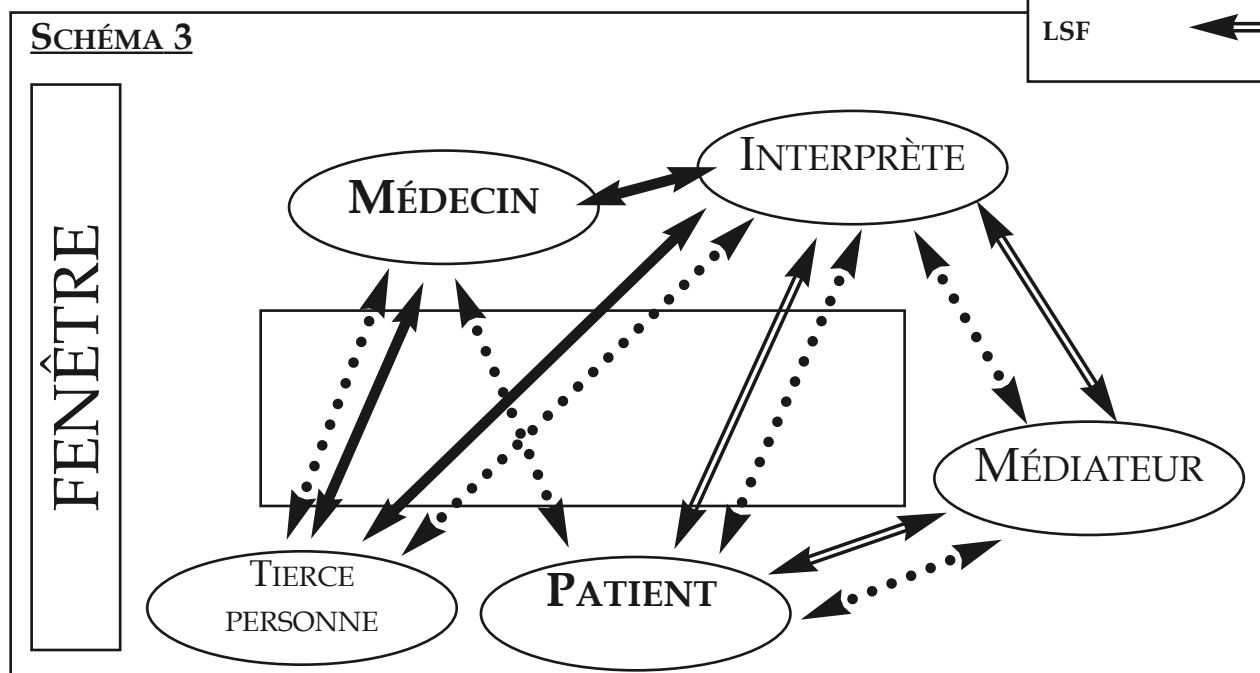


SCHÉMA 3



2. Du point de vue du psychiatre :

Du fait d'un début d'apprentissage de la LSF je peux m'adresser directement au patient de manière courte : au début, présentation de l'équipe, demande de présentation du patient (nom, prénom, adresse, date de naissance...) et fin de consultation avec description de la prescription (nom des médicaments, heures des prises, durée du traitement) et date du prochain rendez-vous. Durant le reste de l'entretien je m'exprime en français avec interprétation.

Ce contact « direct » avec le patient, même bref, permet de renforcer la relation médecin-malade.

D'autre part, cet apprentissage permet de saisir plus finement la distorsion entre le discours du patient et l'interprétation linguistique qui en est faite et d'être plus proche du vouloir dire du patient.

Du fait de cette évolution, le contenu du débriefing change : par exemple, la discussion sur la présence de néologismes dans le discours est plus facilement reprise car partiellement ou totalement perçue pendant la consultation. La réflexion sur le discours du patient devient plus « clinique ».

3. Du point de vue de l'interprète :

La structure existe. Le travail est régulier. La psychiatre et moi formons un binôme, nous nous connaissons. Elle prend la main directement en LSF, souvent en fin de consultation (pour le traitement, la date du prochain rendez-vous).

Obligation pour moi d'être plus souple : la psychiatre « prend la main » en LSF (j'arrête de traduire, pour le patient en LSF, ou en cas de présence d'un tiers entendant je traduis le médecin vers le français). Puis le médecin

me « redonne la main » (je reprends l'interprétation vers la LSF).

Régulièrement, nous sommes dans l'obligation de recadrer nos rôles, de recadrer nos pratiques pour qu'elles s'accordent.

Cet apprentissage [de la LSF par le médecin] permet de saisir plus finement la distorsion entre le discours du patient et l'interprétation linguistique qui en est faite et d'être plus proche du vouloir dire du patient.

Exemple 3 : Mr N. est dans la quête de LA femme. Il a eu diverses visions, il lit dans les étoiles les villes où elle est susceptible de se trouver, il la cherche au travers d'indices variés (chiffre du jour, dessin sur les hosties, étoiles, etc.). Au cours d'un entretien la psychiatre lui demande : « Tous ces signes, comment vous les reliez ? ». Je traduis « signes » par une énumération (étoiles, chiffre, hosties...). Or, ces éléments avaient été évoqués dans la consultation précédente, pas lors de celle-ci ! Il est important que le psychiatre précise davantage sa question pour me permettre d'influer le moins possible dans l'interprétation.

Exemple 4 : Au cours du même entretien, Mr N. commence à hésiter dans son discours : « Je cherche... Je cherche... Je cherche.... ». De manière impulsive, je suis intervenue (en même temps que je prenais conscience de mon intervention directe dans l'entretien) : « la femme ? » ; « Non, la lune » répond Mr N.

Exemple 5 : Une réunion pour une patiente et sa famille entendante est

mise en place. Sont présents à cette réunion la psychiatre de l'unité surdité et santé mentale, un deuxième psychiatre (médecin responsable du service où est hospitalisée la patiente), deux infirmiers, le mari sourd, une des filles et le fils entendants. La patiente n'arrive pas à dialoguer avec sa fille, même si celle-ci signe. Elle ne la regarde pas. La psychiatre lui en fait la remarque par mon intermédiaire : « Pourquoi ne vous adressez-vous pas à directement votre fille ? ». La situation est paradoxale : demander à quelqu'un de s'adresser directement à quelqu'un

d'autre en ne le faisant pas soi-même (truchement de l'interprète). J'ai suggéré à la psychiatre de s'adresser directement à la patiente car le schéma de communication était complexe et il était difficile pour moi d'avoir une traduction claire.

Que se passe-t-il quand l'interprète ne comprend pas le discours du patient ?

Quand je suis « seule » (sans intermédiaire)

- Je dis à l'oral que je ne comprends pas. La psychiatre dit qu'elle n'a pas compris directement en LSF et reprend la question en français.

- Je passe alors en transcodage (mot/signe), ou je répète que je ne comprends pas. Le médecin s'adapte.

Après un premier entretien difficile, ou un cas qui paraît de prime abord difficile, le médecin fait appel au médiateur, qui servira de relais, travaillera sur la compréhension et la reformulation.

Lors du débriefing, nous reprenons les incompréhensions langagières. La psychiatre fait le lien éventuel avec la pathologie. Les échanges sont plus riches, chacune apprenant de l'autre. Le

travail de binôme, régulier, me rend plus avide de connaissances psychiatriques. De l'autre côté, je n'ai plus besoin de reprendre la « genèse » de la LSF pour faire comprendre mes doutes

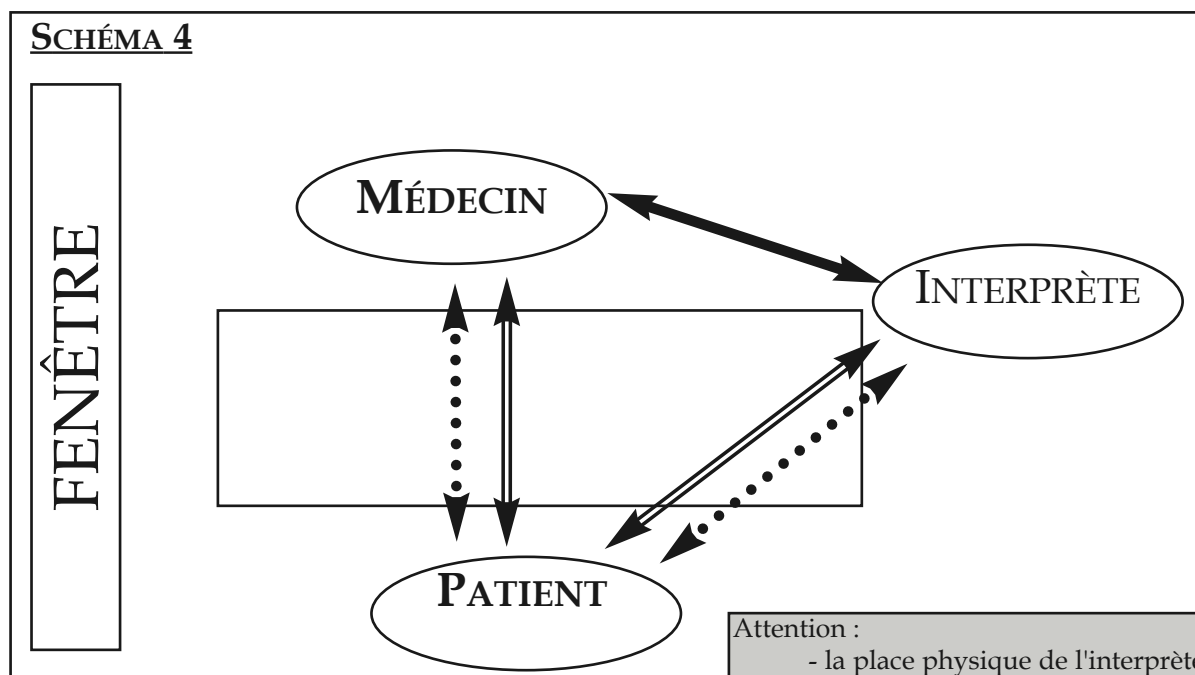
linguistiques au médecin. De ce fait, les débriefings sont davantage cliniques.

2008

UN CADRE DE TRAVAIL EN MOUVEMENT,

les aménagements en fonction de nos limites, de nos besoins

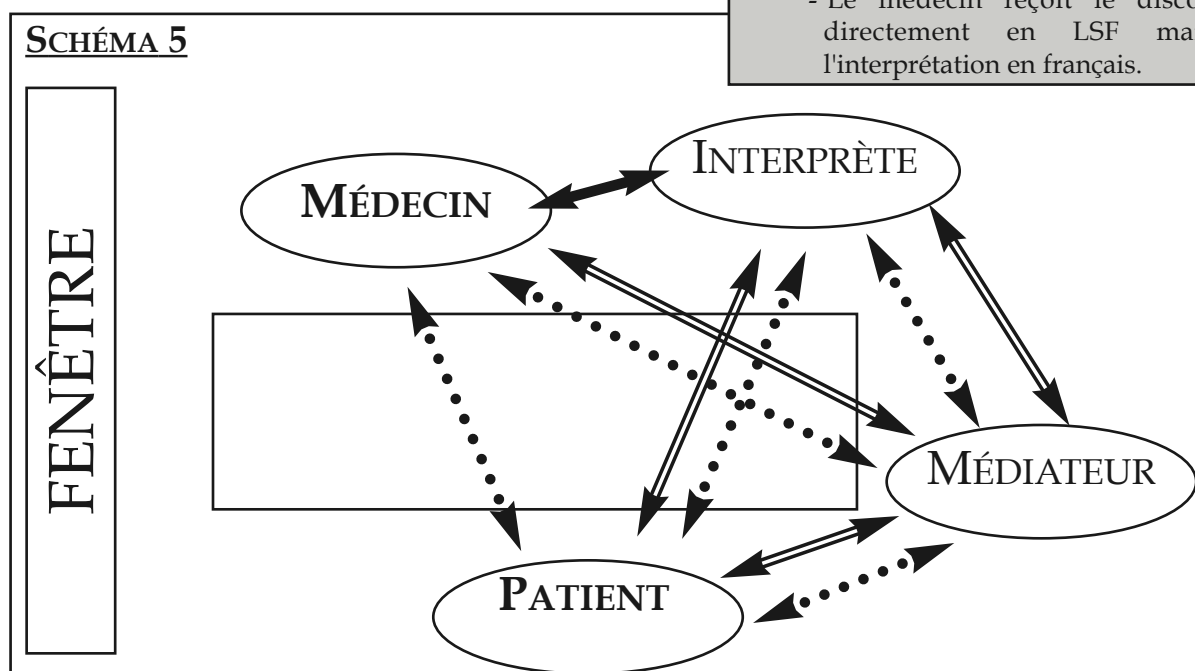
SCHÉMA 4



Attention :

- la place physique de l'interprète a changé,
- le truchement par l'interprète est ponctuel (en fonction de la compréhension/expression du patient et du médecin).
- Le médecin reçoit le discours du patient directement en LSF mais doublé de l'interprétation en français.

SCHÉMA 5



L'apprentissage de la LSF par le médecin a entraîné une évolution du dispositif (schéma 1 puis schémas 2 et 3, et schémas 4 et 5). Quelle sera la nouvelle étape ? Différents types de dispositifs sont mis en place selon les besoins patient/médecin :

- la psychiatre seule en LSF avec ou sans intermédiaire,
- la psychiatre en français ou en LSF avec interprète et/ou intermédiaire et/ou tierce personne.

1. Déroulement de la consultation :

La durée des consultations s'allonge (paradoxe avec communication directe).

La psychiatre intervient de plus en plus souvent seule directement en LSF. Même si elle intervient directement en LSF, la psychiatre a parfois besoin de l'interprétation,

en contrôle de compréhension du discours du patient.

La présence ou non de l'interprète est décidée par le médecin et le patient.

2. Du point de vue du psychiatre :

La plupart des consultations sont directement menées en LSF avec le patient (sans interprète)

- d'une part, à cause de l'augmentation du nombre de consultations : nous ne disposons que d'un temps plein d'interprète pour deux unités de soins (psychiatrique et somatique) ;
- d'autre part, parce que le suivi régulier de nombreux patients (notamment en hospitalisation), m'a « habituée » à leur LSF (et eux à la mienne !!). Le passage en « direct » (sans interprète) peut se faire. Il devient même

indispensable dans certains cas mais pas toujours suffisant pour une compréhension complète de part et d'autre d'où la modification du dispositif (schémas 4 et 5).

Quoi qu'il en soit, lors de la première consultation d'un

entendant qui s'exprime et comprend la LSF !

Il arrive souvent aux interprètes de ne pas traduire une personne sourde oralisante (comprise directement par le médecin), mais de traduire vers la LSF le discours qui lui est adressé. Avec Anna

Ciosi, il se passe l'inverse : je traduis le patient vers le français (ce qui lui permet de vérifier ou d'affiner sa compréhension), et elle répond directement en LSF. Ce dispositif est assez perturbant puisque il nécessite une interprétation alors même que l'ensemble de l'échange se déroule en LSF ! (comme traduire entre deux sourds, pour qui ?). Techniquement, je dois me placer de façon à voir à la fois le patient et le médecin (dans une



Anna Ciosi et Carole Gutman

nouveau patient la présence de l'interprète est « automatique » (sauf si refus du patient). Si des tiers entendants accompagnent le patient, l'interprète est nécessairement présent.

L'interprétation de mon discours (de la LSF vers le français) ne me gêne pas et me permet de percevoir concrètement l'écart entre un discours et l'interprétation linguistique qui en est faite.

3. Du point de vue de l'interprète :

J'ai une nouvelle place « physique » au cours de l'entretien. Je traduis de plus en plus souvent uniquement le patient vers le français (parfois la psychiatre vers la LSF). Cette situation est particulière, puisque je traduis de la LSF vers le français pour un

sorte de triangle). Par habitude, l'interprète traduit l'intégralité d'un échange en LSF. Or ce dispositif ne m'oblige pas à traduire le médecin vers le français ! C'est pourtant ce qu'il m'arrive de faire par « automatisme » (ce qui n'est pas gênant). Bien entendu, si une tierce personne est présente pendant l'entretien, je traduis le médecin vers le français.

Enfin, parfois, le médecin me donne la main en LSF lorsqu'elle est en difficulté pour exprimer elle-même une idée en LSF.

Certaines situations peuvent poser des difficultés :

Par exemple (6) : Une réunion est organisée en présence de plusieurs personnels soignants, le patient et la psychiatre. Je suis présente avec l'intermédiaire. La psychiatre, qui a

eu l'occasion de rencontrer le patient à maintes reprises durant son hospitalisation, préfère s'adresser à lui directement en LSF. Elle comprend le discours du patient bien mieux que moi et que l'intermédiaire (contexte, pathologie, niveau de LSF...). Elle répond donc en LSF au patient avant

même que la traduction vers le français ne soit finie, puisque l'intermédiaire, en difficulté dans sa compréhension du patient, intervient pour clarifier le discours alors que ce dernier est déjà clair pour la psychiatre et pour elle seulement ! J'interviens à plusieurs reprises pour stopper l'échange : je

dois en effet tout traduire vers le français pour les entendants en présence... Or, l'échange, la relation qui s'est nouée entre la psychiatre et le patient rend difficile ces interruptions nécessaires à la clarté de l'interprétation pour une prise en charge collective.

CONCLUSION

Anna Ciosi

Même si l'impression première perçue au début du travail avec l'interprète était celle d'une situation similaire à celle des entretiens duels avec les patients

entendants, l'apprentissage de la LSF s'est posé comme une évidence. Au fur et à mesure d'une meilleure maîtrise de la langue, l'utilisation de celle-ci directement

(sans le truchement de l'interprète) pour communiquer avec le patient est de plus en plus importante pendant la consultation (actuellement une majorité de consultations sont réalisées sans la présence de l'interprète). Cette situation permet de renforcer la relation médecin-patient et de « revenir » à une situation « duelle ». Cependant, ce n'est pas le caractère « duel » de l'entretien qui semble primordial, mais le caractère « direct ». J'ai pu noter que même si l'interprète est présente à l'entretien, c'est lorsque le patient et moi-même pouvons avoir des échanges directs que la relation de confiance mutuelle

(indispensable à la prise en charge) se renforce (voire s'établit, en cas de premier entretien). Ce n'est pas la présence d'un « tiers » (en l'occurrence, l'interprète) qui empêche la relation de s'établir. Une meilleure maîtrise de la LSF

***Le travail du binôme psychiatre-
interprète est en perpétuel
mouvement et nécessite d'en
repréciser le cadre très
régulièrement.***

m'a donc permis de recevoir des patients en consultation « directement ». Mais dans cette situation, ma concentration est focalisée sur la compréhension du discours verbal du patient : compréhension de la LSF, tentative de repérages de troubles éventuels du langage... Le discours non-verbal, dont la prise en compte est indispensable à toute prise en charge, est donc moins facilement perçue. La présence de l'interprète permet donc dans certains cas (si ma compréhension du patient n'est pas évidente, où vice-versa) de « rééquilibrer » ma concentration sur le discours verbal traduit en français via l'interprète et le

discours non-verbal, perçu directement.

Si la question de la prise en charge psychiatrique des patients sourds en LSF se pose donc comme une évidence, le cadre de

celle-ci soulève de nombreux questionnements :

Chaque situation clinique est particulière (problématique et symptomatologie du patient, lieu de l'intervention (hospitalisation, urgence, consultation ambulatoire programmée), tiers

accompagnants (famille, équipe médico-sociale, autre équipe médicale...), présence ou non de l'intermédiaire...). D'autre part, l'expérience de chacun évolue (apprentissage de la LSF, connaissance de la culture Sourde pour le psychiatre, meilleure compréhension de la sémiologie psychiatrique et du travail du psychiatre par l'interprète) : le travail du binôme psychiatre-interprète est en perpétuel mouvement et nécessite d'en repréciser le cadre très régulièrement.

Carole Gutman

On entend encore souvent dire « Interprète et santé mentale = danger ! » Mais n'oublions pas que les patients ne consultent pas uniquement en santé mentale... Lorsqu'on les suit pour des soins somatiques, pourquoi se pose-t-on la question du cadre ?

Le travail en binôme dans le cadre de la santé mentale nécessite une adaptation permanente du cadre en fonction de la pathologie, de la relation thérapeute/patient, de la présence ou non d'un tiers, de la compréhension de l'interprète. Le binôme psychiatre/interprète peut fonctionner si on tient compte des limites de chacun des professionnels. La connaissance par le psychiatre de la LSF n'exclut pas systématiquement l'interprète. En revanche, même si cela semble au premier abord paradoxal, c'est l'absence d'apprentissage de la LSF par le médecin qui rend le travail avec interprète impossible !

Peu de patients sont « perdus de vue », ils reviennent et gardent toujours le choix de l'entretien avec ou sans interprète. Entretien direct ne signifie pas nécessairement entretien duel.

L'essentiel est de travailler régulièrement le cadre et de prendre en compte, d'inclure la difficulté de l'interprétation à la prise en charge. Contrairement aux situations dites « plus classiques », l'interprète a davantage de mal à se faire oublier car le discours n'est pas fluide (mais n'est-ce déjà un peu

le cas lors des consultations somatiques ?).

Interprétation et santé mentale :

Le binôme psychiatre/interprète peut fonctionner si on tient compte des limites de chacun des professionnels.

les interprètes cherchent à faire du sens. En situation de santé mentale, il n'y en a pas forcément... mais à l'inverse il ne faut pas penser qu'il n'y en a jamais ! (Par exemple (7) : Mr T. *diabla rouge, un discours très décousu, incluant des signes « diables rouges », puis des renvois au football..., puis des délires, M.U [Manchester United, NDLR].... Peu de compréhension de ma part comme de la part de l'intermédiaire. Le soir sur Internet j'ai appris l'existence de l'équipe de Liverpool Les diables Rouges, du Manchester United... Du sens perdu au milieu d'absence de sens perceptible*).

Le travail avec l'intermédiaire : en travaillant la reformulation, il peut être d'une aide précieuse ! Mais il ne faut pas que toutes les difficultés auxquelles l'interprète doit faire face soient tout simplement reportées sur l'intermédiaire... Interprètes comme intermédiaires ont besoin de formation, et de réunions d'échanges sur leurs pratiques.

Pourquoi n'y aurait-il pas

d'interprète en santé mentale ?

Qui d'autre pourrait intervenir ?

Pourquoi serait-ce si dangereux à partir du moment où l'on pense sa place dans un dispositif en mouvement ?

Difficultés à traduire des personnes atteintes de troubles du langage, particularités du transfert dans une situation tripartite, sont des arguments souvent évoqués

pour affirmer que l'interprète n'a pas sa place dans une consultation de santé mentale. Certains médecins manient peu (voire pas du tout) la langue des signes. Même duelle, et « en direct », que dire des dangers d'une telle consultation ?

Plusieurs stagiaires interprètes ont pris la main au cours de consultations « choisies ». Ils n'ont pas eu le sentiment de ne plus faire un travail d'interprète, à partir du moment où la fluctuation contrôlée du cadre est énoncée.

Dr Anna Ciosi et Carole Gutman

anna.ciosi@ap-hm.fr

carole.gutman@ap-hm.fr