À tradire
ISSN : 2968-3912

2 | 2023
La didactique de l'interprétation : quels développements ?

La co-construction de l'alliance thérapeutique, un enjeu de la formation des interprètes en santé mentale

Co-constructing the therapeutic alliance: a cornerstone of the training of mental health interpreters
Co-constructie van de therapeutische alliantie: een hoeksteen voor tolkopleidingen in de geestelijke gezondheidszorg
Совместное построение терапевтического альянса – краеугольный камень подготовки устных переводчиков в области психического здоровья

Anne Delizée

https://atradire.pergola-publications.fr/index.php?id=293

DOI : 10.56078/atradire.293

Anne Delizée, « La co-construction de l'alliance thérapeutique, un enjeu de la formation des interprètes en santé mentale », *À tradire* [], 2 | 2023, 21 décembre 2023, 30 septembre 2026. URL : https://atradire.pergola-publications.fr/index.php?id=293

Licence Creative Commons – Attribution 4.0 International – CC BY 4.0

La co-construction de l'alliance thérapeutique, un enjeu de la formation des interprètes en santé mentale

Co-constructing the therapeutic alliance: a cornerstone of the training of mental health interpreters
Co-constructie van de therapeutische alliantie: een hoeksteen voor tolkopleidingen in de geestelijke gezondheidszorg
Совместное построение терапевтического альянса – краеугольный камень подготовки устных переводчиков в области психического здоровья

Anne Delizée

Introduction
1. Ancrage dans la théorie
2. Analyse réflexive
  2.1. Extraits d'entretiens individuels semi-structurés
    2.1.1. Dyade **T**-**I**
    2.1.2. Dyade **I**-**P**
    2.1.3. Dyade **P**-**T**
  2.2. Extraits d'une consultation psycho-thérapeutique bilingue interprétée
    2.2.1. Les choix de **T** comme guides pour **I**
    2.2.2. Vignette – « Tout va bien se passer » – Extrait EnTh4 / 32:51-33:19
    2.2.3. Vignette – « Comme toi ? » – Extrait EnTh4 / 09:40 – 10:12
3. Expérimentation
Réflexions conclusives
Conventions de transcription adaptées d'après Jefferson, 2004

Introduction

1 Cet article a pour objectif de proposer un contenu théorique et pratique pour alimenter la formation des interprètes en santé mentale (ci-après, SM) sur le plan très particulier d'une implication interpersonnelle et émotionnelle mesurée. Ces dernières années, cette implication apparaît en effet dans la littérature scientifique comme jugée nécessaire à l'efficacité des soins en SM (voir p. ex. Chang *et al.*, 2021 ; Hunt et Swartz, 2017 ; Miller *et al.*, 2005).

2 En matière de formation de l'interprète de dialogue, la nécessité est passée au fil des ans d'un contenu générique quel que soit le secteur d'intervention (Carr *et al.*, 1997) à un contenu ciblé centré sur les besoins spécifiques d'un secteur donné (Cirillo et Niemants, 2017). Pour celui de la SM, les cursus actuels [1] entièrement ou partiellement spécialisés offrent généralement les axes suivants :

- les savoirs d'orientation, c'est-à-dire les connaissances spécifiques à la communauté discursive visée (Niemants et Cirillo, 2017 : 11), telles que le fonctionnement du système de soins du pays d'accueil ; les politiques d'accès à la santé ; les concepts de base de la psychiatrie, de la psychothérapie et de la psychologie ; les liens entre migration, exil, précarité et souffrance psychique ; la terminologie de la SM ;
- le savoir-être, c'est-à-dire la sensibilisation aux enjeux déontologiques (*ibid.*), tels que le rôle de l'interprète, ses limites et ses responsabilités ; les modulations de ce rôle en contexte et la frontière poreuse entre interprétation et médiation ;
- le savoir-faire, c'est-à-dire les compétences procédurales et relationnelles associées à la communication dans la communauté discursive visée (*ibid.*), telles que la négociation interculturelle au service de la compréhension mutuelle ; la métacommunication interprofessionnelle afin de mieux répondre aux besoins de la thérapeute [2] et de la patiente ; l'entraînement aux techniques d'interprétation avec ou sans mention de l'apprentissage de la gestion de la dynamique interactionnelle.

3 La compétence à gérer la dimension interpersonnelle et émotionnelle de l'échange interprété figure dans très peu de programmes d'apprentissage (DU Dialogues, 2021 ; INTERPRET, 2016 ; IIM, 2023). Pourtant, la représentation du rôle de l'interprète en SM a évolué. Si, il y a une bonne dizaine d'années, la conception qui prévalait portait quasi uniquement sur le transfert interlinguistique (ce que regrettaient par exemple Tribe et Thompson en 2009), la nécessité de l'agentivité interculturelle de l'interprète s'est depuis répandue dans les attentes collectives (voir p. ex. Leanza *et al.*, 2014). De plus, l'idée que l'interprète fait partie intégrante des soins, ce qui nécessite un certain degré d'implication, fait actuellement son chemin dans les représentations (voir Hunt et Swartz, 2017). Ce type d'implication, qui peut être défini comme étant la capacité à être touchée sans être débordée par les émotions et à avoir une relation mesurée avec la patiente et la thérapeute (Delizée, 2018), serait l'un des facteurs favo-

risant une alliance thérapeutique positive (ci-après, AT). Ces facteurs sont étudiés de longue date en contexte monolingue. La recherche y a établi que l'AT repose sur le partenariat qui unit la soignante et la soignée dans le but d'accomplir les objectifs fixés (Bioy et Bachelart, 2010). Elle peut être conceptualisée en deux dimensions : une dimension cognitive qui implique la négociation des buts de la thérapie et des tâches à accomplir par chacune pour y parvenir, et une dimension affective qui recouvre la qualité émotionnelle du lien façonnant la manière dont la patiente se sent comprise, respectée et estimée (Bordin, 1979). Fait crucial, la qualité de l'AT est prédictive de la réussite de n'importe quel type d'intervention thérapeutique (Falkenström *et al.*, 2013). Par conséquent, prendre conscience des facteurs qui dé/construisent l'AT en thérapie bilingue interprétée est tout aussi prépondérant qu'en contexte monolingue. Cette co-construction relève vraisemblablement de l'intersection entre les aires de travail de la thérapeute et de l'interprète (Gryesten *et al.*, 2023).

4 Voilà pourquoi nous développons dans cet article une proposition d'apprentissage pour interprètes visant à leur faire prendre conscience des principaux rouages procéduraux de la co-construction de l'AT en thérapie bilingue interprétée. Le propos est centré sur la dimension affective de l'AT et repose sur la littérature scientifique exposée dans la section 1. L'objectif n'est pas ici de démontrer la co-construction de l'AT[3], mais d'amener les interprètes à réfléchir à ses enjeux émotionnels et relationnels par le biais de la formation. Les résultats de la recherche sont donc mis au service de la formation (Weber, 2020). La proposition, d'inspiration socio-constructiviste, est déclinée en trois étapes : ancrage dans la théorie, analyse réflexive et expérimentation. En effet, ancrer l'apprentissage dans la théorie, c'est avant tout offrir une structure conceptuelle qui permet de mieux conscientiser, adapter et argumenter sa pratique (Angelelli, 2008). Lorsqu'elle est ensuite concrétisée par des études de cas, cette structure développe la compétence à l'analyse critique, ce qui offre un sentiment de contrôle sur l'apprentissage : les apprenantes partent de l'observation du produit pour améliorer petit à petit leur compréhension du processus, et donc *in fine* sa maîtrise (Davitti et Pasquandrea, 2018). Enfin, l'expérimentation par jeux de rôle a de nombreuses vertus, et notamment celles de transposer son apprentissage à différents cas de figure, de développer sa capacité à

choisir des stratégies éclairées en tenant compte des caractéristiques de la situation de communication, de mieux se préparer à faire face aux aspects atypiques qui surgissent en interaction, et donc à diminuer son stress et renforcer sa confiance en soi une fois sur le terrain professionnel (Niemants, 2015). La proposition vise ainsi à « éduquer », c'est-à-dire à équiper intellectuellement en développant la capacité à l'analyse critique, au raisonnement et à la prise de décision autonome et éclairée, plutôt qu'à « entraîner », c'est-à-dire à automatiser des savoir-faire pratiques (Merlini, 2017 : 139).

1. Ancrage dans la théorie

5 Après avoir donné une définition de l'AT qui fasse consensus (voir *supra*), l'enseignante propose dans un premier temps une mini-plongée dans les résultats de quelques articles fondamentaux sur l'AT étudiée en contexte monolingue, par exemple ceux cités ci-dessous. L'objectif est de faire cerner le lien entre AT et réussite de la thérapie d'une part, et les constituants interpersonnels essentiels de l'AT d'autre part, à savoir :

- une AT positive est prédictive de la réussite thérapeutique (Falkenström *et al.*, 2013 ; Horvath et Bedi, 2002) : elle est le seul facteur cohérent associé à un résultat thérapeutique positif, quel que soit son modèle théorique sous-jacent ;
- le facteur relationnel est prépondérant (Heinonen *et al.*, 2014 ; Norcross et Wampold, 2011) : les variables liées à la thérapeute et à la patiente jouent un rôle plus important dans l'efficacité d'un traitement que les modalités techniques du traitement lui-même. Le lien entre relation thérapeute-patiente empathique et résultats thérapeutiques positifs a été mis en évidence. La spontanéité, la réciprocité, l'authenticité et l'engagement mutuel sont les critères clefs de cet aspect relationnel.

6 Dans un deuxième temps, lors d'une session de remue-méninges, les apprenantes sont incitées à problématiser la construction interpersonnelle en lien avec l'AT lorsque la dynamique n'est plus duelle mais triadique en contexte bilingue interprété (cf. Goguikian Ratcliff et Pereira, 2019). Si une relation thérapeute-patiente empathique exerce une influence positive sur les résultats thérapeutiques, se peut-il que les relations interprète-thérapeute et interprète-patiente aient ce type d'influence ? Dans ce cas, de quoi serait tissée chacune de ces

relations dyadiques pour qu'un climat bienveillant empreint de confiance se construise en sein de la triade ? Pourrait-on estimer que l'interprète a elle aussi une part à jouer dans la construction de l'AT triadique ?

7 Dans un troisième temps, des éléments scientifiques de réponse à ce questionnement sont glanés dans les travaux portant spécifiquement sur la construction de l'AT en psychothérapie interprétée (Boss-Prieto *et al.*, 2010 ; Chang *et al.*, 2021 ; Delizée et Michaux, 2022 ; Gryesten *et al.*, 2023 ; Hanft-Robert *et al.*, 2022, 2023). Le groupe-classe peut être divisé en sous-groupes se penchant chacun sur une étude, puis les résultats de leur analyse sont confrontés. L'objectif est d'aboutir au constat suivant [4] : ces études indiquent qu'une AT triadique composée de trois dyades interconnectées se construit, que l'interprète y joue un rôle pivot, et que l'enjeu principal pour l'interprète est de trouver l'équilibre entre implication et distanciation. Les apprenantes sont ensuite invitées à concrétiser ce résultat en catégorisant les facteurs d'influence de l'AT mis en lumière dans ces études. Citons principalement [5],

- parmi les facteurs **structurels** positifs : la collaboration avec une interprète professionnelle agissant dans un cadre éthique clair (Hanft-Robert *et al.*, 2023) et une formation de l'interprète spécifique à l'accompagnement du trauma afin qu'elle évite de réagir de manière inappropriée (*ibid.*) et qu'elle puisse mieux déceler les informations pertinentes pour la thérapeute (Chang *et al.*, 2021) ;
- parmi les facteurs **structurels** négatifs : les conditions de vie difficiles de la patiente dans la société d'accueil qui peuvent freiner son engagement relationnel (Hanft-Robert *et al.*, 2022) et les conditions de travail précaires de l'interprète qui peuvent l'empêcher d'oser discuter avec la thérapeute de ce qui lui semble améliorable (Gryesten *et al.*, 2023) ;
- parmi les facteurs **situationnels** positifs : la reconnaissance par la thérapeute de la part active de l'interprète dans l'AT (Hanft-Robert *et al.*, 2023), le fait de faire systématiquement appel à la même interprète pour la même patiente (Delizée et Michaux, 2022), l'organisation de concertations avant et après la consultation pour métacommuniquer sur les stratégies à mettre en place pour être à deux au service de la thérapie (Chang *et al.*, 2021), la construction de relations soutenantes par l'interprète (Boss-Prieto *et al.*, 2010) ;

- parmi les facteurs **personnels** négatifs : les tensions identitaires sous-jacentes entre la patiente et l'interprète – dues aux antagonismes communautaires – non négociées à trois en début de thérapie (Delizée *et al.*, 2022), et le sentiment de la patiente d'être stigmatisée par les soins psychothérapeutiques – négativement perçus dans sa communauté d'origine – non désamorcé depuis une perspective de médiation interculturelle avec l'aide de l'interprète (Hanft-Robert *et al.*, 2023) ;
- parmi les facteurs **relationnels positifs de nature verbale, paraverbale** [6] **et non verbale** : les signaux paraverbaux d'écoute (p. ex. « hmm »), d'accord (p. ex. « OK »), de compréhension (p. ex. « j'entends bien »), d'appel à l'écoute et à la compréhension (p. ex. « vous voyez ? », « d'accord ? »), d'humour (p. ex. rires) et d'encouragement (p. ex. « ça va aller »), ainsi que les signaux non verbaux d'acceptation et de non-jugement de la personne et de ce qui est dit (p. ex. hochements de tête, gestuelle d'ouverture communicative, sourire) échangés entre les trois interactantes (Delizée et Michaux, 2022).

8 Cette étape d'ancrage théorique poursuit les méta-objectifs suivants :

- conscientiser que le facteur interpersonnel influence la construction de l'AT et donc la réussite thérapeutique ;
- conscientiser que ce qui se joue en thérapie dépasse l'impératif de restituer de manière précise sur les plans linguistique et terminologique, et englobe la nécessité d'utiliser son comportement (non) verbal et paraverbal comme un outil professionnel favorisant la construction de relations soutenantes ;
- conscientiser que la construction relationnelle triadique ne s'inscrit pas dans un vide social, mais est indirectement tributaire des conditions sociétales et est directement influencée par les conditions situationnelles. L'interprète a prise sur celles-ci en s'engageant activement dans la métacommunication collaborative avec la thérapeute.

2. Analyse réflexive

9 Cette deuxième étape vise à donner corps à l'apprentissage théorique et à mieux appréhender le processus de co-construction de l'AT grâce à l'analyse d'extraits d'entretiens et d'interactions authentiques. Les données proposées dans cette section sont tirées d'un corpus d'entretiens individuels semi-structurés et de consultations psychothérapeutiques russe-français interprétées collecté en Belgique fran-

cophone (Delizée, 2018). Elles ont été sélectionnées parce qu'elles sont centrées sur ce qui se joue sur le plan interpersonnel et émotionnel dans chacune des trois dyades et sur l'interconnexion entre celles-ci. Elles n'ont aucunement valeur de démonstration de l'agentivité relationnelle de l'interprète[7], mais d'exemplification à visée formative : elles sont fournies comme tremplin à la réflexion des apprenantes.

10 Puisque les caractéristiques interlinguistiques ne font pas l'objet de l'analyse, les données sont présentées uniquement en français. Les interventions originales en russe ont été traduites en français de manière à reproduire sur la lectrice francophone les mêmes effets que l'énoncé original aurait eus sur une interlocutrice russophone ; la traduction est signalée par l'italique. Les conventions de transcription utilisées pour les extraits de consultation sont fournies en annexe. Dans les données authentiques, les **T**hérapeutes, **P**atient·es et **I**nterprètes sont genré·es puisqu'ils et elles représentent des personnes réelles. Voici leurs données socio-démographiques :

Tableau 1 – Profil des thérapeutes

Identification des thérapeutes	**Titre/s professionnel/s et orientation thérapeutique**	**Sexe**	**Tranche d'âge**	**Années d'expérience de travail avec interprètes**
T1	Psychologue clinicienne, psychanalyste	F	40-50	15 ans
T6	Psychologue clinicienne, orientation systémique et institutionnelle	F	40-50	20 ans
T10	Infirmier psychiatrique, psychanalyste	M	40-50	10 ans
T13	Psychologue clinicien, orientation psychanalytique transculturelle	M	30-40	8 ans

Tableau 2 – Profil des patientes

Identification des patientes	**Sexe**	**Tranche d'âge**	**Origine**	**Durée de la thérapie (avec interprète)**
P2	F	30-40	russe	4 ans
P3	F	30-40	tchétchène	3 ans
P5	F	30-40	tchétchène	2 ans et 6 mois

Tableau 3 – Profil des interprètes

Identification des interprètes	Sexe	Tranche d'âge	Origine	Formation initiale	Nombre d'heures de formation en tant qu'interprète de dialogue	Années d'expérience en santé mentale
I1	F	50-60	ex-URSS	Philologie	± 780 heures	13 ans
I2	F	40-50	ex-URSS	Économie	± 600 heures	11 ans
I7	F	30-40	ex-URSS	Philologie	± 450 heures	10 ans
I9	F	30-40	ex-URSS	Philologie	± 40 heures	2 ans 6 mois

2.1. Extraits d'entretiens individuels semi-structurés

11 Dans une première phase, les apprenantes sont invitées, dans une approche maïeutique, à analyser des extraits d'entretien avec des représentant·es de chacune des trois catégories des répondant·es. L'objectif est de cerner les rouages clefs d'une relation triadique positive et les éléments sur lesquels il est nécessaire que **T** et **I** métacommuniquent.

2.1.1. Dyade T-I

> Ce sont vraiment des témoins privilégiés [*les I*], car ils ont vécu cela et ils saisissent ce qu'il peut y avoir d'important qui se joue et qui réjouit comme dans un autre boulot. Ce qui se passe bien réjouit, et qu'on peut partager [*après la consultation*]. Ça c'est précieux. (T1 – 05:03)

> Parce que quand on est seul à seul avec quelqu'un pour qui c'est très dur, on doit maintenir le regard, au niveau de la proximité corporelle, on doit être plus présent et tout ça. Et là, c'est l'interprète qui peut le faire un peu plus. (T13 – 06:16)

> *Lorsqu'il y a une énergie positive* [entre T et I], *c'est plus facile. Plus facile, et plus confortable, de raconter certaines choses. Une énergie positive, cela veut dire que les gens se font confiance, se respectent. Il n'y a pas de différend, de dispute. Et quand ils discutent entre eux pendant la consultation,* [prénom de I] *me traduit toujours, je suis toujours au courant.* (P2 – 15:01)

> C'est très très important d'avoir une bonne entente entre l'utilisateur [T] et l'interprète. On doit se compléter et avoir confiance. (I7 – c4:40)

12 Les apprenantes sont amenées à constater que, d'après ces extraits d'entretiens individuels semi-structurés, le soutien mutuel entre **T** et **I** se construit par le partage d'émotions sous forme de brefs échanges informels à l'issue de la consultation. De plus, au cours de celle-ci, **I** manifeste sa réception du discours de **P** par son regard et sa présence non verbale, ce qui a pour effet de soutenir **T** dans la gestion des aspects émotionnels de la thérapie. **P** paraît observer attentivement les échanges (non) verbaux entre **T** et **I** pour déceler leur degré de compréhension, de confiance et de respect mutuels, ce qui lui donne l'impression d'un soutien psychologique accru et facilite l'expression de l'intime.

2.1.2. Dyade I-P

> L'interprète, il joue un rôle fondamental. Et pas seulement pour son rôle de traduire les mots. Par sa personne, il fait partie du cadre thérapeutique, à part entière. (…) C'est pour ça que je dis que c'est important, le lien [*qui relie I*] avec le patient. Au-delà de traduire. (T6 – 46:56)

> D'abord, il [P] doit voir qu'il peut me faire confiance. Et petit à petit, on gagne cette confiance, et alors il peut s'ouvrir au thérapeute. (I9 – 27:16)

> Moi je ne dis rien, bien sûr, mais tout le montre en moi. (…) Parfois, je fais un léger mouvement d'ouverture [*geste d'ouverture avec les mains*] pour lui dire : « Tu peux tout dire, mais vraiment, tout. Même si c'est difficile pour toi de le dire, et même si tu trouves que

> c'est absolument déplacé, vas-y. » Et je lui montre comme ça, tout mon corps le lui montre. (I1 – 24:48)

> [À propos de I] *Elle me comprend parce que… Je ne sais pas comment vous expliquer. Il faut le sentir. C'est même un seul sourire. D'un seul sourire, elle me rassure, comme si elle me disait « tout va bien se passer ». (…) Elle fait toujours « hmm hmm hmm », comme si elle me comprenait. Elle rit parfois aussi, et sa voix est si calme.* (P5 – 13:32 et P5 – b50:30).

> *Avec* [prénom de I], *c'est très douillet, très calme, parce que quand elle parle, j'ai l'impression que c'est quelqu'un de proche. Lorsque tu vois que la personne te regarde dans les yeux et comprend tout ce que tu dis, tu as envie de tout exprimer.* (P3 – 19:40)

13 Les apprenantes sont amenées à constater que d'après ces extraits, une relation **P-I** empreinte de confiance incite au dévoilement de soi. **I** semble exercer une action consciente sur sa relation à **P** pour tisser cette confiance, essentiellement par des manifestations non verbales et paraverbales (gestuelle, regard, signaux d'écoute, rires) de compréhension, d'encouragement et d'abstention de jugement, ainsi que la maîtrise des éléments prosodiques (ton et volume de la voix apaisants).

2.1.3. Dyade P-T

> La place de l'interprète dans ce que nous tissons avec les patients est fondamentale. C'est la personne qui permet ce lien entre le patient et le thérapeute. (T6 – 08:28)

> Donc, c'est tout d'abord mettre tout le monde à l'aise. Rassurer l'un comme l'autre. Parfois, je fais des blagues. Et rien que par ces bêtises, je peux déstresser, enlever cette tension. (I7 – b20:25)

> Même si le docteur apporte beaucoup de choses, c'est moi qui les amène au patient. Par exemple, le docteur dit avec chaleur : « Comment allez-vous ? » Moi, je peux dire froidement « Comment allez-vous ? », mais je peux le dire avec de la chaleur. Si je ne traduis pas ce que l'un ou l'autre sent, je pense que le lien va s'échapper. (I2 – c3:34)

14 Les apprenantes sont amenées à constater que, d'après ces extraits, **I** est la porte d'accès qui va permettre à **T** d'entrer en relation avec **P. I** est susceptible d'exercer une action consciente sur la relation **P-T** afin qu'une communication détendue et harmonieuse puisse se dérouler entre les intervenants primaires, via un travail sur les aspects verbaux (p. ex. plaisanteries). Le dernier extrait pointe vers le phénomène de convergence prosodique : **I** produit dans sa restitution un schéma intonatif susceptible de véhiculer la même catégorie d'émotions que la prosodie originale.

15 Pour éviter tout débordement éthique, les apprenantes doivent être sensibilisées à une implication « professionnelle », c'est-à-dire conscientisée et maîtrisée, qui ne se prolonge pas en dehors de la consultation et qui s'adapte au gré des besoins :

> Il faut s'investir dans la relation avec de l'empathie, tout en se préservant. C'est vraiment difficile d'avoir cette limite, hein ! D'avoir la juste distance. (I7 – c9:15)

> L'interprète est un baromètre un peu ! Je prends la température, je la ressens moi-même, et je me dis « Oh là, il faut agir ». Surtout en santé mentale, c'est très difficile de se livrer à quelqu'un que tu ne connais pas. (I7 – b22:34)

> S'adapter au patient, à l'utilisateur [T], à la situation. Je suis un élastique : je peux pousser encore un petit peu ? Alors je pousse encore un peu, mais il ne faut pas dépasser, alors je recule. (I7 – a32:00)

16 Les apprenantes sont amenées à constater que, d'après ce témoignage, **I** se déplace continuellement sur un continuum relationnel : tel un « baromètre », elle mesure les moments où davantage de proximité lui paraît nécessaire pour apaiser les tensions et libérer la parole, mais telle un « élastique », elle prend de la distance lorsque son implication pourrait nuire à l'équilibre relationnel au sein de la triade.

17 Il importe également que les apprenantes conscientisent le fait que l'implication interpersonnelle et émotionnelle se négocie **toujours** avec **T** : c'est **T** qui, notamment en fonction des besoins de

P, guide **I** vers le degré d'implication que **T** estime nécessaire. Ceci est ancré par la seconde phase d'analyse réflexive.

2.2. Extraits d'une consultation psycho-thérapeutique bilingue interprétée

18 Les interactant·es [8] sont **T**héodore, psychanalyste ; **P**olina, originaire de Tchétchénie et victime de violence organisée ; **I**rina, russophone.

Tableau 4 – Profils de la constellation

Codification de la consultation	Identification du thérapeute	Identification de la patiente	Identification de l'interprète	Expérience en tandem T-I	Travail en trio T-P-I
EnTh4	T10-**T**héodore	P5-**P**olina	I7-**I**rina	2 ans et 6 mois	2 ans et 6 mois

2.2.1. Les choix de T comme guides pour I

19 Les apprenantes sont invitées à analyser le témoignage de **T**héodore. L'objectif est de prendre conscience que ce sont l'approche thérapeutique et le but communicatif choisis par **T**héodore qui déterminent le comportement (non) discursif d'**I**rina, qui sera observé dans les deux vignettes ci-dessous. La métacommunication interprofessionnelle est indispensable pour que cet ajustement ait lieu.

> Entre nous deux [***T**héodore et **I**rina*], c'est une collaboration. (…) S'il n'y a pas de bienveillance, ça ne passe pas. Si une interprète reste froide, si l'émotion ne passe pas… [*ça ne convient pas*]. (…) C'est ça qu'ici [*dans son cabinet*], elle [***P**olina*] a pu rencontrer : des personnes humaines, car elle a vécu des choses inhumaines, barbares, la torture, le viol, une histoire chaotique. On [***T**héodore et **I**rina*] n'est pas restés dans la position du psychanalyste (…). Il faut sortir de ça. Il faut pouvoir aussi raconter des choses de nous [*à propos de lui-même et d'**I**rina*], de comment on fait nous, de parler de nous, de nous comporter en êtres humains avec elle tout simplement : elle avait en face d'elle des humains. (**T**héodore-T10 – 23:00, 28:13, 11:36)

20 Les apprenantes sont amenées à constater la conception du rôle de l'interprète nourrie par **T**héodore : il établit une relation collaborative avec elle et attend **en général** de sa part une implication interpersonnelle qualifiée de bienveillante, ainsi qu'une vectorisation des émotions. Elles seront également poussées à identifier l'approche thérapeutique choisie par **T**héodore pour **P**olina **en particulier**, qui a un vécu profondément traumatique : il a demandé à **I**rina de s'aligner sur son comportement, c'est-à-dire de renoncer à la distanciation professionnelle habituelle pour s'engager dans un degré d'implication susceptible de restaurer la confiance de **P**olina en l'être humain. Ce constat nécessite un dialogue interprofessionnel avant et après la consultation, qui permet à **I**rina d'appréhender la représentation qu'a **T**héodore du rôle de l'interprète **en général**, ainsi que ses choix et objectifs **spécifiques**.

21 Les apprenantes tirent de cette analyse une consigne généralisante : c'est uniquement grâce à un accordage métacommunicatif **T-I** que **I** peut cerner les attentes de **T**, qui servent de guides à **I** pour adopter le degré d'implication considéré comme adéquat par **T** pour un·e **P** en particulier.

2.2.2. Vignette – « Tout va bien se passer » – Extrait EnTh4 / 32:51-33:19

22 Les apprenantes sont ensuite invitées à observer des extraits[9] dans lesquels les attentes de **T**héodore sont mises en œuvre par **I**rina. L'objectif est d'identifier les éléments discursifs reflétant l'implication interpersonnelle et émotionnelle de l'interprète qui construisent une relation triadique positive, dans une perspective strictement descriptive dépourvue de tout jugement d'ordre normatif[10]. Idéalement, leur analyse se basera sur une bonne compréhension préalable des principes de la théorie de la politesse linguistique de Brown et Levinson (1978), qui ont été développés, affinés et complétés par un arsenal d'actes flattant la face par Kerbrat-Orecchioni (1992).

23 Avant ce premier extrait, **T**héodore apprend que **P**olina doit prochainement être auditionnée par l'officier qui examine les demandes d'asile. **I**rina précise qu'elle a précédemment interprété, dans l'institution XX, la préparation de **P**olina à cette audition : elle sait que cela la rend nerveuse. **T**héodore prodigue alors ce conseil :

N° du tour	Locuteur	Tour de parole
1	**T**	mais heu:: [**P***olina*], sois toi-même. tu::
2	**I**	*tu dois être telle, que tu es.*
3	**T**	[comme tu nous as dit les cho:ses,
4a 4b 4c	**I**	[°***d'accord?***° *comme tu* NOUS *l'as raconté*, [>***comme tu l'as raconté dans [l'institution XX]<,***
5	**T**	[°heu:: t'as rien,° tu n'as rien à inventer.
6a 6b	**I**	***tu comprends?*** *tu n'as rien à inventer.*
7	**T**	tu racontes les choses telles qu'elles sont venues.
8	**I**	*tu r-heu raconteras comment tout était réellement.*
	P	(2)
9	**I**	°***d'accord? tout va bien se passer.***°
10	**P**	*ce n'est pas terrifiant.*
11	**I**	je n'ai pas peur.

24 Dans ses prises de parole qui ne sont pas en gras, **I**rina restitue le sens propositionnel des propos originaux. Dans ses prises de parole en gras, **I**rina produit des non-restitutions. Les apprenantes sont guidées pour déceler ce qui suit :

- en (4a), **I**rina formule à voix basse l'appel à la consensualité « °*d'accord?* ° » qui, puisqu'il manifeste de l'intérêt pour l'interlocutrice, relève de la politesse positive (Kerbrat-Orecchioni, 1992 : 174) ;
- en (4c), elle accélère le débit et produit un appel à un fait manifeste pour **P**olina et elle-même : il est plausiblement inférable que le récit raconté par **P**olina et interprété par **I**rina dans l'institution XX a été accueilli favorablement. Faire appel au savoir partagé relève de la politesse positive (*ibid.* : 175). Ce savoir partagé recouvrant vraisemblablement une expérience positive, cet appel a ici de plus un effet rassurant ;
- en (6a), elle introduit sa restitution par le signal d'appel à l'écoute « *tu comprends*? », manifestation d'intérêt pour l'interlocutrice et vérification de sa compréhension, ce qui relève de la politesse positive (*ibid.* : 174) ;
- en (9), probablement poussée par le silence de **P**olina pendant deux secondes, elle produit à voix basse un nouvel appel à la consensualité « *d'accord*?° », suivi de l'encouragement « °*tout va bien se passer.*° ».

25 L'objectif d'apprentissage est d'observer les cinq manifestations de politesse positive produites à l'initiative d'**I**rina et d'évaluer les effets

de ces actions discursives sur la construction relationnelle : elles co-construisent une relation interprète-patiente rassurante et une relation thérapeute-patiente sécurisante. En effet, puisqu'**I**rina sait que l'audition est source de stress pour **P**olina, elle poursuit de toute évidence un double objectif. D'une part, restituer ce qui est au centre de l'attention de **T**héodore, à savoir des éléments rationnels qui portent sur la meilleure manière de formuler son récit lors de l'audition. D'autre part, activer ce qu'elle sait être au centre de l'attention de **P**olina, à savoir son état émotionnel. C'est sur cet aspect-là que celle-ci va rebondir : en (10), par « *ce n'est pas terrifiant.* », **P**olina réagit, non pas au conseil de **T**héodore, mais à la dimension émotionnelle introduite dans l'interaction par **I**rina. Dans la suite de la séquence, **P**olina exprimera quand même un certain état d'anxiété et **T**héodore lui prodiguera des conseils d'ordre psychophysique pour l'apaiser. Autrement dit, en créant une relation interprète-patiente empathique, **I**rina modifie certes la direction de l'échange initiée par **T**héodore axée sur des éléments rationnels, mais permet aux deux intervenants primaires de discuter également des aspects émotionnels dans le cadre d'une relation thérapeute-patiente soutenante. Il est essentiel de mettre en lien ces observations et l'analyse des choix de **T**héodore (voir 2.2.1) : le degré d'implication d'**I**rina, observable dans ses non-restitutions, a été demandé en amont de la consultation par ce dernier.

2.2.3. Vignette – « Comme toi ? » – Extrait EnTh4 / 09:40 – 10:12

26 **P**olina décrit le caractère sociable de sa fille.

1	P	*elle aime parl- aime discuter: avec les grands-mè:res, les personnes a[dultes, en général oui elle aime les [vieux,*
2	I	***[comme toi?*** ***[hmm***
3	P	*c'est qu'on n'a [personne, alo:rs [/rire/*
4a	I	***[comme toi?*** ***[/rire/***
4b		*[prénom de l'enfant]*, elle aime beaucoup parler avec les belges, surtout avec les personnes âgées, elle entend facilement les conversations, **je dis, c'est comme toi?, °mais je veux rire°.**
5	T	non mais c'est bien, c'est des enfants socia:bles,

Extrait EnTh4 / 09:40 – 10:12

27 Les apprenantes sont guidées pour identifier ce qui suit :

- au tour de parole (1), **P**olina évoque le caractère bavard de sa fille ;
- en (2), en parlant en même temps que **P**olina, **I**rina la taquine : elle laisse entendre que la fille est aussi bavarde que la mère. Elle émet également un signal d'écoute, manifestation de politesse positive (*ibid.* : 174) ;
- **P**olina ne réagit pas mais continue son idée en (3), très probablement parce qu'elle n'a pas entendu la plaisanterie en raison du chevauchement de parole ;
- en (4a), **I**rina réitère sa boutade et les deux femmes vont rire ensemble. L'humour et le rire relèvent de la politesse positive (*ibid.* : 175) ;
- en (4b), elle restitue tout d'abord le sens propositionnel des propos de **P**olina. Elle transmet ensuite leur aparté, non-restitution qui peut être perçue par le destinataire comme une invitation à partager le rire ;
- en (5), **T**héodore réagira non par l'humour, mais par une autre stratégie de politesse positive, à savoir un compliment (*ibid.* : 228) à propos du caractère sociable des enfants de **P**olina.

28 Les apprenantes sont amenées à constater que par la plaisanterie et le rire, **I**rina construit d'abord une relation interprète-patiente complice, puis donne la possibilité à **T**héodore de manifester lui aussi du soutien émotionnel envers sa patiente. Autrement dit, elle co-tisse également une relation thérapeute-patiente potentiellement empathique. Les actions discursives d'**I**rina sont à mettre en lien avec les choix de **T**héodore (voir 2.2.1) : c'est à sa demande expresse qu'elle adopte un comportement discursif soutenant.

29 Cette étape d'analyse réflexive poursuit les méta-objectifs suivants :

- conscientiser l'actualisation possible de la construction relationnelle dans chacune des trois dyades par le regard, une posture d'accueil de la parole, et des manifestations de politesse linguistique telles que des signaux d'écoute et d'accord, des signaux d'appel à l'écoute et à l'accord, le rire, l'humour ;
- conscientiser que ce comportement (non) discursif se déploie uniquement à l'invitation de la thérapeute : c'est la métacommunication interprofessionnelle qui met en lumière le positionnement interpersonnel de

l'interprète jugé adéquat par la thérapeute pour une patiente en particulier ;
- conscientiser que l'interprète se déplace continuellement sur un continuum détachement-implication interpersonnelle et émotionnelle, en fonction des choix de la thérapeute ;
- conscientiser les enjeux de cette implication au bénéfice de la thérapie : lorsqu'elle est mesurée, maîtrisée et convenue avec la thérapeute, elle est susceptible de favoriser une AT positive.

3. Expérimentation

30 L'étape de l'expérimentation se déroule sous la forme d'un jeu de rôle non scripté, et le mode d'interprétation est la consécutive sans notes (cf. Falbo 2012 : 161-163). Ceci a pour but que l'attention des interactantes se porte essentiellement sur les aspects interpersonnels et émotionnels sans être outre mesure diffractée par le suivi scrupuleux d'un dialogue écrit et la distanciation interactionnelle liée à une prise de notes en continu. Les réticences à prendre part au jeu peuvent être désamorcées en insistant sur le peu d'importance des contenus eux-mêmes : l'objectif n'est pas de produire des interventions reflétant un trouble psychique ou une visée thérapeutique réalistes, mais de mobiliser les acquis des deux premières étapes en expérimentant la dimension interpersonnelle dans un « pas-de-trois communicatif » (Wadensjö 1998 : 10).

31 Il s'agit d'une première consultation, les interactantes ne se connaissent pas encore.

Partition de la psycho**T**hérapeute
P, allophone, vous a été référée pour dépression sévère. Vous accueillez **I** quelques minutes avant la consultation. Quels sont les points dont vous discutez afin de favoriser une relation collaborative entre vous, chacune depuis son champ de compétences, et une AT positive ? Avez-vous des attentes particulières en termes de comportement (non) verbal de **I** ? Vous introduisez ensuite **P** dans votre cabinet et faites connaissance. Comment se déroulent les présentations ? Adoptez-vous une démarche particulière pour que **P** et **I** se sentent à l'aise et en confiance l'une avec l'autre ? Vous faites alors le point avec **P** : vous lui demandez ce qui l'amène dans votre cabinet et prenez connaissance de son histoire. Vous lui prodiguez quelques conseils pour trouver de l'apaisement, et clôturez la consultation en proposant des rencontres bimensuelles et la date du prochain rendez-vous. Après le départ de **P**, vous remerciez **I** et prenez congé.

Partition de **P** Vous êtes arrivée dans le pays d'accueil il y a quelques mois, seule adulte accompagnant quatre très jeunes enfants. Vous êtes épuisée physiquement et mentalement. Vous vous exprimez en soupirant bruyamment. Vous pleurez parfois. Vous évitez de soutenir le regard des autres participantes. Vous vous méfiez de **I** : d'où vient-elle ? Traduit-elle exactement ? Va-t-elle raconter votre histoire à d'autres personnes ? Vous ne voulez pas vous expliquer sur les raisons qui vous ont poussée à quitter votre pays d'origine. En revanche, vous êtes très volubile sur la très mauvaise qualité, à votre avis, de l'école d'enseignement général dans laquelle se rend votre fils aîné de 7 ans. Depuis sa naissance, il souffre de graves problèmes de santé, il est toujours resté à la maison à vos côtés et n'a pas été scolarisé. Dans le pays d'accueil, son institutrice vous a suggéré de le confier à une école spécialisée, mais vous refusez catégoriquement. Cela suscite chez vous un sentiment de honte : vous craignez que les membres de votre communauté vous rejettent parce que votre enfant ne serait pas comme les autres. Vous manifestez de temps à autre de l'irritation à l'égard de **T** et de **I** : ont-elles elles-mêmes des enfants ? Sont-elles capables de comprendre votre situation ?
Partition de **I** Afin de vous préparer à la consultation, dressez la liste de vos outils professionnels susceptibles de favoriser une AT positive. À votre arrivée, vous tentez de déterminer les attentes de **T** à votre égard. Quelles questions lui posez-vous ? Aiguillez la conversation sur le positionnement interpersonnel qu'elle juge adéquat. Pendant la consultation, tâchez de conscientiser votre comportement verbal, paraverbal et non verbal susceptible de construire trois dyades relationnelles soutenantes et rassurantes. Après la consultation, demandez un débriefing à **T**. Faites preuve d'esprit critique et abordez les aspects qui vous ont semblé positifs, négatifs et déconcertants lors de la rencontre. Quels points sont à améliorer pour que votre prestation se déroule de manière plus ajustée aux attentes de **T** et aux besoins de **P** lors de la prochaine rencontre ?

32 Une fois l'interaction jouée devant le groupe-classe, les interactantes et les observatrices sont guidées pour discuter des principaux aspects de l'accordage triadique. **I** a-t-elle été active dans la méta-communication avec **T** ? **T** a-t-elle explicité ses attentes à **I** ? Les présentations ont-elles créé un cadre sécurisant pour **P** ? Les éventuelles tensions identitaires entre **P** et **I** ont-elles été soulevées ? Les éventuels apartés dyadiques ont-ils tous été rendus transparents à l'autre intervenante ? Les signaux verbaux, paraverbaux et non verbaux entre **T** et **I** ont-ils concouru à construire une relation collaborative tissée de respect et de confiance ? Les signaux entre **T** et **P** et entre **I** et **P** ont-ils participé à une relation sécurisante tissée d'écoute attentive, de non-jugement et d'invitation à s'exprimer ? La tonalité de la voix de **I** a-t-elle favorisé l'apaisement et l'expression de soi ? Le comportement de **I** était-il maîtrisé dans une perspective de neutralité bienveillante ? **I** a-t-elle trouvé le juste équilibre entre implication et distanciation, sans usurper la place des intervenantes primaires ? Le débriefing a-t-il été suffisamment précis pour que **I** puisse s'ajuster aux attentes de **T** et aux besoins de **P** avec une plus grande justesse lors de la prochaine rencontre ?

33 Cette étape d'expérimentation poursuit les méta-objectifs suivants :

- expérimenter un comportement verbal, paraverbal et non verbal maîtrisé et mesuré susceptible de co-construire une AT positive. L'interaction peut être filmée afin que les apprenantes puissent analyser leur comportement en détail ;
- expérimenter l'importance cruciale de la communication interprofessionnelle pour adopter un comportement jugé adéquat par la thérapeute et favoriser une AT positive.

Réflexions conclusives

34 Nous avons formulé une proposition pédagogique en trois étapes – théorique, analytique et pratique – visant à faire percevoir aux apprenantes-interprètes les principaux facteurs structurels, situationnels, personnels, verbaux, paraverbaux et non verbaux qui influencent la co-construction de l'AT dans sa dimension affective. L'interprète est susceptible de contribuer à l'AT en adoptant un degré d'implication interpersonnelle et émotionnelle maîtrisé, déclenché par la thérapeute lors de leurs échanges métacommunicatifs. Outre la compétence à restituer les échanges de manière précise, la compétence à s'engager activement dans le dialogue interprofessionnel et à agir (non) verbalement et paraverbalement de manière conscientisée et mesurée est cruciale. L'objectif est de contribuer à créer trois relations dyadiques interconnectées, soutenantes et sécurisantes favorisant l'expression de l'intime.

35 Cette proposition rencontrera probablement des réticences et suscitera le débat entre les tenantes d'une co-construction équilibrée de l'AT triadique d'une part, et les partisanes d'un rôle de l'interprète centré sur la précision des restitutions et le respect de strictes limites professionnelles d'autre part. Depuis cette seconde perspective, la mission d'établir des liens peut être dévolue à une autre catégorie d'intervenantes, telle celle des navigatrices bilingues pour les patientes (Crezee et Roat, 2019). C'est justement dans cette tension conceptuelle que se cristallise l'une des caractéristiques fondamentales du secteur de la santé mentale : la grande hétérogénéité des pratiques. Certaines thérapeutes s'attendront à une interprète la plus en retrait possible, tandis que d'autres lui demanderont de s'engager dans l'interactivité (Bot, 2005). Dans sa pratique, l'interprète est donc

appelée à se déplacer constamment sur un continuum allant de réification à implication, en fonction de variables telles que l'orientation théorique et les choix personnels de la thérapeute (Leanza *et al.*, 2014), les choix institutionnels (Leanza *et al.*, 2015), le macro-contexte socio-politique (Drennan et Swartz, 1999), ou encore le contenu de l'échange au cours de la consultation (Bot, 2009). Lors de la formation, la cécité de l'interprète sur son agentivité relationnelle potentielle devrait dès lors être levée afin que sur le terrain, le conflit de rôle culpabilisant suscité par l'invitation de la thérapeute à élargir les limites du rôle (Goguikian Ratcliff et Suardi, 2006) soit rapidement désamorcé, et que l'interprète puisse trouver souplement la distance estimée juste dans une situation communicative donnée grâce au dialogue interprofessionnel (Delizée *et al.*, 2021). L'enjeu formatif majeur est de faire prendre conscience de son comportement, de son influence sur les autres interactantes et sur l'AT et du juste degré d'implication pour ne pas usurper la place des intervenantes primaires. La formation pourrait être enrichie par une réflexion sur le profil adéquat de l'interprète en santé mentale et les risques qu'elle court. En effet, intervenir en santé mentale nécessite notamment de comprendre et d'être en accord avec les choix thérapeutiques (Goguikian Ratcliff, 2010 : 47-49), ainsi que de ne pas présenter un trop grand nombre de fragilités pouvant déclencher un trauma vicariant et d'être capable de développer des stratégies pour s'en protéger (Delizée *et al.*, à paraître).

36 La compréhension des rouages constitutifs de l'AT triadique en thérapie bilingue interprétée en est encore à ses balbutiements. Nul doute que les avancées de la recherche en la matière permettront d'affiner les propositions de formation des interprètes en santé mentale. En l'état, la nôtre a comme principale limite d'inciter à l'analyse réflexive sur la base du transcript de données audio uniquement. Elle devra être prioritairement complétée par l'étude des échanges non verbaux sur données vidéo (cf. Vranjes *et al.*, 2019), à considérer depuis le prisme de l'AT. L'enjeu sociétal est d'élaborer petit à petit un programme de formation éclairé par la recherche dans lequel les dilemmes inhérents à l'interprétation dans ce secteur spécifique sont abordés sans *a priori* limitant, ce qui renforcera l'identité professionnelle des interprètes (Gryesten *et al.*, 2023).

Conventions de transcription adaptées d'après Jefferson, 2004

Notation	Phénomène transcrit
. , ?	courbe intonative descendante, continue, ascendante
:	allongement du son précédent
-	interruption brusque du son
[	chevauchement de parole
MAJUSCULES	augmentation du volume
° °	diminution du volume
< >	accélération et décélération du débit
[ITALIQUE]	anonymisation
/ITALIQUE/	description des éléments paraverbaux
italique	traduction en français de l'original en russe

Angelelli Claudia, 2008, « The role of the interpreter in the healthcare setting: a plea for a dialogue between research and practice », dans Carmen Valero Garcés et Anne Martin (dir.), *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and Dilemmas*, Amsterdam, Benjamins, p. 147-164.

Bioy Antoine et Bachelart Maximilien, 2010, « L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques », *Perspectives Psy*, 49(4), p. 317-326.

Bordin Edward S., 1979, « The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance », *Psychother. Theory Res. Prac.*, 16, p. 252-260.

Boss-Prieto Olga, 2013, *The Dyadic and Triadic Therapeutic Alliance in Crosscultural Health Care: The Case of Hispanic American Patients*, Thèse de doctorat en psychologie, Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques, Institut de psychologie.

Boss-Prieto Olga, De Roten Yves, Elghezouani Abdelhak, Madera Alexandra et Despland Jean-Nicolas, 2010, « Differences in therapeutic alliance when working with an interpreter: A preliminary study », *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 161(1), p. 14-16.

Bot Hanneke, 2005, *Dialogue Interpreting in Mental Health*, Amsterdam, Rodopi.

Bot Hanneke, 2009, « Role models in mental health interpreting », dans Raquel de Pedro Ricoy, Isabelle Perez et Christine Wilson (dir.), *Interpreting and Translating in Public Service Settings: Policy, Practice, Pedagogy*, Manchester, St Jerome Publishing, p. 115-126.

Brown Penelope et Levinson Stephen C., 1978, *Politeness: Some Universals in Language Usage*, Cambridge, Cambridge University Press.

Carr Silvana E., Roberts Roda, Dufour Aideen et Steyn Dini (dir.), 1997, *The Critical Link: Interpreters in the Community*, Amsterdam, Benjamins.

CCHCP, 2023, *Bridging the Gap in Mental Health Interpreting*, The Cross Cultural Health Care Program, [https://xculture.org/continuing-education/], consulté le 10 juin 2023.

Chang Doris F., Hsieh Elaine, Somerville William B., Dimond Jon, Thomas Monica, Nicasio Andel, Boiler Marit et Lewis-Fernández Robert, 2021, « Rethinking interpreter functions in mental health services », *Psychiatric Services*, 72(3), p. 353-357.

Cirillo Letizia et Niemants Natacha (dir.), 2017, *Teaching Dialogue Interpreting. Research-Based Proposals for Higher Education*, Amsterdam, Benjamins.

Crezee Ineke H. M. et Roat Cynthia E., 2019, « Bilingual patient navigator or healthcare interpreter: What's the difference and why does it matter? », *Cogent Medicine*, 6(1), DOI : 10.1080/2331205X.2019.1582576.

Davitti Elena et Pasquandrea Sergio, 2018, « Integrating authentic data in dialogue interpreting education. A teaching unit proposal », *InTRAlinea*, [https://www.intralinea.org/index.php/print/article_specials/2311], consulté le 2 juin 2023.

Delizée Anne, 2018, *Du rôle de l'interprète en santé mentale : analyse socio-discursive de ses positions subjectives au sein de la triade thérapeute-patient-interprète*, Thèse de doctorat en langues, lettres et traductologie, Université de Mons, Faculté de Traduction et d'Interprétation.

Delizée Anne, Bennoun Nathalie, Dutray Felicia, Pierard Lorine et Weber Orest, à paraître, « Preventing vicarious trauma in mental health settings: a training course for interpreters », *FITISPos International Journal*.

Delizée Anne et Michaux Christine, 2022, « The mental health interpreter's relational agency and therapeutic alliance », *The Translator*, 28(2), p. 215-233.

Delizée Anne, De Ridder Pascale et Bruwier Nicolas, 2021, *Santé mentale & interprétation : une collaboration interprofessionnelle riche de sens. Guide pratique à destination du thérapeute et de l'interprète*, Mons, Presses Universitaires de Mons.

Drennan Gerard et Swartz Leslie, 1999, « A concept over-burdened. Institutional roles for psychiatric interpreters in post-apartheid South Africa », *Interpreting*, 4(2), p. 169-198.

DU Dialogues, 2021, *Diplôme Universitaire* DIALOGUES – *Médiations, Interprétariat et Migration*, Université Lumière Lyon 2, ORSPERE SAMDARRA, Laboratoire ICAR, document interne, consulté le 5 juin 2023.

DU Frontières, 2022, *Diplôme d'Université – Médiation et Interprétation aux frontières*, Université de Lille, document interne, consulté le 5 juin 2023.

Ertl Anita et Pöllabauer Sonja, 2010, « Training (medical) interpreters—the

key to good practice. MedInt: A joint European training perspective », *JoSTrans*, 14, p. 165-193.

Falbo, Caterina, 2012, « CorIT (Italian Television Interpreting Corpus): Classification criteria », dans Francesco Straniero Sergio et Caterina Falbo (dir.), *Breaking Ground in Corpus-Based Interpreting Studies*, Berne, Peter Lang, p. 155-185.

Falkenström Fredrik, Granström Fredrik et Holmqvist Rolf, 2013, « Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session », *Journal of Counselling Psychology*, 60(3), p. 317-328.

Goguikian Ratcliff Betty, 2010, « Du bon usage de l'interprète, entre neutralité et implication émotionnelle », dans Pascal Singy, Céline Bourquin et Orest Weber (dir.), *Barrières linguistiques en contexte médical*, Lausanne, UNIL, p. 39-56.

Goguikian Ratcliff Betty et Pereira Catarina, 2019, « L'alliance thérapeutique triadique dans une psychothérapie avec un interprète : un concept en quête de validation », *Pratiques psychologiques*, 25(1), p. 63-77.

Goguikian Ratcliff Betty et Suardi Francesca, 2006, « L'interprète dans une consultation thérapeutique : conceptions de son rôle et difficultés éprouvées », *Psychothérapies*, 26(1), p. 37-49.

Gryesten Jasmin R., Brodersen Kathrine J., Lindberg Laura G., Carlsson Jessica et Poulsen Stig, 2023, « Interpreter-mediated psychotherapy – a qualitative analysis of the interprofessional collaboration between psychologists and interpreters », *Current Psychology*, 42(2), p. 1420-1433.

Hanft-Robert Saskia, Lindberg Laura G., Mösko Mike et Carlsson Jessica, 2023, « A balancing act: How interpreters affect the therapeutic alliance in psychotherapy with trauma-affected refugees—a qualitative study with therapists », *Frontiers in Psychology*, 14.

Hanft-Robert Saskia, Pohontsch Nadine J., Uhr Cornelia, Redlich Alexander et Metzner Franka, 2022, « Therapeutic Alliance in interpreter-mediated psychotherapy from the perspective of refugee patients: Results of qualitative interviews », *Verhaltenstherapie*, 32(1), p. 190-198.

Heinonen Erkki, Lindfors Olavi, Härkänen Tommi, Virtala Esa, Jääskeläinen Tuija et Knekt Paul, 2014, « Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance in short-term and long-term psychotherapies », *Clin Psychol Psychother*, 21(6), p. 475-494.

Horvath Adam O. et Bedi Robinder P., 2002, « The alliance », dans John C. Norcross (dir.), *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*, New York, Oxford University Press, p. 37-69.

Hunt Xanthe et Swartz Leslie, 2017, « Psychotherapy with a language interpreter: Considerations and cautions for practice », *South African Journal of Psychology*, 47(1), p. 97-109.

IIM, 2023, *Introduction à l'interprétation et à la médiation en contexte migratoire, en milieu social & médical*, Université de Mons, document interne, consulté le 3 juin 2023.

IMIA, 1995, *International Medical Interpreters Association Training*

Standards for Medical Interpreters, International Medical Interpreters Association, document interne, consulté le 3 juin 2023.

INTERPRET, 2016, *Interprétariat dans le domaine de la santé psychique. Module de formation n°5 du système modulaire « Interprétariat communautaire et médiation interculturelle »*, Berne, Commission qualité, document interne, consulté le 3 juin 2023.

Jefferson Gail, 2004, « Glossary of transcript symbols with an introduction », dans G. H. Lerner (dir.), *Conversation Analysis: Studies from the First Generation*, Amsterdam, Benjamins, p. 13-31.

Kerbrat-Orecchioni Catherine, 1992, *Les interactions verbales. Tome II*, Paris, Armand Colin.

Leanza Yvan, Boivin Isabelle, Moro Marie Rose, Rousseau Cécile, Brisset Camille, Rosenberg Ellen et Hassan Ghayda, 2015, « Integration of interpreters in mental health interventions with children and adolescents: The need for a framework », *Transcultural Psychiatry*, 52(3), p. 353-375.

Leanza Yvan, Miklavcic Alessandra, Boivin Isabelle et Rosenberg Ellen, 2014, « Working with interpreters », dans Laurence J. Kirmayer, Jaswant Gizder et Cécile Rousseau (dir.), *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care*, New York, Springer Science and Business Media B.V., p. 89-114.

Merlini Raffaela, 2017, « Developing flexibility to meet the challenges of interpreting in film festivals », dans Letizia Cirillo et Natacha Niemants (dir.), *Teaching Dialogue Interpreting. Research-Based Proposals for Higher Education*, Amsterdam, Benjamins, p. 138-157.

MHIT, 2006, *Mental Health Interpreter Training Program*, joint project between The National Latino Behavioral Health Association and The National Asian American Pacific Islander Mental Health Association, [http://www.mhit.org/], consulté le 10 juin 2023.

Miller Kenneth E., Martell Zoe L., Pazdirek Linda, Caruth Melissa et Lopez Diana, 2005, « The role of interpreters in psychotherapy with Refugees: An exploratory study », *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(1), p. 27-39.

Niemants Natacha, *L'interprétation de dialogue en milieu médical. Du jeu de rôle à l'exercice d'une responsabilité*, Ariccia, Aracne Editrice, 2015.

Niemants Natacha et Cirillo Letizia, 2017, « Dialogue interpreting: Research, education and professional practice », dans Letizia Cirillo et Natacha Niemants (dir.), *Teaching Dialogue Interpreting. Research-Based Proposals for Higher Education*, Amsterdam, Benjamins, p. 1-25.

Norcross John C. et Wampold Bruce E., 2011, « Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices », *Psychotherapy*, 48, p. 98-102.

O'Connell Danial C. et Kowal Sabine, « Transcription systems for spoken discourse », dans Sigurd D'hondt, Jan-Ola Östman et Jef Verschueren (dir.), *The Pragmatics of Interaction*, Amsterdam, Benjamins, 2009, p. 240-254.

Ticca Anna C., 2020, « Risques et atouts de l'approche interactionniste dans la

formation sur l'interprétation en milieu social », dans Orest Weber (dir.), *Bulletin de l'Institut de Linguistique*, *L'interprétariat dans la santé : études linguistiques de terrain et activités de formation*, 31, p. 61-78.

Tribe Rachel et Thompson Kate, 2009, « Exploring the three-way relationship in therapeutic work with interpreters », *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 5(2), p. 15-21.

Vranjes Jelena, Bot Hanneke, Kurt Feyaerts et Geert Brône, 2019, « Affiliation in interpreter-mediated therapeutic talk: On the relationship between gaze and head nods », *Interpreting*, 21(2), p. 220-244.

Wadensjö Cecilia, 1998, *Interpreting as Interaction*, Londres/New York, Longman.

Weber Orest (dir.), 2020, *L'interprétariat dans la santé : études linguistiques de terrain et activités de formation*, *Bulletin de l'Institut de Linguistique*, 31.

Angelelli Claudia, 2008, « The role of the interpreter in the healthcare setting: a plea for a dialogue between research and practice », dans Carmen Valero Garcés et Anne Martin (dir.), *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and Dilemmas*, Amsterdam, Benjamins, p. 147-164.

Bioy Antoine et Bachelart Maximilien, 2010, « L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques », *Perspectives Psy*, 49(4), p. 317-326.

Bordin Edward S., 1979, « The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance », *Psychother. Theory Res. Prac.*, 16, p. 252-260.

Boss-Prieto Olga, 2013, *The Dyadic and Triadic Therapeutic Alliance in Crosscultural Health Care: The Case of Hispanic American Patients*, Thèse de doctorat en psychologie, Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques, Institut de psychologie.

Boss-Prieto Olga, De Roten Yves, Elghezouani Abdelhak, Madera Alexandra et Despland Jean-Nicolas, 2010, « Differences in therapeutic alliance when working with an interpreter: A preliminary study », *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 161(1), p. 14-16.

Bot Hanneke, 2005, *Dialogue Interpreting in Mental Health*, Amsterdam, Rodopi.

Bot Hanneke, 2009, « Role models in mental health interpreting », dans Raquel de Pedro Ricoy, Isabelle Perez et Christine Wilson (dir.), *Interpreting and Translating in Public Service Settings: Policy, Practice, Pedagogy*, Manchester, St Jerome Publishing, p. 115-126.

Brown Penelope et Levinson Stephen C., 1978, *Politeness: Some Universals in Language Usage*, Cambridge, Cambridge University Press.

Carr Silvana E., Roberts Roda, Dufour Aideen et Steyn Dini (dir.), 1997, *The Critical Link: Interpreters in the Community*, Amsterdam, Benjamins.

CCHCP, 2023, *Bridging the Gap in Mental Health Interpreting*, The Cross Cultural Health Care Program, [https://xculture.org/continuing-education/], consulté le 10 juin 2023.

Chang Doris F., Hsieh Elaine, Somerville William B., Dimond Jon, Thomas Monica, Nicasio Andel, Boiler Marit et Lewis-Fernández Robert, 2021, « Rethinking interpreter functions in mental health services », *Psychiatric Services*, 72(3), p. 353-357.

Cirillo Letizia et Niemants Natacha (dir.), 2017, *Teaching Dialogue Interpreting. Research-Based Proposals for Higher Education*, Amsterdam, Benjamins.

Crezee Ineke H. M. et Roat Cynthia E., 2019, « Bilingual patient navigator or healthcare interpreter: What's the difference and why does it matter? », *Cogent Medicine*, 6(1), DOI : 10.1080/2331205X.2019.1582576.

Davitti Elena et Pasquandrea Sergio, 2018, « Integrating authentic data in dialogue interpreting education. A teaching unit proposal », *InTRAlinea*, [https://www.intralinea.org/index.php/print/article_specials/2311], consulté le 2 juin 2023.

Delizée Anne, 2018, *Du rôle de l'interprète en santé mentale : analyse socio-discursive de ses positions subjectives au sein de la triade thérapeute-patient-interprète*, Thèse de doctorat en langues, lettres et traductologie, Université de Mons, Faculté de Traduction et d'Interprétation.

Delizée Anne, Bennoun Nathalie, Dutray Felicia, Pierard Lorine et Weber Orest, à paraître, « Preventing vicarious trauma in mental health settings: a training course for interpreters », *FITISPos International Journal*.

Delizée Anne et Michaux Christine, 2022, « The mental health interpreter's relational agency and therapeutic alliance », *The Translator*, 28(2), p. 215-233.

Delizée Anne, De Ridder Pascale et Bruwier Nicolas, 2021, *Santé mentale & interprétation : une collaboration interprofessionnelle riche de sens. Guide pratique à destination du thérapeute et de l'interprète*, Mons, Presses Universitaires de Mons.

Drennan Gerard et Swartz Leslie, 1999, « A concept over-burdened. Institutional roles for psychiatric interpreters in post-apartheid South Africa », *Interpreting*, 4(2), p. 169-198.

DU Dialogues, 2021, *Diplôme Universitaire DIALOGUES – Médiations, Interprétariat et Migration*, Université Lumière Lyon 2, ORSPERE SAMDARRA, Laboratoire ICAR, document interne, consulté le 5 juin 2023.

DU Frontières, 2022, *Diplôme d'Université – Médiation et Interprétation aux frontières*, Université de Lille, document interne, consulté le 5 juin 2023.

Ertl Anita et Pöllabauer Sonja, 2010, « Training (medical) interpreters—the key to good practice. MedInt: A joint European training perspective », *JoSTrans*, 14, p. 165-193.

Falbo, Caterina, 2012, « CorIT (Italian Television Interpreting Corpus): Classification criteria », dans Francesco Straniero Sergio et Caterina Falbo (dir.), *Breaking Ground in Corpus-Based Interpreting Studies*, Berne, Peter Lang, p. 155-185.

Falkenström Fredrik, Granström Fredrik et Holmqvist Rolf, 2013, « Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session »,

Journal of Counselling Psychology, 60(3), p. 317-328.

Goguikian Ratcliff Betty, 2010, « Du bon usage de l'interprète, entre neutralité et implication émotionnelle », dans Pascal Singy, Céline Bourquin et Orest Weber (dir.), *Barrières linguistiques en contexte médical*, Lausanne, UNIL, p. 39-56.

Goguikian Ratcliff Betty et Pereira Catarina, 2019, « L'alliance thérapeutique triadique dans une psychothérapie avec un interprète : un concept en quête de validation », *Pratiques psychologiques*, 25(1), p. 63-77.

Goguikian Ratcliff Betty et Suardi Francesca, 2006, « L'interprète dans une consultation thérapeutique : conceptions de son rôle et difficultés éprouvées », *Psychothérapies*, 26(1), p. 37-49.

Gryesten Jasmin R., Brodersen Kathrine J., Lindberg Laura G., Carlsson Jessica et Poulsen Stig, 2023, « Interpreter-mediated psychotherapy – a qualitative analysis of the interprofessional collaboration between psychologists and interpreters », *Current Psychology*, 42(2), p. 1420-1433.

Hanft-Robert Saskia, Lindberg Laura G., Mösko Mike et Carlsson Jessica, 2023, « A balancing act: How interpreters affect the therapeutic alliance in psychotherapy with trauma-affected refugees—a qualitative study with therapists », *Frontiers in Psychology*, 14.

Hanft-Robert Saskia, Pohontsch Nadine J., Uhr Cornelia, Redlich Alexander et Metzner Franka, 2022, « Therapeutic Alliance in interpreter-mediated psychotherapy from the perspective of refugee patients: Results of qualitative interviews », *Verhaltenstherapie*, 32(1), p. 190-198.

Heinonen Erkki, Lindfors Olavi, Härkänen Tommi, Virtala Esa, Jääskeläinen Tuija et Knekt Paul, 2014, « Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance in short-term and long-term psychotherapies », *Clin Psychol Psychother*, 21(6), p. 475-494.

Horvath Adam O. et Bedi Robinder P., 2002, « The alliance », dans John C. Norcross (dir.), *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*, New York, Oxford University Press, p. 37-69.

Hunt Xanthe et Swartz Leslie, 2017, « Psychotherapy with a language interpreter: Considerations and cautions for practice », *South African Journal of Psychology*, 47(1), p. 97-109.

IIM, 2023, *Introduction à l'interprétation et à la médiation en contexte migratoire, en milieu social & médical*, Université de Mons, document interne, consulté le 3 juin 2023.

IMIA, 1995, *International Medical Interpreters Association Training Standards for Medical Interpreters*, International Medical Interpreters Association, document interne, consulté le 3 juin 2023.

INTERPRET, 2016, *Interprétariat dans le domaine de la santé psychique. Module de formation n°5 du système modulaire « Interprétariat communautaire et médiation interculturelle »*, Berne, Commission qualité, document interne, consulté le 3 juin 2023.

Jefferson Gail, 2004, « Glossary of transcript symbols with an introduction », dans G. H. Lerner (dir.), *Conversation Analysis: Studies from the First Generation*, Amsterdam, Benjamins, p. 13-31.

Kerbrat-Orecchioni Catherine, 1992, *Les interactions verbales. Tome II*, Paris, Armand Colin.

Leanza Yvan, Boivin Isabelle, Moro Marie Rose, Rousseau Cécile, Brisset Camille, Rosenberg Ellen et Hassan Ghayda, 2015, « Integration of interpreters in mental health interventions with children and adolescents: The need for a framework », *Transcultural Psychiatry*, 52(3), p. 353-375.

Leanza Yvan, Miklavcic Alessandra, Boivin Isabelle et Rosenberg Ellen, 2014, « Working with interpreters », dans Laurence J. Kirmayer, Jaswant Gizder et Cécile Rousseau (dir.), *Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care*, New York, Springer Science and Business Media B.V., p. 89-114.

Merlini Raffaela, 2017, « Developing flexibility to meet the challenges of interpreting in film festivals », dans Letizia Cirillo et Natacha Niemants (dir.), *Teaching Dialogue Interpreting. Research-Based Proposals for Higher Education*, Amsterdam, Benjamins, p. 138-157.

MHIT, 2006, *Mental Health Interpreter Training Program*, joint project between The National Latino Behavioral Health Association and The National Asian American Pacific Islander Mental Health Association, [http://www.mhit.org/], consulté le 10 juin 2023.

Miller Kenneth E., Martell Zoe L., Pazdirek Linda, Caruth Melissa et Lopez Diana, 2005, « The role of interpreters in psychotherapy with Refugees: An exploratory study », *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(1), p. 27-39.

Niemants Natacha, *L'interprétation de dialogue en milieu médical. Du jeu de rôle à l'exercice d'une responsabilité*, Ariccia, Aracne Editrice, 2015.

Niemants Natacha et Cirillo Letizia, 2017, « Dialogue interpreting: Research, education and professional practice », dans Letizia Cirillo et Natacha Niemants (dir.), *Teaching Dialogue Interpreting. Research-Based Proposals for Higher Education*, Amsterdam, Benjamins, p. 1-25.

Norcross John C. et Wampold Bruce E., 2011, « Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices », *Psychotherapy*, 48, p. 98-102.

O'Connell Danial C. et Kowal Sabine, « Transcription systems for spoken discourse », dans Sigurd D'hondt, Jan-Ola Östman et Jef Verschueren (dir.), *The Pragmatics of Interaction*, Amsterdam, Benjamins, 2009, p. 240-254.

Ticca Anna C., 2020, « Risques et atouts de l'approche interactionniste dans la formation sur l'interprétation en milieu social », dans Orest Weber (dir.), *Bulletin de l'Institut de Linguistique*, *L'interprétariat dans la santé : études linguistiques de terrain et activités de formation*, 31, p. 61-78.

Tribe Rachel et Thompson Kate, 2009, « Exploring the three-way relationship in therapeutic work with interpreters », *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 5(2), p. 15-21.

Vranjes Jelena, Bot Hanneke, Kurt Feyaerts et Geert Brône, 2019, « Affiliation in interpreter-mediated therapeutic talk: On the relationship between gaze and head nods », *Interpreting*, 21(2), p. 220-244.

Wadensjö Cecilia, 1998, *Interpreting as Interaction*, Londres/New York, Longman.

Weber Orest (dir.), 2020, *L'interprétariat dans la santé : études linguistiques de terrain et activités de formation*, *Bulletin de l'Institut de Linguistique*, 31.

---

1 Par ex., CCHCP, 2023 ; DU Dialogues, 2021 ; DU Frontières, 2022 ; Ertl et Pöllabauer, 2010 ; IIM, 2023 ; INTERPRET, 2016 ; IMIA, 1995 ; MHIT, 2006.

2 Le féminin générique sera utilisé dans cet article, sauf dans la section 2 qui présente des données authentiques genrées.

3 Pour cette démonstration, voir les études portant spécifiquement sur la co-construction de l'AT, notamment celles présentées dans la section 1.

4 Malgré l'hétérogénéité des variables et des méthodologies de recherche, les résultats de ces études sont convergents.

5 L'analyse qui suit est non exhaustive étant donné les limites du volume éditorial.

6 La production paraverbale comprend les phénomènes vocaux qui accompagnent la parole, mais ne sont pas linguistiques par nature : le rire, l'inspiration, l'expiration, le soupir, les pleurs (O'Connell et Kowal, 2009 : 244).

7 Pour cette démonstration, voir la littérature portant sur la construction de l'AT en contexte bilingue interprété présentée dans la section 1.

8 Les prénoms sont fictifs.

9 En raison du volume éditorial, seuls deux extraits sont présentés ici (Delizée, 2018). Trois autres extraits de la même consultation peuvent être trouvés dans Delizée et Michaux (2022).

10 Pour des suggestions visant à réduire la focalisation des apprenantes sur la fidélité linguistique et augmenter leurs disponibilités à considérer d'autres aspects de l'échange, voir Ticca (2020).

Français

En psychothérapie monolingue, la recherche a montré qu'une alliance thérapeutique (AT) positive est prédictive de la réussite de la thérapie, quel que soit le modèle théorique sous-jacent. Les études qui se penchent sur l'AT en contexte bilingue interprété indiquent qu'une AT triadique se co-construit entre la thérapeute, l'interprète et la patiente, et qu'elle est influencée par des facteurs structurels, situationnels, personnels, verbaux, paraverbaux et non verbaux. Face à ces résultats, nous proposons d'inclure dans l'éducation des interprètes un module visant à conscientiser ces facteurs, tout particulièrement la manière dont l'implication interpersonnelle et émotionnelle de l'interprète peut co-construire une AT positive lorsqu'elle est maîtrisée grâce au dialogue interprofessionnel avec la thérapeute. Nous espérons ainsi contribuer à élaborer un programme de formation spécifique éclairé par la recherche récente dans lequel les complexités inhérentes à l'interprétation en santé mentale sont abordées sans *a priori* limitant.

English

In monolingual psychotherapy, research has shown that a positive therapeutic alliance (TA) is predictive of successful therapy, regardless of the underlying theoretical model. Studies investigating TA in interpreted bilingual settings indicate that a triadic TA is co-constructed between therapist, interpreter and patient, and is influenced by structural, situational, personal, verbal, paraverbal and non-verbal factors. In the light of these findings, we propose to include a module in interpreter education aimed at raising awareness of these factors, in particular the way in which the interpreter's interpersonal and emotional involvement can co-construct positive TA when it is monitored through interprofessional dialogue with the therapist. We hope in this way to contribute to the development of a specific educational programme informed by recent research in which the complexities of mental health interpreting are addressed without limiting preconceptions.

Nederlands

Onderzoek heeft aangetoond dat in eentalige psychotherapie een positieve therapeutische alliantie (TA) duidelijk verband houdt met succesvolle therapie, ongeacht het onderliggende theoretische model. Studies naar TA in getolkte tweetalige settings geven aan dat er een triadische TA wordt opgebouwd tussen therapeut, tolk en patiënt en dat die wordt beïnvloed door structurele, situationele, persoonlijke, verbale, paraverbale en nonverbale factoren. In het licht van die bevindingen stellen we voor om een module te integreren in de tolkopleidingen om tolken het belang te laten inzien van die factoren. Er kan dan in het bijzonder aandacht worden gegeven aan de manier waarop de interpersoonlijke en emotionele betrokkenheid van de tolk een positieve TA kan co-construeren, als die betrokkenheid wordt gecontroleerd dankzij een interprofessionele dialoog met de

therapeut. We hopen zo bij te dragen tot de ontwikkeling van een specifiek onderwijsprogramma dat op recent onderzoek is gebaseerd en waarin de complexiteit die inherent is aan tolken in de geestelijke gezondheidszorg aan bod komt zonder beperkende vooroordelen.

Русский язык

Исследования в области моноязычной психотерапии показывают, что позитивный терапевтический альянс (ТА) предопределяет успех терапевтического процесса, независимо от теоретической модели, лежащей в его основе. Исследования, рассматривающие ТА в двуязычной терапии, проведённой с помощью переводчика, показывают, что триадический ТА выстраивается совместно терапевтом, переводчиком и пациентом, и что на него влияют структурные, ситуационные, личностные, вербальные, паравербальные и невербальные факторы. В свете этих констатаций мы предлагаем включить в программу обучения переводчиков курс, направленный на повышение осведомленности переводчиков касательно этих факторов, в особенности относительно того, как межличностная и эмоциональная вовлеченность переводчика может способствовать совместному выстраиванию позитивного ТА, если она регулируется посредством межпрофессионального диалога переводчика с терапевтом. Этим предложением мы надеемся внести свой вклад в разработку специальной программы обучения, основанной на результатах новейших исследований, в которой сложности, присущие устному переводу в области психического здоровья, рассматриваются без ограничивающих предубеждений.

Mots-clés

interprétation en santé mentale, alliance thérapeutique triadique, facteurs d'influence, implication interpersonnelle, implication émotionnelle, comportement verbal, paraverbal et non verbal

Keywords

mental health interpreting, triadic therapeutic alliance, influencing factors, interpersonal involvement, emotional involvement, verbal, paraverbal and non-verbal behaviour

Ключевые слова

устный перевод в области психического здоровья, триадический терапевтический альянс, факторы влияния, межличностная вовлеченность, эмоциональная вовлеченность, вербальное, паравербальное и невербальное поведение

Trefwoorden

tolken in de geestelijke gezondheidszorg, triadische therapeutische alliantie, bepalende factoren, interpersoonlijke betrokkenheid, emotionele

betrokkenheid, verbaal, paraverbaal en non-verbaal gedrag

Anne Delizée
Anne Delizée est licenciée en traduction et en philologie slave, et docteure en Traductologie, Langues et Lettres. Elle est chargée de cours (professeur associé) à la Faculté de Traduction et d'Interprétation de l'Université de Mons. Elle est spécialisée en interprétation de dialogue en contexte migratoire, tout particulièrement dans le secteur de la santé mentale. Ses recherches actuelles portent sur l'agentivité de l'interprète, notamment sur le plan relationnel, ainsi que sur les processus cognitifs inhérents à l'interprétation triadique. Sur le terrain, elle est interprète de dialogue en russe-français.
anne.delizee[à]umons.ac.be