



L'interprétariat en santé mentale à Montréal

Camille Brisset - Maître de conférences en psychologie du développement et de l'éducation, Laboratoire de Psychologie, Santé et Qualité de Vie EA 4139, Université de Bordeaux

Yvan Leanza - Professeur titulaire en psychologie, École de psychologie, Université Laval, Québec, Canada

Perspectives des intervenants, entre méconnaissance et co-thérapie

L'importance de l'interprétariat dans le domaine de la santé mentale en situation de barrières linguistique et culturelle n'est plus à démontrer. Le dialogue est la base à partir de laquelle l'évaluation et le traitement sont élaborés, et la langue est le principal moyen par lequel les usagers transmettent leurs souffrances et par lequel les intervenants partagent leur compréhension de la situation de ces derniers. La présence d'un interprète est dès lors cruciale en contexte plurilingue. Toutefois, travailler avec un interprète ne s'improvise pas et nécessite de savoir à qui on a à faire et ce que l'on en attend, mais implique également des enjeux relationnels que cette tierce personne peut susciter. Les conséquences éthiques sont grandes et les dilemmes qui peuvent en résulter soulignent une nécessité d'encadrement.

Les interprètes dans le système de soins...

Il existe différents types d'interprètes, de l'inconnu dans la salle d'attente à une personne ayant suivi un cursus universitaire complet ; et chacun peut endosser une multitude de rôles, de la machine à traduire au co-diagnosticien (e.g., Hsieh, 2007). Leanza a proposé en 2005 une typologie des postures de l'interprète dans le système de soins, reprenant ainsi la grande variété des rôles observés. Dans la position d'agent linguistique,

l'interprète est limité au transfert du discours d'une langue à une autre. À titre d'agent du système, il transmet également à l'usager le discours biomédical dominant avec ses normes et ses valeurs. Les différences culturelles sont ici minimisées ou ignorées, et la culture dominante est favorisée. Dans la position d'agent du monde vécu, les interprètes jouent le rôle d'informateur culturel, de médiateur, ou d'avocat. Les différences culturelles sont reconnues, et les valeurs et les normes du migrant sont acheminées vers l'intervenant. Enfin, la position d'agent d'intégration a lieu en dehors du contexte de la consultation. Il s'agit d'aider les usagers à trouver des ressources, à donner du sens aux différences culturelles et à s'intégrer au nouveau milieu culturel (en l'accompagnant à la pharmacie ou en lui indiquant son chemin en transport public pour se rendre aux rendez-vous, par exemple). Contrairement à la représentation qui voudrait que l'interprète soit un simple conduit, il ne peut être cloîtré dans un seul et unique rôle. Il est d'ailleurs nécessaire qu'il puisse en endosser plusieurs (Brisset, Leanza & Laforest, 2013a). Par exemple, l'usager ne serait tout simplement pas soigné si l'interaction ne se déroulait que dans le registre du monde vécu. Les rôles que la recherche met principalement en évidence sur le terrain sont ceux des postures d'agent linguistique et d'agent du système (e.g., Leanza, 2005; Davidson, 2000, 2001).

Avec ces deux facteurs de complexité que sont le type d'interprète et ses rôles, on comprend que sa seule présence vient modifier la dynamique entre un usager et un intervenant. On pourrait y ajouter d'autres facteurs comme la maîtrise des langues en présence, les relations de genre, etc. La présence d'un interprète dans une consultation entraîne nécessairement des enjeux relationnels qui vont influencer la qualité des soins. Ces derniers s'articulent autour de trois questions principales (Brisset et al., 2013a). La première concerne les enjeux de confiance. Il s'agit d'établir une relation de confiance entre les différentes personnes présentes dans la consultation, ce qui n'est pas sans défi. Pour l'intervenant, par exemple, l'alliance avec l'interprète professionnel est nécessaire, mais sa présence peut donner lieu à un sentiment de perte d'intimité avec le patient. La seconde renvoie aux enjeux de contrôle, c'est-à-dire la capacité d'orienter le cours de l'action lors des consultations et de vérifier l'exactitude et la validité des dialogues. Les intervenants peuvent avoir peur de perdre le contrôle de la consultation et développent en conséquence différentes stratégies pour le maintenir. Ils peuvent interrompre brusquement la consultation, ou décider qui peut être présent ou non comme type d'interprète. La troisième implique les enjeux de pouvoir. Ces derniers s'observent à l'extérieur de la consultation et ils prennent forme dans les contraintes institutionnelles, comme les impératifs de temps (durée des consultations allongée ou pas, temps de repos alloué aux interprètes, etc.).

... et en santé mentale

Alors que les besoins sur le terrain sont criants, les données scientifiques dans le domaine de la santé mentale sont encore rares. Elles soulignent toutefois trois principaux résultats : 1) L'évaluation d'un usager, si elle ne se fait pas dans sa langue maternelle, peut conduire à un bilan incomplet ou erroné de sa santé mentale. 2) Les erreurs d'interprétation^[1] des interprètes ont des conséquences cliniques importantes au niveau de la précision du diagnostic et de la reconnaissance d'une pensée désordonnée ou d'un contenu délirant pour l'intervenant; et cela est particulièrement vrai pour les interprètes non-formés, appelés ad hoc. 3) La présence d'interprètes formés, appelés professionnels, aiderait les usagers à se dévoiler et inciterait le recours à des soins plus spécialisés pour les suites de leur prise en charge, le tout favorisant ainsi leur satisfaction (Bauer & Alegría, 2010).

Au-delà des considérations purement pratiques et scientifiquement démontrée, la présence d'un interprète dans les situations de différence de langue est une nécessité éthique (Bjorn, 2005). Même si le recours à des interprètes professionnels doit être préféré à celui d'interprètes ad hoc pour la qualité des soins (Bauer & Alegría, 2010; Karliner, Jacobs, Chen & Mutha, 2007 ; Leanza, Boivin & Rosenberg, 2010), il n'en demeure pas moins qu'il vaudrait mieux avoir une personne non formée que pas d'interprète du tout (Bezuidenhout & Borry, 2009).

Quelques précisions sur le système de soins au Québec

Le système de soins au Québec est public. L'État y agit comme principal assureur et administrateur, et son financement est assuré par la fiscalité générale, garantissant ainsi une accessibilité aux soins à tous, quel que soit le niveau de revenus. Il ne se limite toutefois pas aux questions de santé, mais intègre également une dimension sociale. Celle-ci inclut notamment toute une gamme de services psychosociaux destinés tant à la population générale qu'à des groupes vulnérables. Les différents soins offerts sont intégrés au sein d'une même administration, le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Elle en partage la gestion

avec 18 autorités régionales, appelées les Agences de santé et des services sociaux, qui, à leur tour, veillent à l'organisation des services sur leur territoire via entre autres les Centres de santé et des services sociaux (CSSS) (MSSS, 2014)^[2]. Les services s'organisent en trois niveaux, appelés première, deuxième et troisième lignes. Ceux de première ligne sont généraux et offrent des soins courants. Les besoins de la personne y sont évalués, puis pris en charge. De-là, elle peut être dirigée en deuxième ligne pour un examen plus approfondi, un traitement ou un service spécialisé. S'il advient que son problème requiert des services dit ultraspécialisés, elle sera envoyée en troisième ligne (Réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2014). Au Québec, les médecins de famille et les équipes en CSSS, constituées de plusieurs corps professionnels, sont généralement les premiers prestataires de soins en santé mentale. Les services de psychiatrie se retrouvent en deuxième et troisième lignes.

L'une des priorités du MSSS, dans son plan d'action en santé mentale de 2005-2010, vise à améliorer les services offerts à la population. Cela nécessite notamment de considérer les différences culturelles et linguistiques entre un intervenant et son usager (MSSS, 2005), et ce d'autant plus dans les centres urbains où se côtoient au quotidien de nombreuses cultures et langues. À Montréal, par exemple, la diversité de la population est très riche. Sur 1 615 000 habitants, la ville compte actuellement 590 000 immigrants, temporaires et permanents, dont 65 000 qui ne parlent aucune des deux langues officielles au Canada (Statistique Canada, 2013a, b).

Afin d'aider à adapter les pratiques dans le domaine de la santé et des services sociaux, un service de banque d'interprètes a été mis à disposition des intervenants. Créée en 1993, la Banque interrégionale d'interprètes (BII) a pour mission première de favoriser l'accès aux soins pour les personnes dites allophones et de faciliter la communication avec les intervenants, tant sur le plan verbal que culturel. Des services d'interprétation sont actuellement disponibles dans plus de 50 langues différentes (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014). Les interprètes recrutés par la BII doivent suivre un cours de 45 heures sur l'interprétariat communautaire à l'Université de Montréal, ainsi que passer un test de compétence linguistique, pour la langue vers laquelle ils interprètent et le français ou l'anglais. D'autres banques sont également disponibles en dehors de Montréal. Elles sont administrées par des organismes communautaires en collaboration avec les Agences de santé et services sociaux, et les modalités de formation sont propres à chacune.

Une recherche en deux phases

Au vu de ces différentes données, il est apparu important de dresser un portrait de la situation sur l'accueil des populations allophones dans le réseau de la santé à Montréal et sur les enjeux linguistiques rencontrés en première ligne.

Une centaine d'intervenants ont initialement répondu à un questionnaire portant sur leurs interventions en santé mentale auprès d'allophones, les ressources disponibles et les représentations qu'ils ont des rôles de l'interprète. Une vingtaine (dont un quart exerçant à Québec) a ensuite participé à une entrevue individuelle sur le travail avec un interprète et l'importance -ou non- de l'interprétariat pour la prise en charge et les soins. Les questions de transmission des émotions et du rôle de la culture dans la compréhension de la situation ont également été abordées.

Ont principalement collaboré au projet des médecins de famille, des travailleurs sociaux, des psychologues et des infirmiers.

Ce que disent les résultats quantitatifs

Les données recueillies par les questionnaires indiquent des besoins importants en situation de barrières linguistiques (Brisset et al., 2013b). Alors que les intervenants considèrent l'utilisation de services d'interprétariat professionnel comme la pratique la plus favorable, ils n'y sont pour ainsi dire pas formés et ils ne savent généralement pas qui est l'interprète présent dans la consultation. Lorsqu'ils le savent, il s'agit plus fréquemment d'un membre de la famille, ce qui est cohérent avec la littérature existante. En effet, les proches offrent l'avantage d'être présent en même temps que l'utilisateur et à chaque consultation, ainsi qu'un lien de confiance déjà établi (Edwards, Temple & Alexander, 2005).

Ce moindre recours à des interprètes professionnels s'explique par une méconnaissance des services

linguistiques disponibles et des procédures d'accès complexes. Indépendamment du nombre d'allophones dans la clientèle, seul un tiers des intervenants est au fait des ressources mises à disposition et les coûts engendrés par un recours à un service d'interprétariat seraient une entrave supplémentaire. Ce qui est en soit paradoxal, car un tel service permet de réduire les dépenses sur le long terme. Les coûts initiaux sont certes plus importants mais le recours à un interprète permet de cibler plus rapidement les problèmes et d'éviter par exemple des examens médicaux ou des hospitalisations inutiles (Bischoff & Denhaerynck, 2010; Hampers & McNulty, 2002).

Au niveau des spécificités du travail en santé mentale, accéder aux émotions de l'utilisateur et transmettre son empathie en situation de barrière linguistique s'avèrent être des tâches difficiles. La continuité dans le processus de soins apparaît ici cruciale, de même des connaissances de base en santé mentale. D'après les réponses des intervenants, l'interprète idéal serait à la fois un professionnel de la langue spécialisé en santé mentale, et un professionnel de la culture qui connaît les ressources du réseau de la santé. Cette image se rapproche de l'interprète formé mais au-delà de cette image, il semble surtout attendu que l'interprète, qui qu'il soit, endosse différents rôles : il doit traduire tout ce qui se dit avec précision, sans ajout, tout en donnant des informations socioculturelles sur l'utilisateur. Il doit être neutre, tout en étant empathique. Ces différentes attentes peuvent toutefois paraître contradictoires si non-clarifiées et une telle clarification nécessite de connaître les différents rôles que peuvent endosser les interprètes, ce qui n'est pas forcément le cas.

Ils soulignent également, tant dans les questionnaires que les entrevues, l'importance de la continuité dans le processus de soins et la nécessité pour l'interprète de posséder des connaissances de base en santé mentale.

Ce que disent les résultats qualitatifs

Les analyses des entrevues permettent de préciser qu'il ne s'agit pas de prendre la place de l'intervenant mais de savoir comment se déroule une intervention pour en saisir pleinement le sens. L'interprète est ici crucial car il permet d'accéder tant au verbal qu'au non-verbal. D'une part, il est important que l'utilisateur puisse s'exprimer dans sa langue d'origine et d'autre part, que l'interprète reprenne les intonations verbales des différentes parties et explique l'émotion qui s'exprime par le corps la mettant ainsi en contexte. Cet accès au sens est indispensable à un suivi thérapeutique. L'interprète est comme un décodeur. Tous les canaux de communication sont ramenés au langage pour que l'intervenant y ait accès.

Les entrevues nous apprennent également qu'une collaboration efficace se construit dans la continuité. Favorisée par le fait que l'interprète soit présent en tout temps, elle est le fruit d'une confiance réciproque (qui justement se construit avec le temps) et elle est particulièrement appréciée dans les situations complexes (les troubles majeurs, comme les psychoses, ou les situations d'abus, par exemple). Les compétences des interprètes sont ici particulièrement cruciales pour une intervention adéquate. Ceci dit, les caractéristiques des interprètes décrites par les intervenants tiennent quasiment de la toute-puissance. En effet, l'interprète (idéal et efficace) devrait avoir des connaissances, outre en linguistique et en interprétariat, dans le domaine de la santé mentale, ethnographiques de sa propre communauté et de celle des intervenants, ainsi que sur les processus de migration et leurs conséquences. Dans le contexte du Québec, qui ne possède aucun cursus de formation des interprètes communautaires (en dehors du cours de 45 heures mentionné plus haut), ces perles sont très rares.

Dans le fond, les intervenants interviewés estiment, à des degrés divers et à quelques exceptions près, que l'interprète est partie prenante du processus thérapeutique. Cette implication est considérée comme pleinement thérapeutique (Boivin, Brisset & Leanza, 2011). Leanza et collègues (sous presse) parlent ici de la possibilité d'être à la fois d'ailleurs et d'ici (ou métissé) sans être déloyal envers qui que ce soit. Pour ceux qui ne souhaitent pas cette implication, la confiance dans l'établissement d'une alliance de travail semble encore fragile et le sentiment de devoir contrôler l'interprète, encore très présent.

Ce que l'on peut en conclure

Cette recherche nous renseigne sur les pratiques concernant l'accueil des populations allophones dans le réseau de la santé à Montréal et les enjeux linguistiques rencontrés en première ligne. Les résultats quantitatifs indiquent avant toutes choses une méconnaissance des ressources linguistiques à disposition, ainsi qu'un manque de formation au travail avec interprètes pour les intervenants. Le portrait de la situation

n'apparaît toutefois plus aussi négatif au regard des données qualitatives. Les intervenants arrivent à collaborer efficacement avec des interprètes, malgré cette absence de formation. Cela souligne clairement qu'il est possible de développer des bonnes pratiques avec un interprète dans le domaine de la santé mentale, mais ces pratiques ne peuvent être que meilleures avec un cadre. En plus d'une formation initiale, un recours systématique à des interprètes professionnels et des formations conjointes sont nécessaires. Un effort doit également être fait en termes d'information sur les dangers du travail avec interprètes ad hoc ou sans interprètes et sur les ressources disponibles d'une part, et de reconnaissance du statut de l'interprète professionnel comme membre de l'équipe de soins à part entière d'autre part. Tout cela ne peut se faire sans l'implication des responsables administratifs. Les changements à venir dans le réseau de la santé sont peut-être une chance pour inclure cette préoccupation dans les processus décisionnels et dans la pratique quotidienne des institutions. Une autre décision politique pourrait être la mise sur pied d'un cursus de formation plus complet pour les interprètes, qui amènerait à une reconnaissance plus formelle de leurs compétences et faciliterait l'établissement du lien de confiance. En somme, il s'agit de travailler simultanément sur les enjeux de confiance, de contrôle et de pouvoir, tels que mis en avant par Brisset et al. (2013a). Si les administrateurs intègrent et reconnaissent ce qu'implique le travail avec interprètes, les difficultés rencontrées au niveau de la confiance et du contrôle de la consultation seront nécessairement amoindries.

Une des difficultés rencontrées lors du processus de recueil et d'analyse des données a été de faire émerger les spécificités du travail avec un interprète en santé mentale. En effet, elles apparaissent difficiles à saisir par les intervenants eux-mêmes, et peu nombreuses, en comparaison de ce que l'on trouve dans la littérature sur l'interprétariat dans les soins de première ligne. Il s'agit peut-être d'un signe que les intervenants manquent de recul ou de formation par rapport à cette pratique.

Une autre des difficultés rencontrées concerne le recrutement des participants, ce qui a eu une implication majeure dans le devis de recherche. Seuls les intervenants des CSSS qui ont acceptés de participer ont pu être sollicités, et ce par le biais de la liste de diffusion des chefs d'équipe. Les passations de questionnaires se faisant en dehors des heures de travail et sans forme de compensation financière, nous n'avons eu qu'un faible taux de participation, et d'autant plus pour les entrevues. En effet, il était initialement prévu que ce soit les mêmes intervenants qui participent aux deux étapes de la recherche, mais peu des répondants au questionnaire ont accepté d'être recontactés. Une deuxième vague de recrutement a dû être effectuée et il a été demandé aux chefs d'équipe de solliciter leurs intervenants durant les réunions d'équipe et de nous mettre directement en contact avec les personnes intéressées.

Cette recherche a toutefois permis de dresser un portrait quantitatif du travail auprès d'allophones à Montréal, mais aussi de nous renseigner qualitativement sur les spécificités d'une consultation interprétée en santé mentale de manière générale. Elle souligne un besoin criant de formation, séparée et conjointe, pour les intervenants et les interprètes, favorisant ainsi la reconnaissance et l'acceptation de l'interprète au sein de l'équipe de soins.

Remerciements

Cette recherche n'aurait pu se faire sans nos participants. Merci aux CSSS (Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, de la Montagne, Pointe de l'Île, Saint-Léonard et Saint-Michel, Cœur de l'Île, Ahuntsic-Montréal-Nord et de la Vieille Capitale) et aux centres de crise impliqués (Le Transit, Ouest de l'Île et Tracom). Merci également aux chercheurs (Ellen Rosenberg et Laurence J. Kirmayer de l'Université McGill, Gina Muckle de l'Université Laval, Bilkis Vissandjée de l'Université de Montréal, Spyridoula Xenocostas et Hugues Laforce du CSSS de la Montagne) et aux membres du Laboratoire " Psychologie et Cultures " (Alexandra Boilard et Aurélie Wagner) associés.

Ce projet a été subventionné par les IRSC (No. PHE 101540) et le FRS-Q (No. 22031), et approuvé par le CÉR du CSSS de la Montagne.

Notes de bas de page



[1] Bien que cela ne soit pas l'objet de ce texte, il est important de rappeler que certaines des " erreurs " rapportées dans la littérature sont inhérentes au processus d'interprétation et ne devraient pas être

considérées comme telles (Brisset et al., 2013a).

[2] Il est important d'annoncer ici que le gouvernement de la province vient d'annoncer une réforme majeure du système de santé dans les années à venir. Une des propositions en discussion est la suppression du palier hiérarchique des agences régionales. L'interprétariat étant géré au niveau des Agences, des changements importants sont attendus.



ORSPERE SAMDARRA
CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER BP 30039 - 95
BD PINEL 69678 BRON CEDEX