

Juin 2009 - Hors-série



# La lettre du Réseau Sourds & Santé



## Séminaire **Surdité et Santé Mentale** *3 Octobre 2008*

Une soixantaine de professionnels originaires de toute la France et de Belgique ont participé au premier séminaire du Réseau Sourds & Santé. Ce fût l'occasion de faire le point sur le travail en réseau à la fois sur un plan pratique et d'aborder des questions plus théoriques rencontrées par les partenaires.

# Séminaire

## Surdité et Santé Mentale

Le séminaire a été l'occasion de s'interroger sur les spécificités de l'interprétation français-langue des signes en santé mentale et sur le concept nouveau d'intermédiation.

Il a également permis de prendre du recul par rapport à notre pratique et de s'interroger sur les conséquences des modalités médico-r educatives à l'oeuvre dans la prise en charge précoce des enfants sourds en termes de maîtrise linguistique et leur retentissement ultérieur en pratique clinique. Les exposés de deux linguistes ont servi de base à la discussion. Enfin, un projet d'adaptation du Mini-Mental State (MMSE) en langue des signes (MMS-LS) a été présenté. Les exposés présentés lors de ce séminaire, ont apporté des questions qui ont servi à amorcer une discussion entre les participants.

### Sommaire

#### Interprétation en santé mentale

**Carole Gutman**, interprète français-Langue des Signes, Unité d'Accueil et de Soins en LSF du CHU de Marseille ;

**Dr Anna Ciosi**, psychiatre, CHU de Marseille

3

#### Espace psychothérapeutique et pratiques d'interprétation : un déni de l'inconscient sous prétexte de traduction ?

**Yvette Thoua**, psychanalyste, Bruxelles

**André Meynard**, psychanalyste, Marseille

9

#### Médiation en santé mentale

**William Salhi**, Moniteur- ducateur, Sourdmédia

11

#### Comment l'enfant s'humanise sur un plan linguistique ?

**Laurence Meurant**, Linguiste, Chargée de recherches du Fonds de la Recherche Scientifique Belge (FNR-FNRS), Université de Namur (Belgique)

15

#### Comment s'expriment les sourds ?

**Annie Risler**, Linguiste, co-responsable du master interprétariat, Université Lille 3, UMR 8163 CNRS

18

#### Evaluation du niveau linguistique en langue des signes et adaptation du Mini-Mental state en LSF.

**Dr Benoit Drion**, Coordinateur du réseau « Sourds & Santé » Nord-Pas-de-Calais, Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL) ;

**Dr Charlotte Crinquette**, neurologue GHICL ;

**Laurence Meurant**, linguiste, Chargée de recherches du Fonds de la Recherche Scientifique belge (FNR-FNRS), Université de Namur (Belgique) ;

**Denis Planchon**, expert linguistique LSF, GHICL

21

Le prochain séminaire se tiendra le 09/10/2009

23

# Interprétation en santé mentale

## Travail en binôme: Evolution d'une pratique

**Carole Gutman**, Interprète français-Langue des Signes,  
Unité d'Accueil et de Soins en LSF  
du CHU de Marseille

**Dr Anna Ciosi**, psychiatre, CHU de Marseille.

L'exposé qui a été présenté retrace l'évolution d'une pratique de travail en binôme entre un médecin psychiatre et un interprète sur 4 ans.

La première période (2004/2006) fait état d'un travail ponctuel, non formalisé, répondant à des situations d'urgence. La présence de l'interprète est alors rendue nécessaire par l'absence de connaissance de la LSF de la part du médecin.

En 2006, la création de l'UASSM-M (Unité Ambulatoire Surdité Santé Mentale – Méditerranée) officialise la pratique. Le médecin apprend la LSF et son adresse directe au patient est parfois possible même si, le truchement par l'interprète demeure encore souvent la règle.

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

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

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

### 2004/2006

#### **Une première expérience: Le travail ponctuel du psychiatre et de l'interprète**

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

## 1 Déroulement de la consultation

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

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

**Débriefing:** 15 minutes. Les discussions permettent de reprendre (d'un point de vue linguistique) les incompréhensions, les difficultés langagières perçues par l'interprète, afin qu'elles soient mieux ressenties par la psychiatre.

**Exemple 1:** Mme B. par moment n'est plus comprise par l'interprète (problèmes d'emplacement, de structuration du temps et de l'espace dans le discours). Il faudra plusieurs séances et débriefing pour mettre en évidence que ces perturbations de la structure du discours n'apparaissent que lorsque la patiente évoque ses relations familiales.

**Exemple 2:** monsieur Q., langue des signes très structurée, sans oralisation associée, « passe à l'oral » lorsqu'il évoque sa mère.

La présence d'un médiateur sourd est retenue pour le prochain rendez-vous, en cas d'incompréhension majeure par l'interprète du discours du patient (et vice versa) par exemple dans le cas de décompensation délirante aiguë (nombreux néologismes, trouble du langage dissociatif...) ou pour des patients pour lesquels la syntaxe et le vocabulaire en LSF présentent trop d'écart par rapport à une langue normée. Le débriefing permet également de préparer la prochaine consultation: plusieurs éléments seront repris lors du briefing de la consultation suivante pour permettre notamment une adaptation du dispositif de la consultation à la problématique du patient.

## 2 Du point de vue du psychiatre

En l'absence de connaissance de la LSF et de la pratique de celle-ci, il m'est impossible de recevoir les patients sourds sans la présence d'un interprète. Cette présence si elle remet en question le cadre habituel de la consultation (relation duelle), n'est pas non plus déroutante pour un psychiatre travaillant en institution (la présence d'autres

membres de l'équipe, infirmiers AS, psychologues, autre médecin, est habituelle lors des entretiens).

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

Je ne perçois pas la distorsion induite de fait par toute traduction d'une langue à l'autre (ne connaissant pas la langue du patient !). L'interprète me rappelle constamment lors des débriefings, la possibilité d'un écart entre le discours du patient et de l'interprétation linguistique qui est en fait (entre autre dans le choix des mots). Il ne faut pas « s'accrocher » au signifiant oral de la même manière que pour un patient entendant. (Exemple: « Pourquoi avez-vous dit annoncé au lieu de déclaré ? »).

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

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

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

### 3 Du point de vue de l'interprète

A cette époque, la psychiatre ne connaît pas la LSF. Toutefois, même si je pense parvenir à lui faire saisir rapidement les limites du rôle de l'interprète, les difficultés de l'interprétation en santé mentale (discipline dans laquelle le choix des mots, distinction fonds / forme est délicate ; difficulté à comprendre et / ou à être compris ; altération du discours, écart de langage, limite de l'intervention en regard de la déontologie...) elle ne peut pas voir ni comprendre linguistiquement les écarts de langue qui peuvent apparaître dans le discours des patients par rapport à une langue « normée ». Sa compréhension est raisonnée, cérébrale, calquée sur une comparaison avec le français. Ce n'est pas une compréhension de la langue, de l'image, du mouvement.

Je suis donc amenée à reprendre régulièrement l'information « de base » à savoir que l'interprétation diffère intrinsèquement du discours original, et que les écarts peuvent être importants au regard de la pathologie psychiatrique qui peut altérer le discours. (Néologisme)

Dans la plupart des situations d'interprétation dites « classiques », l'interprète n'a que peu besoin d'intervenir au cours de l'entretien. Le discours est compréhensible et suffisamment cohérent pour permettre l'interprétation. En revanche, l'altération du discours (pour des raisons psychopathologiques) met l'interprète à mal. Il est plus souvent obligé de modifier son fonctionnement habituel pour signaler sa difficulté (je ne comprends pas, passage en mots / signes).

FENÊTRE

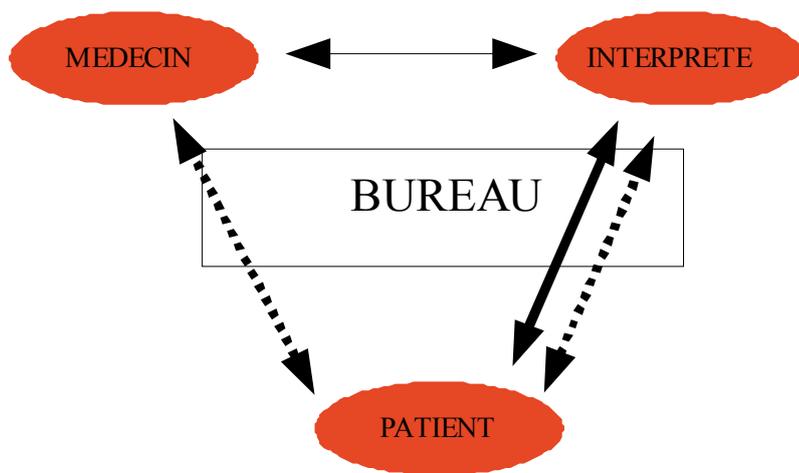
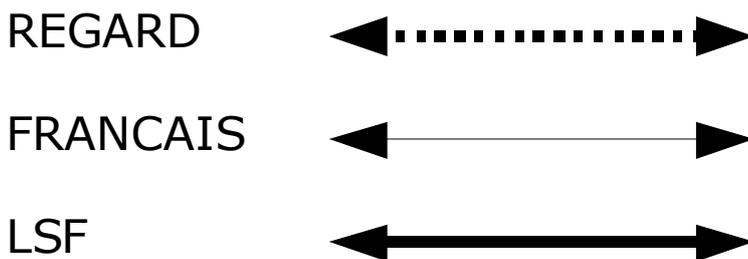


Schéma 1



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

## 2006/2008 Création de l'UASSM-M:

La mise en place d'un cadre de travail, un travail en binôme

### 1 Déroulement de la consultation

45 minutes de consultation ;  
15 minutes de briefing/ débriefing

Depuis la création de l'UASSM-M (Unité Ambulatoire Surdité et Santé Mentale – Méditerranée), le nombre de consultations a considérablement augmenté. La formalisation du cadre s'est révélée d'autant plus nécessaire. Le psychiatre s'adresse au patient directement en début et en fin de consultation. Il a donc fallu voir si cette nouvelle organisation était bénéfique pour le patient, acceptable pour l'interprète, et quelles modifications cela allait engendrer.

### 2 Du point de vue du psychiatre

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

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

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

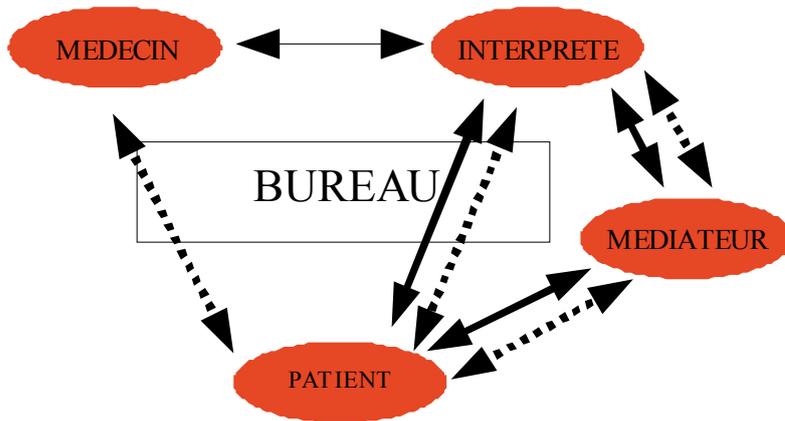
Du fait de cette évolution, le contenu du débriefing change : par exemple, la discussion sur la présence de néologismes dans le discours est plus facilement reprise car partiellement ou totalement perçue pendant la consultation. La réflexion sur le discours du patient devient plus « clinique ».

### 3 Du point de vue de l'interprète

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

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

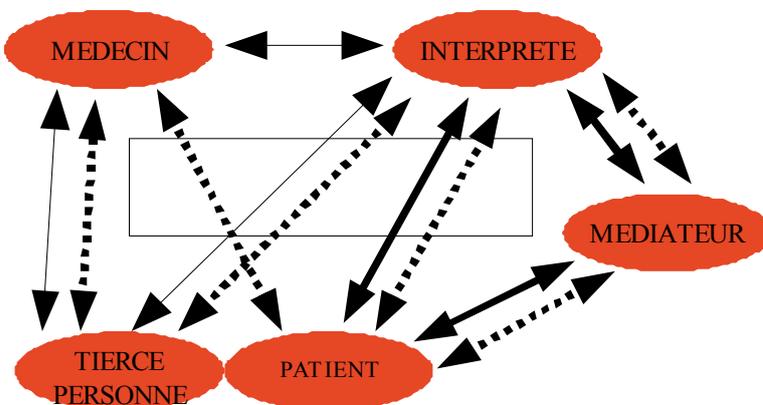
F  
E  
N  
E  
T  
R  
E



Schéma 2

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

F  
E  
N  
E  
T  
R  
E



Schéma 3

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

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

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

**Exemple 5 :** Une réunion pour une patiente et sa famille entendante est mise en place. Sont présents à cette réunion la psychiatre de l'unité surdité et santé mentale, un deuxième psychiatre (médecin responsable du service où est hospitalisée la patiente), deux infirmiers, le mari sourd, une des filles et le fils entendants. La patiente n'arrive pas à dialoguer avec sa fille, même si celle-ci signe. Elle ne la regarde pas. La psychiatre lui en fait la remarque par mon intermédiaire « Pourquoi ne vous adressez-vous pas à directement votre fille ? » La situation est paradoxale : demander à quelqu'un de s'adresser directement à quelqu'un d'autre en ne le faisant pas soi-même (truchement par l'interprète). J'ai suggéré au psychiatre de s'adresser directement à la patiente car le schéma de communication était complexe et il était difficile pour moi d'avoir une traduction claire.

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

Quand je suis « seule » (sans intermédiaire)  
Je dis à l'oral que je ne comprends pas. La psychiatre dit qu'elle n'a pas compris directement en LSF et reprend la question en français.

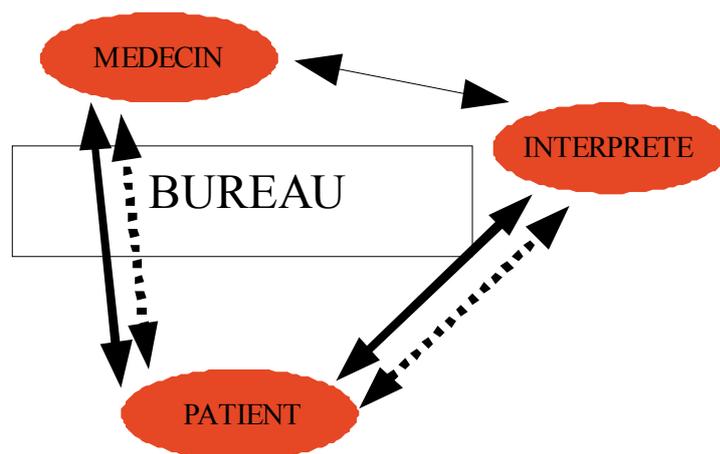
Je passe alors en transcodage (mot / signe), ou je répète que je ne comprends pas. Le médecin s'adapte.

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

Lors du débriefing, nous reprenons les incompréhensions langagières. La psychiatre fait le lien éventuel avec la pathologie. Les échanges sont plus riches, chacune apprenant de l'autre. Le travail de binôme, régulier, me rend plus avide de connaissances psychiatriques. De l'autre côté, je n'ai plus besoin de reprendre la « genèse » de la LSF pour faire comprendre mes doutes linguistiques au médecin. De ce fait, les débriefings sont davantage cliniques.

F  
E  
N  
E  
T  
R  
E

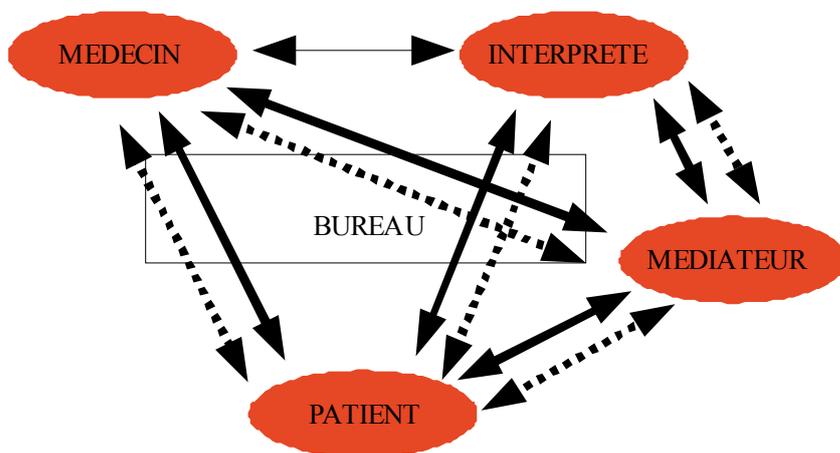
## 2008 Un cadre de travail en mouvement: Les aménagements en fonction de nos limites, nos besoins



**Schéma 4**

Attention :

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



## Schéma 5

L'apprentissage de la LSF par le médecin a entraîné une évolution du dispositif (schéma 1 puis schémas 2 et 3, et schémas 4 et 5). Quelle sera la nouvelle étape ?

Différents types de dispositifs sont mis en place selon les besoins patient/médecin :

La psychiatre seule en LSF avec ou sans Intermédiaireur

La psychiatre en français ou en LSF avec interprète et / ou Intermédiaireur et/ ou tierce personne.

## 1 Déroulement de la consultation

Les consultations s'allongent (paradoxe avec communication directe)

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

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

## 2 Du point de vue du psychiatre

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

- d'une part, à cause de l'augmentation du nombre de consultations : nous ne disposons que d'un temps plein d'interprète pour deux unités de soins (psychiatrique et somatique).

- d'autre part, parce que le suivi régulier de nombreux patients (notamment en hospitalisation), m'a « habituée » à leur LSF (et eux à la mienne !!). Le passage en « direct » (sans interprète) peut se faire. Il devient même indispensable dans certain cas mais pas toujours suffisant pour une compréhension complète de part et d'autre d'où la modification du dispositif (schémas 4 et 5).

Quoi qu'il en soit, lors de la première consultation d'un nouveau patient la présence de l'interprète est « automatique » (sauf si refus du patient). Si des tiers entendant accompagnent le patient, l'interprète est nécessairement présent.

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

## 3 Du point de vue de l'interprète

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

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

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

Techniquement, je dois me placer de façon à voir à la fois le patient et le médecin (dans une sorte de triangle). Par habitude, l'interprète traduit l'intégralité d'un échange en LSF. Or ce dispositif ne m'oblige pas à traduire le médecin vers le français ! C'est pourtant ce qu'il m'arrive de faire par « automatisme » (ce qui n'est pas gênant).

Bien entendu, si une tierce personne est présente pendant l'entretien, je traduis le médecin vers le français.

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

### Certaines situations peuvent poser des difficultés :

**Exemple 6** : Une réunion est organisée en présence de plusieurs membres du personnel soignant, le patient et la psychiatre. Je suis présente avec l'intermédiaireur. La psychiatre, qui a eu l'occasion de rencontrer le patient à maintes reprises durant son hospitalisation, préfère s'adresser à lui directement en LSF. Elle comprend le discours du patient bien mieux que moi et que l'intermédiaireur (contexte, pathologie, niveau de LSF...) Elle répond donc en LSF au patient avant même que la traduction vers le français ne soit finie, puisque l'intermédiaireur, en difficulté dans sa compréhension du patient, intervient pour clarifier le discours alors que ce dernier est déjà clair pour la psychiatre et pour elle seulement ! J'interviens à plusieurs reprises pour stopper l'échange : je dois en effet tout traduire vers le français pour les entendants en présence... Or, l'échange, la relation qui s'est nouée entre la psychiatre et le patient rend difficile ces interruptions nécessaires à la clarté de l'interprétation pour une prise en charge collective.

# Conclusion

## Anna Ciosi

Même si l'impression première perçue au début du travail avec l'interprète était celle d'une situation similaire à celle des entretiens duels avec les patients entendants, l'apprentissage de la LSF s'est posé comme une évidence. Au fur et à mesure d'une meilleure maîtrise de la Langue, l'utilisation de celle-ci directement (sans le truchement de l'interprète) pour communiquer avec le patient est de plus en plus importante pendant la consultation (actuellement une majorité de consultations sont réalisées sans la présence de l'interprète). Cette situation permet de renforcer la relation médecin-patient et de « revenir » à une situation « duelle ». Cependant, ce n'est pas le caractère « duel » de l'entretien qui semble primordial, mais le caractère « direct ». J'ai pu noter que même si l'interprète est présente à l'entretien, c'est lorsque le patient et moi-même pouvons avoir des échanges directs que la relation de confiance mutuelle (indispensable à la prise en charge) se renforce (voir s'établit, en cas de premier entretien). Ce n'est pas la présence d'un « tiers » (en l'occurrence, l'interprète) qui empêche la relation de s'établir.

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

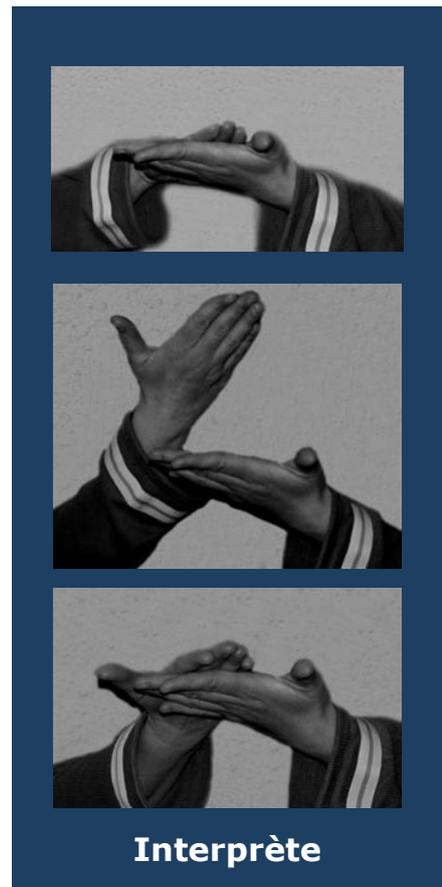
Si la question de la prise en charge psychiatrique des patients sourds en LSF se pose donc comme une évidence, le cadre de celle-ci soulève de nombreux questionnements : chaque situation clinique est particulière (problématique et symptomatologie du patient, lieu de l'intervention (hospitalisation, urgence, consultation ambulatoire programmée), tiers accompagnants (famille, équipe médico-sociale, autre équipe médicale...), présence ou non de l'intermédiaire...). D'autre part, l'expérience de chacun évolue (apprentissage de la LSF, connaissance de la culture Sourde pour le psychiatre, meilleures compréhension de la sémiologie psychiatrique et du travail du psychiatre par l'interprète) : le travail du binôme psychiatre-Interprète est en perpétuel mouvement et nécessite d'en préciser le cadre très régulièrement.

## Carole Gutman

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

- Le travail en binôme dans le cadre de la santé mentale

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



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

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

- Interprétation et santé mentale : les interprètes cherchent à faire du sens. En situation de santé mentale, il n'y en a pas forcément... mais à l'inverse il ne faut pas penser qu'il n'y en a jamais !

**Exemple 7 :** M T. diable rouge, un discours très décousu, incluant des signes « diables rouges », puis des renvois au football..., puis des délires, M.U.... Peu de compréhension de ma part comme de la part de la médiatrice. Le soir sur internet j'ai appris l'existence de l'équipe de Liverpool Les diables Rouges, du Manchester United... Du sens perdu au milieu d'absence de sens perceptible).

Mais il ne faut pas que toutes les difficultés auxquelles l'interprète doit faire face soient tout simplement reportées sur l'intermédiaireur... Interprètes comme médiateurs ont besoin de formation, et de réunions d'échanges sur leurs pratiques.

- Pourquoi n'y aurait-il pas d'interprète en santé mentale ? Qui d'autre pourrait intervenir ? Pourquoi serait-ce si dangereux à partir du moment où l'on pense sa place dans un dispositif en mouvement ? Difficultés à traduire des personnes atteintes de troubles du langage, particularités du transfert dans une situation tripartite, sont des arguments souvent évoqués pour affirmer que l'interprète n'a pas sa place dans une consultation de santé mentale. Certains médecins manient peu (voire pas du tout) la langue des signes. Même duelle, et « en direct », que dire des dangers d'une telle consultation ?

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

## Espace psychothérapeutique et pratiques d'interprétation: un déni de l'inconscient sous prétexte de traduction

**Yvette Thoua**, psychanalyste, Bruxelles

**André Meynard**, psychanalyste, Marseille

***Yvette Thoua et André Meynard n'ont pas pu participer au séminaire et nous ont envoyé la contribution suivante.***

### **Argument :**

A l'heure d'une psychiatrie biologique réductrice inféodée au DSM et autres outils scientifiques de diagnostic, d'une psychologie dérivant vers des thérapies cognitivo-comportementale (TCC) ou orientée essentiellement sur une recherche de signification comme remède, les auteurs rappellent ici que seul un véritable travail préalable sur sa propre histoire désirante permet au clinicien d'ouvrir et soutenir un espace d'écoute où la parole des sujets (Sourds ou non) pourra être entendue. Les auteurs tiennent à réaffirmer ici, qu'hors ce travail, l'écoute demeure sourde à ce que la singularité d'une parole (signée ou sonorisée) tente de faire émerger. Toute traduction, conçue comme simple compréhension linguistique experte d'un dire, omettant ainsi les axes du transfert qui règlent les processus d'interlocution, piège les sujets dans une dimension imaginaire source de violence et de confusion identificatoire.

Chers collègues et amis,

Nous avons pris connaissance avec beaucoup d'intérêt de l'information que vous avez bien voulu nous faire parvenir, concernant un séminaire intitulé « surdité et santé mentale » organisé par vos soins le 3 octobre 2008. Nous ne savons pas encore si nous pourrions participer à ces travaux, ainsi que vous nous y avez invités, mais d'ores et déjà nous aimerions vous faire part de quelques réflexions que nous inspirent le thème et la présentation de cette journée.

Nous le faisons en qualité de psychanalystes à partir d'une pratique d'écoute clinique qui reconnaît aux personnes sourdes leur pleine inscription en langage, ce dernier ne pouvant se réduire à son seul vecteur sonore. Nous partageons donc avec vous l'importance de la LSF dans l'abord et l'accueil de ces sujets. Nous avons publié un certain nombre de travaux sur ces questions et bien évidemment nous sommes attentifs aux recherches des linguistes qui dans leur domaine peuvent contribuer à mettre en évidence certaines caractéristiques de ces langues signées. Toutefois nous insistons pour souligner que le champ de la rencontre « thérapeutique » s'inscrit dans le domaine de la langue parlée, de l'interlocution et qu'à ce titre les coordonnées du transfert et de la dynamique inconsciente tant de la parole que de l'écoute ne sauraient être éludés. Le champ de la pratique relationnelle dite « thérapeutique » est avant tout concerné par la question de la souffrance psychique qui cherche à se dire à l'adresse d'un Autre et à être entendue. Nous aimerions que ceci soit plus fortement souligné et pris en compte dans l'abord de ces questions. Nous nous permettons donc de verser cette « contribution » à vos réflexions. Nous le faisons dans le

souci de clarifier certains points qui nous paraissent essentiels et dans l'espoir que ceci rencontre vos propres interrogations.

L'expertise linguistique ne peut suffire en effet à « évaluer » ou à clôturer ce qui advient dans la dite rencontre. Dans l'abord « thérapeutique », pour ce qui est du dire et de l'écoute de la souffrance psychique, la notion de « médiation » voire « d' (inter)médiation » nous paraît à travailler prioritairement en lien avec les axes transférentiels. Ceux-ci concernent certes le patient mais aussi ce qui se joue entre le médiateur (et/ ou interprète) et le dit thérapeute ainsi qu'en lien avec ce que ce dernier projette inconsciemment sur ces médiateurs (et ou interprètes). Sauf à dénier radicalement la découverte Freudienne on ne peut faire l'économie d'une telle articulation. Un tel évitement ne conduirait qu'à ajouter de la confusion et à induire des souffrances (pour tous les participants à de tels dispositifs) liées au mélange des vecteurs imaginaire et symbolique de la dimension transférentielle. Il convient aussi d'attirer l'attention sur ce fait que le dit thérapeute travaille dans de tels dispositifs sur les associations sous transfert des médiateurs ou interprètes et non sur celles du sujet. Ceci nous paraît conduire à proposer de nommer différemment ceux qui participent à ces dispositifs dans le domaine de la souffrance psychique (nous préférons ce terme plutôt que celui de « santé mentale » très connoté idéologiquement et remis en cause déjà par de nombreux travaux (Cf. Gori ; Del Volgo. 2008. Exiles de l'intime. Paris, Denoël. Ou : La santé totalitaire : 2005).

Pourquoi ne pas nommer « accueillants » ces personnes dès lors qu'elles participent régulièrement à un dispositif d'écoute et d'accueil de la souffrance psychique ? Ceci permettrait de les introduire vraiment dans le dispositif et leur permettrait de pouvoir travailler la manière par laquelle elles entendent, traduisent et s'adressent à ces sujets consultants. Ceci permettrait aussi de mettre en place de véritables supervisions conduites par des psychanalystes, supervisions à même de favoriser le repérage des positions transférentielles agissantes à l'insu des divers participants.

Qui peut penser encore que la connaissance d'une langue permet d'entendre un sujet ? Les signifiants de sa parole ? Les pièges identificatoires dans lesquels il se trouve pris ? Les angoisses de culpabilité par lesquelles il ne cesse de se faire victime ? Sa propre part (inconsciente) dans les maux dont il se plaint ? Les bénéfices secondaires et la jouissance secrète qui alimentent ses symptômes ? Le sens clinique n'est pas tant lié à la qualité d'expert en LSF qu'à une certaine clarté des repères identificatoires

permettant d'éviter de confondre sa propre histoire désirable avec celles de ceux qui s'adressent à nous. Existe ici aussi des « bons signants », Sourds ou non, qui n'entendent rien des mouvements subjectifs et qui jouent allègrement avec ces « autres », dans la réalité cette fois, cette part de leur propre histoire en souffrance d'être entendue. Tout comme ce qui se passe au travers des langues

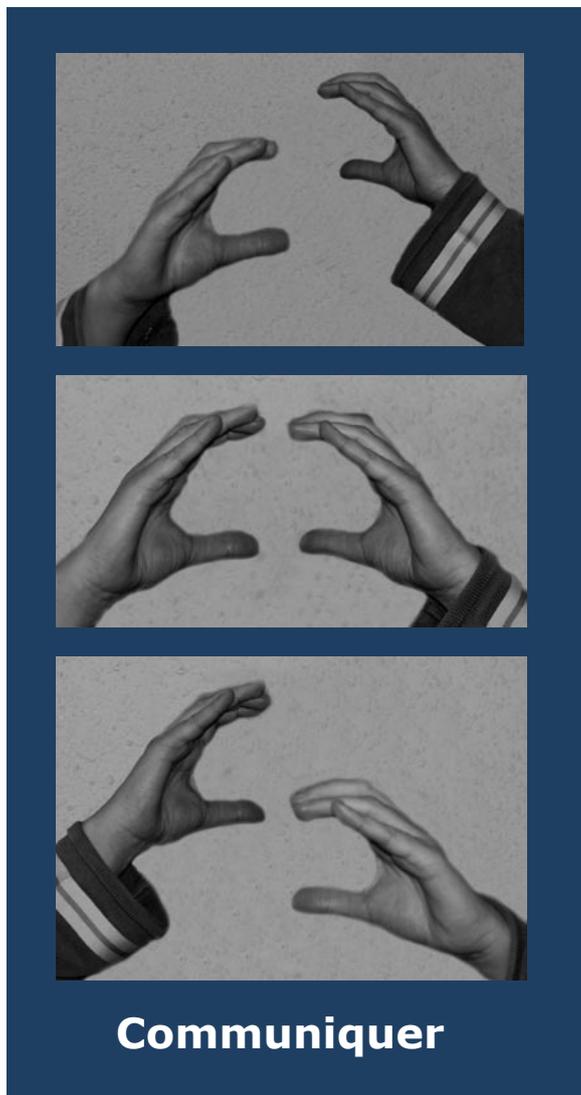
vocales, bien comprendre le dit peut parfaitement coexister avec une surdité au registre du dire. Ceux-ci alors, bien que comprenant linguistiquement les signes, n'entendent pas les places fantasmatisques dans lesquelles ils logent ceux qui leur parlent.

S'il était suffisant de parler la « même » langue pour résoudre ces si délicates questions ceci se saurait depuis longtemps. Il ne nous paraît donc pas légitime en ce sens, sous prétexte d'une bonne compréhension de la langue signée, d'évacuer les dimensions transférentielles de l'interlocution. Ceci passe toujours par un réel travail de mise en parole de notre propre histoire à l'adresse d'un Autre afin de prendre toute la mesure de l'œuvre créatrice de l'échappée, de l'insu, qui habite la langue parlée. Seule cette expérience traversée peut nous enseigner ce qu'est parler, la densité d'un silence, l'équivoque d'un signifiant ou l'importance d'un lapsus. Les termes mêmes du sujet, ses expressions singulières sont à entendre dans leur poids de vérité historique, au fil des associations qui sont les siennes. Elles ne sauraient être traduites hors dimension transférentielle comme nous l'avons évoqué précédemment. Le « tout communicationnel », dans le domaine d'une souffrance psychique se donnant à entendre dans une parole adressée, risque for-

tement de faire « comme si » l'écoute se résumait à la compréhension d'une signification. Comme si la langue n'avait somme toute qu'à être comprise ! Or, ici comme ailleurs, il n'en est rien.

Ajoutons pour finir ce point, que ce type de dispositif thérapeutique est parfois récupéré par des « psy » ou thérapeutes divers pour, à l'aide d'interprète, s'autoriser à contourner tout abord de la LSF et s'exonérer de faire trajet dans la langue du sujet. toutefois à l'avenir ces questions vous paraissent mériter attention nous nous tenons prêt à élaborer avec vous un dispositif de travail et d'échanges permettant de développer ces quelques points ici soulevés. Si vous souhaitez diffuser ces remarques nous vous demandons de bien vouloir les produire dans leur ensemble afin que notre propos soit suffisamment compréhensible au lecteur intéressé.

Vous remerciant de votre attention nous espérons que ces quelques remarques contribuent de manière constructive à vos travaux...



# Médiation en santé mentale

**William Salhi**, Moniteur-Educateur,  
Sourd média

Qu'est-ce la « médiation » ? Quelles sont les spécificités du travail de « médiateur » dans la prise en charge des sourds en santé mentale ? Quelles sont les difficultés et limites rencontrées dans la pratique ? Comment s'organise le travail en binôme interprète/médiateur ?

Je m'appelle William Salhi et je suis sourd. J'exerce la fonction d'animateur en collaboration avec trois autres collègues sourds également auprès d'un public d'adultes sourds depuis 1999 dans le cadre de l'association Sourd média (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale).

De part mon expérience antérieure menée dans le domaine de la santé mentale, je suis détaché, le plus souvent, pour assurer la médiation lors des rendez-vous de consultations chez le médecin psychiatre.

Ma pratique a beaucoup évolué depuis le début, en grande partie grâce à ma formation, celle de Moniteur Educateur. Suivre une formation est en effet indispensable pour apprendre les concepts fondamentaux et se positionner en tant que professionnel, c'est-à-dire à prendre du recul face aux usagers et aux situations rencontrées. Il peut s'agir d'une formation de Moniteur Educateur, d'Educateur Spécialisé ou autre. Cependant, si elle est indispensable, la formation n'est pas suffisante.

Les échanges avec les collègues sourds animateurs, psychologues et interprètes sont tout aussi importants. Notre collaboration mensuelle avec Alexis Karacostas, psychiatre à Paris qui intervient et supervise l'équipe à Sourd média m'a fait réfléchir sur la place d'intermédiaire.

Mes nombreux échanges avec mes collègues interprètes Français-LSF sont également indispensables au bon fonctionnement et à l'efficacité de notre travail en binôme. Je parle bien évidemment d'interprètes professionnels, c'est-à-dire formés et diplômés.

Sans interprète, pas d'intermédiaire. L'un ne va pas sans l'autre, le binôme interprète Français-LSF/intermédiaire sourd est complémentaire.

## 1 Qu'est-ce que « la médiation » ? Quelles en sont les spécificités ?

Le dictionnaire Robert définit la médiation comme le « fait de servir d'intermédiaire ».

Il y a au départ le triangle communicationnel patient sourd/ professionnel de santé/ interprète Français-LSF. L'interprète est un professionnel qui permet au professionnel de santé et au patient sourd ne parlant pas la même langue de communiquer. C'est un pont entre deux langues et deux cultures, il travaille sur le sens. Il est neutre, fidèle au discours et est soumis au secret professionnel. Dans

la majorité des cas, c'est suffisant pour que la communication se passe bien.

En revanche, d'autres situations requièrent la présence d'un intermédiaire. Qui évalue cette nécessité ? C'est la plupart du temps l'interprète. Afin d'assurer la qualité du suivi sur le long terme et confort du patient, l'idéal est de pouvoir avoir recours aux mêmes professionnels tout au long de la prise en charge.

Un intermédiaire pour qui ? Des personnes sourdes déficientes intellectuelles, ayant un handicap moteur avec des troubles associés (IMC), une pathologie neurologique (épilepsie, aphasie), une maladie mentale (psychose, schizophrénie). La plupart ne maîtrisent pas les notions de temps (durée, antériorité, futur proche et lointain, mois de l'année, heure), d'espace (distance, repérage spatial, géographie locale), et ont un retard scolaire important. Ils ont souvent des difficultés dans leur autonomie. D'autres n'ont aucune déficience mais arrivent de l'étranger et ne maîtrisent pas la Langue des Signes Française (LSF).

L'intermédiaire est un professionnel sourd. Etant moi-même sourd, je partage la même identité que le patient et cela crée spontanément des affinités. Nous avons le même parcours, le même vécu, sommes confrontés aux mêmes difficultés dans la vie quotidienne. Notre culture est identique. Ainsi, une relation de confiance avec le patient peut s'installer plus facilement.

Néanmoins, il ne suffit pas d'être sourd pour pouvoir faire de la médiation avec des patients sourds. Il faut avant tout avoir des aptitudes particulières, tant sur le plan relationnel, communicationnel qu'humain. De plus, c'est un travail difficile et de longue haleine, dans lequel il faut savoir prendre du recul. Il faut donc être au clair avec soi-même. C'est en cela que la formation est indispensable.

Lors du premier rendez-vous, le professionnel me demande souvent pourquoi j'interviens en dépit de la présence de l'interprète. Cela peut générer une certaine confusion des rôles de chacun. C'est réellement en situation que l'intermédiation prend tout son sens pour le professionnel entendant.

### Mes interventions de médiation dans le domaine de la santé mentale sont très variées :

- expertise psychiatrique suite à une demande de mesure de protection ou à une arrestation par la police ;
- service des urgences suite à une crise de décompensation ;

- hospitalisation (prévue ou non) en service psychiatrique (séjour court ou long) ;  
- suivi psy (par un psychiatre, psychologue ou infirmier psychiatrique) ;  
réunion de synthèse dans un CMP (Centre Médico Psychologique) ou un EPSM (Etablissement Public de Santé mentale)

L'intermédiaire favorise une bonne communication entre les personnes. A l'inverse de l'interprète qui est fidèle au message et neutre, je peux intervenir dans les échanges, donner une information, une explication, reformuler une question. J'informe également le professionnel et/ou le patient, j'apporte des précisions à chaque fois que la situation ou le contexte le demande. Par exemple : « c'est une école spécialisée pour les sourds », « c'est le docteur qui te pose la question, pas l'interprète et pas moi », « si j'ai bien compris », etc.

J'utilise souvent l'image d'un labyrinthe pour faire comprendre ma méthode : la question du psychiatre est l'entrée et la réponse du patient, la sortie. Mon travail consiste à permettre au patient de traverser ce labyrinthe et d'en trouver la sortie. Pour y parvenir, je demande au professionnel de santé de reformuler sa question, de manière simplifiée. Puis je cherche la bonne piste, je reviens en arrière lorsqu'un chemin mène à une impasse, j'emmène le patient sur d'autres pistes si nécessaire, et ce jusqu'à ce que la sortie du labyrinthe soit atteinte. De moi-même et m'appuyant sur mes connaissances du patient, je vais poser à ce dernier les questions qui vont lui permettre de comprendre progressivement la question du professionnel de santé. Pour cela, je reformule les questions en variant le registre de signes, j'explique, je donne des exemples, je mime, je dessine.

L'interprète traduit en langue des signes tout ce que je dis au patient et vis versa en français oral pour le professionnel entendant !

Même si cela allonge considérablement la durée de l'entretien, cela apporte au professionnel de santé de nombreuses informations nécessaires pour lui permettre d'établir des hypothèses (niveau de langue, de connaissances générales, capacités d'abstraction, mémoire, cohérence, etc.).

Ce travail de « passeur d'information » n'est pas toujours aisé et pose certaines limites dans la pratique. En effet, je ne parviens pas toujours à faire comprendre une question posée par le professionnel au patient et inversement. Même si je suis coincé et que l'échange est limité, cela est intéressant pour le psy (toujours au sens large). Un psychiatre m'a ainsi expliqué que rien que le fait de savoir si les propos du patient étaient cohérents ou non était d'une grande utilité pour l'orienter dans ses réflexions et lui proposer un traitement adéquat.

## 2 Comment s'organise le travail en binôme interprète/médiateur ?

Avant l'intervention, l'interprète et moi prenons toujours un temps pour discuter de la situation. Ce dernier a

besoin d'informations complémentaires pour préparer au mieux sa traduction.

Je lui indique la raison et l'enjeu de l'intervention, les noms, signes (quand il y en a et que je les connais) et fonctions des personnes présentes, le contexte. Je l'informe également du niveau linguistique du patient et de la manière dont il s'exprime, je lui fais également part des particularités du patient s'il y en a (syndrome de Usher par exemple = tenue noire exigée »).

Pendant l'intervention, quand il n'y a pas d'intermédiaire, le patient, le professionnel de santé et l'interprète se placent en triangle.

Quand un intermédiaire intervient, la configuration reste la même mais avec une personne en plus, qui doit trouver la place la plus adaptée et la plus confortable possible pour tout le monde. Selon la salle où a lieu l'entretien (petite, étroite, grande fenêtre à contre-jour, bureau du médecin encombré de dossiers, cellule de commissariat sans siège ni fenêtre, etc), nous prenons le temps de chercher la meilleure disposition possible. Je suis généralement à côté du patient ou légèrement en retrait. La LSF étant visuelle, il est indispensable que tout le monde se voit bien.

Lors du premier rendez-vous, j'explique le rôle de l'interprète, gère les tours de parole et attire l'attention sur le fait qu'une seule personne peut s'exprimer à la fois.

L'interprète traduit les propos du professionnel en regardant le patient et je suis attentif à la bonne compréhension de celui-ci. S'il comprend et qu'il répond de manière adaptée, je reste en retrait. En revanche, s'il fronce les sourcils, s'il se tourne vers moi avec un regard interrogateur ou s'il répond à côté, j'interviens.

Quand le patient s'exprime, l'interprète traduit. S'il ne comprend pas, il se tourne vers moi et je prends le relais.

Travailler en binôme avec un interprète nécessite de bien connaître et de bien comprendre le travail de l'autre, particulièrement en santé mentale où les situations sont parfois très délicates. Il faut savoir s'adapter au quart de tour et cela implique une grande complicité et une grande confiance mutuelle. Un regard doit suffire pour passer le relais, il en va de l'efficacité et donc de la qualité de ce travail complémentaire. Cela demande du temps et se travaille donc sur le long terme.

Certains patients n'ont jamais vu d'interprète et n'en comprennent pas le rôle. Je prends le temps d'éclaircir cela avec eux.

Exemple: au cours d'un entretien psy, le patient s'adresse ostensiblement à l'interprète (une femme) et lui dit qu'elle est belle. L'interprète traduit mais ne répond évidemment pas au patient. Celui-ci la regarde très surpris et réitère son propos. L'interprète traduit toujours mais ne répond toujours pas. Le psychiatre n'intervient pas. J'hésite puis me décide à expliquer au patient que l'interprète a bien compris ce qu'il lui a dit mais qu'elle est là uniquement pour traduire et qu'elle ne peut donc pas lui répondre. J'ajoute que lui et moi sommes sourds tous les deux et que le psychiatre est entendant : nous avons donc besoin de l'interprète pour communiquer. L'interprète n'est pas là pour discuter avec nous. Le patient paraît surpris.

Certains patients ont du mal à concevoir que l'interprète soit un professionnel entendant car jusqu'à présent, ils n'ont jamais vu d'entendant connaissant la langue des signes (la LSF a été interdite pendant longtemps, les sourds eux-mêmes ne pouvaient la plupart du temps l'utiliser qu'en cachette). Je les informe que beaucoup d'entendants apprennent maintenant la LSF, cela les surprend !

J'interviens en médiation sur plusieurs plans, je vais vous en donner des exemples, qui ne représentent qu'un léger aperçu de mon travail. Cette partie répond aussi bien à la question concernant l'organisation du binôme interprète/médiateur que celle concernant les difficultés et limites : tout est lié.

### **J'interviens sur le plan linguistique :**

- Le psychiatre pose la question : « Combien avez-vous de frères ? », le patient (âgé) ne répond pas. L'interprète me jette un coup d'œil. Je pense aussitôt que le signe standard choisi par l'interprète n'est pas celui connu du patient et je repose la question au patient en utilisant un vieux signe. Le patient répond aussitôt à la question posée. J'explique au psychiatre pourquoi le patient n'a pas répondu la première fois. Par la suite, l'interprète reprendra le vieux signe de « frère ».

- Le patient discute de football et me montre sa jambe, du pied jusqu'au genou. L'interprète et moi ne comprenons pas pourquoi. Je prends le relais de l'interprète et j'interviens pour lui demander d'expliquer le rapport avec le sport. Au bout d'un long moment, je finis par comprendre qu'il parle de l'équipe de football italienne (l'Italie, symbolisée par la botte). Ce qui semblait a priori n'avoir ni queue ni tête était en fait très logique ; l'hypothèse élaborée par le psychiatre n'est de ce fait pas du tout la même.

### **J'interviens sur le plan culturel :**

- Quand un patient me demande devant le psy dans quelle école j'ai été scolarisé, j'explique au professionnel que cette question est récurrente lorsque les sourds se rencontrent pour la première fois. Le monde des sourds étant petit, on connaît forcément quelqu'un qui connaît quelqu'un qui connaît...

- Le psy demande au patient comment il s'appelle, celui-ci montre son signe sans épeler son prénom. Que faire ? Traduire le prénom ou expliquer qu'il montre son signe ? Qu'est-ce qu'un signe ? Je l'explique, en comparant parfois avec les noms que se donnent les indiens (Emmanuel Laborit : « soleil qui vient du cœur », « cheveux aux vents », « petit pied »).

- Les entendants s'appellent pour entrer en contact, nous ne pouvons évidemment pas faire pareil. A la place, nous tapons du pied sur le parquet ou de la main sur la table pour provoquer des vibrations et attirer l'attention, nous posons la main sur le bras, l'épaule ou la cuisse de la personne que nous voulons appeler. Cela peut surprendre les entendants qui ne sont pas habitués à ces techniques de communication spécifiques. J'informe alors qu'il ne s'agit pas du tout de familiarité mais d'un geste naturel qui n'a d'autre but que d'attirer l'attention.

### **J'interviens sur le plan conceptuel :**

Exemples de questions posées par le professionnel :

« Comment envisagez-vous l'avenir ? », « Que faites-vous l'après-midi ? », « Pourquoi ? », « Qu'en pensez-vous ? », « Avez-vous autre chose à ajouter ? », etc. Je commence par expliquer qu'il s'agit de questions difficiles car le patient a des difficultés, voire une impossibilité à conceptualiser ; il ne maîtrise pas l'abstraction. De plus, il peut avoir des difficultés à comprendre ce qu'est une question car depuis tout petit, on ne lui en a pas posé de question ni demandé son avis. Ce qui a été fait pour lui l'a été sans lui. Il ignore donc qu'il a le droit de poser une question, d'avoir et de donner un avis, de formuler une demande.

J'interviens aussi pour rassurer le patient s'il est angoissé et ne comprend pas la raison ou le but de la consultation. Ainsi, quand le professionnel lui demande pourquoi il vient en consultation, le patient semble perdu. Je constate souvent que le patient est rassuré de savoir que je suis également sourd, qu'il n'est pas seul face aux entendants.

Je viens de vous donner quelques exemples de médiation. Comme vous avez pu le constater, mon travail n'est pas simple et je me heurte à chaque fois à des difficultés, voire des limites.

## **3 Quelles sont les difficultés et limites rencontrées dans la pratique ?**

En discutant avec mes collègues intermédiaires (y compris ceux de l'unité d'accueil et de soins en LSF à l'hôpital), la réponse qui revient toujours est : le cadre dans lequel se déroule la consultation. Comme nous changeons de casquette au cours de l'entretien, ce n'est pas toujours évident à gérer. Peur d'en faire trop ou pas assez, peur de ne pas intervenir de manière pertinente, nous sommes toujours sur un fil, quelquefois bien en équilibre, quelquefois non.

Que faire lorsque le patient réagit violemment suite à une question posée ? Essayer de l'apaiser ou attendre que le professionnel (toujours au sens large) intervienne et gère la situation ? Que faire si le patient se met à pleurer ? Que faire si un long silence s'installe après une question posée ? TOUJOURS laisser faire le psy, c'est lui qui est compétent pour gérer la situation. Il sait pourquoi il a posé telle question ou pourquoi il ne brise pas le silence : son comportement est stratégique. C'est lui le thérapeute, il sait ce qu'il fait. En intervenant, je risque de tout perturber et ce n'est évidemment pas l'objectif.

La connaissance mutuelle des rôles de chacun est fondamentale pour assurer la meilleure prise en charge possible du patient. Notre travail est complémentaire, chacun sa compétence, chacun sa place. C'est pour cette raison que l'on parle de co-thérapie.

Le travail en santé mentale est très délicat. Voici un exemple : un jour, alors que l'entretien n'était pas encore commencé et que nous étions en train de prendre place (suivi psychiatrique, plusieurs rendez-vous avaient déjà eu lieu, chaque intervenant était connu du patient), le psychiatre m'a regardé en souriant et m'a demandé si j'étais fatigué ; j'ai acquiescé en souriant. Le patient nous a regardés d'un air très soupçonneux et demandé pourquoi nous sourions. Je lui ai expliqué que le psychiatre m'avait demandé si

j'étais fatigué et que j'avais dit oui, rien de plus. Le patient n'a pas semblé convaincu ! Après le rendez-vous, le psychiatre m'a dit qu'étant donné le « profil » du patient, nous ne devions plus avoir d'échange devant lui, même brefs.

Quelquefois, le patient s'exprime avec des signes clairs qui n'ont aucun rapport entre eux. Le patient peut raconter une action mais sans fournir aucun repère spatio-temporel : qui fait l'action ? S'agit-il du passé, du présent, d'un rêve ? Comment traduire alors ? Si en plus le patient utilise un code familial ou des signes étrangers, s'il est atteint d'une maladie mentale, s'il est sous l'emprise d'alcool ou de drogue, cela rend plus difficile encore la communication.

Dans ces situations là, j'ai beaucoup de mal à trouver la sortie du labyrinthe, pour reprendre l'image utilisée plus haut. Il m'arrive même de ne pas la trouver. L'important est alors d'expliquer au psychiatre pourquoi ça coince, pour qu'il puisse au moins en dégager une hypothèse de travail.

Une difficulté peut aussi être liée au fait que la consultation psychiatrique est une relation duelle entre le professionnel et son patient. Son travail est axé à la fois sur le fond (le sens du discours) et sur la forme (discours du patient). L'intervention de l'interprète et de l'intermédiaire peut être très perturbante pour le professionnel car, en plus d'avoir deux personnes supplémentaires avec lui, cela change sa manière de procéder. Cela peut sembler lui compliquer sa tâche. Le dispositif est évidemment lourd mais permet sans doute au professionnel de santé de mener son travail le mieux possible.

A la fin du rendez-vous, j'ai besoin d'un temps de débriefing avec le psychiatre pour lui faire part des difficultés que j'ai pu rencontrées durant l'entretien, lui demander la pertinence de mes interventions et de mon positionnement. Le but est toujours d'améliorer la qualité et l'efficacité de mon travail. Quand cela est possible, j'informe le patient que je reste quelques minutes avec le professionnel pour parler de mon travail. Malheureusement, ce débriefing n'a pas toujours lieu car une autre intervention nous attend ailleurs.

## Conclusion

Je vous ai présenté les différents axes de mon travail de médiation en santé mentale. J'ai donné des exemples pour illustrer la spécificité de la prise en charge psychiatrique du patient sourd, les difficultés et limites rencontrées dans la pratique.

J'ai essayé de donner de nombreux exemples mais il y en aurait beaucoup d'autres. Ceci n'est qu'un aperçu de situations rencontrées, une base de réflexions et d'échanges. Définir la médiation en santé mentale reste une démarche complexe.

L'intermédiaire n'a pas de mode d'emploi à suivre. Chaque patient est différent, chaque situation est nouvelle et nécessite une adaptation permanente.

Dans tous les cas, le médiateur a un objectif : encourager au maximum l'autonomie du patient. C'est pour atteindre ce but qu'il déploie différents moyens. A long terme, il vise à ce que le patient puisse, s'il le peut, échanger directement avec le professionnel de santé, en ayant seulement besoin de passer par l'intermédiaire de l'interprète Français-LSF. Ce n'est évidemment pas toujours possible mais je m'efforce de lui permettre d'être le plus autonome possible en fonction de ses capacités.

Il aurait fallu qu'un interprète F-LSF intervienne avec moi car travaillant toujours en binôme, il aurait eu des éléments à apporter de son rôle. Il est indispensable de travailler avec les interprètes Français-LSF.

Ayant un cadre déontologique, ils peuvent aider les intermédiaires à réfléchir à leur travail et à se positionner. Ainsi, après chaque intervention, il faut que l'interprète et l'intermédiaire analysent ce qui a fonctionné ou non. En réfléchissant depuis longtemps à ces situations particulières dans le domaine de la santé mentale, nous pensons qu'il est préférable de faire appel à chaque fois au même binôme interprète/médiateur. C'est compliqué pour le patient, inutile de le déstabiliser un peu plus en changeant souvent de binôme (ce sont les mêmes professionnels de santé qui interviennent à chaque rendez-vous) : plus en confiance, il peut « oublier » le binôme et se livrer plus facilement.

Travailler en équipe me semble essentiel, cela veut aussi dire échanger, réfléchir, se remettre en question... avec mes collègues sourds (ceux de Sourdmédia), mes collègues psychologues. Avec les collègues sourds intermédiaires des unités d'accueil, nous nous réunissons deux fois par an pour discuter de situations concrètes et viser une manière de travailler plus homogène (car plus pertinente). Cela me ramène une fois de plus à l'importance de la formation.

Comme vous avez pu le constater, je me pose davantage de questions que je n'ai de réponses. J'espère néanmoins que cet exposé va nous servir de base pour échanger et débattre de ce qu'il convient de faire ou non dans ces situations si particulières de santé mentale.

# Comment l'enfant s'humanise sur un plan linguistique ?

**Laurence Meurant**, Linguiste - Chargé de recherches - Fonds de la Recherche Scientifique (FNRS) et Université de Namur (FUNDP), Belgique - Spécialiste de la Langue des Signes Française de Belgique (LSFB)

L'acquisition de la parole par l'enfant implique l'accès à deux capacités : celle de langage et celle de langue. Souvent, ces deux capacités sont confondues. Mais quand il s'agit de l'enfant sourd, il est capital de se rappeler cette distinction, qui nous apprend que l'émergence au langage (capacité logique abstraite) n'est aucunement dépendante de la perception du son, et qu'elle ne doit pas être assimilée à l'apprentissage du français ou d'une autre langue orale. Les exemples des nombreux adultes sourds qui semblent « n'avoir aucune langue » indiquent combien l'accès à la capacité langagière, rendu parfaitement possible par la langue des signes, est trop souvent délaissé, alors que nous nous préoccupons en premier lieu de voir les Sourds parler la langue majoritaire.

Ceux qui ont eu l'occasion de côtoyer des adultes sourds ont sans doute dû rencontrer, parmi eux, des adultes qui semblaient n'avoir aucune langue. Une mauvaise maîtrise du français se combine avec une mauvaise maîtrise de la langue des signes, ce qui se manifeste notamment par la difficulté pour ces personnes de comprendre un interprète français - langue des signes. Il nous revient de nous interroger sur une telle situation linguistique et sur les conditions qui la rendent possible. Je propose d'ouvrir la réflexion en étudiant brièvement les processus qui sont en jeu dans l'émergence de l'enfant au langage. Il s'agira essentiellement de distinguer deux capacités qui fondent le phénomène langagier dans son ensemble, et de tirer enseignement de cette distinction pour comprendre ce qui, chez l'enfant sourd, est semblable à ce qui se passe chez l'enfant entendant, et ce qui au contraire est différent. Les deux aspects étant nécessaires à prendre en compte dans les choix éducatifs qui sont posés à l'égard des enfants sourds, et tout simplement dans la manière dont nous nous adressons à eux.

## L'enfant n'est pas le singe

La spécificité humaine (ou anthropologique), par rapport au règne animal, tient notamment à ce que le petit homme accède (vers 2 ans ½) à une capacité abstraite, l'analyse grammaticale, qui est la condition et le fondement du langage. Par cette émergence à la grammaticalité, l'enfant quitte définitivement la modalité naturelle du rapport au monde et aux choses. Il quitte la capacité animale de la relation directe entre un indice et un sens, qui fonde notamment les performances des chimpanzés et des bonobos.

Avec l'émergence au langage, l'enfant, contrairement à l'animal, entre dans l'ordre d'un système symbolique.

Il n'y a plus des indices (du son par exemple) univoquement liés à du sens. Mais du son analysé et du sens analysé. Des sonorités non plus pour elles-mêmes, mais en tant qu'elles sont en rapport avec d'autres (on parle alors de phonèmes) ; des éléments de sens non plus valables pour eux-mêmes, mais par leurs oppositions à d'autres, par lesquels ils prennent leur valeur dans le système.

Non pas des éléments, mais des rapports entre eux

Pour illustrer la notion de phonème, qui est cruciale mais qui souvent est difficile à comprendre, on peut recourir à la comparaison des systèmes phonologiques de plusieurs langues : même si les mêmes éléments acoustiques frappent les oreilles des francophones, des anglophones et des hispanophones, par exemple, elles seront analysées différemment par chacun, selon le fonctionnement de sa « grille phonologique », qui ne retient des sons (au sens physique) que leur valeur linguistique. En français, la grille phonologique nous pousse à ignorer, linguistiquement, la différence acoustique que l'on peut pourtant entendre entre le « r » roulé et le « r » grasseyé : cette différence n'est pas pertinente linguistiquement, aucune paire de mots n'étant distinguée par cette seule différence. Un énoncé français pourrait même être prononcé en zézayant sans que rien ne soit modifié à sa valeur linguistique. Par contre, pour un anglophone ou un hispanophone, la différence entre un [s] et un [r] est pertinente : elle permet de distinguer par exemple see (voir) de the (le), ou casa (maison) de caza (chasse). Et si, en français, nous distinguons un e fermé (comme dans nez) et un e ouvert (comme dans naît), un hispanophone, sans aucun problème d'ouïe pourtant, ne pourra reconnaître cette différence, parce que sa grille phonologique n'en fait pas une distinction pertinente. L'analyse phonologique que nous faisons du son (ou, en fait, de toute autre forme d'indice matériel), lorsque nous recevons linguistiquement un énoncé, dépasse et contredit les caractéristiques physiques de ce matériau : le langage opère une analyse originale de ce qui frappe nos sens, et le produit de cette analyse (qui est un système de pures valeurs définies relativement aux autres) n'a rien de commun avec le matériau empirique physiquement observable.

La capacité grammaticale fait que l'enfant (inconsciem-



Enfant

ment) analyse son message en phonèmes et en mots, et produit des rapports de morphologie et de syntaxe. Cette analyse logique est inconsciente et sous-jacente aux prises de paroles. Mais nous y avons accès de manière très frappante grâce ce que nous appelons les « fautes » d'enfants<sup>1</sup>.

### Vous disez... très logiquement

Lorsque, pour parler de l'arbre que nous appelons « le chêne », l'enfant dit « le glandier », il manifeste que le langage fonctionne en lui comme un système, et que ses éléments fonctionnent dans la diversité de leurs mises en rapport. Il fait ici preuve d'une maîtrise du raisonnement logique qui définit le processus morphologique : si l'arbre qui porte des bananes est un bananier, si l'arbre qui porte des poires est un poirier, alors l'arbre qui porte des glands est un glandier. Par analogie avec les modèles banane/bananier, poire/poirier, etc., l'enfant opère la suffixation sur gland. C'est le même processus analogique qui le fait construire prendre/prendu sur le modèle de rendre/rendu, je tiens/tiendre sur le modèle de je peins/peindre, ou encore le fameux nous disons/vous disez sur le modèle de nous cuissons/vous cuisez.

Manifestement, comme le montrent ces « fautes », l'enfant est capable de repérer de la régularité dans les formes de langue et, à partir de ce repérage, de créer de la règle. Il crée sans cesse ces mises en rapport analogiques à partir de ce qu'il connaît. Mais nous ne repérons ce processus de création que lorsqu'il produit des formes qui, malgré leur logique implacable, s'écartent de celles que nous attendons. Et ces écarts peuvent être de deux types, nous révélant la double nature de l'analyse grammaticale : l'enfant classe, en opérant par substitution (comme dans banan-ier, gland-ier) mais aussi il segmente, en opérant par découpe (comme le manifestent les « fausses coupes » du type de la narête, le nâne, etc.).

### Du langage, pas de la nomenclature

L'enfant fait donc bien autre chose qu'accumuler un stock d'étiquettes qu'il apprend à associer aux éléments du monde. S'il procédait ainsi, il serait sans aucun doute plus « performant », à l'instar des singes supérieurs qui, selon les expérimentations, peuvent acquérir des listes étonnantes de vocabulaire, comprendre et exprimer de nombreuses demandes ; il manierait un système de communication épargné de toutes les polysémies, synonymies, homophonies et autres ambiguïtés qui caractérisent le langage ; et surtout, comme les singes, il ne se tromperait pas. Mais en se détachant de l'emprise des choses, par le recul de l'analyse grammaticale qu'il ne peut s'empêcher de faire, l'enfant s'ouvre à la création et à la pensée : il s'explique le monde et le met en forme à travers les mots et les rapports de mots dont il dispose.

### L'enfant n'est pas l'adulte

Cette capacité grammaticale, dont l'enfant fait preuve dès qu'il parle, c'est-à-dire dès qu'il fait des « fautes », ne s'apprend pas. C'est pourquoi on peut parler d'émergence

à la grammaticalité : c'est un seuil qui est franchi ou ne l'est pas, mais pas une compétence qui s'acquiert progressivement. Cependant, l'existence même des fautes des enfants, au-delà de la régularité logique qu'elles démontrent, indique que l'enfant ne parle pas comme l'adulte. C'est là qu'intervient la distinction entre la capacité grammaticale (ou capacité de langage) qui fait de tout homme un locuteur et la capacité de langue qui fait de l'homme un interlocuteur, c'est-à-dire qui le rend capable de parler avec l'autre, de partager avec lui un usage de la langue.

### Parler, mais parler avec l'autre et comme l'autre

La distinction entre langage et langue peut s'appréhender facilement à partir de ce simple constat : partout dans le monde, l'homme parle, bien qu'il soit parlé des langues différentes. La capacité grammaticale caractérise l'homme dans son ensemble (par opposition à l'animal), même si l'usage qu'il fait de cette capacité grammaticale se réalise différemment (c'est-à-dire dans une diversité de langues) en fonction des lieux, des situations sociales et des époques<sup>1</sup>. Dans cette optique, donc, le langage ne se réduit pas à la seule communication : le fait d'être interlocuteur

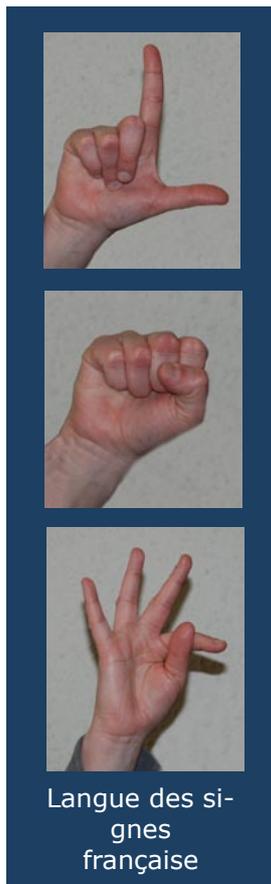
(capable de langues) ne doit pas faire oublier que l'homme est aussi locuteur (capable de langage).

### Parce que c'est comme ça...

Ce que nous pointons, dans la « faute » de l'enfant, c'est qu'il produit des formes qui s'écartent de l'usage de son entourage, qui sont non conformes à l'usage en vigueur. C'est qu'il doit apprendre la langue de son entourage : il ne lui suffit pas d'avoir émergé à la capacité de produire de l'analyse phonologique, de découper en mots, d'opérer morphologiquement et syntaxiquement, il lui faut encore apprendre, à partir des interactions langagières qu'il a avec son entourage, comment réaliser cette capacité grammaticale dans un milieu social particulier. Par exemple, il devra apprendre que contre toute logique, on ne dit pas vous disez, mais vous dites, alors qu'on dit bien vous contredisez. Autrement dit, s'il émerge en une fois à la capacité grammaticale, l'enfant apprend progressivement à conformer son dire à la langue de l'adulte.

### L'enfant sourd n'est pas l'enfant entendant ?

Tout ce qui précède concerne de la même façon l'enfant sourd et l'enfant entendant. En soi, la surdité ne condamne aucunement la capacité de langage : la possibilité d'émerger à la capacité grammaticale n'est pas conditionnée par le fonctionnement de l'oreille ou par la perception des décibels. La grammaticalité, rappelons-le, est une capacité logique qui précisément abstrait des données empiriques des éléments qui n'ont de valeur que par les rapports qu'ils établissent entre eux. Par exemple, du son ou du mouvement physiques, le langage abstrait les pures valeurs que sont les phonèmes. Autrement dit, que l'analyse phonologique s'opère au départ de données acoustiques ou de données visuelles, elle ne produit que de l'abstraction, de



pures valeurs oppositives ; c'est pourquoi la linguistique parle de « phonèmes » tant pour les éléments des langues vocales que pour les éléments des langues signées. La surdité, donc, comme panne auditive, n'est donc pas un obstacle pour l'enfant à l'émergence au langage qui, loin de se réduire à du son, s'abstrait de toute sonorité. Et la dissociation entre grammaticalité et usage de la langue vaut aussi pour tous les enfants, entendants ou non.

De quelle capacité se préoccupent évaluation et rééducation ?

Dès lors, sous cet éclairage théorique, nous pouvons nous demander pourquoi, trop souvent, nous confondons, à propos des enfants sourds, accès au langage et apprentissage du français, ce dernier préoccupant beaucoup plus les filières d'éducation et de rééducation que le premier. Nous soucions-nous du langage de l'enfant sourd seulement pour qu'il parle la même langue que nous ? Cette confusion entre les capacités grammaticales et socio-linguistiques risque fort, on peut malheureusement en trouver des témoignages chez les adultes sourds aujourd'hui, de condamner d'un même coup ces deux pans de la rationalité humaine.

D'après ce que nous venons de voir de l'émergence à la capacité de langage, pourquoi étudions-nous le « développement » du langage des enfants sourds à partir d'un schéma qui le décrit comme composé de sept étapes, allant de la discrimination des sons à la conversation (voir Ligny, 2006) ? Quelle linguistique soutient une telle échelle ? A-t-on seulement interrogé la linguistique à ce propos, qui pour beaucoup semble avant tout être une affaire de soins et de médecine ? De même, quelle est la théorie linguistique qui permet de soutenir qu'il y a un seuil d'émergence au langage au moment où l'enfant maîtrise 50 mots ? Avec tous ces outils, est-ce vraiment l'accès au langage que nous étudions, ou plutôt la manière avec laquelle l'enfant conforme progressivement sa langue à la nôtre, adultes entendants (francophones) ?

Votre enfant est sourd... et parfaitement capable de langage

L'éclairage offert par la dissociation langage-langue nous invite aussi à nous demander quelles sont les conditions qui permettent à un enfant d'émerger au langage et d'apprendre une ou plusieurs langue(s), même s'il n'entend pas. Je retiendrais deux principes essentiels.

Le premier : l'émergence au langage et l'apprentissage des langues implique nécessairement que l'enfant soit baigné de langue et donc de grammaire. C'est bien sûr là que semble se situer la faille, l'impossible : puisqu'il n'entend pas, il ne reçoit rien des langues orales qui circulent dans son entourage (qui le plus souvent est un entourage entendant). Le deuxième principe nuancera cette objection. Le deuxième, donc : exposer l'enfant à de la langue et, dès lors, lui donner accès au grammatical, c'est l'exposer à une ou plusieurs langues dans la régularité de leur composition, c'est-à-dire dans leur cohérence et leur incomplétude propres. La cohérence qui fait le système langagier : la systématique des rapports de pertinence, de classement, de découpe, de morphologie et de syntaxe. Et l'incomplétude qui tient aux ambiguïtés fondamentales du langage humain, détaché des choses : la polysémie (un mot peut dire plusieurs choses), la synonymie (la même chose peut toujours être dite autrement), l'homophonie

(des éléments apparemment identiques disent des choses différentes), etc.

Dans quelles langues s'adresser à lui ?

Quelle langue, alors ? N'importe laquelle, pourvu qu'elle soit accessible sans obstacle à l'enfant sourd, qu'elle soit parlée spontanément par un locuteur qui la maîtrise, qui ne la bricole pas, et qui s'adresse à l'enfant comme à un enfant capable de langage. Le plus naturellement possible, donc ; ou, plus justement, le plus « humainement » possible. Les langues signées sont accessibles sans entrave aux enfants sourds ; elles sont donc le moyen idéal de l'accès spontané à la capacité langagière.

Mais toute modalité qui rend une langue orale visuellement accessible, sans entrave et sans détérioration ou limitation de cette langue (autant dire que le « petit nègre », qu'il soit vocal ou gestuel, ou que les diverses formules qui tentent de mêler les structures de deux langues différentes, comme le fait par exemple le « français signé », ne sont certainement pas visés ici) peut constituer ce bain de langue et de grammaticalité nécessaires à l'accès au langage, dans la mesure où elle permet de s'adresser à l'enfant sourd comme on s'adresse à tout autre enfant et de l'impliquer langagieusement dans l'échange.

*Giot, J. et Meurant, L. (2006),  thique et implant cochléaire. Que faut-il réparer ?, Namur, Presses Universitaires de Namur, Transhumances 7.*

*Ligny, C. (2006), « Implant cochléaire : faits et résultats », in Giot, J. et Meurant, L.,  thique et implant cochléaire. Que faut-il réparer ?, Namur, Presses Universitaires de Namur, Transhumances 7, 9-20.*

*Quentel, J-C. (1993), L'enfant, problèmes de genèse et d'histoire, Bruxelles, De Boeck.*

# Comment s'expriment les sourds ?

## Le bilinguisme des sourds

**Annie Risler**, Linguiste, co-responsable du master interprétariat, Université Lille 3, UMR 8163 CNRS

Mon objectif aujourd'hui, pour essayer de faire avancer les discussions : régler leur sort à quelques idées reçues, qui, dans le débat sur les modes de communication des sourds, empêchent de réfléchir correctement. Poser clairement les termes du débat : bilinguisme, pratique bilingue, bimodalité, pratiques communicatives et compétences en langues.

### 1 La définition de bilinguisme

Si on s'en tient à la définition communément admise : être bilingue c'est être parfaitement compétent dans deux langues, on ne peut pas examiner correctement la question du bilinguisme des sourds. En effet, cette définition du bilinguisme exclue la plus grande partie des sourds de la réflexion, puisqu'ils ont, étant sourds, des difficultés à acquérir et comprendre le français.

Par contre, une position bien plus intéressante est de dire : être bilingue, c'est avoir à se débrouiller quotidiennement avec deux langues. C'est la pratique et les besoins qui déterminent le statut de bilingue, et pas la compétence. (on ne détermine pas un monolingue par le fait qu'il soit compétent dans une langue, car la compétence n'a rien à voir avec la langue maternelle).

On dira donc que les sourds signeurs sont tous bilingues, ils sont quotidiennement en présence de deux langues, le français et la langue des signes. Ces deux langues les traversent, ils se construisent avec (ou contre, ce qui revient au même). La question de la compétence est aussi à prendre en compte, bien sûr, mais à un autre niveau, je n'y reviendrai volontairement qu'à la fin de cet exposé.

### 2 Signer ou parler: LSF ou Français

**Les sourds sont signeurs ou oralisants.**

J'utilise le terme oralisant, par opposition à oraliste, bien que dans le langage courant ces deux termes aient tendance à être confondus : oralisant, signifie qu'il utilise l'oral, oraliste que la personne prône l'oralisme, et le fait d'utiliser l'oral exclusivement dans l'éducation des enfants sourds.

Ce qui va avec cette affirmation, et qui est corollaire de cette confusion entre les deux termes, c'est, sans qu'on le dise vraiment, l'idée qu'un sourd signeur ne peut pas comprendre et s'exprimer oralement, et qu'un sourd qui sait parler et qui comprend l'oral n'est pas signeur – ou n'a pas besoin – de la langue des signes.

**Pourquoi ?**

Le français et la LSF ne se trouvent pas à égalité dans la société. La LSF est langue minoritaire, le français langue majoritaire. Et dans une telle situation, le but posé par la majorité est de reléguer la langue minoritaire, de s'en débarrasser. C'est pourquoi, quand un sourd oralise on compte pour négligeable le fait qu'il soit aussi à même de signer. Et quand un sourd signe on retient surtout qu'il n'oralise pas.

Or, ce que nous apprennent les pratiques communicatives des sourds, c'est que, selon les circonstances, selon les personnes avec lesquelles ils sont en communication, comme tous les bilingues ils s'adaptent ! (Bien sûr, je me dois d'exclure les sourds qui n'ont aucun contact avec d'autres sourds et la langue des signes dans cette réflexion).

**Les sourds signeurs sont tous bilingues.**

Pourquoi faudrait-il choisir ? Dans une démarche pédagogique, on peut poser le choix d'une langue plutôt qu'un autre, pour répondre à un objectif déterminé. Mais dans la vie quotidienne, la personne bilingue, dans ses relations avec son entourage, ne choisit pas une langue contre l'autre (être signeur ou oralisant). Les individus ont à communiquer le plus efficacement possible, en fonction des possibilités de tous les interlocuteurs en présence.



### 3 Le bilinguisme bimodal: deux langues et deux modalités

Le bilinguisme des sourds est un bilinguisme bimodal : cela signifie qu'il y a deux langues en présence, Français et LSF, et deux modalités : orale et gestuelle.

Chaque langue a une modalité qui lui est propre : l'oral pour le français, et le gestuel pour la LSF. Cependant,

Il convient donc dans un premier temps de distinguer les deux langues et les deux modalités, et savoir qu'on peut avoir échange de modalité : être plutôt dans le français, mais sur un mode gestuel = français signé, ou être plutôt dans une logique de la LSF mais avec une modalité orale = LSF oralisée.

On voit ainsi que certains sourds, quand ils parlent, utilisent la modalité vocale pour s'adapter à leur interlocuteur entendant non signeur, mais qu'ils ne maîtrisent pas le français et reprennent « littéralement » de la LSF en changeant la modalité. D'autres, et c'est souvent le cas pour des entendants, mais ce peut aussi être le cas de sourds qui communiquent avec des entendants sur une modalité gestuelle, vont signer mais en reprenant la logique du français.

Ces deux modalités ne sont pas exclusives, on peut en même temps vocaliser et faire des gestes. Ce qui ne signifie pas qu'on parle deux langues en même temps. Il n'est d'ailleurs pas possible de parler les deux langues en même temps : signer en LSF tout en parlant en français. C'est extrêmement difficile, sauf pour quelques énoncés très simples. Et pourtant, faire des signes tout en parlant, ou articuler de s mots tout en signant est parfaitement possible, pour ne pas dire le lot commun des pratiques des sourds et de ceux qui communiquent avec eux. Cette simultanéité de signes et de mots, comment la prendre en compte ?

Le geste vient-il doubler les mots, apporte-t-il une précision, ou est-il autonome ?

La vocalisation vient-elle apporter un sens particulier au signe, est-elle indépendante, ou redouble-t-elle le signe ?

On voit par là que quand on s'intéresse au bilinguisme entre langue orale et langue signée, il faut considérer que les deux modalités et les deux langues offrent deux continuums dans la successivité (deux langues et deux modalités, avec la possibilité sur une modalité d'avoir les deux langues et sur une langue les deux modalités) et une simultanéité possible.

Il est malaisé pour un grand nombre de sourds, en raison du manque d'utilisation de la LSF dans leur parcours scolaire, de faire la distinction entre français et LSF. Mais de même la plupart des entendants associent systématiquement langue et modalité.

## 4 Les pratiques communicatives, la communication bilingue

La théorie sur les pratiques communicatives, qu'il faut encore préciser ici, est assez simple : quand deux personnes se rencontrent elles s'adaptent de manière à communiquer, si telle est leur intention.

Si elles sont monolingues, et ont la même langue : alors elles échangent dans leur langue commune.

Soit l'un est bilingue, l'autre pas : dans ce cas, la personne bilingue va choisir un mode monolingue pour s'adapter à son interlocuteur. Il va tendre à s'exprimer uniquement dans la langue commune avec son interlocuteur.

Si les deux personnes sont bilingues : elles vont se mettre d'accord (de manière tacite) sur une langue, et en

Les continuums:

Modalité orale: Du français oral la LSF oralisée

Modalité gestuelle: De la LSF au français signé

Langue française: parlée, signée

Langue des signes signée, gestuelle, oralisée.

Modalité	Langue	
	français	LSF
gestualité	français signé	LSF
oralité	français signé	LSF oralisée

monolingue. Mais elles peuvent aussi communiquer sur un mode bilingue, si leurs deux langues sont les mêmes, en passant de l'une à l'autre, en s'aidant de structures de l'une ou de l'autre à certains moments.

Ça, c'est la théorie, développée en particulier par François Grosjean, sociolinguiste suisse.

Dans les pratiques communicatives, le maître mot est « adaptation ». Mais les possibilités de s'adapter dépendent en premier lieu des compétences du locuteur. Et en second lieu des représentations qu'il se fait de son interlocuteur.

Et c'est là qu'on revient sur la problématique propre au bilinguisme des sourds.

C'est seulement une fois posées ces bases de la réflexion, qu'on peut avancer sur la question de la compétence et des effets du manque de compétence dans une et l'autre langue.

Je rappelle les bases :

Un bilinguisme fonctionnel, langue majoritaire – langue minoritaire, bilinguisme bimodal.

## 5 Les compétences

Les compétences langagières d'un bilingue ne sont pas réductibles à la somme de leurs compétences dans les deux langues.

Un bilingue utilise régulièrement deux langues, mais pas dans le même contexte, pas dans les mêmes situations. Il n'a pas le même usage d'une langue et l'autre langue.

Auparavant, on considérait les compétences de manière séparées, dans l'une et l'autre langue, pour conclure le plus souvent à un déficit dans certains registres. Or si on prend en compte que le bilinguisme est fonctionnel, qu'il répond à un besoin, la personne bilingue développe des compétences pour répondre à ses besoins de communication.

Il n'est pas intéressant en soi d'évaluer les compétences en l'une et l'autre langue, mais d'évaluer les compétences communicationnelles globales.

Mais dans la vie quotidienne, ce qui importe c'est la communication.

L'apport du bilinguisme, c'est le fait de pouvoir transposer les acquis d'un système linguistique dans l'autre. Cela ne veut pas dire que le bilingue calque le fonctionnement d'une langue sur l'autre. Mais le fait d'être à même de jouer avec deux ou plusieurs systèmes langagiers lui donne plus de recul sur les deux langues.

Et sur le plan des compétences, les sourds ont un problème, c'est qu'ils sont sourds... La surdité fait barrage au développement naturel des compétences en français, et l'éducation qu'ils reçoivent ne favorise pas le développement des compétences en langue des signes.

Ce qui peut le plus faire défaut, dans le bilinguisme sourd, c'est le recul sur les langues, et la perception claire de la différence entre les deux systèmes linguistiques.

Je rajouterai juste que le bilinguisme peut être néfaste au développement des compétences en langues si le statut inégal des langues est réaffirmé, et si la langue minoritaire est rejetée.

Ce qui reste le cas pour la langue des signes.

## Pour résumer à ce stade

La question du bilinguisme de sourds : en se plaçant sur le terrain des pratiques communicatives des adultes sourds signeurs, il faut absolument garder 3 choses à l'esprit :

- deux langues, l'une majoritaire, l'autre minoritaire
- deux modalités
- les représentations sur les savoirs de l'autre
- les compétences des locuteurs en présence

## 6 Les pratiques communicatives des sourds

Si on quitte maintenant la théorie, qui reste assez confortable, et qu'on regarde la pratique, on se rend compte de la complexité.

Deux langues, deux modalités, des déficits dans la maîtrise de l'une ou l'autre langue...

Et toujours des situations en mode monolingue mais bilingue. Le choix porte plus sur la modalité que sur la langue...

Voilà de quoi embrouiller le plus chevronné des chercheurs...

L'étude de corpus de communication de jeunes adultes sourds a montré à quel point le mélange des modalités est complexe, et à quel point on a des chevauchements entre les langues, même entre sourds et a fortiori entre sourds et entendants.

Un point pertinent à évaluer est la richesse du répertoire de pratiques communicatives.

Les locuteurs n'ont pas tous le même registre de pratiques communicatives. Les plus habiles peuvent passer à tous les niveaux de registres

Pratique monolingue monomodale

En LSF : avec des sourds très bons signeurs

En Français : avec parents ou amis entendants

Pratiques monolingues bimodales :  
LSF + onomatopées ou rires  
Français + gestualité entendante

Parlers bilingues :

- Code Blend : - superposition des langues  
- redondant

- complémentaire : c'est l'ensemble qui porte la totalité du sens

- Support français (oral et LSF), bimodal : avec des entendants

- Support LSF (LSF + labialisations) , monomodal : avec des sourds et entendants signants

Je n'irai pas plus loin dans mon exposé, destiné à poser des bases à la réflexion sur la communication des sourds signeurs. Je vous laisse mettre en relation ces données théoriques avec votre expérience de la rencontre entre sourds et entendants.

Je voudrais juste lancer quelques pistes d'interrogation :

1 Le mode monolingue LSF n'est pas systématiquement le plus performant avec un sourd qui utilise les gestes : gestes ne signifie pas toujours langue des signes.

2 Qu'appelle-t-on vraie LSF ? dans les échanges entre bilingues, on doit s'attendre à des phénomènes de code blending.

3 Deux sourds signeurs qui discutent peuvent, comme tous les bilingues, utiliser les ressources de leur bilinguisme et faire entrer dans la conversation des morceaux de français, plus ou moins développés.

4 Les interprètes s'efforcent d'être en mode monolingue : du monolingue français ou du monolingue LSF. L'exercice périlleux de l'interprétation simultanée ne le leur permet pas toujours, mais ils s'y efforcent.

5 Par contre, comment s'exprime le sourd avec eux ? Pas toujours en monolingue, sachant que l'interprète est compétent dans les deux langues.

6 Les interprètes, refusent la triangulation, mais leur présence fausse le jeu des modes de communication de la personne bilingue.

7 La situation est encore plus confuse quand l'entendant a des connaissances de la LSF, ce que sait le sourd qui communique avec lui en LSF par l'intermédiaire d'un interprète.

8 Le fait qu'une personne essaie toujours de s'adapter peut faire qu'elle passe en mode bilingue, ce qui peut désarçonner l'interlocuteur, qu'il soit interprète ou médiateur.

# Adaptation du Mini-Mental State Examination en Langue des Signes (MMS-LS) et modalités d'évaluation préalable du niveau linguistique en Langue des Signes.

**Dr Benoit Drion**, Coordinateur du réseau « Sourds & Santé » Nord-Pas de Calais, GHICL ;  
**Dr Charlotte Crinquette**, neurologue GHICL ;  
**Laurence Meurant**, linguiste, Chargée de recherches du Fonds de la Recherche Scientifique belge (FNR-FNRS), Université de Namur (Belgique) ;  
**Denis Planchon**, expert linguistique LSF, GHICL

Le MMSE (Mini-Mental State Examination de Fostein) est un test attribuant un score sur 30 points, utilisé en routine par les médecins, psychologues ou neuropsychologues, pour le dépistage des démences. Ce test, conçu initialement en anglais, est utilisé dans toutes les langues orales, moyennant simple traduction, le test utilisé en français est le MMS, dans sa version établie par le Groupe de Recherche et d'Évaluation Cognitive. Hors, s'agissant de passer d'une langue orale vers une langue signée, une simple traduction du MMS n'est pas pertinente. Un travail a été entrepris par notre équipe, pour adapter le MMS aux contextes linguistique et culturel des sourds qui s'exprime en langue des signes et valider cette version signée du MMS : le MMS-LS.

Les démences représentent un problème majeur de santé publique avec une prévalence de 850 000 cas en France en 2005. 20 % des personnes de plus de 80 ans ont une démence. La prévalence est en constante augmentation avec le vieillissement des populations. La Maladie d'Alzheimer est la démence la plus fréquente (60 % des démences).

Puisqu'il existe aujourd'hui des traitements efficaces, il est particulièrement important de dépister et de réaliser le bilan étiologique des démences. Pour cela, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), il convient de réaliser au minimum un interrogatoire, un examen clinique neurologique, une imagerie cérébrale et une évaluation neuropsychologique comprenant notamment un MMS.

Réalisé en 10 minutes environ, le MMS permet de réaliser rapidement le dépistage et le suivi des démences chez les entendants. En prenant le seuil de 24/30, la sensibilité et la spécificité du MMS pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer sont respectivement de 71 et 82 %, tous âges et tous niveaux socio-culturels confondus.

Le MMS évalue les fonctions cognitives suivantes :

- Orientation temporelle: jour de la semaine et du mois, mois année, saison
- Orientation spatiale: lieu de la consultation, ville département, pays, étage



## Une adaptation du MMS en Langue des Signes : le MMS-LS

Actuellement, il n'existe pas de test simple, rapide et validé pour le dépistage et le suivi des sourds déments utilisant la Langue des Signes (LS). Le dépistage actuel est trop tardif et empêche une prise en charge optimale.

Une simple traduction en LS du MMS n'étant pas pertinente, une adaptation du MMS aux spécificités linguistique et culturelle des sourds a été réalisée : le MMS-LS. Plusieurs questions ont été modifiées, en prenant garde à rester le plus proche possible, non de la question posée dans le MMS, mais de ce qui est évalué.

**Exemple 1:** Lors de l'épreuve de dénomination, le stylo et la montre n'ont pas été utilisés compte tenu de la facilité pour trouver ces signes par le fruit du hasard du fait de leur forte iconicité qui gênerait donc l'évaluation de trouble phasique éventuel.

**Exemple 2:** La phrase « pas de mais, de si, ni de et » n'a pas pu être retenue compte tenu notamment de l'absence de prépositions en LS. Une autre phrase a donc été choisie.

**Exemple 3:** L'item évaluant la compréhension d'ordre écrit n'a pu être utilisé puisque la LS ne s'écrit pas. Il a été choisi de tester une fonction spécifique à la LS : la répétition inversée (inversion visuo-spatiale par rapport à l'examineur).

Cette transposition du MMS, réalisée ici au départ de la Langue des Signes Française (LSF), intégrant les caractéristiques morphosyntaxiques propres à l'ensemble des Langues des Signes, nous amène à parler de MMS-LS, plutôt que de MMS-LSF. De la même manière que le MMS est facilement traduit dans différentes langues orales, le MMS-LS a vocation à être facilement traduit dans différentes Langues des Signes. Ce premier travail, a été entrepris au cours des deux dernières années.

## Une difficulté : l'inhomogénéité linguistique

Le MMS-LS a pour vocation de dépister de façon identique tous les sourds présentant des troubles cognitifs qu'ils aient ou non le même niveau linguistique de LS. Il nous faut nous assurer que le niveau linguistique ne fausse pas les résultats du MMS-LS. Ce qui distingue fondamentalement la population à tester par MMS-LS, c'est le niveau d'inhomogénéité en matière linguistique, nettement supérieur chez les sourds, par rapport aux entendants. Cette particularité rend nécessaire une évaluation préalable du niveau linguistique, visant, le cas échéant, lorsque le MMS-LS sera validé, à ne le proposer que dans une population au niveau linguistique suffisant en Langue des Signes.

En dehors des situations de sourds enfants de parents sourds (5%), qui ont bénéficié d'une immersion précoce en Langue des Signes et pratiquent donc celle-ci comme langue première, la majorité des sourds (95%), nés de parents entendants, n'ont rencontré cette langue que plus tardivement. Certains, dès l'entrée en école spéciale, d'autres seulement après l'adolescence. En dehors de projets d'enseignements bilingues relativement récents et très rares en France, la Langue des Signes ne leur a jamais été enseignée formellement. Vivant dans une société majoritairement dominée par la langue orale, ils se conforment à la langue majoritaire, avec des degrés de maîtrise linguistique très variables. Un questionnaire, visant à évaluer notamment les modalités et la précocité de la rencontre avec la LS a été établi afin d'évaluer le niveau linguistique.

Outre le questionnaire évoqué plus haut, il nous a dès lors paru nécessaire d'intégrer à notre recherche, une expertise linguistique, permettant d'évaluer objectivement ces aspects. Nous travaillons actuellement à la finalisation d'une échelle d'évaluation du niveau linguistique, qui soit facile à utiliser en routine et puisse être proposée préalablement au test MMS proprement dit.

Ce test permettra d'attribuer un score au niveau de maîtrise de la LS. Ce travail se fait en lien avec une équipe britannique (Deafness Cognition And Language Research Center, University College London) qui possède une expertise dans ce domaine et est notamment à l'origine d'un des seuls tests existant réalisé en langue des signes anglaise. Il se fait également en collaboration avec une linguiste de l'Université de Namur en Belgique.

S'agissant de concevoir une échelle d'évaluation du niveau linguistique en Langue des Signes, l'association de compétences linguistiques de trois Langues des Signes différentes (Française, Belge et Britannique) nous a semblé intéressante. Même s'il est évident que le test lui-même sera nécessairement différent dans ces trois Langues des Signes, il en sortira renforcé, si les principes généraux qui le sous-tendent ont été validés dans plusieurs Langues des Signes.

## Une proposition : évaluer le niveau linguistique



Le test associe une partie de compréhension lexicale, basée sur la reconnaissance d'une série de signes. Cinq réponses possibles sont proposées, incluant des leurres pour chaque signe. Ces leurres se basent sur un certain degré d'« homophonie » en Langue des Signes ou sur l'équivoque visuelle qu'ils peuvent créer chez les personnes ignorantes en Langue des Signes. Vient ensuite un test de répétition d'une série de séquences en Langue des Signes. On sait effectivement que le fait de pouvoir répéter une séquence dans une langue nécessite un niveau linguistique suffisant dans celle-ci.

Les séquences sont construites autour de particularités grammaticales de la LSF qui sont normalement maîtrisées par un locuteur dans cette langue : la morphologie spatiale des verbes, le nombre et la distributivité, les différentes formes de négation, les descripteurs de taille et de forme, l'opposition verbe/nom et les classificateurs de manipulation.

Ce test, encore en phase de conception, donnera une idée globale du niveau de maîtrise linguistique générale de la langue des signes, auquel un score pourra être attribué. De ce fait, par ailleurs (et tout à fait indépendamment de toute investigation sur les démences, bien sûr), ce test pourrait aussi être utilisé dans d'autres cadres, pour évaluer le niveau général de maîtrise linguistique des sourds.

Le déroulement du test est celui-ci. La personne testée visionne (via un enregistrement vidéo) un locuteur sourd qui lui explique les consignes, puis lui signe un à un les signes du test. Devant lui, la personne testée dispose d'un choix de 5 images, incluant des leurres comme expliqué plus haut, parmi lesquelles, une seule réponse est correcte. L'étape suivante consiste à visionner (via un enregistrement vidéo), une série de phrases en langue des signes, de longueur et de complexité croissante. Il est demandé à la personne testée de répéter exactement la phrase signée par le locuteur sourd. Le point n'est accordé que si la phrase est répétée sans aucune erreur.

## Une recherche qui débute

Une version LS du MMS de Folstein ayant été mise au point, de même qu'un questionnaire de niveau linguistique et une échelle permettant de scorer le niveau linguistique ayant été créée, il conviendra secondairement pour valider ces tests, de vérifier si ce MMS-LS permet de discriminer une population de sourds déments, d'une population de sourds non déments.

Quel seuil au score MMS-LS faudra-t-il prendre pour que la sensibilité et la spécificité du test soient conformes à ce qui est attendu ?

Est-ce que le niveau linguistique influe les scores au MMS-LS et quel est le niveau linguistique nécessaire pour que ce test puisse être passé en Langue des Signes ? La recherche que nous avons entreprise pour répondre à ces questions, demandera que plus de 200 sourds (déments et non déments) soient testés en deux ans environ. Le dispositif retenu est le suivant : le testeur est un sourd qui possède une maîtrise parfaitement fluente de la Langue des Signes. Grâce à un interprète Français-LSF, celui-ci travaille en binôme avec le neuropsychologue responsable de l'évaluation.

# Prochain séminaire: 9 Octobre 2009

9-12h

## Psychologues dans le réseau Sourds & Santé, quels pratiques, quelles réflexions ?

*Sourdmédia et le réseau Sourds & Santé, bref historique et remise en perspective de la collaboration. Quels facteurs sont à prendre en compte lors de l'entretien clinique ? Comment travailler avec les professionnels et la famille qui entourent la personne sourde ? Le travail d'information : quelle place prend-il ?*

**Emmanuelle Cadyck, Juliette Dessaux et Béatrice Leclercq**, Psychologues, Sourdmédia.

Débat

## Les soins psychiatriques aux patients sourds

*Expériences auprès de patients sourds, réflexions et discussion.*

**Dr Lucie Breliniski**, Psychiatre, Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille

Débat

13h30-17h

## Faux-self et Intégration, l'adolescent sourd en situation limite

*On entend dire souvent que tel adolescent sourd en intégration « parle bien » oralement. Mais de quelle parole s'agit-il ? Est-il vraiment sujet de son énonciation ? La notion de Faux-self peut éclairer cette situation à partir de cas cliniques.*

**Nicole Farges**, Psychologue-psychothérapeute, Institut National des Jeunes Sourds de Paris.

Débat

**Après le débat qui suivra cet exposé, le groupe se divisera en deux pour permettre aux discussions de se poursuivre plus librement.**

*Dans le premier groupe, les discussions se dérouleront directement en Langue des Signes, sans interprétation.*

*Dans le deuxième groupe, une interprétation français-Langue des Signes sera assurée.*

Débat

**Les deux groupes se rejoindront en fin d'après-midi pour les conclusions.**

## Modalités d'inscription

Ce séminaire est accessible à tout professionnel de la santé, impliqué au quotidien dans le travail avec les sourds. L'inscription est gratuite. ATTENTION, le nombre de places étant limité, une inscription préalable, qui vous sera confirmée, est indispensable, à transmettre par courrier, fax ou courriel de préférence avant le 15 septembre 2009

**Unité d'Accueil et de Soins en Langue des Signes**  
Hôpital Saint-Philibert  
Rue du Grand But BP249  
59462 Lomme Cedex

Tél. 03.20.22.38.03 - Fax 03.20.22.38.01 -  
drion.benoit@ghicl.net

# Le réseau Sourds & Santé



Des permanences d'accueil en LSF sont organisées par le réseau Sourds & Santé dans les centres hospitaliers:

- **Saint-Philibert** (lundi et vendredi)
- **Saint-Vincent de Paul** (mercredi)
- **d'Arras** (1er et 3ème mardis de chaque mois) et également une permanence sociale (le 3ème mardi de chaque mois)
- **de Dunkerque** (4ème mardi de chaque mois)
- **de Valenciennes** (1er et 3ème jeudis de chaque mois) ainsi qu'une permanence sociale (le 3ème jeudi de chaque mois)

Dans chacun des hôpitaux, vous disposez de:

- consultations de médecine directement en LSF
- entretiens de psychologues directement en LSF
- d'interprétariat français/LSF pour toute consultation chez un professionnel de santé
- permanences sociales

Si vous souhaitez prendre un rendez-vous pour une consultation directement en LSF ou avec un interprète français/LSF dans un hôpital partenaire du réseau ou chez tout autre professionnel de santé du Nord-Pas de Calais:

Réseau Sourds & Santé  
Rue du Grand But – BP 249  
59462 Lomme Cedex

Tél: 03 20 22 38 03  
Fax: 03 20 22 38 01  
SMS: 06 22 38 85 01  
accueil.sourds@ghicl.net

## SourdMédia

SourdMédia et le Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille sont les 2 principaux partenaires du réseau Sourds & Santé.

L'association SourdMédia développe et met en oeuvre des réponses pour les adultes sourds de la région Nord-Pas-de-Calais afin de:

- faire valoir leurs droits
- leur permettre d'exercer leur responsabilité de - citoyen
- améliorer leur condition sociale

La mission du SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) vise à contribuer à la réalisation du projet de vie de la personne sourde adulte au travers de la mise en place d'un accompagnement social pour tout ou partie des actes essentiels de la vie.

Le Service d'Aide à l'Emploi (SAE) récemment rattaché au SAVS, accompagne en appui des opérateurs du réseau d'insertion et/ou de maintien des adultes sourds dans le cadre de leur parcours à l'emploi:

- définition de projet
- accompagnement en formation
- insertion en entreprise
- maintien dans l'emploi
- ...



SourdMédia, c'est également une équipe de professionnels sourds et entendants composée d'interfaces de communication, d'aides à la communication, d'animateurs, de médiateurs, d'interprètes, de psychologues, d'ergonomes et de formateurs.

SourdMédia a déposé un projet de création de Service d'Accompagnement à la Vie Sociale dans le Pas-de-Calais qui a reçu un avis favorable lors du passage en CROSMIS le 17 octobre 2008. C'est une première étape avant d'envisager les financements et donc l'ouverture de ce service qui permettra d'apporter des réponses en termes d'accompagnement social pour les personnes sourdes qui résident dans le Pas-de-Calais.

Contact:  
Mr Christophe CARON, directeur  
45/4 avenue de Flandre – 59290 Wasquehal  
Tél: 03 20 17 16 10 – Fax: 03 20 17 16 15  
contact@sourdmedia.fr

## Les partenaires du réseau

