

## **Défis et stratégies de l'interprétariat en psychiatrie**

Un matériel didactique pour former les interprètes à la  
précision des restitutions et à la métacommunication

Orest Weber  
Florence Faucherre  
Unité Psy& Migrants  
Département de Psychiatrie du CHUV  
Lausanne

2019

## Table des matières

Table des matières.....	2
Introduction.....	3
Présentation du matériel.....	4
Contenu.....	4
Proposition de mode d'emploi.....	5
Ce que les extraits permettent de traiter.....	6
Conventions de transcription.....	6
Extrait 1.....	7
Introduction.....	8
Version non surlignée.....	9
Questions d'approfondissement.....	10
Notes personnelles.....	11
Version surlignée.....	12
Commentaires.....	13
Extrait 2.....	15
Introduction.....	16
Version non surlignée.....	17
Questions d'approfondissement.....	18
Notes personnelles.....	19
Version surlignée.....	20
Commentaires.....	21
Extrait 3.....	23
Introduction.....	24
Version non surlignée.....	25
Questions d'approfondissement.....	26
Notes personnelles.....	27
Version surlignée.....	28
Commentaires.....	29
Extrait 4.....	31
Introduction.....	32
Version non surlignée.....	33
Questions d'approfondissement.....	34
Notes personnelles.....	35
Version surlignée.....	36
Commentaires.....	37

# Introduction

## **Objectif : Optimiser la précision des restitutions et la métacommunication des interprètes professionnels dans la santé mentale**

Personne aujourd'hui ne conteste qu'avec des patient·e·s migrant·e·s peu à l'aise dans la langue locale, la présence d'un·e interprète représente la meilleure solution pour communiquer. Une communication verbale fonctionnelle est particulièrement importante dans le domaine de la santé mentale, où le discours est souvent le principal outil clinique, tant pour cerner le problème des patient·e·s que pour tenter d'y apporter des solutions.

Le travail des interprètes professionnels dans le domaine de la santé mentale est souvent délicat. Avoir un bon niveau dans les langues de travail ne signifie pas nécessairement disposer de toutes les compétences requises dans ce contexte. Les bon·ne·s interprètes en santé mentale doivent en effet être en mesure de faire face à toutes sortes de défis. C'est la raison pour laquelle, des formations de plus en plus nombreuses sont proposées aux interprètes de services publics (France, Belgique) ou communautaires (Suisse) pour se préparer à relever ces défis.

L'objectif de ce document est de livrer un matériel didactique aux formateurs et formatrices en charge de ces cours. Il est spécifiquement orienté vers un enseignement visant à apprendre aux interprètes dans quels domaines ils doivent être spécialement attentifs à la précision de leurs restitutions. Un autre point clé qu'il permet de travailler est la métacommunication, cette activité des interprètes consistant à parler explicitement du déroulement de l'échange et des interventions de chacun. Les moments où les interprètes parlent de leurs difficultés à faire leur travail – au cours des entretiens ou lors des débriefings – sont souvent particulièrement précieux dans les contextes de santé mentale. Ils permettent aux cliniciens d'accéder à des aspects importants sur les patients et les relations au sein de la triade qui risqueraient sinon de leur échapper. Notons que pour atteindre d'autres objectifs didactiques tout aussi importants pour la préparation des interprètes au travail dans la santé mentale (ex. informations sur les différents types de traitements, gestion des émotions de l'interprète, préparation de l'entretien avec les professionnels) ce matériel peut également avoir son utilité, mais ce dossier ne dit rien de ces usages alternatifs possibles.

### **Un matériel tiré d'une étude interdisciplinaire**

Le matériel présenté dans ce dossier est régulièrement utilisé avec succès par les auteurs dans des cours adressés à des interprètes. Il se base sur une enquête exploratoire que ces mêmes auteurs ont réalisée dans des dispositifs de santé mentale en Suisse romande. Concrètement, on trouvera ici des extraits de consultations réelles qui peuvent prêter à divers exercices et débats dans des groupes d'interprètes. De plus, tous ces extraits ont été jugés complexes et sensibles par des psychiatres et/ou psychologues expérimentés.

Notre étude a tenté de comprendre comment les interventions des interprètes et leurs collaborations avec les cliniciens pourraient être améliorées lors d'investigations psychiatriques. Compte tenu de la composition de notre équipe de recherche (psychiatres, psychologue et linguiste), nous avons opté pour une étude interdisciplinaire combinant une approche clinique et une approche discursive. La recherche repose sur des enregistrements vidéo de consultations, transcrites et traduites par un autre interprète. Les vidéos ont ensuite été soumises à une analyse clinique répertoriant toutes les séquences au sein desquelles les restitutions par les interprètes ou le mode de collaboration entre interprète et thérapeute compliquent ou limitent le travail d'investigation. Les séquences sensibles identifiées ont également fait l'objet d'une analyse linguistique s'intéressant principalement : aux prises de

parole (turn taking) ; aux activités de prévention et de réparation de malentendus ; à la cohérence et pertinence des propos originaux et des restitutions ; et à la manière dont les personnes gèrent de possibles tensions relationnelles dans les échanges (gestion des faces). Suite à cette double analyse, des hypothèses articulant les observations cliniques et linguistiques ont été formulées. Les choix des extraits et les explications données à leur sujet dans ce support didactique sont directement issus de ces hypothèses et plus largement des analyses effectuées.

## **Remerciements**

La réalisation de ce dossier et de l'étude susmentionnée n'aurait pas été possible sans le soutien du Département de Psychiatrie du CHUV (Lausanne), de l'Office Fédéral de la Santé Publique (Section Equité dans les soins) (Berne) et de l'Association Appartenances (Secteur interprétariat) (Lausanne). Nous remercions également les personnes suivantes, ayant apporté des contributions substantielles à différentes étapes du projet : Florian Chmetz, Argyro Daliani, Esther-Amélie Diserens, Christopher Hasler, Jonathan Klemp, Valtenina Matasci, Cati Paiva Pinheiro, Melissa Riat et Vincent Wenger. Nous tenons, enfin, à exprimer notre très grande gratitude à tou-te-s les personnes ayant accepté d'être filmé-e-s et aux interprètes qui nous ont parlé de leurs expériences.

## **Présentation du matériel**

### **Contenu du dossier et conseils pour son utilisation**

Le présent document est un support pour une formation pratique dans le domaine de l'interprétariat en santé mentale. Il repose principalement sur des extraits de consultations transcrits (texte en non italique) et traduits (texte énoncé dans une langue autre que le français dans la vidéo, en italique). Diverses activités pédagogiques sont possibles avec ces extraits : des discussions réflexives en groupe d'interprètes, de professionnels de la santé et au sein de groupes mélangeant ces deux publics ; un travail individuel à domicile ; des jeux de rôles ; etc. La présentation retenue ici est prioritairement orientée vers une utilisation dans un enseignement présentiel adressé à un groupe d'interprètes. Libre, toutefois, aux formateurs d'emprunter les extraits et de créer un matériel didactique propre en vue d'autres activités. Une utilisation en autodidacte du dossier par des interprètes avancés et très à l'aise en français est également possible.

Les objectifs de formations suivants peuvent être atteints dans une formation basée sur ce dossier :

- Rendre les participants plus conscients de certains défis clés rencontrés lors d'interventions dans la santé mentale
- Renforcer les capacités des participants :
  - o à reconnaître des aspects du discours importants pour les cliniciens et nécessitant une précision particulière lors des restitutions ;
  - o à reconnaître des éléments méritant d'être thématifiés dans le cadre d'une métacommunication et à réaliser cette métacommunication.

Dans les pages restantes du dossier, nous présentons quatre extraits de consultations, proposons un certain nombre de questions qui peuvent être posées au groupe et livrons des commentaires quant au principaux défis que nous voyons dans ces extraits et ainsi que quelques stratégies et pistes pratiques pour les interprètes. La mise en page permet aux utilisateurs du matériel de produire facilement des supports papier pour leurs cours (de même que pour un travail en autodidacte). Il leur suffira d'imprimer :

- Les extraits non commentés et non surlignés
- Si utile (en fonction du profil du public et du contexte d'enseignement) : les questions d'approfondissement
- Les extraits avec surlignages en couleur des passages traités dans nos commentaires
- Si utile (en fonction du profil du public et du contexte d'enseignement) : les commentaires détaillés

Une proposition de présentation powerpoint [mettre lien hypertexte vers le document] est également disponible pour compléter ou remplacer les supports papier.

**Proposition de mode d'emploi dans des cours, pour chacun des extraits :**

- Faire lire attentivement l'extrait non surligné (et, éventuellement, faire jouer l'extrait par des participants)
- Demander aux participants quels défis ils identifient pour les interprètes et quelles stratégies utiles sont déjà pratiquées ou peuvent être imaginées (questions figurant au-dessus de tous les extraits)
- Utilisation des questions d'approfondissement spécifiques si nécessaire pour relancer la discussion et orienter les participants vers les défis et stratégies (en cas de distribution des questions d'approfondissement sur papier, ne les donner qu'après la lecture de l'extrait et la première discussion en groupe pour laisser les participants découvrir les défis et stratégies)
- (Éventuellement : faire rejouer en improvisation la scène en testant une/des stratégie(s) identifiée(s))
- Faire la synthèse des défis et stratégies en utilisant les extraits surlignés en couleurs et les commentaires (les participant-e-s peuvent être mis-es à contribution pour dire ce qu'ils/elles ont retenu sur les passages surlignés)
- Faire prendre des notes de « leçons pour la pratique » et de « stratégies à tester » dans les prochaines interventions (sur la feuille prévue à cet effet)

Pour les **interprètes optant pour une utilisation en autodidacte**, il est important d'interrompre ici la lecture du dossier et de procéder comme suit :

- Lire attentivement l'extrait 1 non surligné, en prenant connaissance du contexte, mais **sans** lire le texte d'introduction qui figure sur la page précédente et qui est destinée uniquement aux formateurs
- Répondre à la question figurant tout en haut de la page (par oral ou écrit)
- Lire les questions d'approfondissement pour l'extrait 1 (page suivante) et formuler des réponses (par oral ou écrit)
- Lire les commentaires pour l'extrait 1 en s'aidant de l'extrait 1 dans sa version surlignée en couleur
- Comparer ses propres réponses avec les commentaires
- Prendre des notes sur des leçons apprises pour la pratique et sur les stratégies qu'il serait utile de tester lors des prochaines interventions (sur la feuille prévue à cet effet)
- Même démarche pour les 3 autres extraits

## Ce que les extraits permettent de traiter

### ➤ Extrait n°1

Il traite d'éléments de discours qui peuvent paraître **peu importants** dans le cours de la conversation, et qui pourraient être négligés lors des restitutions, mais qui ont une grande importance pour les thérapeutes. Ceci comprend, dans ce cas, le discours touchant au **vécu subjectif** des patient·e·s et des **interventions brèves**, relationnellement sensibles, qui ont lieu tout à la fin d'un échange (question-réponse) et avant la formulation d'une nouvelle question.

### ➤ Extrait n°2

Il porte sur la gestion de propos qui pourraient générer ou renforcer des tensions relationnelles entre les participants. Il permet d'aborder la manière qu'a l'interprète de gérer ces **propos incommodants ou gênants**. Il questionne également les **interruptions de l'interprète** par les autres personnes et leur gestion dans la pratique.

### ➤ Extrait n°3

Il pose la question de la transmission des **aspects non-verbaux** et notamment des gestes. Ceux-ci sont souvent utilisés dans le discours des patient·e·s pour préciser le sens de propos peu clairs. Il permet de réfléchir aux modalités de prise en charge des gestes par les interprètes.

### ➤ Extrait n°4

Il porte sur la difficulté pour l'interprète de traduire un **discours désorganisé et confus**. Il permet de pointer la difficulté de rendre compte du caractère singulier de certains propos, par exemple lorsqu'un patient n'arrive pas à apporter une réponse complète à une question ou lorsque les liens entre différentes parties de ses propos sont très peu clairs.

## Conventions de transcription utilisées dans les extraits :

P	Patient·e
I	Interprète
C	Clinicien·ne
Texte en non italique	Texte original en français
<i>Texte en italique</i>	Texte original dans la langue du patient
(2 s.)	Pause (ici de 2 secondes)
°alfkjetoifs°	Volume sonore bas
mel-	Mot tronqué
[slkfj] [rotoi]	Discours simultané (chevauchement)
(s) dfgdlkj (s)	Texte original dans une langue étrangère - ici en somali - (alors que ce qui précède et/ou suit est en français)

**Extrait 1**

## Extrait 1 – Introduction

**Remarque :** Cette page n'est destinée qu'aux formateurs, pour les autodidactes ; veuillez directement passer à la page suivant de l'extrait 1 (version non surlignée).

### **Ces « petites choses » qui comptent chez les psys : mots pour parler d'émotions et interventions hors question-réponse.**

Un aspect central dans le contexte clinique triadique réside dans une certaine forme de précision de l'activité de restitution orale. C'est grâce à cette dernière que peut s'établir un lien aussi « direct » que possible entre patient·e et thérapeute. S'il ne peut être question de faire comme si l'interprète n'était pas présent·e – l'interprète ne peut et ne doit être une machine à traduire – cette précision est peut-être encore plus importante en psychiatrie que dans d'autres contextes de travail des interprètes.

Dans la pratique, il est impossible, pour les interprètes pris dans le feu de l'action de la restitution orale, d'être d'une précision maximale en continu, d'autant plus que les langues ne permettent souvent pas de trouver un équivalent exact et nécessitent parfois de passer par des équivalents approximatifs ou des descriptions en plusieurs mots. Les interprètes ont donc, en pratique, souvent à choisir – plus ou moins consciemment – sur quels « petites choses » il mettent la priorité en matière de précision.

Le travail avec l'extrait 1 permet de mettre le focus sur deux aspects très importants pour la santé mentale et qui, selon nos observations, représentent souvent un défi important pour les interprètes. Le premier est celui des mots utilisés pour parler du vécu subjectif et des émotions (tant par le/la clinicien·ne que par le/la patient·e), mots qui sont centraux pour l'impression clinique que le/la professionnel·le se fait du patient. Quant au second de ces aspects, il s'agit d'interventions brèves qui sont susceptibles d'influencer positivement ou négativement la relation patient·e-clinicien·ne (expressions d'excuses, de frustration, de reconnaissance, etc.) et qui peuvent être d'une grande importance pour les relations thérapeutiques. Selon nos observations, ce sont souvent dans des commentaires qui ne font partie ni d'une question posée, ni d'une réponse donnée, que l'on trouve des interventions brèves non traduites qui sont sensibles pour la relation.



## Extrait 1 – Version non surlignée

Questions de départ pour la discussion/réflexion :

Quels sont les défis pour l'interprète dans ce passage ? Comment les relève-t-elle ?  
Quelles bonnes stratégies sont utilisées ou pourraient l'être ?

Contexte :

Cet extrait est tiré du troisième entretien d'investigation du patient avec cette clinicienne ; le début de l'entretien est consacré aux grandes lignes de l'évolution de la situation et des symptômes depuis la dernière consultation. Le divorce du patient est le premier grand sujet qui est introduit par la thérapeute et fera l'objet d'une bonne partie de l'entretien ; le patient avait préalablement évoqué ce divorce, mais n'en a jamais parlé en détail avec la clinicienne. Voici comment le sujet est introduit et quelle discussion cette introduction déclenche entre les participant·e·s:

- 13 C : Mhm. En tous cas j'ai le sentiment que c'est quelque chose qui vous préoccupe beaucoup,  
14 parce que vous l'avez souvent mentionné, sans en parler plus. Donc je me dis que [peut-être]
- 15 I : *[Elle dit]*
- 16 C : °Ça vous occupe beaucoup°
- 17 I : *de toute façon, je vois que vous êtes très préoccupé par ça, chaque fois que vous parlez de*  
18 *ça vous êtes triste, sans que vous expliquiez davantage.*
- 19 P : *Eh ben, si personne ne vous pose la question*
- 20 I : *[Ouais]*
- 21 P : *[on ne peut pas] répondre comme ça au tac au tac*
- 22 I : Quand on me pose pas la question, je peux pas répondre euh sans question
- 23 C : Mhm, Bien sûr... Vous avez été marié longtemps ?
- 24 I : *ça fait longtemps que vous vous êtes marié*

## Extrait 1 – Questions d’approfondissement

- Si vous regardez les propos qui traitent d’émotions et de vécus subjectifs, comment trouvez-vous leur traduction<sup>1</sup> ?
- Comment l’interprète aurait-elle pu faire différemment pour faciliter le travail du/de la clinicienne qui doit se faire une impression du vécu émotionnel du/de la patiente ?
- Si pas abordé :
  - o Que pensez-vous de la manière dont la question des lignes 13-14 est traduite par l’interprète ?
  - o Comment cette manière de traduire peut-elle influencer les informations qu’aura la clinicienne sur le vécu émotionnel du patient face à ce divorce ?
  - o Quelles pistes pratiques ou stratégies voyez-vous face à ce genre de défis ?
  - o Pouvez-vous dire dans votre langue comment cette question aurait pu être mieux traduite ?
- Voyez-vous des éléments qui n’ont pas été traduits et où l’absence de traduction peut influencer négativement la relation entre le patient et la clinicienne ?
- Si pas abordé :
  - o Qu’est-ce qui n’a pas été traduit de ce qui est dit à la ligne 23 ?
  - o Quelles conséquences cela peut-il avoir sur la relation ?
  - o Quelles pistes pratiques ou stratégies voyez-vous face à ce genre de défis ?
  - o Pouvez-vous jouer votre/vos proposition(s) ? (2 acteurs : clinicien·ne + interprète)

---

<sup>1</sup> Nous avons choisi le terme « traduction » dans les documents de travail pour les participant·e·s et dans les questions qui peuvent leur être posées. Ce choix est lié aux habitudes observées dans les groupes d’interprètes en Suisse romande lorsqu’ils/elles parlent de leur travail.

Extrait 1 – Notes personnelles

Leçons pour la pratique

Stratégies à tester dans de futures interventions

Extrait 1 – Version surlignée

- 13 C : Mhm. En tous cas j'ai le sentiment que c'est quelque chose qui vous préoccupe beaucoup,  
14 parce que vous l'avez souvent mentionné, sans en parler plus. Donc je me dis que [peut-être]
- 15 I : *[Elle dit]*
- 16 C : °Ça vous occupe beaucoup°
- 17 I : de toute façon, je vois que vous êtes très préoccupé par ça, chaque fois que vous parlez de  
18 ça vous êtes triste, sans que vous expliquiez davantage.
- 19 P : *Eh ben, si personne ne vous pose la question*
- 20 I : *[Ouais]*
- 21 P : *[on ne peut pas] répondre comme ça au tac au tac*
- 22 I : Quand on me pose pas la question, je peux pas répondre euh sans question
- 23 C : Mhm, Bien sûr... Vous avez été marié longtemps ?
- 24 I : ça fait longtemps que vous vous êtes marié

## Extrait 1 – Commentaires

a) **Les termes utilisés pour parler du vécu subjectif :**

Nous avons ici l'exemple de l'investigation des émotions du patient. La clinicienne entame la discussion en expliquant, à la ligne 13, qu'elle sent de la **préoccupation** chez le patient quant au sujet de son divorce. Cet élément est repris par l'interprète (ligne 5), mais celle-ci ajoute également un complément (ligne 18) qui n'est pas présent dans le discours de la thérapeute et qui exprime une émotion précise : la **tristesse**. Il est possible que l'interprète ait ajouté cet élément afin que le patient comprenne mieux que la clinicienne s'intéresse à ses émotions. Mais cette manière de traduire peut avoir une conséquence problématique (qui n'est pas observable ici) : si le patient parle de tristesse, la clinicienne pensera qu'il le fait spontanément, alors qu'en réalité c'est l'interprète qui lui a mis ce mot dans la bouche. Les termes précis utilisés de part et d'autre pour les émotions sont souvent décisifs lorsqu'il s'agit de lexique en lien avec le vécu subjectif des patient·e·s et en particulier avec leurs émotions.

Un autre défi pour l'interprète est lié aux termes utilisés par la thérapeute pour parler de son propre vécu subjectif en lien avec la situation du patient : **« j'ai le sentiment que »**, à la ligne 13, ainsi que **« je me dis que peut-être »**, à la ligne 14. Selon nos observations ces éléments sont souvent transmis au patient de manière moins nuancée (ici : « de toute façon je vois que » à la ligne 17), ce qui ne permet pas au patient d'avoir accès au caractère hypothétique de ce que dit la clinicienne. Pour pouvoir passer à la restitution, de tels éléments, qui peuvent facilement passer inaperçus, demandent une attention particulière de la part des interprètes. Mais pour les cliniciens ces éléments paraissent en général moins importants que les mots pour parler des émotions des patients.

Leçons à retenir :

- Les clinicien·ne·s en santé mentale ont besoin d'informations aussi précises que possible sur les émotions et le vécu subjectif des patient·e·s
- La précision de la restitution des questions des cliniciens est très importante pour que les clinicien·ne·s sachent exactement à quoi les patient·e·s répondent

Stratégies :

- Se concentrer particulièrement sur la mémorisation des termes et expressions portant sur les émotions
- Métacommuniquer avec le/la clinicienne en cas de questions trop longues ou complexes pour vous permettre une traduction précise et, si nécessaire, lui demander de reformuler la question plus simplement.

b) **Les interjections hors question-réponse avec une portée relationnelle sensible :** Dans la situation présente, on assiste à une sorte de négociation des responsabilités entre la clinicienne et le patient. Elle est déclenchée par la clinicienne qui dit au patient qu'il n'a pour l'instant presque pas abordé le sujet de son divorce avec elle. La réaction du patient suggère qu'il a interprété cette remarque comme une critique. Le patient s'engage en effet dans une explication quant aux raisons de l'absence de tout approfondissement de ce thème dans les rencontres précédentes : la clinicienne ne lui a pas posé la question. On se trouve donc ici dans un moment relationnel délicat du

type « ce n'est pas de ma faute, c'est de la vôtre ». Dans ce contexte, le fait que la thérapeute réagisse en disant « bien sûr » (ligne 23) revêt une importance particulière : elle signale par cela qu'elle valide le vécu du patient. Ce feedback n'est pas repris par l'interprète à la ligne 24, qui traduit simplement la question posée au patient. On observe, de manière générale, que les éléments qui relèvent des questions et réponses sont souvent privilégiés, lors de la restitutions, par rapport au reste du contenu du discours. Ces éléments portent l'essentiel du contenu des échanges, cependant le travail de restitution ne peut se résumer à ces aspects, surtout dans un contexte clinique où le discours dans son ensemble a une importance primordiale pour la relation et le travail thérapeutique. Encore une fois il s'agit d'éléments qui peuvent facilement passer inaperçus mais qui, dans cette situation notamment, ont une grande importance.

Leçons à retenir :

- Les propos qui ne font partie ni d'une question, ni d'une réponse risquent particulièrement d'être oubliés à la traduction
- Parfois ces propos peuvent paraître insignifiants mais être importants, par exemple parce qu'ils interviennent dans des moments relationnels délicats

Stratégies :

- Être attentif aux propos qui ne font partie ni d'une question, ni d'une réponse
- Observer si des tensions apparaissent et soigner tout particulièrement la précision de la traduction des propos qui renforcent ou apaisent la tension
- Traduire les remarques conclusives courtes immédiatement, avant que le/la clinicien-ne ne pose la prochaine question
- Métacommuniquer avec le/la clinicienne pour demander son accord de principe pour une traduction en semi-simultané (chuchotage) de remarques conclusives courtes si le temps pour une traduction en consécutive devait manquer puis pratiquer de la sorte

**Extrait 2**

## Extrait 2 – Introduction

**Remarque :** Cette page n'est destinée qu'aux formateurs, pour les autodidactes ; veuillez directement passer à la page suivante de l'extrait 2 (version non surlignée).

### **Gestion de propos gênants et des interruptions précoces de l'interprète.**

Dans les suivis psychiatriques et psychologiques, la manière dont les patient·e·s se comportent avec les autres personnes présentes dans la consultation donne des indications centrales à propos de leur état et de leur fonctionnement psychique. Tel est par exemple le cas quand un·e patient·e se comporte de manière irritante ou agressive. Ces indications peuvent être moins bien accessibles pour le/la clinicien·ne si, pour une raison ou une autre, l'interprète atténue les aspects gênants ou embarrassants des discours dans ces restitutions.

Une autre difficulté récurrente dans les consultations avec interprètes est liée aux interruptions des interprètes au moment même de la restitution. Ces interruptions les confrontent au choix délicat s'il faut laisser parler la personne qui interrompt – et éventuellement les autres personnes qui pourraient réagir – ou s'il s'agit plutôt de demander à pouvoir terminer tout d'abord la restitution.

L'extrait 2 met en lumière ces deux aspects sensibles des pratiques.



## Extrait 2 – Version non surlignée

Questions de départ pour la discussion/réflexion :

Quels sont les défis pour l'interprète dans ce passage ? Comment les relève-t-elle ?  
Quelles bonnes stratégies sont utilisées ou pourraient l'être ?

Contexte :

L'extrait 2 est tiré du premier entretien avec un patient d'origine serbe qui comprend et parle un peu le français. Il commence la consultation en évoquant sa vie dans son pays d'origine, les raisons de sa fuite, son parcours professionnel et sa vie en Suisse. Plus tard, le médecin aborde la question du sommeil. Le patient explique alors qu'il dort mal, qu'il ne fume pas de marijuana (au contraire des autres habitants de son centre d'hébergement) et qu'il fait du sport. Voici comment il introduit ce dernier thème, ainsi que les propos qui suivent:

- 25 P : *je n'ai jamais utilisé de marijuana depuis que je suis arrivé ici, c'est impossible que*  
26 *quelqu'un ne prenne pas de marijuana dans ce centre, tout...*
- 27 I : je n'ai jamais consommé marijuana [depuis que je suis là]
- 28 P : *[J'ai toujours fait du sport]*
- 29 I : =alors que c'est pratiquement impossible ne pas consommer si tu es dans le centre, j'ai  
30 toujours pratiqué le sport
- 31 C : quel sport ?
- 32 I : *Quel sport ?*
- 33 P : *J'étais... pendant neuf ans... athlète professionnel, basketteur et Kick-boxing mais j'aime*  
34 *tous les sports, le vélo, tout, tout, tout, tout... j'étais athlète professionnel.*
- 35 I : euh... athlétisme
- 36 C : mhm
- 37 I : pendant 9 ans
- 38 C : en, en Yougoslavie alors ?
- 39 I : *[Alors... basketball]*
- 40 P : *[Ex-Yougoslavie], champion junior de l'Ex-Yougoslavie.*
- 41 C : mhm
- 42 I : = basketball et... le sport de combat,
- 43 C : =mhm
- 44 I : =kick-boxing mais surtout athlétisme, j'étais euh... dans l'équipe des juniors professionnels

## Extrait 2 – Questions d'approfondissement

- Voyez-vous une différence significative entre la manière dont le patient parle de ses accomplissements sportifs et ce que dit l'interprète au clinicien ?
- Avez-vous des idées sur les raisons possibles de ces différences ?
  
- En sachant que le patient parle souvent de lui-même de manière très élogieuse (en particulier lorsqu'il se compare à d'autres personnes migrantes), peut-on imaginer que l'interprète ait été irritée par l'attitude du patient ?
- Peut-on imaginer qu'elle ait anticipé une irritation de la part du clinicien ?
- L'irritation ressentie personnellement ou anticipée chez le clinicien a-t-elle pu influencer sa manière de traduire ?
- Quelles pistes pratiques ou stratégies voyez-vous face à ce genre de situations ?
  
- Comment se passent les prises de parole dans cet extrait ? Les participants se laissent-ils parler jusqu'au bout ou s'interrompent-ils ?
- Est-ce que les interruptions peuvent rendre difficile la traduction ? A quoi le voit-on dans l'extrait ?
- Dans cet extrait la patient avait un assez bon niveau de français. Cela a-t-il pu rendre plus difficile le travail de l'interprète dans cet extrait ?
- Quelles pistes pratiques ou stratégies voyez-vous face à ces défis liés aux interruptions de l'interprète ?
- Pouvez-vous formuler des phrases utiles que l'interprète aurait pu dire au clinicien et/ou au patient dans cet échange ou au moment de la préparation de l'entretien (briefing) ?

Extrait 2 – Notes personnelles

Leçons pour la pratique

Stratégies à tester dans de futures interventions

Extrait 2 – Version surlignée

- 25 P : *je n'ai jamais utilisé de marijuana depuis que je suis arrivé ici, c'est impossible que*  
26 *quelqu'un ne prenne pas de marijuana dans ce centre, tout...*
- 27 I : je n'ai jamais consommé marijuana [depuis que je suis là]
- 28 P : [J'ai toujours fait du sport]
- 29 I : =alors que c'est pratiquement impossible ne pas consommer si tu es dans le centre, j'ai  
30 toujours pratiqué le sport
- 31 C : Quel sport ?
- 32 I : *Quel sport ?*
- 33 P : *J'étais... pendant neuf ans... athlète professionnel, basketteur et Kick-boxing mais j'aime*  
34 *tous les sports, le vélo, tout, tout, tout, tout... j'étais athlète professionnel.*
- 35 I : euh... athlétisme
- 36 C : mhm
- 37 I : pendant 9 ans
- 38 C : en, en Yougoslavie alors ?
- 39 I : [Alors... basketball]
- 40 P : [Ex-Yougoslavie], champion junior de l'Ex-Yougoslavie.
- 41 C : mhm
- 42 I : = basketball et... le sport de combat,
- 43 C : =mhm
- 44 I : =kick-boxing mais surtout athlétisme, j'étais euh... dans l'équipe des juniors professionnels

## Extrait 2 – Commentaires

- a) **Gestion des propos irritants** : Durant toute cette consultation, le patient utilise des termes pour parler de lui qui sont très valorisants mais suscitent, dans leur version originale, le sentiment qu'il a une opinion trop haute de sa personne. Ces éléments sont, à plusieurs reprises, atténués dans la restitution qu'en donne l'interprète. Dans cet extrait, l'atténuation est visible dans la transformation de deux qualificatifs que le patient utilise : « athlète professionnel » devient « [une personne qui fait de] l'athlétisme » (lignes 33 et 35) dans la restitution ; et « champion junior » devient « [un membre d'une] équipe junior professionnelle » (lignes 40 et 44). Deux explications au moins sont possibles pour ces adaptations répétées du discours.
- i. L'interprète pourrait, de façon très certainement inconsciente, chercher à rester plus empathique vis-à-vis du patient en modifiant un peu ce qu'il dit, car il peut s'avérer difficile d'être empathique envers quelqu'un qui a tendance à se mettre en avant et à se "survaloriser".
  - ii. D'autre part, il est également possible, que l'interprète soit animée par un souci de maintien d'une relation harmonieuse entre le patient et le clinicien, parce qu'elle anticipe une irritation chez ce dernier. Les changements subtils dans le discours renvoient au clinicien un message moins narcissique, ce qui donne une image plus positive du patient, ou en tout cas moins négative. Les modifications du discours du patient par l'interprète peuvent cette fois-ci permettre au clinicien d'être plus empathique envers le patient.

Mais il est important de noter que, si ces glissements dans la restitution renforcent peut-être la qualité des relations, ils ont aussi leur prix: la perte d'indices cliniques précieux, dans ce cas sur la manière dont le patient entre en contact avec les autres et sur son fonctionnement/profil psychique (narcissisme). De plus, dans cette situation, on pourrait se demander si l'histoire racontée par le patient est vraie (mythomanie), tandis que celle transmise par l'interprète semble plus réaliste. Suite aux transformations du discours par l'interprète il est donc possible que certains aspects potentiellement révélateurs de traits maladiques soient moins bien accessibles au clinicien.

Leçons à retenir :

- Les effets relationnels ou émotionnels des propos échangés peuvent entrer en tension avec la précision de leur traduction
- Dans les contextes de santé mentale une traduction précise est importante pour que les clinicien-ne-s puissent se faire une bonne image du fonctionnement et du profil psychique du patient

Stratégies :

- Se concentrer tout particulièrement sur la mémorisation des propos échangés en cas de charge relationnelle ou émotionnelle importante
- Métacommuniquer avec le/la clinicien-ne (par exemple dans l'entretien de débriefing) si la charge relationnelle ou émotionnelle rend difficile une traduction précise

- b) **Interruptions précoces de l'interprète:** Dans cet extrait l'interprète est interrompue tant par le patient (ligne 27-28) que par le clinicien (ligne 38 : « en Yougoslavie ? ») alors qu'elle est encore en train de traduire ce qui s'est dit avant. Ces interventions sont problématiques pour l'interprète qui est perturbée dans son travail de restitution et qui doit, de ce fait, choisir entre deux options :
- i. Imposer la poursuite de la restitution – ce que l'interprète semble vouloir faire ici mais sans succès (ligne 39). Dans ce cas, elle pourrait probablement produire une restitution plus fidèle, mais les intentions communicatives de celui/celle qui voulait intervenir risquent de se perdre.
  - ii. A l'inverse, si l'interprète se laisse interrompre, comme c'est finalement le cas ici à la ligne 39, il/elle risque de perdre en qualité de restitution, autant pour les propos qui n'ont pas encore été traduits que pour ceux qui sont formulés au moment de l'interruption et dans sa suite. Ce d'autant plus qu'il est toujours possible que l'interruption soit suivie d'autres discours, comme on le voit ici à la ligne 40, discours qu'il s'agira de nouveau de mémoriser puis de traduire par la suite. Le fait que le patient maîtrise passablement la langue locale a ici certainement contribué à ce qu'il puisse rebondir directement sur la question interjetée par le clinicien sans attendre la restitution de l'interprète. Cela rend le travail de l'interprète encore plus difficile. Dans cette situation, l'interprète opte finalement pour laisser faire, puis reprend la restitution là où elle l'avait laissée, en intégrant simplement un élément nouveau introduit par le patient (« junior », lignes 40 et 44). Il est toutefois très probable que la nécessité d'opérer cette fusion entre plusieurs discours originaux joue aussi un rôle important dans le glissement de sens dont il a déjà été question (atténuation de propos narcissiques du patient sur son passé de sportif).

Leçons à retenir :

- Les interruptions de l'interprète alors qu'il est en train de traduire représentent un défi important pour elle/lui et risquent d'entraîner des pertes de précision pour la traduction
- En cas d'interruption les interprètes ont le difficile choix entre : couper celui/celle qui l'a interrompu (ce qui peut aussi être délicat pour la relation) pour pouvoir continuer à traduire ; ou de laisser l'autre continuer à parler, ce qui demande un effort de mémorisation très important et débouchera presque inévitablement sur une traduction moins précise

Stratégies :

- Si cela paraît approprié dans le contexte et utile pour l'échange : signaler délicatement (par le non-verbal et/ou par des mots) à celui/celle qui interromp sa difficulté de traduire suite à des interruptions et lui suggérer de mémoriser ce qu'il/elle voulait dire pour plus tard
- Métacommuniquer avec le/la clinicienne lors de l'entretien de débriefing (et/ou lors du briefing pour l'entretien suivant) si les interruptions sont fréquentes et/ou particulièrement problématiques, par exemple en disant qu'en attendant que vous avez fini de traduire avant d'intervenir à nouveau il/elle a la possibilité de vous aider à traduire avec plus de précision
- Se concentrer tout particulièrement sur la mémorisation des propos échangés lorsque des interruptions ne peuvent pas être évitées

**Extrait 3**

### Extrait 3 – Introduction

**Remarque :** Cette page n'est destinée qu'aux formateurs, pour les autodidactes ; veuillez directement passer à la page suivante de l'extrait 3 (version non surlignée).

#### **La transmission des aspects non-verbaux.**

Le processus de restitution porte prioritairement sur les aspects verbaux du discours. Cependant, la communication passe également par d'autres éléments pouvant être para-verbaux ou non-verbaux. C'est le cas, par exemple, de la gestuelle qui accompagne les discours. Les gestes enrichissent les messages en ajoutant des éléments de sens (ex. localisation d'une douleur) et peuvent parfois remplacer du discours. Dans un contexte clinique interculturel, cela pose plusieurs questions importantes : Est-ce que les gestes utilisés sont partagés par les personnes qui viennent de cultures différentes ? Sinon, faut-il les « traduire » ? Comment savoir, quand on ne parle pas la langue de l'autre, à quoi se rapportent les gestes que l'on peut observer pendant que l'autre parle ? Comment les interprètes peuvent-ils/elles contribuer à la bonne transmission des messages, quand ceux-ci comprennent des éléments non-verbaux importants ? Et que penser de restitutions où les interprètes introduisent des gestes là où ils sont absents dans l'original ? L'extrait 3 permet de travailler cet aspect important de la communication triadique.



### Extrait 3 – Version non surlignée

Questions de départ pour la discussion/réflexion :

Quels sont les défis pour l'interprète dans ce passage ? Comment les relève-t-elle ?  
Quelles bonnes stratégies sont utilisées ou pourraient l'être ?

Contexte :

Cet extrait est tiré du premier entretien avec ce patient. Il aborde la question de sa vie en Ethiopie, son engagement dans un groupe armé et sa vie familiale. La clinicienne finit l'entretien par quelques questions sociodémographiques pour le patient et c'est dans ce contexte qu'elle introduit la question suivante :

45 C : Mhm. (2 s) Et vous êtes célibataire ?

46 I : *Tu n'es pas marié ?*

47 P : *J'avais là-bas (3s.) après 4 mois*

48 I : *Tu étais marié ?*

49 P : *On était, 4 mois, mais je sais pas, on s'est mariés, après* (geste de main : la main droite  
50 ouverte part tout près de l'épaule droite et s'en éloigne vers le haut)

51 I : (s) *Vous vous êtes séparés* (geste des mains : d'abord ouvertes jointes devant la poitrine,  
52 puis s'éloignant l'une de l'autre en montant) (s) *Au pays, je me suis marié et on est restés*  
53 *quatre mois, et après on pouvait pas continuer, et c'est là que on s'est séparés* (refait même  
54 geste des mains).

55 C : Mhm (2 s) Ouais... C'est quelque chose qui vous rend triste on dirait, hein ?

56 I : *ça te touche, ça* (geste avec main qui point le cœur)

57 P : *oui*

### Extrait 3 – Questions d’approfondissement

- A quoi voit-on que l’interprète n’est pas sûre d’avoir bien compris le patient ?
- Comment s’y prend-elle pour s’assurer de sa compréhension ?
- Quel rôle les gestes jouent-t-ils dans ses doutes et ses stratégies de vérification du sens ?
- Quels autres gestes utilise-t-elle et avec quel but ?
- Comment feriez-vous si vous étiez confronté à une situation du même type dans votre travail ?
- Pouvez-vous imaginer une situation où un geste d’un patient pour lequel vous traduisez pourrait demander une sorte de traduction par geste ? Pouvez-vous montrer les gestes ?
- Si une traduction par geste n’est pas possible, quel autre stratégie peut-on utiliser ?
- Pouvez-vous formuler une phrase où vous métacommuniqué avec un·e clinicien·ne sur un geste d’un patient ?

### Extrait 3 – Notes personnelles

Leçons pour la pratique

Stratégies à tester dans de futures interventions

Extrait 3 – Version surlignée

- 45 C : Mhm. (2 s) Et vous êtes célibataire ?
- 46 I : *Tu n'es pas marié ?*
- 47 P : *J'avais là-bas (3s.) après 4 mois*
- 48 I : *Tu étais marié ?*
- 49 P : *On était, 4 mois, mais je sais pas, on s'est mariés, après (geste de main : la main ouverte*  
50 *part tout près de l'épaule et s'en éloigne vers le haut)*
- 51 I : (s) *Vous vous êtes séparés (geste des mains : d'abord ouvertes jointes devant la poitrine,*  
52 *puis s'éloignant l'une de l'autre en montant) (s) Au pays, je me suis marié et on est restés*  
53 *quatre mois, et après on pouvait pas continuer, et c'est là que on s'est séparés (refait même*  
54 *geste des mains).*
- 55 C : Mhm (2 s) Ouais... C'est quelque chose qui vous rend triste on dirait, hein ?
- 56 I : *ça te touche, ça (geste sur cœur)*
- 57 P : *oui*

### Extrait 3 – Commentaires

- a) **Restitution avec reproduction de gestes par l'interprète :** Dans le cas présent, le patient a un discours peu précis et ambigu concernant la fin de son précédent mariage, possiblement parce qu'il est gêné que celui-ci se soit terminé. Il remplace une partie de son récit par un geste de balayement de la main pour exprimer la séparation avec son ex-femme (ligne 49). L'interprète dit alors comment elle a compris ce geste (« vous vous êtes séparés », à la ligne 51), tout en accompagnant sa question par un geste avec les deux mains exprimant la séparation de manière plus explicite et qui signale que chacun a pris des chemins différents. L'interprète reprend ensuite ce même geste lorsqu'elle traduit le message à la clinicienne (lignes 53-54). Elle fait ainsi une reformulation à la fois verbale et non verbale qui permet de mieux transmettre le message du patient et, surtout, d'explicitier le geste fait par ce dernier.
- b) **Intégration de nouveaux gestes par l'interprète lors de la restitution :** Toujours au sujet des aspects non-verbaux, on observe, à la ligne 56, la production d'un geste par l'interprète qui n'avait pas été fait par la thérapeute. La clinicienne mentionne une tristesse possible, alors que l'interprète dit « ça te touche » et pose sa main sur son propre cœur. On notera que la question formulée par la clinicienne (ligne 55) porte sur le vécu subjectif du patient, sur le ressenti d'une émotion particulière. C'est un sujet qui peut être difficile à aborder avec des patient·e·s provenant de certaines cultures où ces aspects sont moins facilement élaborés de manière explicite. On peut donc lire ce geste de main comme une stratégie de l'interprète pour introduire la dimension émotionnelle de manière moins frontale, ce qui semble porter ses fruits dans le cas présent car le patient accepte de parler de ce sujet. Un complément utile aurait été d'informer la clinicienne que la question a été légèrement modifiée (p. ex. « je vais lui dire « ça te touche » à la place de « ça te rend triste » ») (pour les raisons et le détail de cette stratégie, voir extrait 1).

#### Leçons à retenir :

- Même si le/la clinicien·ne voit les gestes du patient, ces gestes peuvent ne pas être compréhensibles pour lui/elle : les gestes changent d'une langue à l'autre ; et les clinicien·ne·s ne comprennent pas les paroles auxquelles les gestes s'attachent.
- La même chose est vraie pour les gestes des clinicien·ne·s, qui peuvent être incompréhensibles pour les patients
- L'interprète a un rôle important à jouer pour que les messages contenus dans les gestes ne se perdent pas.

#### Stratégies :

- Vérifier la compréhension de gestes ambigus avec celui qui les a produits
- Transmettre le message contenu dans les gestes
  - en utilisant soi-même des gestes, si nécessaire des gestes plus compréhensibles pour celui à qui l'on parle
  - en formulant verbalement le sens des gestes, possiblement en métacommuniquant qu'il s'agissait d'un geste dans l'original



## Extrait 4

## Extrait 4 – Introduction

**Remarque :** Cette page n'est destinée qu'aux formateurs, pour les autodidactes ; veuillez directement passer à la page suivante de l'extrait 4 (version non surlignée).

### **La restitution d'un discours confus et désorganisé**

Les difficultés des interprètes à traduire les discours de patient·e·s peuvent être importantes lorsque ces discours n'ont pas une organisation claire et sont, par conséquent, difficiles à comprendre. En psychiatrie on peut rencontrer des patient·e·s, pour qui ne pas pouvoir organiser « normalement » leurs propos fait partie de leur problème de santé mentale ou donne des informations sur leur état émotionnel. Dans ce cas, il est important de rendre visible l'organisation et, surtout, la désorganisation du discours des patient·e·s pour que les psychiatres et psychologues puissent avoir accès au fonctionnement psychique et possiblement également à des difficultés intellectuelles des patient·e·s. Ces éléments discursifs sont essentiels pour les thérapeutes. L'extrait 4 permet de travailler cet aspect de la restitution d'un discours confus et désorganisé.



#### Extrait 4 – Version non surlignée

Questions de départ pour la discussion/réflexion :

Quels sont les défis pour l'interprète dans ce passage ? Comment les relève-t-elle ?  
Quelles bonnes stratégies sont utilisées ou pourraient l'être ?

Contexte :

L'extrait 4 est tiré d'un entretien avec un jeune patient somalien qui a longuement vécu en Ethiopie avant de rejoindre la Suisse. Il a un passé de rebelle dans une milice pro-Somalienne en Ethiopie et souffre de troubles du sommeil, ainsi que de diverses douleurs chroniques. L'entretien – le premier avec cette médecin psychiatre – est assez compliqué, avec passablement de confusion et de malentendus. La discussion commence par les plaintes du patient concernant des saignements suite à une blessure, puis il évoque sa petite enfance en Somalie et la raison de sa fuite en Ethiopie (en compagnie de sa famille) : le meurtre de sa sœur par le groupe islamiste Al-Shabab. Voici comment il raconte ces événements vécus dans l'enfance :

58 M : D'accord. Et vous, vous savez pourquoi votre fr-, votre sœur s'est fait tuer ?

59 I : *Est-ce qu'on t'a dit pourquoi on a tué ta sœur ?*

60 P : *Des gens qui étaient, là-bas, c'est quoi leur nom, j'arrive pas à dire. Des gens qui tuaient,*  
61 *des gens*

62 I : *Quoi ?*

63 P : *Des gens*

64 I : *Des gens Al-Shabab*

65 P : *Oui, Al-Shabab*

66 I : *Ouais, le, le, le groupe de Al-Shabab qui ont tué, c'est très difficile leur nom, j'arrive pas à*  
67 *dire*

68 M : Mhm, d'accord

69 P : *C'est là qu'ils m'ont dit, c'est eux qui ont tué. Ils l'ont fait. Ils ont dit, heu, un garçon, heu,*  
70 *un garçon, heu, qui était dans la même classe de l'école, euh, c'était quoi, euh, coranique,*  
71 *heu, ce garçon il faisait partie d'eux, heu, de ces gens, de ces gens. Il disait à ma sœur, vous*  
72 *êtes combien, les filles et les petits. J'étais très très jeune, j'avais environ cinq ans.*

73 I : *Alors, le moment que ils ont tué de ma sœur, je, j'avais euh environ je pense l'a-, l'âge cinq*  
74 *ans*

75 M : Mhm

76 I : *Et puis comment ils m'ont raconté, euh mes parents, ils ont dit que ma sœur les, c'est Al-*  
77 *Shabab qui ont tué, et puis euh où elle étudiait l'école du coran, il y avait un, un garçon qui*  
78 *était cette école-là, et ce garçon-là il est devenu membre de le Al-Shabab, et puis le garçon*  
79 *qui devient membre de la Al-Shabab, il demande aux gens qui ils connaissaient, et puis c'est*  
80 *là que il a dit je connaissais telle, telle, telle personne, puis ils ont tué.*

#### Extrait 4 – Questions d’approfondissement

- A quoi voit-on que la réponse du patient à la première question posée est problématique pour l’interprète (lignes 60-61) ?
- Comment s’y prend-elle pour faire avancer l’échange ?
- Quels sont les avantages et les points faibles de cette manière de faire ?
- Quelles autres possibilités l’interprète aurait-elle eu ici ?
- Que pensez-vous de ces différentes stratégies possibles ? Pouvez-vous formuler ce que vous diriez au cliniciens si vous étiez dans cette situation ? Dans ce que vous venez de dire là, qu’est-ce qui est de la traduction orale de contenu original et qu’est-ce qui est de la métacommunication ?
  
- Pour quelle(s) raison(s) peut-il être difficile de traduire ce que raconte le patients des sur le meurtre de sa sœur (lignes 69 à 72) ?
- Quelles sont les principaux risques pour la précision des traductions dans ces cas ?
- Quelles stratégies l’interprète adopte-t-elle face à cette difficulté ?
- Quelles autres stratégies aurait-elle pu adopter ?
- Savez-vous ce qu’est le chuchotage ?
- Expérimentez le chuchotage : 1 personne lit les propos du patient sans trop se presser (lignes 69 à 72) ; une autre traduit par chuchotage
- Quels sont les risques liés au chuchotage ou aux coupures fréquentes du patient ?
- Formulez une intervention de métacommunication :
  - o Pour expliquer au clinicien vos difficultés à traduire les propos du patient
  - o Pour expliquer au clinicien ce qu’est le chuchotage et demander l’accord de pouvoir le pratiquer ; idem pour le patient (dans votre langue première)

## Extrait 4 – Notes personnelles

Leçons pour la pratique

Stratégies à tester dans de futures interventions

Extrait 4 – Version surlignée

- 58 M : D'accord. Et vous, vous savez pourquoi votre fr-, votre sœur s'est fait tuer ?
- 59 I : Est-ce qu'on t'a dit pourquoi on a tué ta sœur ?
- 60 P: *Des gens qui étaient, là-bas, c'est quoi leur nom, j'arrive pas à dire. Des gens qui tuaient,*  
61 *des gens*
- 62 I : Quoi ?
- 63 P : *Des gens*
- 64 I : *Des gens Al-Shabab*
- 65 P : *Oui, Al-Shabab*
- 66 I : Ouais, le, le, le groupe de Al-Shabab qui ont tué, *c'est très difficile leur nom*, j'arrive pas à  
67 dire
- 68 M : Mhm, d'accord
- 69 P : *C'est là qu'ils m'ont dit, c'est eux qui ont tué. Ils l'ont fait. Ils ont dit, heu, un garçon, heu,*  
70 *un garçon, heu, qui était dans la même classe de l'école, euh, c'était quoi, euh, coranique,*  
71 *heu, ce garçon il faisait partie d'eux, heu, de ces gens, de ces gens. Il disait à ma sœur, vous*  
72 *êtes combien, les filles et les petits. J'étais très très jeune, j'avais environ cinq ans.*
- 73 I : Alors, le moment que ils ont tué de ma sœur, je, *j'avais euh environ je pense l'a-, l'âge cinq*  
74 *ans*
- 75 M : Mhm
- 76 I : Et puis comment ils m'ont raconté, euh *mes parents*, ils ont dit que ma sœur les, c'est Al-  
77 Shabab qui ont tué, et puis euh où elle étudiait l'école du coran, *il y avait un, un garçon qui*  
78 *était cette école-là, et ce garçon-là il est devenu membre de le Al-Shabab, et puis le garçon*  
79 *qui devient membre de la Al-Shabab, il demande aux gens qui ils connaissait, et puis c'est l*  
80 que il a dit je connaissais telle, telle, telle personne, puis ils ont tué.

#### Extrait 4 – Commentaires

- a) Dans cet extrait on observe tout d'abord des propos difficiles à traduire parce que le patient peine à trouver certains mots importants et que sa réponse reste très vague (ici : Al Shabab, le nom du groupe qui a tué sa sœur) (lignes 60-61). Face à cela plusieurs stratégies sont possibles :
- i. L'interprète peut, comme dans cet extrait, aider activement le patient à trouver les mots (Al Shabab, ligne 64), ce qui accélère l'échange et semble, dans ce cas, bien convenir du point de vue clinique. Il est alors important de métacommuniquer sur la difficulté du patient, ce que l'interprète fait à la ligne 66 lorsqu'elle dit que le nom du groupe est difficile à dire pour lui. Il aurait été encore plus précis de la part de l'interprète de dire, dans sa métacommunication, que c'est elle qui a donné le nom du groupe au patient, qui n'arrivait pas à le retrouver, et que le patient l'a validé.
  - ii. L'interprète pourrait également traduire la réponse d'origine à la clinicienne même si elle est vague et la laisser poser ses propres questions pour comprendre la situation. Cela risque d'être long et difficile mais fait bien prendre conscience à la clinicienne des difficultés d'expression du patient.
  - iii. L'interprète avait également la possibilité de commencer par métacommuniquer avec la clinicienne pour lui proposer d'aider le patient à trouver le nom du groupe avant de le faire et de restituer une réponse moins vague.
- b) Dans la suite de l'extrait, le patient a aussi des difficultés importantes à organiser ses pensées et son récit d'une manière qui soit facile à comprendre (lignes 69 à 72). Bien qu'il aborde des éléments compréhensibles pris isolément, il est difficile de comprendre comment ces éléments sont liés et qui en sont les acteurs. Plusieurs raisons sont possibles pour les difficultés du patient à répondre et raconter: sa compréhension limitée de ce qui se passe dans la consultation, ses émotions fortes causant des difficultés à se replonger dans ses souvenirs, une confusion due à une maladie psychiatrique particulière possible (symptômes psychotiques), son niveau socioculturel lié à une scolarité courte, etc. Ce qui importe est que la psychiatre comprenne que le patient peine à s'exprimer et à maintenir un fil rouge lorsqu'il évoque des événements. Et l'interprète rencontre au moins trois défis lorsqu'il doit restituer des propos confus :
- i. Mémorisation : les contenus confus sont plus difficiles à mémoriser que des histoires bien construites qui répondent très bien aux questions posées.
  - ii. Automatismes : il est très difficile de transmettre des éléments confus de manière fidèle parce que nous avons tous des automatismes qui nous amènent à trouver, souvent inconsciemment, une logique aux choses que nous entendons. Nous tendons donc naturellement à imaginer un lien logique qui nous paraît évident, là où il y aurait en réalité un grand nombre de liens logiques possibles.
  - iii. Peur de passer pour incompetent : l'interprète peut avoir peur que l'on pense qu'il/elle fait mal son travail si la restitution produite est difficilement compréhensible.

Stratégies possibles : Face à des discours, et en particulier à des récits confus, l'interprète peut réagir de plusieurs façons.

- iv. L'interprète peut laisser parler le/la patient-e relativement longuement puis essayer de traduire au plus près de son discours en cherchant à effacer aussi peu que possible la confusion. Deux façons de faire sont possibles :
  - i. Tenter de redire les mots/expressions exactement dans le même ordre sans chercher à rendre les propos plus compréhensibles. Cette stratégie est partiellement suivie dans l'extrait (p. ex. lignes 76 à 80), car par moments, l'interprète traduit les différents éléments présents dans le discours du patient de manière assez proche ce qui permet très bien de transmettre une partie du sentiment d'incohérence et la confusion que dégage le discours original du patient.
  - ii. Transmettre des blocs de discours non modifiés en restant le plus proche possible, sans nécessairement respecter l'ordre. Cela permet aussi de ne pas oublier ces blocs de discours. On le voit par exemple à aux lignes 73-74, où on voit l'interprète commencer sa restitution par évoquer l'âge que le patient avait au moment du décès de sa sœur, aspect que le patient évoque tout à la fin de son discours à la ligne 72.
- v. Il peut décider d'interrompre plus souvent le/la patient-e pour traduire des séquences plus courtes et qui rendent plus précisément l'original. Mais cela a comme effet de laisser moins d'espace et de liberté de parole aux patient-e-s, ce qui peut gêner le travail clinique. Il peut être utile d'en parler avec le/la clinicien-ne avant d'adopter cette stratégie. Pour moins interrompre la parole des patient-e-s tout en collant de près à ce qu'ils/elles disent, une autre variante est le recours au chuchotage (restitution petite séquence par petite séquence en parlant plus doucement que le patient pour lui permettre de continuer à parler à son rythme). Si cela fonctionne, le chuchotage permet de coller de plus près au discours tel qu'il est émis par la personne. Là aussi, il faut voir si cela convient au/à la patient-e et, surtout, au/à la clinicien-ne.
- vi. L'interprète peut aussi se résoudre à modifier ou compléter ponctuellement les discours pour les rendre plus compréhensibles pour le/la thérapeute, en s'appuyant sur sa compréhension personnelle de ce qui est dit. Dans cet extrait, l'interprète introduit par exemple à plusieurs reprises, dans ses restitutions, des précisions à propos de personnes nommées beaucoup plus vaguement dans l'original. A la ligne 76 l'interprète introduit ainsi « mes parents » alors que le patient avait simplement énoncé le pronom « ils ». Cette stratégie facilite souvent l'échange, mais peut priver les clinicien-ne-s d'observations ponctuelles précieuses et il est donc essentiel, si l'on en est conscient, d'en parler au/à la thérapeute.
- vii. Une stratégie essentielle complète toutes les autres : méta-communiquer sur les messages à traduire et sur les difficultés rencontrées, par exemple parce qu'une histoire confuse est difficile à re-raconter ou parce que les propos des patient-e-s ne sont pas en lien direct avec les questions posées (ce que cette interprète fait souvent dans cet entretien, mais pas en traduisant ce récit). En explicitant ce type d'observations les interprètes donnent aux clinicien-ne-s des indices importants pour se faire une image clinique précise du/de la patient-e. D'autre part, ils se mettent dans une situation plus confortable pour faire leur travail : si les propos étaient difficiles à comprendre et confus dans l'original, il

sera admis que leurs restitutions contiennent aussi une certaine confusion, même si les interprètes sont parfaitement à même de produire des discours bien construits dans toutes leurs langues de travail.

Leçons à retenir :

- Les réponses vagues de patient·e·s et les histoires difficiles à suivre représentent des défis particuliers pour les interprètes
- Dans la santé mentale il est souvent très important que les clinicien·ne·s soient au courant que les patient·e·s ont ces difficultés d'expression. Ils utilisent ces observations pour pouvoir se faire une impression clinique précise, p. ex. pour identifier certains troubles psychiques (ex. symptômes psychotiques) ou liés à des émotions fortes, évaluer le niveau d'instruction, etc.

Stratégies :

- Evaluer s'il vaut mieux clarifier soi-même les messages des patients (aussi en leur posant des questions) pour faciliter la récolte d'information au/à la clinicienne ou s'il vaut mieux laisser le/la clinicien-ne faire le travail de clarification ; en cas de doute, lui demander.
- Si vous choisissez de clarifier vous-même les messages des patients, être le plus transparent-e possible avec le/la clinicien-ne en métacommuniquant sur la difficulté d'origine (pourquoi était-ce difficile à traduire ?) et sur la stratégie retenue (ex. j'ai demandé si c'était « Al Shabab » et il me l'a confirmé)
- Si une traduction qui colle de très près aux termes du/de la patient est importante dans la situation (par exemple pour voir si sa pensée est bien structurée), il est possible
  - de l'interrompre souvent pour traduire de séquences courtes
  - de faire du chuchotage (si possible avec l'accord des deux parties)