



Universidad
de Alcalá

**L'impartialité du traducteur et interprète dans le
champ de la santé mentale**

**La imparcialidad del traductor e intérprete en
Salud Mental**

**The impartiality of the translator and interpreter in
mental health**

2019-2020

**Máster Universitario en Comunicación Intercultural,
Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos**

Presentado por:

D^a Laura Maldonado Carrasco

Dirigido por:

Dra. D^a Carmen Cedillo

Alcalá de Henares, a de de

Remerciements:

Je voudrais exprimer mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont soutenu pendant mon travail de recherche, car sans elles j'aurais eu la peine à parvenir à la fin. Merci notamment à ma famille, et à Claire, qui m'a donné de l'élan nécessaire pour retrouver la motivation en ces temps difficiles. Enfin, je tiens à exprimer ma gratitude à Carmen pour ses bons conseils, sa confiance et sa disponibilité.

Table de Matières

Liste des abréviations	5
Liste de figures, graphiques et tables	6
1. Resumen	8
2. Introducción	11
2.1 Justificación del tema y motivación personal	14
2.2 Hipótesis y objetivos.....	16
2.3 Metodología	17
3. Services de santé mentale en Espagne	18
3.1 Contexte général de la santé mentale.....	18
3.2 Santé mentale au niveau national.....	19
3.3 Santé mentale des migrants allophones en Espagne	21
4. Interprétariat dans les services de santé mentale.....	23
4.1 Autres travaux	23
4.2 Situation de la TISP dans d'autres pays.....	27
4.3 Difficultés dans l'assignation des rôles aux T&I en santé mentale	28
5. Codes déontologiques de l'interprétariat dans la santé mentale.....	32
5.1 Absence de principes homogènes au niveau national.....	32
5.2 Principes communes appliqués en Espagne.....	33
5.3 Application de codes à l'interprétariat dans la santé mentale	34
6. Metodología	36
6.1 Contenido y objetivo cuestionarios.....	36
6.2 Cuestionario para T&I	43
6.3 Cuestionario para psicólogos	47
6.4 Método de análisis de los datos	50
7. Analyse des données recueillies	50
7.1 Collecte de données	50
7.2 Questionnaire T&I	51
7.2.1 Visibilité du T&I.....	53
7.2.2 Interférences dans la consultation thérapeutique	55
7.3 Questionnaire pour psychologues	58
7.3.1 Visibilité du T&I.....	59
7.3.2 Interferencias para la imparcialidad en consulta.....	61
7.4 Valoración de la imparcialidad del T&I en la consulta terapéutica.....	66
8. Conclusiones	70
8.1 Limitaciones de este estudio	71

Références bibliographiques	73
Liste des annexes.....	76

Liste des abréviations

	Français	Espagnol
SM	Santé Mentale	Salud Mental
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations	Organización Internacional para las Migraciones
T&I	Traducteur et Interprète	Traductor e Intérprete
SP	Services Publics	Servicios Públicos
TISP	Traduction e Interprétariat dans les Services Publics	Traducción e Interpretación en Los Servicios Públicos
CEAR	Commission Espagnole d'aide aux Réfugiés	Comisión Española de Ayuda al Refugiado

Liste de figures, graphiques et tables

Figure 1 : interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux dans la survenue et l'évolution des troubles mentaux et du comportement (ONU, 2016)	21
Figure 2 : recomendaciones para la correcta atención sociosanitaria al síndrome Ulises (Achetegui, 2009).....	23
Graphique 1 : profil démographique du T&I en SM (réalisé par Google Docs)	51
Graphique 2 : sexe des T&I (réalisé par Google Docs)	52
Graphique 3 : fréquence d'intervention en SM (réalisé par Google Docs).....	52
Graphique 4 : principes à suivre par un T&I en SM (réalisé par Google Docs)	53
Graphique 5 : type de traduction en SM selon les T&I (réalisé par Google Docs)	54
Graphique 6 : réunions interprofessionnelles (réalisé par Google Docs).....	54
Graphique 7 : tour de parole (réalisé par Google Docs)	55
Graphique 8 : partialité du T&I (réalisé par Google Docs).....	56
Graphique 9 : degré d'intégration du T&I (réalisé par Google Docs)	56
Graphique 10 : interférences du T&I (réalisé par Google Docs)	57
Graphique 11 : implication émotionnelle du T&I si régularité (réalisé par Google Docs).....	57
Graphique 12 : fréquence collaboration avec un T&I (réalisé par Google Docs).....	58
Graphique 13 : type de traduction en SM selon les psychologues (réalisé par Google Docs). 59	
Graphique 14 : principes à respecter par le T&I en SM (réalisé par Google Docs)	60
Graphique 15 : déroulement de réunions interprofessionnelles (réalisé par Google Docs).....	61
Graphique 16: gestion du tour de parole (réalisé par Google Docs)	61
Graphique 17 : information ajoutée ou omise (réalisé par Google Docs).....	62
Graphique 17 : information ajoutée ou omise (réalisé par Google Docs).....	62
Graphique 18 : degré de partialité du T&I (réalisé par Google Docs).....	63
Graphique 19 : déroulement de réunions interprofessionnelles selon psychologues (réalisé par Google Docs).....	63
Graphique 20 : possible implication émotionnelle du T&I si régularité (réalisé par Google Docs)	64
Graphique 20 : possible implication émotionnelle du T&I si régularité (réalisé par Google Docs)	64
Tabla 1: frecuencia colaboración interprofesional (elaboración propia).....	67
Tabla 2: principios del T&I en SM (elaboración propia).....	67
Tabla 3: tipo de traducción más adecuada (elaboración propia)	68
Tabla 4: reuniones con el T&I (elaboración propia)	68
Tabla 5: gestión turno de palabra (elaboración propia).....	69

Tabla 6: aclaraciones u omisiones (elaboración propia)	69
Tabla 7: parcialidad del T&I con alguna de las partes (elaboración propia)	69
Tabla 8: implicación del T&I si regularidad (elaboración propia).....	70

1. Resumen

La interpretación de conferencias ha favorecido la implantación de la idea del intérprete invisible que actúa como un simple transmisor del mensaje. Sin embargo, la emergencia de la traducción e interpretación en otras modalidades, como, por ejemplo, en los servicios públicos, ha puesto en duda la validez de dicho modelo de interpretación. Así, la presencia del intérprete en las consultas de psicología y psiquiatría, en la que el intérprete comparte el mismo espacio físico que sus interlocutores, desafía la invisibilidad del intérprete y proponen nuevas teorías. En este sentido, varios estudios apuntan a cierta visibilidad del intérprete al tener que tomar decisiones sobre su actuación con el fin de evitar que se produzcan conflictos culturales entre las partes.

El objetivo de este trabajo de investigación es analizar el papel que desempeña el traductor e intérprete en la salud mental. En concreto, este proyecto se centra en averiguar si la presencia de un intérprete visible en dicho ámbito de la salud, en el que las relaciones interpersonales cobran una gran relevancia, puede comprometer su imparcialidad, sobre todo si se tiene en cuenta que un tratamiento terapéutico se realiza en un plazo más o menos largo de tiempo.

Gracias a una revisión bibliográfica sobre la situación de la interpretación en las consultas de psicología/psiquiatría y a un estudio empírico basado en la realización de dos encuestas a traductores e intérpretes y psicólogos con experiencia en este campo, este estudio analiza las posibles interferencias que alejan al intérprete de su posición parcial en la consulta terapéutica. Los resultados muestran que ambos profesionales piensan que el intérprete puede ser parcial en algunas ocasiones, si bien se necesitan nuevos estudios que confirmen esta hipótesis.

Palabras clave

Imparcialidad, salud mental, neutralidad, visibilidad, interferencias, empatía.

Résumé

L'interprétariat de conférences a préconisé l'idée de l'interprète invisible, en tant que simple passeur du message, dans l'imaginaire collectif. Cependant, l'émergence de la traduction et l'interprétariat dans d'autres modalités, comme celle des services publics, a remis en question la validité de ce modèle d'interprétariat. Ainsi, la présence de l'interprète dans des consultations psychologiques et psychiatriques, où il est amené à partager le même espace physique avec ses interlocuteurs, défie l'idée de l'interprète invisible et propose des nouvelles théories. Dans cette ligne, plusieurs études signalent une certaine visibilité de l'interprète, étant donné qu'il sera amené à prendre des initiatives et éviter des conflits culturels entre les parties.

Ce travail de recherche vise à analyser le rôle du traducteur et interprète dans le champ de la santé mentale. En particulier, ce projet s'attache à vérifier si la présence d'un interprète visible dans ce champ, où les relations interpersonnelles y sont au cœur, peut remettre en cause l'impartialité de l'interprète, notamment parce que les sessions thérapeutiques se reçoivent à plus ou moins long terme.

Grâce à un examen exhaustif de la littérature abordant la situation de l'interprétariat dans des consultations psychologiques/psychiatriques, et à une étude empirique, axée sur la réalisation de deux questionnaires adressés à des interprètes et des psychologues ayant expérience dans ce champ, cette étude analyse les possibles interférences qui empêchent l'interprète d'être impartial dans la consultation thérapeutique. Les résultats démontrent que les deux groupes pensent que l'interprète peut perdre son impartialité dans certains cas, si bien il faudrait réaliser de plus amples études empiriques pour confirmer cette hypothèse.

Mots clé

Impartialité, santé mentale, neutralité, visibilité, interférences, empathie.

Abstract

Conference interpreting has spread the idea of the invisibility of the interpreter, who acts as a simple message transmitter. However, the surge of translation and interpretation in other modalities, such as Public services, has called into question the validity of that interpretation model. Thus, the physical presence of the interpreter in psychology and psychiatric consulting rooms is challenging the idea of the invisibility of the interpreter and proposes new theories. In that way, several studies aim for a certain visibility of the interpreter, as he has to make decisions on his own in order to avoid cultural conflicts between the involved parties.

The aim of this investigation work is to analyse the role of the translator and interpreter in the mental health field. In more detail, this project is focusing in determining if the physical presence of an interpreter on this health field, in which personal relationships are an important factor, could affect his neutrality, especially if we consider that a health treatment may last for a long period.

Through a bibliography revision over the current interpretation situation in psychology/psychiatric consultation and an empirical study based on two different polls sent to some translators or interpreters and psychologists with experience in this field, this research study analyses the possible reasons of probable interferences that put the interpreter of his neutral position on a therapeutic consultation. The results show that both groups of professionals think that the interpreter could be partial in some cases, nevertheless more studies are needed to confirm this hypothesis.

Keywords

Impartiality, mental health, neutrality, visibility, interferences, empathy

2. Introducción

La inmigración es un acto innato al ser humano, que desde sus orígenes no ha dejado de desplazarse. El ser humano migra para mejorar sus condiciones de vida, y encontrar nuevas oportunidades. Serna (2015) lamenta, así, que la causa principal sea económica:

Malheureusement, l'inégalité de revenus d'un pays à l'autre, le chômage, l'insécurité et parfois les systèmes politiques sont des facteurs à la base de l'augmentation de la migration pour motif de main d'œuvre (Serna, 2015, p.148).

Sin embargo, en la actualidad estamos asistiendo a un escenario de “migraciones forzosas” que atienden no sólo a la causa económica, sino a situaciones de conflicto, catástrofes naturales, persecuciones y otros factores adversos, que pueden tener consecuencias negativas para la salud mental de los seres humanos (OIM, 2017). Así, se sabe que, en el contexto actual de constantes flujos migratorios y proliferación de fronteras administrativas, el riesgo de desarrollar algún problema mental puede aumentar (Achotegui, 2009).

El término “migrante” alude a un gran abanico de situaciones, que queda reflejado en el último glosario de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Si bien el acto de migrar es un derecho inherente al ser humano, en la actualidad no existe una ley que regule la figura de la persona “migrante”. Así, la OIM define este término de la siguiente manera:

An umbrella term, not defined under international law, reflecting the common lay understanding of a person who moves away from his or her place of usual residence, whether within a country or across an international border, temporarily or permanently, and for a variety of reasons (IOM, 2019, p.130).

De esta definición se puede inferir que, en general, la persona que migra decide libremente desplazarse, por lo que efectos de su acto serán beneficiosos. Sin embargo, dentro de este grupo de migrantes, la OIM contempla también los desplazamientos forzados.

La OIM estima que existen 244 millones de migrantes en el mundo, un 3,3 % de la población mundial (OIM, 2017). Si bien la organización resalta que una gran mayoría de estos desplazamientos se producen en el interior de los países (40 millones), reconoce que el número de migraciones globales ha alcanzado su récord en la actualidad. Estas cifras contrastan con un escenario actual en el que predominan las políticas desfavorables para la migración en la mayoría de los países. En el actual contexto de globalización en que se encuentra el mundo, los Estados tienden a elaborar políticas restrictivas que limiten la entrada a los extranjeros y endurezcan las condiciones de entrada (Serna, 2015).

Esta situación hace que las diferencias económicas y sociales de la sociedad aumenten, poniendo en peligro la SM de los inmigrantes que llegan a un nuevo país. Por esta razón el presente trabajo de investigación persigue estudiar el papel que desempeña el T&I en las consultas de psicoterapia realizadas con “personas migrantes”, y principalmente con refugiados y personas solicitantes de protección internacional, cuyas condiciones de vida las convierten en víctimas de “migraciones forzadas” (Lara, 2019). Estas personas, que abandonan sus países para huir de situaciones extremas de pobreza, violencia, o guerras, deben adaptarse de manera más o menos rápida a un nuevo idioma, una nueva cultura y nuevos códigos socioeconómicos que desconocen por completo.

La OIM es el organismo que vela por los derechos de todas las personas migrantes desde los años 50. Establecida en 1951, es la entidad responsable de regular la migración a nivel mundial y atender a las personas víctimas de “migraciones forzadas”, entre otras funciones (Organización Internacional para las Migraciones, 2019).

Sin embargo, desde la llegada masiva de inmigrantes a Europa en la década de los 90, han aparecido nuevos conflictos culturales, políticos y económicos de los que se tienen pocos antecedentes en el Viejo Continente desde la Segunda Guerra Mundial (Valero-Garcés, 2003). En este sentido, los expertos han comenzado a alertar de las posibles consecuencias nefastas que puede tener este fenómeno para la SM de todos los seres humanos si no se le presta la atención necesaria. Serna (2015) sostiene que esta situación es sobre todo difícil para los inmigrantes que llegan a los países occidentales, ya que éstos sufren carencias de primera necesidad, como falta de alojamiento, de asistencia sanitaria o de abrigo.

En el caso de España, son las ONG las que intervienen en el proceso de mediación interlingüística con las personas desplazadas y migrantes. Estas organizaciones proporcionan mediadores interculturales, traductores e intérpretes (T&I) para que intercedan entre las personas que no hablan español y carecen de los referentes culturales de nuestro país, y las administraciones públicas y privadas (Valero-Garcés y Cata, 2006). En este contexto, el trabajo de los T&I cobra una especial relevancia, puesto que son el puente lingüístico y cultural que acerca a los migrantes y las personas locales, gracias a sus conocimientos lingüísticos y culturales de los dos mundos (Davis, 2009).

Aunque los ámbitos de intervención con personas migrantes pueden abarcar múltiples sectores (hospitalario, jurídico, educativo o económico, entre otros), la mayoría de ellos se encuadran dentro de las instituciones públicas, que son las responsables de acompañar a estas personas en su proceso de obtener la residencia.

Cabe señalar que no existe una denominación homogénea para referirse a los T&I que intervienen en las comunicaciones entre las personas migrantes y las administraciones e instituciones públicas o privadas. Este problema denota una falta de profesionalización y ausencia de recursos para los trabajadores de este sector, tanto en España como en otros países (Valero-Garcés, 2003).

En consecuencia, la figura del T&I en los SP no tiene unas funciones claramente establecidas y, en general, éstas exceden de las puramente lingüísticas o de las asociadas a un informador cultural (Valero-Garcés, 2003). Esta circunstancia puede afectar negativamente a la neutralidad del T&I, que puede llegar a verse demasiado inmerso en el proceso de curación del paciente, sobre todo si consideramos que el paciente en ocasiones establece un vínculo emocional con el T&I (Valero-Garcés, 2006).

Esta situación, unida a la relación de asimetría que caracteriza la relación entre el paciente y el médico en la salud en general provoca que “Las expectativas que cada una de las partes tiene sobre el trabajo del intérprete pueden ser contradictorias” (Collados *et al.* 2001, p.74). En el caso de la SM, esta diferencia de poderes puede añadir más tensión emocional a la consulta por la situación de “vulnerabilidad” de muchos pacientes migrantes, favoreciendo en algunos casos que el T&I tome un papel de defensor del segundo (Sales, 2014).

Es de imaginar que esta situación podrá prestarse más a la polémica en las intervenciones en SM, donde el psicólogo/psiquiatra y el paciente pueden llegar a crear un vínculo más íntimo. Además, si se parte de la base de que el tipo de interpretación realizado en la consulta terapéutica suele ser la interpretación bilateral (IB), la presencia del T&I tendrá un papel clave y afectará directamente a sus interlocutores:

[...] en IB, toda la persona del intérprete cobra importancia, desde su manera de vestir hasta su actitud corporal o su mirada (p.ej. en los cambios de turno) (Collado *et al.*, 2001, p.64).

Esta presencia ha sido denominada como “visibilidad” en la literatura especializada y ha sido objeto de estudio de la mayoría de los estudios que analizan el papel del T&I en la consulta terapéutica. Baixauli (2014, p. 28), define la visibilidad del T&I como “la toma de decisiones

por parte de [éste] para evitar o superar el bloqueo comunicativo”. De esta definición se puede deducir que, si el T&I toma decisiones erróneas, su imparcialidad puede verse afectada de manera negativa.

Así, autores como Davis (2009) señalan que la presencia de una tercera persona en una consulta terapéutica puede dar lugar a un mayor número de identificación entre el paciente y los dos interlocutores. Si además añadimos que, a menudo, los T&I han sido migrantes anteriormente o comparten características comunes con el paciente, se puede pensar que existe un mayor riesgo de identificación del paciente con el T&I. Aunque este factor pueda parecer ventajoso en un principio, gracias a la sensibilidad que tendrá este T&I hacia la situación cultural y social del paciente, también puede ser un arma de doble filo que dé lugar a la identificación con el paciente:

En effet, une trop grande différence dans les background réduit les apports de l'interprète à une activité de traduction sans mise en perspective socioculturelle. À l'inverse, trop de similitudes dans les facteurs qui ont poussé à l'exil ou dans le contexte de vie migratoire peut provoquer un phénomène de sur-identification et entraîner une trop forte implication émotionnelle de la part de l'interprète (Goguikian et Pereira, 2019, p. 72).

En este caso, los expertos apuntan a que el T&I que experimenta una mayor implicación emocional con el paciente va a aumentar su visibilidad en la consulta, pudiendo cruzar la delgada línea que separa visibilidad e imparcialidad (Goguikian, Pereira y Fierro, 2017). Ahora bien, a pesar de que muchos autores defienden la figura visible en SM, también advierten que ésta puede ser negativa si el psicólogo/psiquiatra no es consciente de que el T&I pueda estar traspasando ciertos límites o *boundary crossings* perjudiciales para el proceso terapéutico del paciente, como el de mantener contacto con el paciente fuera de la consulta (Bot, 2003).

Cabe recordar que en SM existen varios enfoques que pueden oscilar desde el T&I que actúa como simple responsable de la transmisión del mensaje hasta un T&I completamente implicado en el proceso terapéutico (Elghezouani, 2010). En este caso, las teorías que convierten al T&I en un referente cultural además de traductor, pueden comprometer su imparcialidad según afirman algunos estudios:

[...] au-delà de traduire, ou de fournir des connaissances culturelles, l'interprète "traite" l'information qui transite par lui et juge de sa pertinence. Pour que son activité se déroule favorablement, il faut qu'il comprenne et si possible qu'il soit en accord avec ce qu'il traduit (Goguikian, 2010b)

En consecuencia, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal el de analizar las interferencias que pueden producirse en una consulta terapéutica a causa de la actuación del T&I. Entre dichas interferencias, los estudios apuntan a la excesiva implicación emocional que sufren los T&I cuando se alinean con la situación del paciente, un exceso de aclaraciones culturales o la falta de ajuste profesional T&I-psicólogo/psiquiatra.

Estudiar el impacto que tienen estas consecuencias en la consulta será clave para poder garantizar el respeto de los principios profesionales de la TISP. Así, Baixauli (2014), afirma que la visibilidad del T&I en la SM es susceptible de afectar directamente a la posición imparcial que debe caracterizar a este profesional. Así, muchos autores, como el mismo Baixauli, afirman que el hecho de tener que intervenir entre las partes para explicitar conflictos culturales puede llevarle a anteponer la necesidad de garantizar la comunicación frente al respeto de su imparcialidad. Desde nuestro punto de vista, esta circunstancia convierte al T&I en los SP en una parte muy activa con riesgo de implicarse personalmente en el proceso terapéutico del paciente.

Además, si tenemos en cuenta que un tratamiento en psicoterapia suele recibirse más de una vez, y que es aconsejable que el mismo T&I intervenga durante el proceso terapéutico del paciente (Goguikian y Pereira, 2019), el riesgo de implicación emocional y personal del T&I podría aumentar considerablemente a medida que las sesiones avancen. En este sentido esta investigación formula la siguiente hipótesis: la intervención regular de un T&I que adopte un papel visible en SM puede mermar la imparcialidad de su prestación al poder sentirse identificado con el paciente o con el relato de este.

En los siguientes subapartados de este capítulo se explican los motivos que han llevado a formular la anterior hipótesis y se explicitarán los objetivos a través de los cuales se pretende verificar si una gran visibilidad del T&I en SM puede perjudicar a su posición imparcial.

2.1 Justificación del tema y motivación personal

La presencia del T&I en psicoterapia ha sido reconocida por varios autores (Davis, 2009; Goguikian y Pereira, (2019); Raga, González, y Baouchi, 2014; Elghezouani, 2010). Sin embargo, la falta de especialización de esta figura en SM y la posible identificación que pueden experimentar los T&I con los pacientes pueden mermar la imparcialidad de este, afectando a la calidad de su prestación.

Goguikian, (2010b) recuerda que el trabajo del T&I en psicoterapia oscila entre un mero traductor de palabras y un papel mucho más activo que le puede llevar a colaborar del psicoterapeuta. Si bien parece que los expertos abogan por una posición intermedia del T&I en SM (Davis, 2009; Goguikian, 2010b; Raga *et al.*, 2014), estos mismos estudios se hacen eco de la falta de consenso que existe entre los profesionales de la salud y los propios T&I sobre las funciones específicas del T&I en psicoterapia.

Lo cierto es que, al margen de las distintas teorías, numerosos estudios han demostrado que el T&I en SM tiende a adoptar cierta visibilidad al modificar la estructura tradicional de la consulta terapéutica, psicólogo/psiquiatra-paciente. Bot (2003) muestra cómo el T&I es visto como una *real person* tanto por el paciente como por el profesional de la salud, y, por tanto, su figura tiene una influencia directa en la relación psicólogo/psiquiatra-paciente.

La principal dificultad al determinar el grado de visibilidad que es aconsejable para un T&I en SM está relacionada con identificar la distancia justa que éste debe de guardar con el paciente para evitar implicarse emocionalmente con el paciente (Valero-Garcés, 2002). Al estudiar las directrices y los estándares profesionales que guían las prácticas de estos T&I, y que se desarrollarán posteriormente en el capítulo 4, se puede observar la confusión que existe entre la teoría y la práctica y cómo estas lagunas ponen en riesgo la figura imparcial del T&I.

Además, se sabe que el T&I que trabaja con migrantes y personas que han vivido historias duras puede sufrir un estrés emocional que afecte a su salud y a su prestación (Valero-Garcés, 2006). Este aspecto es especialmente importante para el T&I que trabaja en SM, puesto que se enfrenta a situaciones muy delicadas y específicas, que afectan al “plano de la subjetividad” del paciente (Raga *et al.*, 2014). Este aspecto pone de relieve la gran responsabilidad que tiene la figura del T&I en una consulta de terapéutica, donde sus funciones de informador y mediador cultural cobran una importancia especial por la importancia que desempeñan las diferencias culturales en este contexto (Raga *et al.*, 2014). En esta línea, el T&I en SM se puede ver obligado a salir del plano de simple traductor para convertirse en un agente que debe tomar iniciativas de comunicación por su propia cuenta. El desafío aquí está en encontrar un equilibrio entre la justificación de dichas iniciativas y el respeto al principio de imparcialidad, ya que la falta de delimitación clara en las funciones del T&I en este ámbito puede provocar que el T&I exceda sus funciones (Raga, *et al.*, 2014). Y es que, como Raga *et al.* (2014) sostienen, las diferencias culturales con el paciente van a dificultar la identificación de los comportamientos

considerados denigrantes por cada parte que puedan justificar una posición parcial del T&I en SM.

Antes de explicar los objetivos que persigue este trabajo de investigación, es importante explicar qué se entiende por “imparcialidad” en la TISP.

Según Baixauli (2014) este concepto se relaciona más con el sentido de equidad y justicia entre las partes que con el sentido aséptico del T&I “neutral”. Es decir, según esta idea, el concepto de “imparcialidad” en los SP prohíbe al T&I tomar partido por alguna de las partes, pero no intervenir para tomar iniciativas destinadas a facilitar la comunicación. Así, la mayoría de los códigos deontológicos destinados a la TISP en los servicios sanitarios prevén que el T&I pueda intervenir ante un posible malentendido cultural que bloquee la comunicación o perjudique a algunas de las partes (Baixauli 2014). La subjetiva aplicación de esta actuación es clave para entender lo complejo que puede resultar no pasar una línea roja, considerada por algunos autores como una “relativización del principio de imparcialidad”.

Tras dos meses de prácticas como T&I en el CEAR, la autora de este trabajo ha observado la soledad que experimenta el T&I en la toma de decisiones comunicacionales, y el riesgo que ello conlleva para la salvaguardia del principio de imparcialidad del T&I. Así, muchas veces el T&I no puede evitar el contacto con algunos pacientes fuera de la consulta, dando lugar a que los pacientes se apoyen en el T&I como profesional y le hagan todo tipo de preguntas.

Si bien existen psicólogos en el CEAR que son conscientes de estos riesgos y evitan todo tipo de contacto entre el T&I y el paciente, en general se observa una falta de enfoques terapéuticos homogéneos que indiquen el lugar que debe ocupar el T&I en la consulta. Mientras algunos psicólogos acuerdan un momento con el T&I antes de recibir al paciente para poner en contexto a este de los antecedentes del paciente y otros aspectos, otros prefieren que el T&I tome una posición más “neutral” en la que este se limite a traducir el discurso del paciente, posiblemente en un intento de minimizar el número de iniciativas tomadas por el T&I. Ante esta ausencia de parámetros generales, el T&I puede verse perdido y confundir lo que se espera de él.

No hay que olvidar que la naturaleza interpersonal de las consultas de SM favorece la creación de vínculos estrechos entre los pacientes y los profesionales. Este factor puede ser una fuente de conflictos para el T&I que se considere o sea considerado una parte activa en la terapia. Al hilo de esta idea de “implicación” de este profesional, surge la idea de la “implicación emocional”, que en este trabajo hace referencia al contagio de las emociones por parte del T&I.

Cabe añadir que la intensidad emocional y la dureza del contenido a las que se enfrenta el T&I en las consultas terapéuticas pueden causar una serie de interferencias si no son bien gestionadas emocionalmente por el profesional. Diversos estudios señalan que estos factores, unidos a la trayectoria de migración, que suelen compartir muchos T&I con los pacientes, representan un riesgo en la prestación de este profesional, que puede verse identificado o afectado emocionalmente y alinearse con las necesidades del paciente (Davis, 2009).

Si el T&I adopta un alto grado de parcialidad en una consulta terapéutica, éste puede hacer perder credibilidad de su figura frente de cara al paciente, quien sufrirá en última instancia las consecuencias de no poderse ver representado en la sociedad de acogida. Esta situación podrá llevar al paciente a abandonar su tratamiento, de manera que no se verán cumplidos sus derechos de igualdad en el acceso a las instituciones públicas (Valero-Garcés, 2002).

Por esta razón, este estudio formula la hipótesis de que la intervención de un T&I en la misma consulta terapéutica puede tener efectos negativos sobre la imparcialidad de este profesional si éste adquiere un papel muy activo. Dado el alto grado de visibilidad que muchos expertos otorgan al T&I en SM y la falta de conocimientos psicológicos que este adquieren

durante su formación académica, no es de extrañar que el complejo escenario de emociones que subyace de una consulta terapéutica ponga al T&I en el punto de mira.

Puesto que la mayoría de los estudios en este sentido que han sido realizados hasta el momento han puesto su foco fuera de España, este trabajo pretende contribuir a la investigación sobre el papel del T&I en psicoterapia en este país. Para ello, este estudio persigue analizar la dinámica que siguen los psicólogos y los T&I en la pequeña organización española anteriormente mencionada.

En los sucesivos apartados se detalla la hipótesis en torno a la cual surge este estudio, se profundiza en los objetivos que pretenden complementar la hipótesis, y, por último, se presenta una pequeña introducción de las herramientas que se han utilizado para realizar esta investigación.

2.2 Hipótesis y objetivos

El presente trabajo de investigación persigue analizar si la intervención regular de un mismo T&I en una consulta terapéutica puede llevarle a perder su posición imparcial y adoptar un papel más activo aquí que en otros ámbitos.

Como se ha expuesto en los subapartados anteriores, la intervención de un T&I profesional en una consulta terapéutica es muy necesaria, pero también puede comprometer la imparcialidad de esta figura debido a los complejos factores que intervienen en las consultas terapéuticas, y que tienen que ver con las relaciones interpersonales. Así, una de las diferencias fundamentales con otros ámbitos de la salud tiene que ver con el alto grado de visibilidad que puede adquirir el T&I.

Esta visibilidad del T&I será clave en SM porque de ella depende que éste tome más o menos iniciativas por su cuenta, y, por tanto, que se puedan producir ciertas interferencias en la consulta. Estas interferencias deben ser estudiadas en profundidad, porque son susceptibles de influir en la posición imparcial del T&I.

Sin embargo, el respeto de la imparcialidad del T&I es especialmente importante en el ámbito de la SM, puesto que, de lo contrario, el paciente podrá perder la confianza en su tratamiento y abandonarlo.

En este estudio nos centraremos en una de las interferencias que se dan con más frecuencia en SM, es decir el riesgo de sufrir una sobre identificación con el paciente en la consulta terapéutica. Como se ha mencionado en la Introducción, este riesgo coexiste con la necesidad de respetar la imparcialidad y confidencialidad del paciente en consulta. Por tanto, este trabajo de investigación se ha propuesto estudiar el lugar que debe ocupar el T&I en una terapia psicoterapéutica con personas migrantes, de manera que los principios mencionados puedan garantizarse.

Esta situación complica la actuación de este profesional en el ámbito de la SM, cuya función le sitúa al lado de la parte más vulnerable, el paciente para equilibrar el desequilibrio de igualdad que existe entre éste y el psicólogo/psiquiatra (Baixauli, 2014). Ante esta situación, el T&I puede verse más fácilmente implicado en la defensa activa del paciente cuando el enfoque terapéutico de la consulta se lo permita.

Por tanto, ante una ausencia de directrices homogéneas que guíen su labor en el ámbito de la SM, este trabajo pretende contribuir a la futura consideración de un código de prácticas propias del T&I a través del estudio de los factores que rodean a la imparcialidad de este en una consulta terapéutica.

Para profundizar en los aspectos de la actuación del T&I que enfatizan su presencia física y pueden comprometer la imparcialidad de este profesional, el presente estudio persigue los siguientes objetivos:

- Analizar la importancia que conceden tanto T&I como psicólogos a la visibilidad o nivel de actuación del T&I en una consulta terapéutica.
- Identificar qué tipo de iniciativas tomadas por el T&I en una consulta terapéutica pueden suponer interferencias y por lo tanto una pérdida de imparcialidad.
- Comprobar si existe consenso entre los T&I y los psicólogos en cuanto a las funciones principales del primero (p. ej. gestor de turnos).
- Verificar si la exposición regular a una misma terapia puede afectar a la alineación del T&I con el paciente.

2.3 Metodología

Este trabajo de investigación se ha realizado mediante un método empírico-analítico, y la herramienta elegida para ello ha sido la encuesta.

El primer paso de este estudio ha sido realizar una revisión detallada de la bibliografía existente en cuanto a la actuación del T&I en el ámbito de la SM. Sin embargo, al empezar a buscar artículos especializados en la interpretación en la SM, ha quedado constatado que esta actividad no cuenta con muchos estudios empíricos hasta el momento. Por tanto, se ha tenido que ampliar la búsqueda y contemplar artículos relacionados con la salud en general o estudios teóricos de la psicoterapia adaptada a personas migrantes.

En cuanto a la bibliografía encontrada en relación con la actividad del T&I en SM, se ha observado que la mayoría de las fuentes provienen de estudios de otros países extranjeros, la mayoría europeos, donde la TISP se goza de una mejor salud. En concreto, cabe destacar que muchos de estos estudios se han obtenido de universidades o instituciones suizas, donde existe un proyecto de mediación intercultural e interlingüística en el que los T&I asociados al ámbito social se forman y realizan sus funciones en el seno de una única asociación (*Association Appartenances Suisse*). Además, dentro de dicha organización existe una sección dedicada a la atención psicológica y psiquiátrica para migrantes, lo que ha facilitado la búsqueda de fuentes especializadas.

Si bien esta bibliografía ha sido muy útil como punto de partida para este trabajo, es importante señalar también que estos estudios han sido realizados en un contexto cultural y social muy específico y diferente del español. Esta circunstancia puede explicar el carácter limitado que tiene la presente investigación, que sobre todo ha intentado abrir nuevas vías de investigación para próximos estudios que se centren en el panorama español.

Otro último aspecto que cabe destacar ha sido la dificultad de encontrar T&I que hayan trabajado en consultas terapéuticas. Si bien se observa que en los últimos años se han dado grandes pasos en este sentido, la SM sigue siendo víctima de una fuerte estigmatización social que dificulta la apertura de este ámbito. Por ello, se ha decidido buscar T&I dentro de organizaciones que asisten a los migrantes, ya que éstas suelen tener un área dedicada a la atención psicológica.

Para acometer esta investigación, se han realizado dos encuestas, la primera destinada a un grupo de 27 psicólogos, y la segunda dirigida a un grupo de 14 intérpretes. La mayoría de estos profesionales prestan asistencia psicológica a los solicitantes de asilo alófonos que son aceptados por los programas de acogida del CEAR (Comisión Española de Ayuda al Refugiado) en la Comunidad de Madrid, pero también han participado psicólogos y T&I de la ONG Salud entre Culturas (dedicado al ámbito sanitario hospitalario) y otros T&I de la Universidad de Alcalá, todos ellos con experiencia en los servicios públicos (SP).

El método de distribución elegido ha sido la plataforma Google Docs por su facilidad y comodidad de la interfaz para los usuarios. Estos recibían un correo electrónico con un enlace que les conducía directamente a la encuesta. Sólo tenían que contestar en esa misma interfaz y

sus respuestas quedaban registradas inmediatamente sin necesidad de realizar ninguna acción suplementaria.

La plataforma de Google registraba las respuestas a medida que los participantes iban respondiendo y creaba un gráfico por cada pregunta con el porcentaje obtenido para cada opción.

A continuación, se ha procedido a anotar en un fichero aparte las respuestas a las 8 preguntas que son similares en ambos cuestionarios. Para almacenar dichos datos se ha creado un fichero Excel y se han diseñado dos columnas: la primera con los datos relativos a los T&I y la segunda con aquellos correspondientes a los psicólogos. Este fichero ha servido de base para analizar los datos obtenidos y poder cortejar así la percepción de los T&I con la de los psicólogos.

El análisis de los datos recogidos ha puesto en evidencia la diversidad de opiniones entre los psicólogos y los intérpretes en cuanto a la percepción del papel visible que debe tener el T&I en las consultas terapéuticas. Este estudio ha perseguido así obtener un primer enfoque global de las prácticas que pueden estar más o menos establecidas en la interpretación en SM en nuestro país, en el caso de que existan. Además, dado que la realidad parece demostrar que la colaboración entre los profesionales de la salud y los T&I no es muy estrecha en general, al no reservar espacios para intercambiar impresiones con los T&I después de la consulta (Goguikian *et al.* 2017), este trabajo ha pretendido analizar qué ocurre en el ámbito concreto de la SM, en dos pequeñas organizaciones a nivel nacional. Con este estudio, se espera contribuir a establecer un mejor balance de la situación de la T&I en este ámbito de la salud, del que no existen muchos estudios en nuestro país.

3. Services de santé mentale en Espagne

3.1 Contexte général de la santé mentale

Il est largement admis que le fait d'être immigrant ne présente pas un risque accru de subir un trouble mental. Mais il est également exact que l'actuel scénario politique mondial, ne vise pas à favoriser les migrations ni les conditions des vies de personnes migrantes. Face à cela, l'on constate un manque important des ressources visant à favoriser la professionnalisation des interprètes en psychothérapie (Chambon et Beal, 2015).

Or, Davis (2009) met en garde sur les néfastes conséquences sociales et économiques qui peuvent résulter, pour la société, du fait de ne pas adresser correctement les troubles mentaux des migrants :

Cependant, à plus long terme, les difficultés de ces personnes que ne sont pas bien cernées et donc pas effectivement traitées vont s'empirer, créant parfois des troubles psychologiques ou psychiatriques chroniques (Davis, 2009, p. 167)

Il est estimé qu'il y a 450 millions de personnes au monde qui subissent une maladie mentale, dont le 40 % de troubles chroniques (Semergen, 2016). Pour y remédier, l'OMS s'est mise au travail de développer des programmes de la promotion de la SM. Le résultat de ce processus est son plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020.

Dans le cadre de la réforme en psychiatrie prévu par l'OMS aux Etats membres, on assiste à la naissance de nouveaux plans stratégiques visant à favoriser et promouvoir la SM dans certains pays (OMS, 2001). Ainsi, des pays européens comme l'Espagne ou la France ont élaboré leurs propres plans pour les années 2009-2013 et 2011-2015 respectivement.

Néanmoins, les exigences de l'OMS ne sont pas mises en œuvre par tous les pays, ainsi que la propre organisation déplore (OMS, 2019). Cela affecte énormément la situation des T&I dans les SP, et notamment dans la psychothérapie. Ainsi, ces professionnels n'ont pas recours

à des codes déontologiques propres à leur activité, ce qui provoque que ceux-ci doivent se confronter à plus de précarité que le reste de leurs collègues (Baixauli, 2014).

Cette situation ne fait que s'ajouter à la précarité que subissent les malades mentaux dans tous les pays. En effet, le rapport de la OMS (2001) s'attaque à la discrimination et aux obstacles qu'endurent ces personnes. À cet égard, la France semble avoir pris au sérieux les recommandations de l'OMS, et vise à garantir les droits d'accès des migrants à la santé mentale, comme elle le fait pour d'autres minorités (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2012). Également, la Haute Autorité de la Santé française a développé un guide de bonnes pratiques pour orienter l'activité des T&I dans les services de santé et contribuer à leur formation (Haute Autorité de Santé, 2017).

Néanmoins, en Espagne il y a encore du travail à faire dans ce champ. Malgré le constat qu'il existe un nombre élevé de migrants visitant les centres de santé primaire espagnols, avec 93 % de médecins ayant avoué avoir assisté un migrant allophone dans des hôpitaux du nord de la Communauté de Madrid (Valero-Garcés, 2003), on observe une précarité dans l'assistance sanitaire aux migrants. Valero-Garcés (2006) insiste sur cette problématique, et met en évidence les efforts réalisés par des ONG qui veulent contribuer à améliorer la communication interculturelle en Espagne. Selon cette étude, les personnes migrantes qui arrivent dans notre pays et qui veulent communiquer avec les institutions sociales sont souvent assistées par des volontaires et du personnel engagé par des ONG. Cela montre, une fois plus, le manque de reconnaissance des autorités envers les T&I dans les SP.

Quant aux services de santé, il est constaté que la plupart de visites médicales ont lieu dans la Communauté de Madrid, où se concentre le nombre le plus élevé de migrants recensés, juste après la Catalogne (Comunidad de Madrid, 2017). Or les pouvoirs publics semblent déléguer ses responsabilités envers la population migrante précaire, laissant une grande partie de la gestion de la communication interculturelle aux nombreuses ONG qui s'inscrivent sur le territoire (Valero-Garcés et Cata, 2006).

3.2 Santé mentale au niveau national

Pour mieux comprendre l'ampleur de la SM, nous notons que l'OMS définit la santé comme "un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité" (OMS, 2019).

Cette définition confirme que pour atteindre le "bien-être" général des individus, il faut leur assurer la SM. Elle attire également l'attention sur l'importance de mettre en lieu des stratégies de promotion et de prévention, quand bien même aucune maladie ne s'est encore manifestée.

Dans le cadre de la promotion et de la prévention des maladies mentales, l'Organisation des Nations Unies (ONU), a demandé aux États membres de prendre des mesures adéquates pour aborder les questions affectant la SM de manière globale (ONU, 2016).

En ce qui concerne la SM en Espagne, le Ministère de la Santé espagnol a conçu la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional* (2007), qui a été révisée en 2009-2013. Ce document met en évidence la situation précaire de la SM en Espagne. À l'instar des autres pays européens, on assiste à une urgence sanitaire en santé mentale. Ainsi, il est estimé qu'un adulte sur dix et un enfant sur cent sont atteints d'un trouble mental ou de comportement (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017). Selon ces estimations, les femmes seraient plus affectées par des maladies mentales que les hommes, ainsi que les groupes socioéconomiques moins favorisés.

Ces chiffres montrent l'ampleur de cette problématique dans notre pays, où le taux d'incapacité lié aux troubles mentaux est supérieur à celui associé à d'autres maladies (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017). Selon l'étude européenne

ECNP/EBC REPORT 2011, le taux d'incapacité dû à des troubles mentaux et neurologiques avait atteint 30,01 % pour les femmes et 23,4 % pour les hommes (Wittchen *et al.*, 2011). De plus, la *Encuesta Nacional de la Salud* (ENSE) constate une tendance à la croissance des problèmes mentaux entre la population de plus de 75 ans, ce qui n'est pas négligeable si l'on tient compte du vieillissement de la population espagnole (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017). Cette même étude souligne que les personnes qui présentent une incapacité pour travailler et celles qui sont au chômage ont plus de risques de subir des troubles mentaux (50,5 % et 26,6 % de possibilités respectivement).

Cependant, l'OMS (2001) nous met en garde des nombreux cas de patients qui ne reçoivent pas les traitements adéquats. De ce fait, il est prévisible que les troubles mentaux et de comportement atteignent 15 % de la charge de "morbidité" globale (OMS, 2001). Dans ce sens, la Société Espagnole de Médecins de Attention Primaire (Semergen) collabore avec la Société Espagnole de Médecine Psychosomatique (SEMP) dans la promotion de la santé mentale depuis les centres de santé primaire (Semergen, 2016). Cette étude met l'accent sur la nécessité de développer un plan stratégique visant à la prévention précoce de problèmes mentaux dans des centres de santé primaire, ce qui a été également prévu par le *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs* (OMS, 2001).

Or, l'Espagne continue à ne pas disposer des services sanitaires que demande l'OMS. Ainsi, le rapport en SM du Ministère de la Santé espagnol (2007) souligne que les réformes sanitaires proposées par l'OMS se sont stagnées en Espagne par une mauvaise répartition des ressources économiques entre les Communautés et par l'augmentation du recours aux centres de soins privés.

Il est à noter que 80 % des personnes qui sont prises en charge par des troubles mentaux dans des hôpitaux et centres spécialisés espagnols, ont été dérivées à des centres de santé primaire (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Ces données révèlent la grande importance qu'ont les médecins généralistes lors de la sensibilisation de la santé mentale parmi des patients. Dans ce contexte, Semergen (2016) note la nécessité d'inclure des techniques psychologiques dans la formation clinique des médecins généralistes, étant donné que près de 25 % des patients qui visitent ces médecins le font par des raisons liées à des troubles mentaux.

En outre, Semergen (2016) souligne que la forte stigmatisation qui entoure la maladie mentale en général provoque de nombreuses somatisations qui empêchent une prise en charge adéquate des patients. Il est estimé que 50 % de personnes qui souffrent de dépression ou d'anxiété ne reçoivent pas un traitement dans la capitale espagnole (Comunidad de Madrid, 2017).

Certes, si la dépression et l'anxiété sont des troubles mentaux ayant une incidence plus élevée en Espagne, il semble qu'un nombre important de personnes concernées ne rendent pas visite au médecin (Comunidad de Madrid, 2017). Or, les effets des maladies mentales sont connus pour avoir une incidence plus importante sur la qualité de vie des personnes que d'autres maladies (Semergen, 2016). Si l'on ajoute à cela que les personnes souffrant d'autres maladies sont souvent aussi atteintes de dépression ou d'anxiété (OMS, 2001), on peut mieux comprendre l'ampleur de ces enjeux.

La charge économique et sociale des troubles mentaux est énorme pour toute la société. Seulement la dépression représente 14 % des charges globales des maladies (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Cela contraste avec le grand nombre de personnes qui sont réellement prise en charge. En Espagne, il est estimé que seulement 10 % des personnes visitant un médecin généraliste à cause des troubles mentaux sont dérivées aux spécialistes (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

3.3 Santé mentale des migrants allophones en Espagne

L'on sait que l'exposition de personnes aux facteurs de risque des troubles mentaux et de comportement, tels que la pauvreté ou les urgences humanitaires, peuvent favoriser le développement de troubles mentaux majeurs (ONU, 2016). Cependant, il faut également noter que la SM est associée à la capacité personnelle de surmonter les difficultés de la vie, et elle est dépendante du contexte personnel, socioculturel et économique de chaque personne (Semergen, 2016). En d'autres termes, le bien-être mental est le résultat de l'interaction des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (OMS, 2001) :

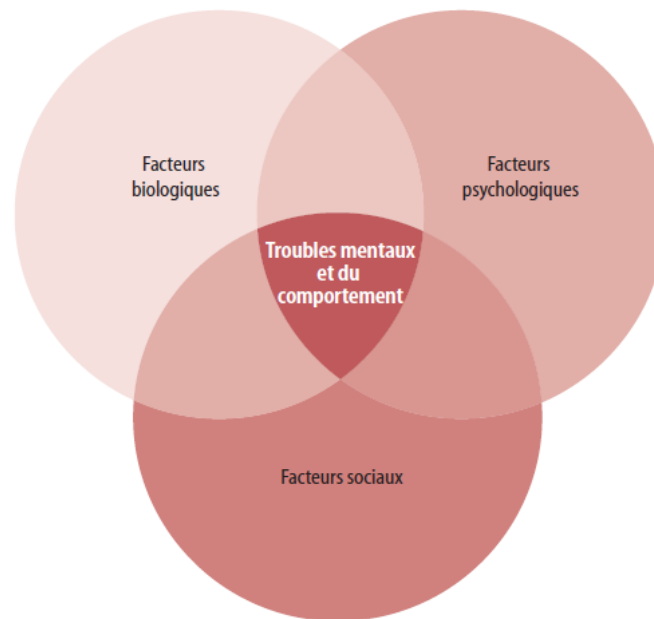


Figure 1 : interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux dans la survenue et l'évolution des troubles mentaux et du comportement (ONU, 2016)

On a tendance à penser que les personnes migrantes issues de situations précaires possèdent un risque accru d'avoir des troubles mentaux, mais c'est très loin d'être le cas selon des experts (Achotegui et Jayme, 2016). La seule certitude à ce jour est que les troubles mentaux et de comportement liés à la migration présentent des caractéristiques particulières. Les migrants qui quittent leurs pays contre leur gré endurent un deuil très particulier. Serna (2015) affirme que le deuil migratoire englobe tant des conséquences dérivées de quitter les pays d'origine, que des conséquences liées aux possibles problèmes d'adaptation dans le pays d'accueil :

Tout immigrant, pour survivre dans son nouveau milieu, s'impose des privations au-delà du raisonnable pour le logement, l'alimentation, les soins de santé et l'habillement. Le dépaysement amène la plupart d'entre eux au déséquilibre psychologique (Serna, 2015, p.150).

Toujours est-il que les personnes immigrantes peuvent avoir des sentiments ambivalents d'amour et de rage envers leur pays d'origine (Achotegui, 2009), mais le risque de subir un trouble mental va dépendre de la durée des sentiments d'angoisse et des événements stressants. D'ailleurs, on insiste sur le fait qu'il y a plusieurs facteurs qui vont interagir dans la situation de chaque personne, et qui vont déterminer leur SM. Semergen (2016) souligne que le degré de vulnérabilité génétique, la résilience, les résultats d'autres expériences vécues auparavant ou le soutien familial influencent les risques de pouvoir souffrir une maladie mentale.

Cela étant dit, il faut tenir compte des facteurs spécifiques qui augmentent le risque des immigrants de souffrir des troubles mentaux. Achotegui (2009) affirme que les migrants peuvent voir affectée leur identité à cause de la complexité du deuil qu'ils endurent :

[...] la multiplicidad de aspectos que conlleva la elaboración del duelo migratorio (familia, lengua, cultura o estatus, entre otros) da lugar a cambios profundos en la personalidad del inmigrante [...]. Si va bien, favorecerá que surja una persona madura “de mundo”. Si va mal, desestructurará al sujeto en el plano psicosocial y psicológico (Achotegi, 2009, p.165).

L'approche négative des cultures non-occidentales envers la maladie mentale va changer considérablement l'approche médicale occidentale de la psychothérapie avec des patients allophones (Goguikian, 2010a). À l'instar de ce qui arrive dans notre pays, on sait que la maladie mentale est énormément stigmatisée dans d'autres cultures. Achotegui et Jayme (2016) affirment que cette stigmatisation sociale est si importante dans certaines cultures, que les patients migrants visitent le médecin pour des problèmes physiques, tandis que l'origine de leurs problèmes a souvent une raison psychologique.

De plus, dans les cas d'immigrants allophones qui décident de suivre des traitements psychothérapeutiques, il existe toujours le risque d'abandon. En effet, Achotegui et Jayme (2016) notent que les personnes migrantes et les groupes minoritaires montrent une tendance accrue à abandonner les psychothérapies. Ils expliquent que cela naît des situations extrêmes que doivent endurer ces personnes. Ces minorités deviennent souvent très hostiles envers les professionnels autochtones, qu'elles considèrent des personnes étant dans l'autre “camp” :

Las personas que viven situaciones de estrés crónico y exclusión social, como en el caso de muchos inmigrantes, llegan incluso a no ver diferente al profesional asistencial a otras personas de amplias capas de la sociedad de acogida [...] y los rechaza. [...] la persona en exclusión social no puede abstraerse del contexto social en el que tiene lugar la relación asistencial y lo coloca “en el otro bando” (Achotegui et Jayme, 2016, p.107).

Pour ces raisons, il est difficile d'obtenir des estimations des consultations des immigrants qui sont liées à des problèmes mentaux. Il est prouvé que les personnes migrantes préfèrent visiter les centres de santé primaire plutôt que les spécialistes (Goguikian, 2010a). À cela il faut ajouter que les personnes provenant de cultures non-occidentales ont tendance à faire recours aux techniques traditionnelles ou à des proches avant de visiter un médecin (Chambon et Beal, 2015).

En Espagne, les lois garantissent l'assistance sanitaire aux migrants. À cet effet, le *Libro Blanco de la Atención a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid* prévoit la prise en charge des immigrants dans les centres de santé primaire, la formation des professionnels de la santé dans des compétences transculturelles et la promotion d'un service d'interprétariat à distance, entre d'autres compétences. Dans la même ligne, *la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud* du Ministère de la Santé espagnol (2007) demandait aux différentes Communautés Autonomes de prendre en charge les immigrants dans des meilleures conditions et de garantir un accès complet aux services offerts par le System National de Santé.

La Sociedad de Psiquiatría de Madrid (2018) met en évidence les estimations fournis par l'Institut National de la Statistique (INEM), selon lesquelles le nombre des immigrants habitant à Madrid en 2015 avait atteint les 704.092 personnes entre une population totale de 6.377.364. Et le nombre de immigrants en Europe et en Espagne ne cesse pas d'augmenter. Néanmoins, il est à noter que, dans les plans stratégiques dédiés à la Santé mentale consultés pour ce travail (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007 ; Comunidad de Madrid, 2017), nous n'avons pas trouvé de statistiques concernant l'attention sanitaire en ce qui concerne la SM aux immigrants.

Si bien ces textes soulignent que les migrantes sont un groupe dit “vulnérable”, on n’a pas de preuves qui confirment que ces personnes souffrent plus de maladies mentales que les autochtones (Achotegui, 2009).

Cependant, on assiste toujours à un forte rejet social des personnes ayant des troubles mentaux. L’OMS certes lutte contre la discrimination et la stigmatisation des personnes atteintes d’un trouble mental, mais elle prévient de l’abstraction des certaines États à ce sujet (OMS, 2001).

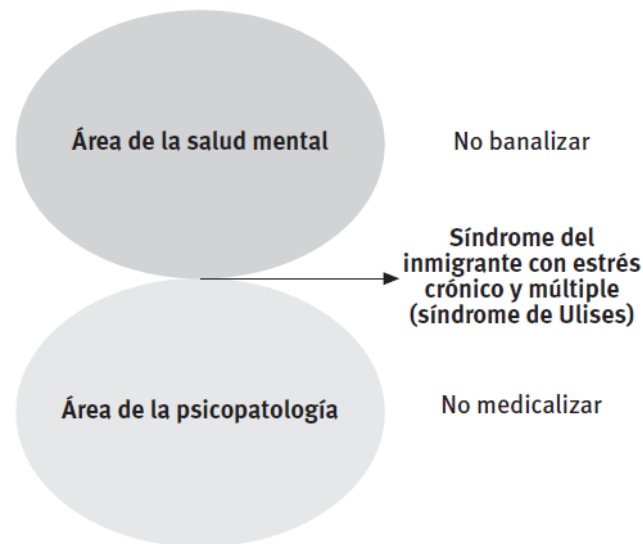


Figure 2 : recomendaciones para la correcta atención sociosanitaria al síndrome Ulises (Achotegui, 2009)

4. Interprétariat dans les services de santé mentale

4.1 Autres travaux

Peu d’études se sont penchées jusqu’à ce jour sur le rôle que jouent les T&I dans des entretiens de psychologie/psychiatrie. Cependant l’interprétariat dans le milieu psychiatrie est considéré “comme éprouvant par les [T&I] eux-mêmes” (Goguikian, 2010b). Selon certains auteurs, les études réalisées jusqu’à ce jour dans le champ de la santé mentale sont “en cours de validation” (Goguikian et Pereira, 2019). En effet, un grand nombre de ces articles se centre principalement sur les difficultés d’établir un consensus sur la place du T&I en psychothérapie/psychiatrie (Goguikian et Suardi, 2006; Chambon et Beal, 2015; Goguikian Ratckiff et Pereira, 2019).

À cet égard, Bot (2003) souligne que le débat dans la littérature spécialisée porte principalement sur le degré d’interaction du T&I dans l’entretien thérapeutique :

It seems that the discussion about the role of the interpreter [...] finds resonance in the discussions that have taken place over the past century regarding the role of the therapist. Perhaps because the therapist can think of him/herself as a “real person” and therefore view the interpreter as a “real” person who exerts influence on the conversation and is an integral part of a therapeutic reality constructed through the interactions and subjective experiences of the three interlocutors (Bot, 2003, p. 30).

Pour leur part, Raga *et al.* (2014) affirment que la nature interpersonnelle de ces entretiens, marqués par une relation très directe entre le psychologue/psychiatre et le patient,

fait ressortir plus que dans d'autres types d'entretiens la visibilité du T&I, "c'est-à-dire la place qu'il occupe en entretien" (Goguikian, *et al.*, 2017).

Cette question de la visibilité est centrale dans la traduction et l'interprétariat dans les services publics (TISP), et notamment dans la SM où le T&I est amené à être une passerelle culturelle entre les interlocuteurs. En effet, si la reconnaissance des différences linguistiques et culturelles des patients dans les services sanitaires joue un rôle essentiel dans les traitements des patients (Collados, 2001), ces différences interculturelles dans la SM sont plus déterminantes dans le champ de la santé mentale en vue de maintenir une bonne relation psychologue/psychiatre-patient (Raga *et al.*, 2014). Dans ce contexte, la figure du T&I est un élément clé qui vise à faciliter la communication et "accéder aux représentations culturelles du patient" (Goguikian et Suardi, 2006, p. 38).

Certes, Raga *et al.* (2014) et d'autres auteurs signalent que l'éclairage des facteurs culturels est une fonction propre du T&I en santé mentale, mais cette fonction entraîne également une nécessité de visibilité susceptible d'entraver une relation suffisamment directe avec le patient.

Davis (2009, p. 70) affirme que l'alliance thérapeutique triadique risque d'augmenter "les possibilités de création de liens entre le patient et ses interlocuteurs". Dans ce contexte, Goguikian, (2010b) attire l'attention des psychologues/psychiatres sur la nécessité de renforcer ces liens en tenant compte de la nouvelle situation relationnelle, à savoir, la "alliance triadique" :

En réalité, cette triade thérapeutique peut être décomposée en trois dyades : patient-interprète, patient-thérapeute et interprète-thérapeute. Le thérapeute doit être attentif et veillera à la qualité de chacun de ces liens, sans pour autant perdre de vue le problème du patient (Goguikian, 2010b p. 50).

En vue d'éviter d'éventuels conflits découlant de la modification communicationnelle des entretiens psychothérapeutiques triadiques, Goguikian et Pereira (2019) soulignent la nécessité d'analyser les "messages non-filtrés" qui émergent dans les dyades patient-interprète et interprète-thérapeute, puisque celles-ci seront déterminantes pour la qualité de la communication thérapeute-patient.

Néanmoins, la littérature montre que les professionnels de la santé et les T&I manquent d'une formation adéquate qui leur permette de travailler ensemble de façon coordonnée (Goguikian, 2010b). Entre les facteurs qui empêchent cette alliance interprofessionnelle, Goguikian et Suardi (2006) mettent en évidence le manque de consensus régnant entre les professionnels envers le rôle que le T&I doit occuper dans les champs de la SM. L'étude de ces auteurs révèle que les psychologues/psychothérapeutes ont des attentes très différents envers la figure du T&I : tandis que nombreux des T&I se considèrent eux-mêmes comme des référents culturels, mais pas comme des médiateurs dans les entretiens thérapeutiques, les professionnels de la SM ont tendance à les voir en tant que médiateurs (2006).

Cependant, la création d'une alliance professionnelle entre les psychologues/psychiatres est un facteur clé pour que le patient puisse s'exprimer dans un climat de confiance et de sécurité dans les entretiens thérapeutiques (Goguikian *et al.*, 2017).

Chambon et Beal (2015) se font l'écho des réticences des psychologues/psychiatres à l'égard de la collaboration avec les T&I dans leurs entretiens avec des patients allophones. Ils illustrent cette méfiance des professionnels de la SM avec le témoignage d'un psychiatre admettant les difficultés de s'adapter à cette nouvelle pratique qui impose la thérapie avec un T&I : "c'est autre chose. Donc on fait autre chose" (Chambon et Beal, p. 9).

Si bien Goguikian et Suardi (2006) montrent que la majorité des professionnels de la santé préfèrent travailler avec des “interprètes professionnels” dans des entretiens thérapeutiques avec des patients migrants allophones, Goguikian (2010b) déploie le peu recours que les psychologues/psychiatres font encore aux T&I, qui sont considérés comme étant un obstacle dans la relation soignant-patient :

La nécessité de communiquer par l’intermédiaire d’un tiers fait en sorte que, parfois, les médecins peuvent se sentir exclus de l’interaction, et même avoir l’impression de perdre une part de leur statut de soignant (Rosenberg *et al.*, 2007 in Goguikian, 2010b, p. 42).

Il faut noter que l’introduction d’une tierce personne dans l’entretien thérapeutique va modifier de manière significative le “cadre familial” auxquelles sont habitués les psychologues/psychiatres et les patients (Chambon et Beal, 2015). En conséquence, certaines voix s’élèvent en faveur de la conception d’une nouvelle psychiatrie, en tenant compte de la dénommée “ethnopsychiatre” (2015). Emergée du monde francophone, cette approche peut être définie comme “intégrative de la figure et de l’action de l’interprète” (Elghezouani, 2010, p. 18). Son fondateur, Tobie Nathan, a créé ce modèle de psychiatre vers la fin du XIXe siècle pour traiter les patients allophones depuis le point de vue de leur culture par opposition aux thérapies traditionnelles, centrées sur la psyché de l’individu (Raga, 2014). Selon Goguikian (2010b), la “neutralité” du T&I n’est pas aussi importante qu’un engagement plus profond de la part de celui dans l’entretien thérapeutique :

Dans cette perspective, l’interprète est censé à la fois être le représentant du groupe socioculturel d’origine du patient et enfin, activement le thérapeute principal à mener les échanges au sein du groupe thérapeutique. [...] Il n’est plus question ici de neutralité mais bien d’engagement, d’implication dans les processus thérapeutique (Goguikian, 2010, p. 46).

L’ethnopsychiatrie a été fortement critiquée à cause du danger d’un excès de “culturalisme”. Par conséquent, certains auteurs ont proposé de modèles hybrides à partir de cette postulat théorique (Raga, 2014). Dans cette ligne, Raga, *et al.*, (2014) exposent l’importance de tenir compte des facteurs sociaux des patients non occidentaux dans les traitements thérapeutiques. En effet, Raga, *et al.*, soulignent l’importance du soutien familial dans les traitements de SM destinés à des minorités ou des patients non-occidentaux, jusqu’au point de pouvoir éviter l’abandon des traitements de la part de ces patients.

Chambon et Beal (2015) mettent en évidence l’application de l’approche ethnopsychiatrique par de nombreux professionnels qui y font apparemment recours mais ne l’adoptent pas dans la pratique réelle. À ce titre, (Raga, 2014) fait ressortir la coexistence de “l’ethnopsychiatrie” et les méthodes biomédicales dans les traitements des patients allophones non occidentales ou appartenant à des minorités. Le résultat de cette confusion et de la tension existant dans la psychiatrie entre les défenseurs de ces deux théories différentes est que le T&I doit s’adapter aux attentes de chaque soignant Goguikian, (2010b). Pour Goguikian, cela signifie que ce sont les médecins qui vont gérer la gestion des entretiens avec les patients, en laissant aux T&I une marge de manoeuvre très limitée, aux dépens des attentes du professionnel de la santé (Leanza 2005a in Goguikian, 2010b).

Or, Raga *et al.* (2014) pensent que c’est le T&I le responsable de gérer le tour de parole des entretiens car il s’agit d’un élément technique visant à rendre plus fluide la communication. Toujours est-il que si bien le T&I va gérer certains éléments relatifs au temps de parole, ni les psychologues/psychiatres ni les T&I semblent avoir le contrôle unique des interactions en psychothérapie, les caractéristiques personnelles de chacun jouant un rôle déterminant (Bot, 2005, dans Raga *et al.* 2014).

Quelle que soit l'approche adoptée, Elghezouani (2010) signale que l'accent en psychothérapie est toujours mis sur les émotions, les pensées et la relation entre les participants.

Dans ce sens, Goguikian et Pereira (2019) soulignent l'importance d'adapter les caractéristiques personnelles du T&I au patient pour gagner un climat de confiance :

Toutefois, en dépit de ces appartenances et trajectoires similaires, la confiance est un dimension centrale qui n'est pas garanti d'emblée ; elle peut être questionné lorsque patient et interprète sont issus de communautés religieuses ou ethniques différentes, voire adverses [...] Le choix de l'interprète doit donc s'effectuer non seulement en fonction de la langue mais aussi tenir compte, dans la mesure du possible, de considérations ethniques, religieuses, sociales et communautaires (Goguikian et Pereira, 2019, p.71)

Cela renvoi à la nécessité de spécialisation du T&I dans le champ de la SM que revendiquent des auteurs comme Davis (2009) :

Il ne restitue pas simplement les mots et les expressions du patient. Il tente par ailleurs d'analyser et d'expliquer le ton, de dire si telle ou telle expression est habituelle dans son pays d'origine (Davis, 2009, p. 169).

Une étude réalisée entre le groupe CRIT (Comunicación y Relaciones Interculturales y Transculturales) et l'unité de SM d'un hôpital public à Valence montre que les T&I dans les SP sont souvent amenés à accompagner les patients en dehors des entretiens médicaux (Raga *et al.*, 2014). Néanmoins, cette fonction pourrait être critiquée dans les entretiens des thérapies étant susceptibles de porter préjudice au traitement du patient (Bot, 2003).

En outre, il convient de considérer que le travail psychologique et thérapeutique avec de migrants et des minorités qui ont été exposés à des situations de stress chronique et d'exclusion sociale requière une attention particulière (Achetegui et Jayme, 2016). Achetegui et Jayme affirment que ces personnes vont voir leur relation thérapeutique modifiée en raison des demandes de protection et d'aide sociale qui s'ajoutent aux motifs principaux de la visite. Selon cette étude, le patient peut se montrer hostile face aux professionnels de la santé et aux T&I en les considérant comme des personnes faisant partie de "l'autre champ".

De même, Benhaddou et Ortigosa (2011) insistent pour que le T&I qui va intervenir dans des entretiens thérapeutiques avec des demandeurs de protection internationale soient formés au niveau psychologique, vu le haut contenu émotionnel de ces situations.

Dans la même ligne, des psychologues /psychiatres réclament que les T&I ont besoin d'acquérir des connaissances en psychologie pour pouvoir travailler dans le champ de la SM (Chambon et Beal, 2015). De même, Chambon et Beal, défendent l'idée de mettre en place une formation destinée aux professionnels du champ de la SM amenés à introduire un T&I dans leurs entretiens avec des patients allophones.

Pour Goguikian et Pereira (2019) la solution aux tensions exposées ci-dessus passerait par ajuster l'alliance professionnelle entre les deux groupes cités qui forment le "vecteur fonctionnel de la triade", de sorte que la qualité du traitement du patient puisse être garantie (Goguikian et Pereira, 2019). Ce faisant, Goguikian, (2010b) suggère la mise en place d'ateliers de formation destinés aux psychologues/psychiatres et aux T&I portant sur des codes communs de travail.

Goguikian Ratcliff et Suardi (2006) conseillent aux professionnels de la santé de réserver un espace avec le T&I en dehors des entretiens thérapeutiques pour renforcer d'éventuels impacts émotionnels sur celui-ci. Mais la réalité montre que les T&I se sentent souvent gênés car les psychologues/psychiatres leur exigent un engagement personnel trop fort qui serait contraire au principe de "neutralité" :

En effet, la mise en branle de ces différents niveaux de construction identitaire, à la fois individuels et collectifs, [...] provoque inévitablement chez l'interprète une intense mobilisation émotionnelle qui peut encore une fois, entrer en conflit avec l'idéal de neutralité véhiculée par l'identité professionnelle (Goguikian et Suardi, 2006, p. 46).

Bot (2003) remet en question la figure du T&I "invisible" ou "neutral" promu dans la TISP et d'autres domaines en SM, du fait des principes éthiques et moraux dans lesquelles s'encadrent les entretiens thérapeutiques.

4.2 Situation de la TISP dans d'autres pays

L'Australie, le Canada ou les États Unis sont des pays qui disposent de codes déontologiques et de principes éthiques guidant les principes d'actuation des T&I sanitaires. Néanmoins, les pays européens sont en retard. Elghezouani (2010) note que la pratique des T&I en Europe reste fondée "sur le modèle de l'interprétariat de conférence". L'auteur mène une réflexion sur la nécessité d'établir des pratiques psychothérapeutiques communes avec des migrants allophones à partir d'une étude réalisée au sein de l'association suisse Appartenance-Vaud.

Le modèle suisse de l'association Appartenance a été l'objet de plusieurs études visant à établir un meilleur ajustement professionnel entre divers agents sociaux et des "interprètes communautaires" (Beal et Chambon, 2015 ; Elghezouani, 2010 ; Goguikian, 2019). Le succès de ce modèle se base sur la réunion dans le sein de la même organisation de ses différents agents sociaux et des T&I qui sont issus de la même culture des patients.

Il y a lieu de signaler la forte relation qui a lié les "interprètes communautaires" et le milieu hospitalier en Europe. En effet, cette figure est née dans les institutions hospitalières, où les premiers professionnels avaient pour mission l'accueil de migrants, et étaient eux-mêmes des migrants (Delizze, 2015).

Or, en ce qui concerne la psychothérapie avec des migrants allophones en Europe, il existe la nécessité de concevoir de nouvelles pratiques d'interprétariat (Chambon et Beal, 2015). Goguikian et Suardi (2006) ont démontré que l'association suisse susmentionnée, faisant auparavant recours à un rôle de médiateur culturel, ne présentait pas des pratiques de interprétariats homogènes au sein de l'institution à l'époque où cette étude a eu lieu. Ainsi, Goguikian Ratcliff et Suardi révélaient que les T&I d'Appartenances se percevaient comme des référents culturels ainsi que des traducteurs. Par ailleurs, cette étude mettait en évidence les divergences quant aux atteintes existantes envers la figure des T&I pour la part de ceux-ci et des psychothérapies qui défendent le rôle des médiateurs culturels.

Ainsi, Elghezouani (2010) révèle que dans le sein d'Appartenances ils coexistent des fonctions sur lesquelles on constate un consensus, et d'autres qui sont sujettes à controverse, comme celle qui place le T&I dans le rôle du défenseur du patient. Cette situation fait preuve d'un changement de la position de la psychologie transculturelle ou "ethnopsychiatrie", autrement dit thérapie que tient compte seulement de la culture du patient, laquelle peut s'interpréter comme une position plus intermédiaire des "interprètes communautaires", selon la réflexion de Chambon et Beal (2015).

Le modèle d'ethnopsychiatrie a commencé à être implanté en France et en Suisse vers la fin du XX^{ème} siècle, mais a été remplacé par d'autres modèles plus hybrides peu après car il était critiqué pour un excès de culturalisme (Raga, 2014).

De même, la professionnalisation de l'interprétariat social est arrivée en Europe dans les années 90, avec l'émergence des premiers "interprètes communautaires", comme Delizze, (2015) constate pour la Belgique : "Rien qu'en Belgique francophone, c'est une centaine d'interprètes qui jonglent au quotidien avec les concepts disciplinaires, linguistiques et culturels".

Cependant, ces avancées sont menacées à ce jour dû à la faiblesse de financements consacrés à ce domaine de la part des autorités (Delizze, 2015). De son côté, Chambon et Beal, (2015) mettent en évidence les difficultés de professionnels des soins de faire recours à des T&I. Ils suggèrent un manque de intérêt de la part des pouvoirs publics lors de la mise en place de ressources financières et humaines pour faire soigner les personnes étrangères dans le cadre légal et administratif français. En effet, ils soulignent que le non-recours aux T&I peut s'encadrer dans la peur des pouvoirs publics de prendre en charge des problèmes liés aux migrations précaires massives dont la France témoigne. Ce même problème politique est relevé en Suisse par Fleury et Fierro (2009), où malgré les progrès faits dans l'interprétariat interculturel par la association Appartenances, la pratique réelle est jugée insuffisante, étant dépendante "des constructions administratives, budgétaires, et d'assurances" meilleures.

Dans ce contexte, on observe que des professionnelles de la santé font souvent recours à des T&I "sur appel" ou du personnel bilingue travaillant dans des institutions concernées (Goguikian *et al.*, 2017). En ce qui concerne la santé, on constate également une préférence pour l'utilisation des services de traduction à distance. Or, Goguikian Ratcliff, (2010b) évoque une étude canadienne réalisée en 2005, qui souligne l'abandon de ce service dans certaines villes canadiennes (comme est mentionné dans Goguikian Ratcliff, 2010b).

Bref, malgré les difficultés pour avancer dans la professionnalisation des T&I dans les SP, les pays pionniers dans ce domaine en Europe défendent les spécificités du métier des T&I en SM (Goguikian *et al.* 2017 ; Beal et Chambon, 2015), et justifient la nécessité de promouvoir ledit métier dans la construction d'une justice sociale. Cela serait la seule voie qui mènerait à l'égalité d'accès de tous les citoyens aux services de santé dans la ligne de "l'idéal universaliste du droit et du système de soin français" (Chambon et Beal, 2015).

4.3 Difficultés dans l'assignation des rôles aux T&I en santé mentale

Il existe plusieurs aspects linguistiques et culturelles qui entravent la reconnaissance du T&I dans le champ de la SM. L'absence de reconnaissance de ses fonctions et le manque d'homogénéité des normes communes guidant ses actuaciones, ainsi que le manque de consensus en ce qui concerne les limites professionnelles du T&I et du psychologues/psychiatre donnent lieu à des comportements arbitraires qui peuvent nuire la communication avec le patient (Baixauli, 2014). Cela renvoie à la confusion régnant dans les champs de la SM sur le rôle du T&I.

Le principal enjeu qui se présente en psychothérapie avec le T&I est justement la présence d'un tiers dans un espace qui est souvent réservé à deux (Davis, 2009). Selon des nombreux professionnels de la SM, cette présence peut aller à l'encontre de la confidentialité et de la privacité du patient, et ils se montrent soucieux donc de pouvoir maintenir le secret médical (Davis, 2009). Même des psychologues/psychiatres qui font recours aux T&I, avouent avoir des difficultés à travailler en triade en raison d'une perte d'effet émotionnel (Chambon et Beal, 2015).

Or, il faut noter que la figure du T&I dans une entretien thérapeutique est liée à la protection des droits du patient. Davis (2009) souligne la nécessité de permettre que le patient allophone puisse s'exprimer dans sa propre langue et qu'il soit bien compris. En Espagne, le *Código de Deontología y Ética Médica de 2011* (Code de déontologie et de l'éthique médicale) veille à garantir ce droit de l'égalité d'accès des toutes les personnes aux services de santé (OMC, 2011).

Malgré l'intérêt de recourir à un T&I professionnel dans des consultations, il importe de noter que les patients allophones peuvent expérimenter un besoin d'établir de liens de proximité avec les interlocuteurs. Raga *et al.* (2014) soulignent que cela est dû aux problèmes liés aux relations interpersonnelles qui peuvent entraver une communication fluide en SM.

En effet, l'on sait que les caractéristiques propres d'une consultation thérapeutique peuvent amener au patient allophone à une situation difficile d'alignement de la part du T&I (Valero-Garcés, 2006). Goguikian et Suardi (2006) soulignent que des possibles situations d'identification peut avoir lieu de la part des T&I partageant de trajectoires et expériences de migration avec le patient :

L'identification possible avec le patient et le partage de l'expérience migratoire exposent les interprètes à entrer fortement en résonance avec les récits de leurs compatriotes. Il s'agit alors de ne pas être submergés par leur émotions pendant la séance [...] (Goguikian & Suardi, 2006, p.40).

Dans ce sens, le T&I est censé faire une sorte de médiation entre les interlocuteurs pour atténuer les différences culturelles et faciliter la communication. Ce rôle défie la figure du T&I invisible qui a été largement défendu par la profession dans le domaine de la santé (Angelelli, 2003) :

Therefore, to a greater or lesser extent, [the T&I] perceived that they played a role in building trust, facilitating mutual respect, communicating affect as well as message, explaining cultural gaps, controlling the communication flow and aligning with one of the parties in interactions (Angelelli, 2003, p.26).

Par conséquent, certains auteurs comme Raga et Baixauli (2014) évoquent une relation d'intimité qui peut se dériver de la relation d'assymétrie qui existe entre les soignants et les patients allophones. À ce propos, Valero-Garcés (2005), cite les trois types d'assymétrie qui Heritage (1997, p.175) identifie : “asimetría de participación; asimetría de conocimiento sobre el funcionamiento del sistema de interacción en la institución ; asimetría de conocimientos”.

Ces trois types d'assymétrie peuvent favoriser un engagement très fort de la part du T&I, en tant que responsable de garantir l'équité entre les parties (Baixauli, 2014). Néanmoins, cette relation du T&I avec les parties peut être ambivalente et donner lieu à des identifications indésirables entre ces deux participants :

En effet, une trop différence dans les background réduit les apports de l'interprète à une activité de traduction sans mise en perspective socioculturelle. À l'inverse, trop de similitudes dans les facteurs qui ont poussé à l'exil ou dans le contexte de vie migratoire peut provoquer un phénomène de sur-identification et entraîner une trop forte implication émotionnelle de la part de l'interprète (Goguikian et Pereira, 2019, p. 72).

Cette situation peut être très problématique comme il a été mentionné dans les paragraphes précédents. Étant donné que le patient a une tendance à chercher le soutien émotionnel de la part du T&I, celui-ci étant souvent mieux placé pour comprendre le parcours migratoire, le T&I risque d'expérimenter une forte implication dans le procès thérapeutique (Valero-Garcés, 2006 ; Goguikian *et al.*, 2017).

Également, Sales (2014) suggère que la situation d'isolement qui subissent des patients migrants fait que les T&I adoptent le rôle potentiel d'accompagnateur des patients hospitalisés, ce qui soulève la question des limites dans la position impartiale du T&I.

Parmi les conflits auxquels sont confrontés ces travailleurs il est fait référence à l'identification de situations des intérêts opposés entre clinicien et patient. En conséquence, l'engagement émotionnel de ces T&I dans les SP n'est pas facilement mesurable et va dépendre aussi du nombre de fois qu'ils s'impliquent dans la même psychothérapie, selon le point de vue d'un clinicien qui a participé dans l'étude de Raga (2014).

Par conséquent, il semble fondamental de pouvoir délimiter les compétences du T&I dans les entretiens thérapeutiques afin de contribuer à créer un climat propice pour le patient puisque toute relation psychologue/psychiatre-patient doit reposer sur un climat de confiance et sécurité qui puisse garantir le succès du traitement thérapeutique (Goguikian, 2010a).

Comme mentionné plus haut, Goguikian *et al.* (2017) soulignent que le rôle du T&I est plus visible dans les services de SM que dans d'autres services de la santé en général. À cela il faut ajouter que les difficultés de collaboration avec un T&I existent déjà dans des entretiens de santé :

[...] en milieu de soins somatiques, le recours à un interprète, même qualifié, s'il peut résoudre des problèmes de langue, soulève de nouvelles difficultés inhérentes au contact entre cultures professionnelles (Goguikian, 2010b, p.44).

Dans cette ligne, Raga *et al.* (2014) mettent en garde sur les éventuels effets négatifs qui pourraient résulter de cette visibilité pour le traitement thérapeutique. Entre les effets qui présentent un risque plus notable, Raga, *et al.* soulignent les conflits relationnels avec les psychologues/psychiatres et la perte d'impartialité du T&I.

L'absence de limites des fonctions étant à l'origine de ces conflits, il est important de noter que le niveau de visibilité ou "prise d'initiatives" sont tributaires de l'approche thérapeutique adopté par le psychologue/psychiatre : allant depuis la susmentionné ethnopsychiatrie à la conception d'une psychiatrie universelle, selon laquelle tous les hommes expriment les maladies de la même façon (Raga, *et al.*, 2014).

Il convient de rappeler que le degré de visibilité va dépendre du rôle conçu des théories et approches de la TISP. Les théories varient et considèrent au T&I dans les SP en tant que référent culturel, médiateur culturel, "voire de cothérapeute", tout en admettant que ces positions sont souvent confondues dans une même séance (Goguikian, 2010b). En effet, des nombreuses études ont montré la coexistence d'un T&I dans les SP et d'un médiateur interculturel dans les sessions thérapeutiques (Baixauli, 2014; Elghezouani, 2010).

Il faut noter que la fonction des médiateurs fut établie par Giménez Romero pour la première fois. Sa définition stipule clairement le contexte dans lequel la présence d'une tierce personne est requise :

Entendemos la Mediación Intercultural —o mediación social en contextos pluriétnicos o multiculturales— como una modalidad de intervención de terceras partes, en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del Otro y el acercamiento de las partes, la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados. (Giménez Romero 1997, p. 142).

Cependant, les limites du médiateur en ce qui concerne sa visibilité et son implication personnelle semblent dépendre davantage de l'expérience professionnelle des T&I. La grande diversité des situations requérant d'une médiation sociale complique l'étude, qui doit se focaliser dans des cas particuliers. Dans le cas de la SM, Beal et Chambon (2015) ont montré dans l'étude réalisée en Suisse et mentionnée dans la section 2.2, que faute de consensus sur les fonctions du médiateur interculturel et du T&I, ceux-ci essayent de s'adapter à l'approche thérapeutique développée par chaque consultation.

De son côté, Elghezouani (2010) confirme également la responsabilité du médiateur ou du T&I dans les SP d'éliminer de vieux stéréotypes sociaux et culturelles qui puissent être une source de conflit interpersonnel. Dans ce contexte, le T&I sera amené à gérer une grande partie

du tour de parole, mais aussi devra faciliter la “médiation relationnelle” visant à faciliter la communication entre le psychologue et le patient (Elghezouani, 2010). Selon cette dernière étude, les T&I de l’association Appartenance semblent adopter ces fonctions de médiateur de bon gré, mais les problèmes surgissent quand les cliniciens leur attribuent d’autres fonctions impliquant leur engagement personnel.

En ce qui concerne l’engagement personnel, social et cognitif du T&I en SM, Goguikian *et al.* (2017) affirme que l’interprète aura un rôle plus actif au fur et à mesure que sa familiarité avec le clinicien augmente. Il est constaté que les T&I auront tendance à adopter les fonctions du médecin/psychologue (Elghezouani, 2010). Si bien cette collaboration à long terme est vue comme une richesse, elle nécessite d’un ajustement interprofessionnel légitimé entre les médecins/psychologues et les T&I (Davis, 2009). Goguikian *et al.* (2017) considèrent que cette question est la clef de voûte d’une bonne collaboration entre ces deux agents en psychothérapie.

En ce qui concerne la réalité de la TISP en Espagne, Baixauli (2014) confirme que ces professionnels combinent des fonctions susmentionnées. Pour sa part, Valero-Garcés (2003) a réalisé une étude dans laquelle elle révélait que les T&I travaillant dans les services sanitaires font recours à des fonctions de médiateur interlinguistique et interculturel. Ces études octroient au T&I dans les SP un haut degré de visibilité. Or, le niveau de présence d’une tierce personne en SM est un sujet plus délicat, car cette personne est susceptible de jouer un rôle clé dans la consolidation des liens subjectifs entre les interlocuteurs (Raga, *et al.*, 2014).

Dans ce contexte, Raga *et al.* montrent que, dans certaines occasions, les psychologues/psychiatres s’appuient sur le T&I dans les SP lorsqu’ils ont besoin d’éclairage culturel sur quelque question.

Cependant, Davis (2009) signale que la confiance du patient avec le T&I n’est pas toujours garantie et c’est le thérapeute qui doit faire attention aux signes d’hostilité pouvant découler des expériences négatives vécues par les patients.

Il faut noter que le rôle que la culture joue sur les vies des personnes migrantes est clé car les circonstances dans lesquelles ils se trouvent auront une influence directe sur leur santé mentale (Davis, 2009).

Il est important de souligner que les caractéristiques spécifiques à la pratique d’un T&I est largement dépendant du contexte où elle a lieu et des objectifs marqués par celle-ci. En tenant compte de ce principe, Valero-Garcés et Mancho (2002) notent que le T&I dans les SP doit avoir des habilités extralinguistiques, telles qu’une bonne sensibilité culturelle et des compétences communicatives. Cependant, dans la pratique réelle, les principes d’action du T&I dans les SP en ce qui concerne lesdites capacités ne sont pas clairement établies. De ce fait, ce professionnel est souvent amené à prendre des initiatives à ses risques/pour son propre chef. Cette action du TISP entraîne des controverses à l’égard de sa présence dans les entretiens aux différentes institutions et SP.

Dans ce contexte, Davis (2009) note la préférence que montrent certains psychologues/psychiatres à travailler avec des T&I ayant des capacités interpersonnelles (empathie, écoute active, etc.), fût-ce au détriment des habilités linguistiques, puisque dans un entretien thérapeutique la “chimie relationnelle” est un élément clé pour le bon développement du processus thérapeutique.

Cette problématique se voit amplifiée par l’absence de standards et normes communes qui régissent la pratique du TISP. Ainsi, l’absence de modèles professionnels accrédités ne fait que semer la confusion quant aux limites des fonctions du T&I dans les SP en général, et en particulier en Espagne (Valero-Garcés, 2002). Elghezouani (2010) insiste sur la question d’un manque de consensus sur des fonctions génériques du T&I entre les professionnels en psychothérapie.

Dans cette ligne, Goguikian *et al.* (2017) a exposé des nombreux témoignages des T&I qui se sont dit touchés par les histoires que les patients racontent dans des consultations thérapeutiques. Ceux-ci ont avoué avoir expérimenté de difficultés à garder “la bonne distance” par rapport au patient.

Pour éviter ces conflits, certains auteurs ont défendu l’idée d’établir un espace à partager entre cliniciens et les T&I une fois l’entretien thérapeutique terminé, avec l’objectif de les aider à gérer ses émotions (Goguikian et Suardi, 2006). Si bien la mise en place de ces réunions entre T&I et professionnelles de la SM pourrait surmonter une partie du malaise des premiers, elles ne sont toujours mises en place par des cliniciens (Goguikian *et al.*, 2017). Cela n’est pas sans conséquences, car le T&I ne pourra pas comprendre le contenu complet de l’entretien dans lequel il intervient et pourra poser des problèmes pour les deux professionnels.

En ce qui concerne le T&I, une bonne gestion des émotions est essentielle pour garantir sa santé et la qualité de son travail. Si ce n'est pas le cas, cela aura des conséquences néfastes sur l’entretien thérapeutique. Le principal risque qui pèse sur la prestation du T&I est une excessive identification avec une des parties : soit avec le patient, soit avec le professionnel de la SM, quand il travaille régulièrement dans des consultations (Baixauli, 2014).

Cette situation peut être très problématique comme on vient d’évoquer dans les paragraphes précédents. Des nombreuses études empiriques ont montré que le patient a tendance à chercher le soutien émotionnel de la part du T&I, car celui-ci est souvent mieux placé pour comprendre le parcours migratoire, ce qui provoque une forte implication du dernier dans le procès thérapeutique (Valero-Garcés, 2006; Goguikian *et al.*, 2017).

Bref, la définition des fonctions du T&I dans les SP ne fait pas objet de consensus entre des professionnels. Cela est d’autant plus vrai pour la SM, où on constate l’existence d’un haut degré de divergence du rôle de T&I entre des cliniciens et les T&I eux-mêmes, voire entre les propres T&I (Goguikian et Suardi, 2006).

Dans un tel scénario, la difficulté à ce stade repose sur le manque de consensus des professionnels de la SM et des T&I par rapport du niveau d’implication conseillé (Bot, 2003).

5. Codes déontologiques de l’interprétariat dans la santé mentale

5.1 Absence de principes homogènes au niveau national

La TISP est le résultat d’une nouvelle réalité multiculturelle qui est en train de s’installer dans tous les pays européens. Cependant, ce métier est loin d’être reconnu par les autorités concernées de la plupart des pays. et fait que la plupart de personnes qui l’exercent soient volontaires (Valero-Garcés et Cata, 2006). Cette situation affecte sensiblement à l’Espagne, où Valero-Garcés et Mancho Barés (2002) déplorent le manque de formation mise en place pour des TISP.

Martin (2002) insiste sur ce même sujet, et nous met vivement en garde contre la persistance de ce manque de reconnaissance de la T&I. Elle souligne que cette précarité provoque que des personnes non formées réalisent les tâches des TISP, de sorte que l’accès des migrants aux institutions publiques ne peut pas être garanti.

Cette situation fait ressortir d’autres enjeux qui s’articulent autour du TISP dans notre pays. Ainsi ces personnes endurent souvent des situations difficiles du point de vue émotionnel. La nature humaine qui caractérise la TISP joue un rôle fondamental dans la performance des T&I. A cet égard, Benhaddou et Ortigosa (2011), exposent des problèmes qui ressortent du travail des T&I dans les SP qui travaillent dans le domaine de la police. Dû à la cruauté qui caractérise les récits de personnes migrants en précarité, il apparaît souhaitable que les T&I dans les SP atteignent un équilibre émotionnel. De où l’intérêt montré pour la mise en place de formation psychologique visant à apprendre à ces professionnels à gérer le stress émotionnel et

l'anxiété qu'ils subissent lors des entretiens avec des usagers étrangers (Benhaddou et Ortigosa, 2011).

Or, la formation spécifique pour le T&I dans les SP en Espagne est clé pour gérer les entretiens entre des agents locaux et migrants. Il existe certes des cours dédiés entièrement à la médiation interlinguistique, mais Valero-Garcés (2002) déplore qu'il reste encore un long chemin à parcourir avant que la TISP ne soit professionnalisée en Espagne. À ce sujet, elle rappelle l'idée que la traduction en général n'est pas reconnue comme un métier à part entière. La population, les autorités et certains T&I continuent à penser que les personnes connaissant plus d'une langue sont capables d'être des intermédiaires entre deux communautés.

Pour remédier à cette situation, la solution passe par la réglementation de la profession de T&I dans les SP et l'accréditation des professionnels. Des pays comme l'Australie, les Etats Unis ou le Canada ont pris les devants dans ce sujet et ont donné naissance à des codes déontologiques et éthiques qui établissent les "bonnes pratiques" à suivre par les TISP.

Comme Raga (2014) affirme, la "contextualisation culturel" est le moment où le T&I devient plus visible. Le clinicien ne peut pas établir un diagnostic sans tenir compte de différences culturelles qui s'articulent autour de chaque société (Raga, 2014). Cette situation ne va pas de soi pour le T&I, qui, faute de standards professionnels, doit décider par soi-même les cas qui requièrent de son intervention. Cependant, ce professionnel est confronté à la grande subjectivité qui caractérise les problèmes culturels. Dans ce sens, Baixauli (2014) souligne la nécessité de maintien d'un rôle actif de T&I lors des entretiens avec des personnes migrants, du fait de leur vulnérabilité. Or, cette théorie est totalement contraire à ce qui est prévu dans la plupart de codes déontologiques de la profession, lesquels visent à limiter le marge de manoeuvre (Raga, *et al.*, 2014)

Cette position change la perception du concept d'impartialité auquel les T&I en général sont habitués. Ainsi, tandis que son implication dans ce cas général est proscrite, Baixauli (2014) affirme que dans l'interprétariat dans des services sanitaires, le T&I est censé intervenir en raison de garantir la "multipartialité", à savoir la défense des intérêts des deux parties.

Cette situation est susceptible de provoquer l'implication de la part du T&I qui peut se placer dans une place indésirable dans l'entretien médical, avec un haut degré de visibilité.

Afin de résoudre ces problèmes mentionnés, il semble crucial l'ajustement professionnel entre le T&I et le psychothérapeute. Or, le manque de formation que montrent ces deux professionnels pour pouvoir travailler ensemble rendent difficile l'ajustement interprofessionnel (Chambon et Beal, 2015). Cette situation est le résultat d'un manque de reconnaissance de la profession du T&I dans le SP, et pourrait se résoudre facilement avec l'élaboration des standards professionnels communes.

5.2 Principes communes appliqués en Espagne

Comme on a déjà mentionné, peu d'études se sont penchées sur l'application des principes d'actuation en Espagne. Le manque de professionnalisation des T&I dans les SP dans notre pays provoque que ces professionnels s'accrochent aux directrices et standards professionnels issus des formations qui sont mises en place dans le territoire.

Faute de ces standards, Baixauli (2014), évoque l'ambiguïté des pratiques des T&I dans le SP professionnels en se servant des codes déontologiques et principes éthiques plus conçus pour des services sanitaires des Etats Unis. A partir de cette analyse, l'auteur questionne des divergences qui existent entre les principes théoriques et la pratique réelle des T&I et MI.

Le premier problème que se présente lors de l'application des standards communes est les conséquences que ceux ont sur la visibilité du T&I dans le SP. En effet, la majorité des standards analysés par Baixauli prévoient une intervention minimale du T&I en faisant appel au principe de "neutralité/impartialité" du T&I. Il semble que ces normes visent à garantir la

transmission du message sans distorsion et avec objectivité. Or, les différents outils envisagés pour assurer les standards de la fidélité au message et l'impartialité du T&I requièrent de l'intervention du T&I qui doit se rendre visible. Le T&I est censé de gérer la communication de sorte qu'il puisse garantir sa compréhension du discours. Ainsi, il doit marquer des pauses, demander des éclaircissements aux parties si nécessaire, ou éviter des discussions parallèles, entre d'autres (Baixauli, 2014).

Dans ce contexte, il est important de souligner que le principe de l'impartialité va être déterminant dans l'implication personnelle et émotionnelle de celui-ci. À cet égard, Raga *et al.* (2014) conseillent au T&I dans les SP d'appliquer le "principe de relativisation de l'impartialité" en santé mentale pour pouvoir garantir la fluidité de la communication interculturelle. Selon cette modification des standards, le T&I serait censé intervenir de son propre gré pour expliquer un malentendu culturel découlant des différentes perceptions des parties, de sorte que ne se produisissent des "comportements dénigrants" envers une des parties (Raga *et al.*, 2014).

Cela montre que, si bien ils existent quelques normes dont les T&I dans les SP semblent être d'accord, l'application de celles-ci reste floue dans la pratique. Ce qui semble clair, ce que le travail du T&I dans la santé mentale a une dimension clairement culturelle qui l'octroie des fonctions de MI, entre autres.

On pourrait dire que les T&I dans le SP se formant dans notre pays suivent des principes communs qui semblent être établies. Cependant, il n'existe pas d'évidence d'une application commune desdites guides, ce qui provoque que le T&I se voit amené à réaliser des tâches extra à celles d'un simple traducteur, informateur culturel avec des conséquences néfastes pour sa santé (Valero-Garcés, 2006).

Raga *et al.* (2014) rappelle que l'intervention du T&I dans les SP sera liée à des situations de "conflit d'intérêts" ou "opposition d'intérêts" entre les parties. En effet, T&I sera amené à réguler son implication personnelle en vertu de la pertinence de son intervention, afin de garantir la bonne entente médecin/psychothérapeute-patient. En conséquence, la résolution de problèmes linguistiques et culturels dans les consultations avec des patients étrangers va affecter directement au degré de visibilité du T&I dans les SP.

Il est constaté que ces deux aspects de la TISP sont largement interdépendants dans l'attention sanitaire à patients étrangers Raga (2014). Les codes de la profession des T&I dans les SP contemplent des différentes attitudes face à la résolution des problèmes linguistiques, mais envisagent aussi certaines interventions des professionnelles pour apporter des éclairages culturels si nécessaire (Baixauli, 2014).

5.3 Application de codes à l'interprétariat dans la santé mentale

On a déjà mentionné qu'ils n'existent pas de standards professionnels communs au métier de T&I en Espagne. En conséquence, les T&I qui travaillent dans la SM semblent respecter les mêmes standards que les T&I dans les SP. Or, il est important de souligner que ces normes et standards ont été mises en place pour les T&I de conférences, spécialité qui est à l'origine de cette profession.

Dans ce sens, Beal et Chambon (2015) notent que les principes visant l'invisibilité du T&I dans d'autres contextes ne peuvent pas être extrapolés à la SM. Le concept de la visibilité est plus important en SM où la relation thérapeutique psychologue/psychiatre-patient présente des spécificités propres à son contexte. Ainsi cette relation qui normalement se fait en "duel" va être modifiée fortement avec l'introduction du T&I (Davis, 2009).

En conséquence, il semblait raisonnable de réaliser des ajustements de ces principes dans la pratique réelle. En effet, Raga *et al.* (2014) corroborent que ces ajustements doivent envisager la consolidation de la alliance thérapeutique psychologue/psychiatre-patient.

Comme le souligne Baixauli (2014), les rares codes déontologiques et éthiques des T&I dans des institutions sanitaires considèrent la visibilité de l'interprète dans une mesure plus ou moins grande. En effet, Baixauli considère la visibilité comme un principe en soi qui peut englober tous les autres en raison des multiples liens que gardent les uns avec les autres. Comme il peut être constaté dans la table suivante, qui résume les principales normes d'actuation selon Baixauli (2014), les cas dans lesquels il est conseillé agir au T&I lui accorde un haut degré de visibilité :

	(En general: Mantener un perfil bajo)	El T&I evita intervenir, a menos que resulte necesario
Intervenir para	Informar de un conflicto u obstáculo derivado de...	Limitaciones propias Diferencias de genero Conflicto de intereses Malentendido cultural
	Gestionar el conflicto	El T&I evalúa con el paciente si la situación le resulta cómoda El T&I ayuda a explicitar el conflicto El T&I identifica el problema El T&I ofrece información cultural relevante
	Asegurarse de que la comunicación se produce	El T&I aclara los mensajes verbales o no verbales que no se entiendan El T&I pide aclaración, repetición, reexpresión de un mensaje El T&I confirma la comprensión de los participantes El T&I corrige errores de interpretación El T&I informa de los términos sin equivalente El T&I ayuda en las explicaciones de los participantes
	Recordar a las partes	Las partes deben comunicarse directamente El T&I traduce los mensajes íntegramente
	Solicitar permiso para...	Adaptar el registro
	Gestionar el flujo comunicativo	El T&I regula la cantidad de contenido y pedir a los participantes que hagan una pausa El T&I gestiona los turnos convencionales El T&I evita las conversaciones laterales El T&I gestiona la configuración espacial para maximizar la comunicación directa
	Indicar cuando se habla en nombre propio	El T&I establece claramente en qué momentos habla por sí misma

Tableau 1 : recommandations à respecter par le T&I dans les SP, adapté de Baixauli (2014)

	Controlar o ser el centro de la comunicación	El T&I evita ser el receptor y emisor primario de los mensajes
	Influir a las partes o dejarse influir	El T&I evita que el contenido del intercambio afecte a su interpretación El T&I no muestra reacciones a lo que se dice
	Crear expectativas que su función no puede satisfacer	El T&I no desempeña funciones que le sean ajenas El T&I no desempeña dos funciones mientras interpreta (o es personal sanitario o es T&I)
	Tomar partido	El T&I evita que se perciba su parcialidad
	Traducir a la vista textos sensibles o complejos, o traducir textos por escrito	El T&I distingue qué tipos de textos (no) debe traducir a la vista y no hace traducciones escritas
Evitar ...	Implicarse personalmente	El T&I no facilita información personal El T&I no da su opinión personal El T&I no pone en riesgo el vehículo terapéutico
	Dar consejo o asesorar	El T&I no ofrece consejos ni opiniones
	Establecer contacto fuera del ámbito profesional	El T&I evita el contacto personal con los usuarios fuera de la entrevista
	Aceptar compensaciones (regalos, dinero o invitaciones)	El T&I sólo acepta regalos de poco valor económico y los comparte

Tableau 2 : recommandations à respecter par le T&I dans les SP, adapté de Baixauli (2014)

En outre, il ressort du tableau 2 l'importance que les codes déontologiques analysés par Baixauli octroient au principe d'impartialité dans la TISP. Ainsi, dans les actuaciones à éviter soulignées en gris, on constate le vocabulaire qui est étroitement lié au concept de la "partialité": "influencer", "prendre parti", "s'impliquer personnellement" et "prendre contact en dehors". D'autres études, comme Delizze (2015) mettent en évidence la nécessité de respecter l'impartialité dans la TISP car le T&I est censé "travailler en toute impartialité".

Or, le concept de "impartialité" peut être relativisé par les T&I en SM selon soulignent certains auteurs (Raga *et al.*, 2014). Cela est également reflété par des codes déontologiques et principes éthiques concernant le T&I que Phelan (2001) analyse en détail dans son étude ; ces codes comprennent le *National Register for Public Service Interpreters (NRPSI)*, le *Vancouver Health Care Interpreters Standards of Practice* et le *Code of Ethics of the Registry of Interpreters for the Deaf in the United States*.

Il convient de noter que certaines normes et certains standards professionnels sont issus de la pratique des T&I dans les services sanitaires des Etats Unis, mais ils servent à analyser la pratique de professionnels dans notre pays du fait que ceux-ci peuvent s'inspirer de ces standards.

6. Metodología

6.1 Contenido y objetivo cuestionarios

Para este trabajo se han diseñado dos cuestionarios de corte eminentemente cuantitativo, ya que este método permite obtener respuestas fácilmente medibles estadísticamente. El primer cuestionario ha ido dirigido a los psicólogos del CEAR y el segundo a los T&I que trabajan con ellos.

Si bien el método empírico del cuestionario tiene un alcance limitado puesto que los participantes no pueden extenderse en sus respuestas, es un recurso fantástico para comparar

las experiencias de los usuarios y poder dibujar una primera realidad sobre los ideales que se construyen en torno al T&I en los servicios de SM.

Los dos cuestionarios han incluido el mismo número de preguntas y han sido diseñados con preguntas de contenido similares para poder analizar la perspectiva de ambos profesionales respecto a las mismas cuestiones. En concreto cada cuestionario elaborado está compuesto de once preguntas de elección múltiple cerradas en su mayoría, ya que facilitaban que los encuestados seleccionaran, en la medida de lo posible, las respuestas estándares. En algunas preguntas se ha añadido la categoría “otra” con el objetivo de dar la oportunidad a los encuestados de matizar sus respuestas, y así, acceder a una medición más cualitativa de los datos.

Asimismo, en el cuestionario dirigido a los psicólogos se ha añadido una pregunta que ha sido elaborada según la escala de medición Likert. Esta pregunta alude a la percepción que estos últimos profesionales de la salud tienen sobre el nivel de imparcialidad de los T&I con los que han trabajado. La escala ha incluido 5 opciones para evitar que los encuestados elijan la categoría intermedia. Esta herramienta ha sido incluida con la idea de obtener una idea de la valoración global que los psicólogos atribuyen al papel imparcial de los T&I en SM.

Los cuestionarios han sido diseñados con el objetivo de obtener respuestas que arrojen luz sobre el estado en el que se encuentra el papel del T&I en España. Dado que autores como Bot (2003) han insistido en desafiar la figura del intérprete “invisible” en SM, la variable dependiente sobre la que se articulan las preguntas es la “visibilidad” de este profesional en las consultas terapéuticas.

Goguikian *et al.* (2017) señalan que la visibilidad de un T&I está estrechamente relacionada con el contexto en el que éste intervenga, y apuntan a que esta figura es más notoria en SM. El estudio de esta variable, que ha sido descrita en el cuadro teórico de este trabajo como la “toma de iniciativas” que realiza el T&I en la consulta, es crucial para entender cómo puede verse afectada a la parcialidad de este profesional en los servicios de SM.

Como se adelantaba en la sección anterior, el objetivo principal de realizar los cuestionarios para esta investigación es el de analizar cómo se puede ver afectado el principio de imparcialidad en la consulta terapéutica. Ya que este concepto de “imparcialidad” es uno de los pilares básicos que intervienen en la legitimización de la profesión del T&I (Baixauli, 2014), se ha considerado fundamental identificar de qué maneras el T&I puede ver afectada su posición imparcial en una consulta terapéutica.

Si bien numerosos estudios coinciden en señalar la importancia del papel visible del T&I en SM, frente al concepto de T&I invisible o “neutral”, los riesgos que se derivan de esta visibilidad han sido menos estudiados. No obstante, dicho principio es la base de muchos desencuentros entre los T&I y otros profesionales:

La visibilidad del intérprete no siempre contribuye a una mejor comprensión de su papel y a una mayor valoración de su trabajo (Gile 1995 a: 24 en Collados, 2001, p. 63).

Raga *et al.* (2014) y otros afirman que la presencia del T&I en una consulta terapéutica tiene una incidencia directa en aspectos como la imparcialidad del T&I.

Por ello, la presente investigación ha diseñado preguntas orientadas a comprobar si ciertas iniciativas tomadas por el T&I cuando este necesita hacerse visible pueden comprometer su imparcialidad.

Si bien el contenido de cada cuestionario será analizado en profundidad en los siguientes apartados, en líneas generales se puede destacar que las preguntas se han centrado en analizar la frecuencia con las que los psicólogos trabajan con un T&I de CEAR, los principios éticos que se consideran imprescindibles para realizar una interpretación óptima (fidelidad,

imparcialidad, etc.), el tipo de traducción o interpretación privilegiada (traducción global donde el T&I es más visible o traducción literal, donde predomina la figura del T&I invisible), la importancia que se concede a la implicación emocional del T&I, la relación que establece el psicólogo con el T&I antes y después de la consulta (si es que lo tienen), o quién debe ser el responsable de gestionar el turno de palabra en consulta. Las respuestas de los participantes en el estudio nos permitirán establecer un balance global sobre la relación T&I en los SP y los psicólogos.

En las páginas siguientes se pueden ver los modelos de cuestionario que han sido distribuido entre los psicólogos y los T&I del CEAR respectivamente. El objetivo de estos cuestionarios persigue la búsqueda de puntos de encuentro entre los psicólogos y los T&I respecto al papel que debe ocupar este último en las consultas terapéuticas. En particular se han realizado una serie de preguntas destinadas a analizar el nivel de implicación que pueden experimentar los T&I en las consultas psicológicas en aras a verificar si ésta puede afectar a la imparcialidad de estos a medida que avanzan las sesiones.

A continuación, se puede ver los respectivos modelos de cuestionarios que fueron distribuidos a los T&I y a los psicólogos para este trabajo de investigación:

Encuesta intérpretes

Mi nombre es Laura y soy traductora por la Universidad de Ginebra (FR-ES y EN-ES). Acabo de volver a España, donde estoy realizando el máster de Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos de la Universidad de Alcalá. Actualmente realizo mis prácticas en CEAR donde trabajo con demandantes de asilo y refugiados de habla francesa. Mi interés en estudiar la calidad de la atención psicológica que recibe este tipo de población me ha llevado a realizar este cuestionario que formará parte de mi trabajo de fin de máster.

El presente cuestionario está dirigido a intérpretes que trabajan o han trabajado en el ámbito de la salud mental en instituciones y organismos públicos. El objetivo de mi trabajo es valorar la implicación de los intérpretes en las consultas de atención psicológica.

El cuestionario se rellena en pocos minutos.

¡Gracias de antemano!

1. Por favor, indique su franja de edad
 - 20-30
 - 31-40
 - 41-50
 - +50
2. Por favor, indique su sexo
 - Masculino
 - Femenino
 - Otro
3. ¿Suele realizar interpretaciones en el ámbito de la salud mental?
 - Sí, las realizo con frecuencia
 - De vez en cuando
 - Suelo interpretar más en el ámbito sanitario en general
 - No, he realizado muy pocas
4. ¿Cuál de los siguientes principios cree que es primordial mantener en una consulta terapéutica?
 - Fidelidad
 - Imparcialidad
 - Ambas por igual
 - Otra
5. ¿Qué tipo de traducción es, según su opinión, la más adecuada en este tipo de consultas?
 - Traducción palabra por palabra
 - Traducción global del mensaje
 - Depende de la situación
 - Otra
6. ¿Considera necesario tener una pequeña reunión con el profesional sanitario antes y después de cada interpretación?
 - Sí, sobre todo antes de la consulta
 - Sí, sobre todo después de la consulta
 - Antes y después
 - No es necesario
7. ¿Quién cree que es el encargado de coordinar el turno de palabra en una consulta terapéutica?
 - El intérprete

- El profesional de la salud
 - Se debe acordar entre ambos antes de la consulta
 - Otro
8. ¿Ha favorecido alguna vez una de las partes en una consulta sin darse cuenta, profesional sanitario o paciente?
- Sí, alguna vez al profesional
 - Sí, alguna vez al paciente
 - A los dos en alguna ocasión
 - No, nunca
9. ¿Se ha sentido alguna vez un intruso en una consulta entre el profesional sanitario y el paciente?
- Sí, a veces
 - A menudo
 - Pocas veces
 - Nunca
10. ¿Cuál cree que son las interferencias más habituales de un intérprete en este tipo de consulta?
- Demasiadas aclaraciones
 - Omisiones del discurso
 - Situación en la consulta
 - Lenguaje verbal no controlado
11. ¿Piensa que, si trabaja regularmente con el mismo paciente y el mismo profesional sanitario podrá acabar implicándose emocionalmente más en la terapia?
- Sí, es posible
 - En algunas ocasiones particulares
 - Al contrario, el intérprete que conoce la dinámica de una terapia tenderá a implicarse menos
 - Otra

Encuesta profesional sanitario

Mi nombre es Laura y soy traductora por la Universidad de Ginebra (FR-ES y EN-ES). Acabo de volver a España, donde estoy realizando el máster de Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos de la Universidad de Alcalá. Actualmente realizo mis prácticas en CEAR donde trabajo con demandantes de asilo y refugiados de habla francesa. Mi interés en estudiar la calidad de la atención psicológica que recibe este tipo de población me ha llevado a realizar este cuestionario que formará parte de mi trabajo de fin de máster.

El presente cuestionario está dirigido a profesionales de la salud mental que trabajan en instituciones y organismos públicos, y que alguna vez han contado con la asistencia de intérpretes para tratar a personas no hispanohablantes. El objetivo de mi trabajo es valorar la implicación de los intérpretes en las consultas de atención psicológica.

El cuestionario se rellena en pocos minutos.

¡Gracias de antemano!

1. Por favor, indique el puesto exacto que ocupa
2. ¿Trabaja frecuentemente con intérpretes en consulta?
 - Sí, de vez en cuando
 - Sí, siempre que atiendo a un paciente extranjero
 - Sólo en los casos que lo requieren
 - No, nunca he trabajado con intérpretes
3. ¿Cuál debe ser la característica principal del discurso de un intérprete que trabaje en salud mental, según su opinión?
 - Fidelidad
 - Imparcialidad
 - Ambas por igual
 - Otra
4. ¿Si tuviera que elegir entre una traducción literal o una traducción de ideas, por cuál se decantaría?
 - Traducción palabra por palabra
 - Traducción global del mensaje
 - Depende de la situación
 - Otra
5. ¿Considera necesario tener una pequeña reunión con el intérprete antes y después de cada interpretación?
 - Sí, sobre todo antes de la consulta
 - Sí, sobre todo después de la consulta
 - Antes y después
 - No, no es necesario
6. ¿Quién cree que es el encargado de coordinar el turno de palabra en una consulta terapéutica?
 - El profesional de la salud
 - El intérprete
 - Se debe acordar entre ambos antes de la consulta
 - Otro
7. ¿Ha tenido alguna vez la impresión de que el intérprete añadía u omitía información en su discurso?
 - Sí, a veces añaden explicaciones innecesarias

- Sí, suelen omitir información importante
 - Ambas
 - Ninguna
8. ¿Ha sentido alguna vez que el intérprete evite interpretar partes del discurso que le puedan afectar personalmente?
- Alguna vez
 - Suelen hacerlo
 - Sólo de vez en cuando
 - Nunca
9. ¿Cree que es posible gestionar la implicación emocional del intérprete mediante una reunión anterior y otra posterior a la consulta?
- Sí, es posible
 - Es difícil, pero estas reuniones permiten dar consignas importantes al intérprete
 - No, esa parte depende de cada intérprete
 - Depende de cada situación
10. ¿Piensa que, si recurre con regularidad al mismo intérprete para tratar al mismo paciente será más fácil que el intérprete acabe implicándose emocionalmente en la terapia?
- Sí, es posible
 - Sólo en algunas ocasiones particulares
 - Al contrario, el intérprete que conoce la dinámica de una terapia tenderá a implicarse menos
 - Otra
11. Por favor, valore en una escala progresiva de 1 a 5 la actuación general de los intérpretes en salud mental en cuanto a su imparcialidad, según su experiencia (siendo 1 los intérpretes no son nada imparciales y 5 los intérpretes son completamente imparciales)

6.2 Cuestionario para T&I

Las características específicas de confianza y seguridad sobre las que debe reposar la alianza terapéutica psicoterapeuta-paciente (Goguikian, 2010a), reflejan la especial complejidad a la que se enfrenta el T&I durante una consulta terapéutica. Si bien, como se ha expuesto en apartados anteriores, la visibilidad T&I en este tipo de consultas es notoria, Goguikian *et al.* (2017) sugieren que el grado de visibilidad del T&I en psicoterapia depende del número de veces que éste trabaje con el mismo psicólogo/psiquiatra.

Ante esta situación, el T&I necesita ajustar el ideal de “neutralidad” que le identifica en otros ámbitos a sus intervenciones en SM para llegar a alcanzar una distancia adecuada frente al paciente en la consulta terapéutica.

El presente cuestionario trata de obtener respuestas que puedan servir como punto de partida para entender cómo la figura no neutral del T&I en una consulta terapéutica puede comprometer el principio de imparcialidad que muchos psicólogos/psiquiatras esperan de este. Para ello se ha procedido a estudiar la percepción que los propios T&I guardan de sus actuaciones.

Como se ha adelantado en secciones anteriores, el cuestionario consta de once preguntas de las cuales ocho son similares a las presentes en el cuestionario distribuido a los psicólogos.

En primer lugar, las tres primeras preguntas del cuestionario persiguen identificar la franja de edad y sexo de los participantes y la frecuencia con la que estos trabajan o han trabajado en SM. Estos datos permitirán establecer las características generales sobre la intervención del T&I en los servicios de SM en España. Estos datos pueden ser relevantes según otros estudios que han mostrado que los T&I tienen diferentes visiones de su grado de visibilidad según sea su perfil social y personal (Angelelli, 2003):

A diversity of outcomes would indicate that not all interpreters perceived their role in the same way and their perception was tied to their personal background factors (Angelelli, 2003, p.26).

En cuanto a la frecuencia de colaboración de los T&I en SM, algunos estudios apuntan a que ésta se produce de manera puntual, dando lugar a una gran divergencia de percepciones del trabajo del T&I (Goguikian, *et al.*, 2017). Por ello, este cuestionario quiere saber si los T&I que colaboran en una misma organización e intervienen frecuentemente en consultas terapéuticas tienen una percepción homogénea de sus funciones en esta área, especialmente de su respeto al principio de imparcialidad.

A continuación, se incluye la pregunta 4, que quiere averiguar en qué grado considera importante el T&I mantener su posición parcial frente a otros principios que rigen su actuación en los servicios de salud, en concreto al principio de “fidelidad”, ya que parece que es el más destacado por los códigos de la profesión. Al revisar distintos códigos deontológicos de los T&I que intervienen en el ámbito de la salud en general, se observa una cierta unanimidad respecto a la importancia de mantenerse “fiel” al mensaje original. Baixauli (2014) afirma que la mayoría de los códigos deontológicos que analiza en su estudio van encaminados a la transmisión del mensaje de manera fiel, transparente y de la manera más objetiva posible:

En estos documentos se concede un protagonismo central a la transmisión completa del mensaje original en la lengua meta (LM) puesto que esta tarea constituye el fin social o el bien interno del colectivo profesional de traductores e intérpretes (Hortal, 2007: 208) [...]. Esto incluye pautas para mantener el contenido verbal del texto original [...] (Baixauli, 2014, p.24).

Sin embargo, en el estudio de Baixauli (2014) consta la ambigüedad que reflejan estos documentos en cuanto a la visibilidad del T&I. Así, el autor muestra que estos documentos muestran distintos niveles de actuación del T&I para intervenir ante posibles conflictos culturales entre las partes, dando lugar a una gran visibilidad, y posible parcialidad del T&I en algunas ocasiones. Por esta razón, nuestro estudio ha querido centrarse en estudiar cómo el T&I aplica principio de imparcialidad.

Cabe señalar aquí que los pacientes alófonos que recurren a los servicios sanitarios suelen encontrarse en una situación de vulnerabilidad susceptible de fomentar la figura del T&I “defensor”, contemplada en algunos códigos deontológicos que regulan la intervención de este profesional en los servicios de salud (Baixauli, 2014). Esta circunstancia, que es contemplada por algunos de estos códigos deontológicos de la TISP, como el National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC), prevén la intervención del T&I para defender a una persona que puede sufrir un daño o perjuicio grave, estableciendo según palabras de la autora, medidas de “excepción-socio culturalmente justificada” (Sales, 2014).

Posteriormente, las preguntas 5, 6 y 7 del cuestionario piden al T&I que opine sobre el nivel de visibilidad que cree que debe mantener en una consulta terapéutica. Para ello se analizan tres tipos de actuaciones sobre las que el T&I debe posicionarse y que van a determinar su grado de intervención: el tipo de traducción más utilizado en este tipo de consultas, la realización de pequeñas reuniones con los profesionales de la SM antes y/o después de las sesiones, y la gestión del turno de palabra.

La primera de estas cuestiones va encaminada a identificar el tipo de traducción que los T&I piensan que se adecua más a su intervención en SM. En el apartado 4.3 *Difficultés dans l’assignation des rôles du T&I* ha quedado expuesto que las funciones de informador cultural, mediador y traductor se entremezclan a menudo en SM, dando lugar a varios dilemas. En lo referente al tipo de traducción que resulta más acorde con este ámbito, existen diversas opiniones. (Goguikian, 2010a) refleja esta diversidad a través de una reflexión de Jalbert:

En effet, faut-il que l’interprète se limite à une traduction terme à terme du contenu des questions et des réponses ou, à l’opposé, faut-il qu’il s’implique pleinement dans la consultation en se glissant dans les rôles d’informateur ou de médiateur culturel (Jalbert, 1998, en Goguikian, 2010a, p.10).

De esta reflexión se puede deducir que la visibilidad del T&I está estrechamente relacionada con el tipo de traducción que este realice en la consulta, es decir, cuanto más literal sea su traducción menos se implicará en la terapia. El estudio de Goguikian *et al.* (2017) revela que muchos T&I prefieren realizar una traducción literal, más acorde con su posición neutral, mientras que los psicólogos/psiquiatras muestran una tendencia a pedirles a estos una traducción global del mensaje o un resumen del discurso del paciente.

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con la que los psicólogos mantienen pequeñas reuniones con los T&I antes y después de la consulta. Goguikian et Suardi (2006) sugieren que la realización de estas reuniones después de la consulta terapéutica podría ayudar a mitigar los efectos negativos que se puedan derivar de una inadecuada implicación emocional del T&I. Aunque se sabe que estas reuniones no se realizan tan frecuentemente como sería necesario, cada vez son más las voces que abogan por ellas. Así, Valero-Garcés (2006, p.151) también resalta la necesidad de que los profesionales de la SM dediquen regularmente tiempo para que los T&I puedan “compartir sus sentimientos y emociones”, puesto que estos últimos suelen intervenir en “situaciones críticas”.

En cambio, a pesar de que bien se cree que el desarrollo de estas reuniones podría reducir el malestar emocional de los T&I, y, por tanto, que su implicación en la consulta podría tener

consecuencias negativas, Bot (2003) lamenta la falta de acuerdo entre los psicólogos/psiquiatras y los T&I en cuanto al nivel óptimo de implicación de los últimos. En esta línea, el estudio de Goguikian (2010b) expone la dificultad que muestran muchos T&I ante su intervención en este tipo de consultas. Dichos profesionales se quejan del alto grado de implicación personal que experimentan durante la consulta y se sienten desestabilizados al exponerse al contenido de ciertos relatos. Esta discordancia de opiniones ha motivado la inclusión de una pregunta orientada a conocer la opinión de T&I y psicólogos en cuanto a la utilidad de las reuniones anteriormente mencionadas en el cuestionario dirigido a los psicólogos.

La última de estas preguntas aborda el dilema de cuál de los dos profesionales, psicólogo o T&I debe gestionar el turno de palabra en la consulta. Si bien algunos estudios apuntan a que el primero debe ser el encargado de gestionar el espacio físico mientras que el segundo coordina los aspectos del espacio temporal (Raga, *et al.*, 2014), en la práctica estos conceptos aparecen entremezclados con las distintos papeles que puede desempeñar el T&I en SM. Como bien se exponía en el apartado 3.3 *Dificultades dans l'assignation du role du T&I*, una mayor gestión del turno de palabra por parte del T&I iría asociada con la función de mediador intercultural.

De hecho, Raga *et al.* (2014), afirman que el principio que más afecta a la visibilidad de este profesional en psicoterapia es la necesidad de “contextualización cultural” de este ámbito sanitario. Esta labor del T&I de aclarar conceptos y malentendidos culturales implica que el T&I sea el encargado de coordinar el turno de palabra. No obstante, dado que en la práctica no existe una delimitación clara de las funciones del T&I en este aspecto, que sigue suscitando un gran debate en el mundo profesional:

Si tomamos como muestra el intercambio del turno de palabra, en nuestro planteamiento entendemos que pueden construir una fuente de conflicto derivado de las prácticas comunicativas divergentes entre dos comunidades culturales diferentes [...] (Baixauli, 2014, p.42).

La pregunta 7 de este cuestionario pretende recoger las opiniones de los T&I profesionales sobre el estado actual de la cuestión en España.

Finalmente, el último bloque de preguntas dirigido a los T&I persigue verificar si existe una relación estrecha entre una gran visibilidad del T&I y su posible alineación o implicación personal con alguna de los participantes en la consulta, poniendo en entredicho el principio de imparcialidad de su intervención.

La primera pregunta de este bloque persigue averiguar cómo de imparciales piensan que son los propios T&I en SM. Para ello se les pregunta con qué frecuencia han podido favorecer a alguna de las partes de una consulta terapéutica.

Se sabe que la relación entre médico-paciente suele presentar una serie de asimetrías que pueden dar lugar a desencuentros y malentendidos entre las partes, así como a la alineación del T&I con una de las partes, normalmente con la más vulnerable, es decir con el paciente (Valero-Garcés, 2002). Esta situación puede acentuarse en el caso de pacientes provenientes de países no occidentales, donde el médico suele ser considerado una autoridad. Ante esta situación se plantea el dilema de hasta dónde debe el T&I favorecer al paciente. Goguikian, (2010a) sugiere que la medicina occidental debería adaptarse a los pacientes no occidentales para poder llegar a comprender la historia de estos:

Il est extrêmement difficile de sortir d'un discours factuel et d'une interaction sur le mode question-réponse pour s'orienter vers un récit narratif qui ferait le lien entre [les] douleurs [de la patiente] et son histoire personnelle (Goguikian, 2010a, p.49).

Sin embargo, esta postura no parece ser la mayoritaria, ya que en la mayoría de los ámbitos de la traducción e interpretación sigue predominando la idea del T&I “fiel”.

Dado que una actuación que se aleje de la idea anteriormente mencionada puede favorecer la desconfianza de los psicólogos a trabajar con T&I en consulta, la siguiente pregunta está enfocada a abordar el nivel de incomodidad que experimentan los T&I en SM. En esta línea, Goguikian y Suardi (2006) han demostrado la diferencia de expectativas de los profesionales de la SM y los T&I en cuanto al posicionamiento de estos últimos en una consulta terapéutica:

En effet, il ressort à l'enquête que les interprètes expriment clairement un idéal de neutralité. Cela étant, les interprètes se sentent plus fortement faire partie du groupe que les thérapeutes ne l'estiment [...] (Goguikian y Suardi, 2006, p.44).

Si a esta situación se añaden las numerosas quejas de muchos psicólogos/psiquiatras ante la falta de conocimientos de psicología de los T&I en los SP con los que colaboran (Goguikian, *et al.*, 2017), no es raro pensar que el T&I podría mostrarse incómodo y llegar a sentirse un intruso en la consulta terapéutica.

La pregunta 10 de este cuestionario se centra en averiguar qué tipo de interferencias son más frecuentes en los T&I que trabajan en SM, si las omisiones o las aclaraciones. Como se ha podido constatar en apartados anteriores, los T&I tienden a no querer omitir información y trasladar el mensaje integralmente, contrariamente a los que les piden algunos psicólogos/psiquiatras, que muchas veces prefieren “[une traduction des] aspects centraux du message” o la “restitution du sens global” (Goguikian, *et al.*, 2017).

Por último, el presente cuestionario termina preguntando a los T&I si creen que el hecho de trabajar regularmente en la misma consulta podría hacerles implicarse personalmente en la terapia, lo que pondría en peligro su imparcialidad.

En este sentido, Goguikian *et al.* (2017) llevó a cabo un estudio en Suiza en el que reunió a varios T&I que tenían habían tenido varias experiencias en consultas de psicoterapia y a un grupo de psicólogos/psiquiatras. El resultado de este trabajo demostraba que existían grandes divergencias entre estos dos grupos de profesionales respecto al nivel de implicación que se espera del T&I en la consulta terapéutica; mientras que los profesionales de la salud esperaban un mayor nivel de implicación emocional y personal de los T&I, estos últimos reconocían que tenían problemas en gestionar sus emociones después de intervenir en consultas en las que se trataban temas emocionalmente delicados. Asimismo, otros estudios han demostrado que muchos T&I suelen tener dificultades para mantener la distancia emocional en las consultas terapéuticas:

[Cette] étude montre que la position de l'interprète est conflictuelle et inconfortable. L'interprète ne parvient pas à rester “extérieur à l'action”, et se trouve face à une intense mobilisation interne, sur les plans affective, cognitif et culturel (Goguikian et Suardi, 2006, p.46).

Además, el hecho de que una consulta terapéutica se suele realizar varias veces puede hacernos pensar que una implicación emocional sólo será medible a largo plazo. Por tanto, en psicoterapia hay que tener en cuenta que el éxito de un tratamiento está estrechamente ligado al factor tiempo. Según Raga *et al.* (2014), este factor se debe al “carácter interpersonal” que tienen este tipo de consultas en las que las decisiones que toma el T&I repercuten en un gran impacto en la relación con el paciente sobre todo a medio y largo plazo.

6.3 Cuestionario para psicólogos

Los expertos coinciden en señalar que el T&I debe ser una figura “visible” en SM, pero los límites de este profesional en cuanto a su implicación emocional y social siguen sin estar claros (Bot, 2003). Según el T&I adopte una posición u otra su presencia será más o menos notoria en la interacción terapéutica y dará lugar a distintas actuaciones por parte de este.

Por esta razón se ha diseñado este cuestionario destinado a conocer mejor las expectativas que tienen los profesionales de la SM cuando trabajan con un T&I profesional. Si bien muchos psiquiatras/psicólogos insisten en la necesidad de conseguir que reine un clima de confianza en su relación con el T&I que va a trabajar regularmente con ellos (Raga, *et al.*, 2014), lo cierto es que autores, como Goguikian *et al.* (2017), señalan que estos profesionales de la SM no parecen estar concienciados de la importancia de aprender a trabajar con T&I profesionales en las consultas terapéuticas. Esta situación ha dado lugar a la realización de estudios centrados en analizar los efectos negativos que puede tener sobre la visibilidad del T&I esta reticencia que muestran psicólogos/psiquiatras a colaborar juntos.

El presente cuestionario comienza con una pregunta destinada a establecer identificar con exactitud el tipo de profesionales de la SM que han respondido al cuestionario.

Seguidamente, al igual que se hizo en el anterior cuestionario, se incluye una pregunta que pide, en este caso, a los psicólogos que indiquen la frecuencia con la que colaboran con un T&I profesional. La literatura especializada muestra que los profesionales de la salud no están siempre familiarizados con la presencia del T&I en sus consultas. Así, algunos estudios indican que mientras los T&I que trabajan en SM parecen estar concienciados de la necesidad de remediar la falta de herramientas psicológicas que poseen para intervenir en este ámbito de la SM, los psicólogos/psiquiatras no muestran el mismo interés en aprender a trabajar con ellos (Goguikian, *et al.*, 2017). Esta situación provoca la intervención de T&I *ad hoc* y repercute en la poca frecuencia con la que los profesionales de la SM recurren a los servicios de un T&I profesional (Goguikian *et al.*, 2017). No obstante, Raga *et al.*, (2014) muestran que el peligro de recurrir a los T&I *ad hoc*, ya que estos pueden adoptar un exceso de protagonismo ante su falta de experiencia y profesionalidad, pudiendo perjudicar el significado clínico que el médico defiende en la consulta. Por su parte (Valero-Garcés, 2003), insiste sobre esta falta de profesionalidad de los T&I *ad hoc*:

The respondents attributed unsatisfactory outcomes to a lack of professionalism on the part of people who intervened as interpreters, as manifested in the way they worked: often conversing amongst themselves without translating what was said [...] (Valero-Garcés, 2003, p.183).

El objetivo de la pregunta 2 es conocer la frecuencia con la que los profesionales de la SM recurren a un T&I profesional para comprobar así, si la falta de familiaridad de la colaboración con los T&I sigue produciéndose, o, por el contrario, esta situación ha cambiado.

A continuación, las dos siguientes preguntas están enfocadas a conocer las percepciones que los psicólogos tienen de las actuaciones de los T&I profesionales en SM. Para ello se han diseñado las preguntas 3 y 4, que representan la otra cara de la moneda de las preguntas 4 y 5, dirigidas a los T&I.

En cuanto a la pregunta 3, esta persigue conocer las expectativas de los psicólogos en cuanto al tipo de traducción que consideran más adecuado para una consulta terapéutica. Esta respuesta permitirá saber qué grado de visibilidad otorgan estos profesionales a los T&I.

Para ello se pregunta por el tipo de traducción que estos profesionales creen que sería más adecuada. Como queda reflejado en la anterior cita de Valero-Garcés (2003), uno de los errores

de los T&I no profesionales es el de hacer traducciones parciales del contenido de la consulta. Este aspecto cobra gran relevancia ante afirmaciones como la de Chambon et Beal (2015):

Il a la sensation à ce que l'interprète réduise la teneur des propos du patient alors que le clinician a "besoin" d'un maximum d'éléments. Pour un psychiatre "on perd le sens clinique là-dedans (...) le discours reste au stade de l'interprète." (Chambon et Beal, 2015, p.9).

Esta cita permite reflejar el ideal de fidelidad que muchos psicólogos/psiquiatras esperan de las traducciones del T&I, pero T&I también contrasta con la tendencia reflejada en el estudio de Goguikian *et al.* (2017) de que algunos profesionales de la SM que piden a los T&I que realicen traducciones globales del discurso del paciente (ver apartado 5.3). Esta contradicción ha motivado que se incluyera en el cuestionario una pregunta dedicada a investigar si existe un tipo de traducción más adecuada para una consulta terapéutica, según los psicólogos puesto que cada tipo de traducción va a indicar unas pautas de actuación distintas del T&I frente a sus interlocutores.

Por su parte, la siguiente pregunta pretende saber qué importancia le otorgan los psicólogos al ideal del T&I "neutral/imparcial". Como se ha visto en la sección anterior, los códigos deontológicos de la profesión prevén que el T&I pueda ser parcial en algunas situaciones si cree que alguna de las partes puede ser perjudicada. Esta posición atribuye al T&I en los SP una mayor visibilidad respecto a otros ámbitos, ya que deberá mostrarse para explicar el significado de palabras técnicas al paciente, simplificar el lenguaje o identificar diferencias culturales (Valero-Garcés, 2003).

Al igual que en la anterior encuesta, se ha querido preguntar a los psicólogos sobre la importancia que éstos conceden al respeto de la "imparcialidad" en la consulta por parte del T&I, con el objetivo de conocer qué importancia cobra este principio en relación con la tan defendida "fidelidad" para estos profesionales. Profundizar en este aspecto parece crucial frente a la idea que defiende una posible parcialidad del T&I en ciertos casos. A este respecto, Bot (2003) distingue entre los comportamientos que son aceptados, en líneas generales, por los profesionales de la SM y los que por el contrario que pueden poner en evidencia la imparcialidad del T&I en la consulta:

In the material I have come across in my research project, I have noted several transgressions [...] that did not prove harmful to the treatment because in all these cases the therapist was aware of what was happening. However, some transgressions, such intensive contact between interpreter and patient outside the official session, could be viewed as markedly risky (Bot, 2003, p.34).

Esta cuestión permitirá identificar, por tanto, la posición que los psicólogos encuestados sostienen en cuanto a la relativización de la imparcialidad defendido por algunos códigos profesionales.

Las siguientes tres cuestiones están enfocadas a conocer las opiniones de los psicólogos frente a las diferentes actuaciones del T&I, a las que hacían también referencia las preguntas 6 y 7 del cuestionario anterior, es decir, la importancia de llevar a cabo encuentros con los T&I antes y después de la consulta y la cuestión de determinar el encargado de gestionar el turno de palabra.

Finalmente, el último bloque de preguntas está enfocado a abordar las interferencias que pueden derivarse de la visibilidad del T&I, e indagar en si la posible implicación emocional que este experimenta en la consulta terapéutica puede ser una de estas interferencias que pongan en entredicho la imparcialidad de la traducción.

La primera de las preguntas de este bloque pretende averiguar la percepción de los psicólogos de la fidelidad de las traducciones del T&I para poder comparar el nivel de importancia que los profesionales de la SM otorgan a la transmisión del mensaje íntegro y sin interferencias. Esta cuestión surge al comprobar que Goguikian (2010b) resalta numerosas quejas de los profesionales de la SM en cuanto a la fidelidad de las traducciones de los T&I:

Il apparaît de manière répétée que les médecins reprochent aux interprètes d’être peu fidèles dans leurs traductions, de prendre trop d’initiatives, et se plaignent du fait de ne pouvoir contrôler ce qui est transmis et ce qui est compris de part et d’autre (Goguikian, 2010b, p.42).

Cabe tener en cuenta esta incomodidad de ciertos psicólogos/psiquiatras, puesto que esta razón puede explicar, en parte, la resistencia que muestran muchos psicólogos/psiquiatras a trabajar con un T&I y su miedo a perder el poder de la dinámica terapéutica (Goguikian *et al.*, (2017). Por ello, con esta pregunta se persigue analizar en profundidad con qué frecuencia piensan los psicólogos encuestados que los T&I añaden u omiten información.

A continuación, la siguiente pregunta va un poco más allá y quiere comprobar si los psicólogos son conscientes de que un T&I puede realizar estas omisiones o aclaraciones innecesarias por sentirse emocionalmente implicado en la consulta terapéutica. Cabe recordar que estas consultas suelen estar cargadas de contenido emocional (Valero-Garcés, 2006), para la que los algunos expertos recuerdan que el T&I debe recibir formación psicológica (Benhaddou y Ortigosa, 2011)

Se ha diseñado esta pregunta a raíz de la afirmación de algunos expertos, como Goguikian et Suardi (2006) que sugieren que los T&I pueden verse contrariados cuando deben traducir ideas con las que no están de acuerdo:

Sur le plan plus culturel, aux questions ouvertes des interprètes relèvent qu’il leur a été difficile de traduire certains propos abstraits ou métaphoriques du groupe qu’ils ne comprenaient pas ou qu’ils trouvaient “plaqués” “sortis des livres d’anthropologie” ou “tirés par les cheveux.” (Goguikian et Suardi, 2006, p.44).

Posteriormente, las últimas dos preguntas de este bloque interrogan a los psicólogos sobre la posibilidad de mitigar los efectos negativos que se puedan producir en la implicación personal del T&I mediante reuniones antes y después de la consulta, y la posibilidad de que dicha implicación pueda aumentar al trabajar regularmente con el mismo profesional y paciente. Este tema suscita gran interés entre los profesionales, puesto que como se ha expuesto en el punto anterior, estas reuniones no se realizan regularmente.

Como se avanzaba en el subapartado 1.1 de este trabajo, muchos autores defienden la necesidad de “la presencia del mismo intérprete” durante el tratamiento terapéutico de un paciente para que este pueda ver reconocidas sus necesidades. Sin embargo, la práctica real del T&I en SM no parece confirmar esta idea, al no contar este con unas directrices homogéneas que garanticen un nivel óptimo de visibilidad e imparcialidad al mismo tiempo en su actuación. Así, los T&I que trabajan en SM tienden a querer mantenerse distanciados o “neutrales” en la consulta terapéutica por miedo a verse muy implicados y reclaman un apoyo emocional de los profesionales de la SM para evitar dicha implicación (Goguikian et Suardi, 2006).

Por último, el cuestionario pide a los psicólogos una evaluación general de la posición imparcial que suelen mostrar los T&I con los que trabajan, con el objetivo de confirmar la idea que defiende que los profesionales de la SM que han trabajado o trabajan regularmente con estos profesionales valoran positivamente su intervención (Goguikian et Suardi, 2006).

6.4 Méthode de análisis de los datos

Para cotejar los datos obtenidos por cada encuesta se ha procedido a elaborar un fichero por cada encuesta con los gráficos que la plataforma Google Docs ha realizado para cada pregunta.

Posteriormente, se ha comenzado por realizar una tabla con cada uno de estos datos y se ha guardado en un fichero Excel. Una vez obtenidas las tablas del primer cuestionario, se ha añadido otra columna en el fichero y se han añadido los datos obtenidos en la segunda encuesta.

Dado el tiempo limitado que se ha contado para la elaboración de esta investigación, se han analizado en primer lugar los resultados recogidos para las preguntas de elección múltiple, ya que estas permiten limitar la amplia gama de respuestas que se podrían haber obtenido con un cuestionario de corte eminentemente cualitativo. Sin embargo, a pesar de dichas limitaciones, las respuestas obtenidas sirven para dibujar un escenario global sobre el estado de la cuestión.

Una vez analizados y cotejados los datos de las respuestas cerradas de ambos cuestionarios, se han añadido a las tablas del fichero Excel las respuestas contenidas en la categoría “otra” del formulario de Google. Estos datos han permitido completar los datos de las respuestas cerrados con las opiniones de los participantes, que han servido para matizar el contenido global de las respuestas obtenidas anteriormente.

7. Analyse des données recueillies

7.1 Collecte de données

Une fois les questionnaires distribués, les réponses aux différents formulaires se sont enregistrées dans la plateforme de Google Docs. De plus, au fur et à mesure que les participants y répondaient, Google présentait les réponses sous forme de graphiques qui étaient complétés avec les pourcentages obtenus pour chaque question.

Il faut noter que, pour réaliser cette étude, on a sélectionné des participants ayant interprété au moins une fois en SM. Également, le formulaire correspondant a été envoyé à des professionnels de la SM ayant fait recours au moins une fois à un T&I professionnel.

En outre, la plupart de participants qui ont répondu aux questionnaires fait partie de l'équipe du CEAR, tant les T&I, que les professionnels de la SM, vu que l'auteure de ce travail a réalisé un stage des 3 mois au sein de ladite organisation.

La distribution des questionnaires entre des collaborateurs du CEAR a été facile, puisque les responsables du département de Traduction e Interprétariat du CEAR ont partagé les deux formulaires parmi les professionnels de leur équipe tout à long de l'Espagne. Les résultats sont arrivés très rapidement grâce à l'efficacité de Google Docs.

En ce qui concerne les professionnels de la SM, il convienne de noter que la plupart d'entre eux sont des psychologues travaillant dans une succursale du CEAR en Espagne; toutefois les formulaires ont été aussi distribués à des psychologues collaborant avec l'ONG *Salud entre Culturas*, installée dans l'Hôpital *Ramón y Cajal* de Madrid.

Enfin, le questionnaire qui vise les T&I professionnels a été répondu par des collaborateurs du CEAR et par des élèves et des professeurs expérimentés du *Máster Universitario en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos de Alcalá*. Par ailleurs, ces professeurs ont eu la gentillesse de distribuer à leur tour le formulaire parmi leurs collègues de travail.

Au total, on a obtenu 27 réponses pour le questionnaire visant les professionnels de la SM et 15 pour celui des T&I. On est conscients de la portée limitée qui a cette étude, et cela peut être la raison de ne pas avoir réussi à contacter des T&I ayant travaillé dans la SM en dehors de ces deux organisations. Il est probable que le manque de spécialisation des T&I dans les

consultes thérapeutiques, a joué un rôle négatif pour trouver un échantillon plus ample des professionnels avec expérience dans ce champ de spécialité.

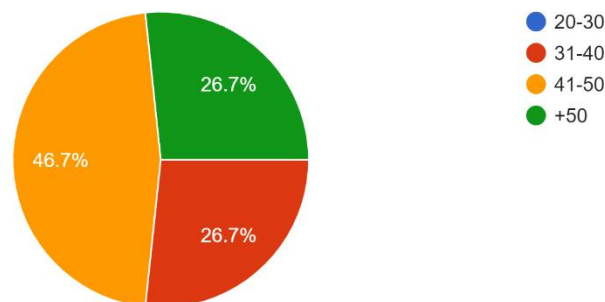
7.2 Questionnaire T&I

Le questionnaire visant des T&I professionnels a compris trois aspects qui peuvent affecter l'impartialité de ces professionnels : les caractéristiques principales des T&I ayant intervenu dans des consultations thérapeutiques, le degré de visibilité du T&I professionnel, et les interférences qui peuvent se dériver d'une perte d'impartialité de la part du T&I.

Le premier bloc du formulaire est constitué par des questions qui ont été conçues pour identifier le profil démographique des interviewés. Le graphique 1 illustre les données obtenues pour la première des questions. Ce graphique révèle que la plupart des T&I interviewés correspond à la tranche d'âge 41-50 ans (46,7 %), suivis de ceux qui appartiennent à la tranche 31-40 ans et celle de +50 ans, ayant obtenu chacune le même taux (13 %). Etant donné que ce questionnaire a été adressé uniquement à des professionnels ayant collaboré au moins une fois dans une consultation thérapeutique, on peut déduire que les T&I intervenant en SM semblent avoir d'autres expériences dans l'interprétariat. Par ailleurs, on remarque, dans ce graphique, il n'y a pas de personnes de moins de 30 ans qui aient participé à cette étude. Cela nous donne une première approche du type des T&I participant en SM. Si bien il est nécessaire de réaliser des études empiriques avec un plus ample échantillon, il paraît que le travail en SM requiert une certaine expérience dans ce domaine.

1. Por favor, indique su franja de edad

15 responses

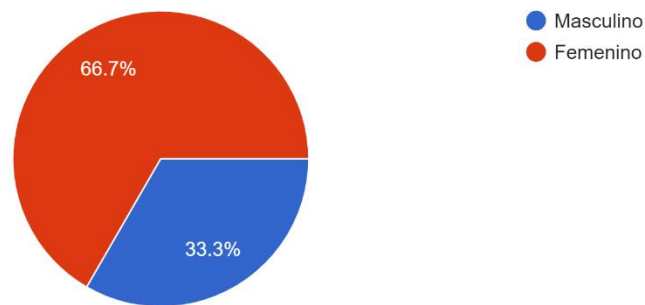


Graphique 1 : profil démographique du T&I en SM (réalisé par Google Docs)

En ce qui concerne le sexe des participants, on observe que la majorité de participants sont des femmes (66,7 %) face à 33,3 % de hommes :

2. Por favor, indique su sexo

15 respuestas



Graphique 2 : sexe des T&I (réalisé par Google Docs)

Selon la littérature spécialisée, ces données peuvent être importantes lors de l'analyse des différentes perceptions de visibilité que peuvent avoir les différents professionnels. En effet, une étude réalisée par Angelelli (2003) a démontré des différences de perception quant aux personnes de chaque sexe et âge. Ainsi, les T&I plus âgés ont une tendance à se voir moins visibles que les plus jeunes

Pour ce qui est de la fréquence avec laquelle les T&I collaborent avec des psychologues, il convient de noter que seulement un des interviewés affirme avoir réalisé des interventions régulièrement dans le champ de la SM :

3. ¿Suele realizar interpretaciones en el ámbito de la salud mental?

15 respuestas



Graphique 3 : fréquence d'intervention en SM (réalisé par Google Docs)

Dans le graphique 3, il est constaté que 53,3 % des participants à l'enquête travaillent ou ont travaillé des temps en temps dans des entretiens thérapeutiques. Le reste des interviewés avoient avoir intervenu très peu (20 %) ou travailler plutôt dans d'autres champs (20 %). Ces résultats semblent confirmer le peu recours que font les professionnels de la SM aux T&I professionnels.

Néanmoins, on peut également observer une tendance importante à la confiance dans les T&I, vu que la moitié des participants à l'enquête (53,3 %) affirment travailler de temps en

temps dans des entretiens thérapeutiques. Cependant, il faudrait réaliser des futures études empiriques comptant avec un échantillon plus important de professionnels afin de pouvoir confirmer cette tendance. Il ne faut pas oublier que le présent travail de recherche s’est centré sur des T&I travaillant au sein de deux organisations nationales.

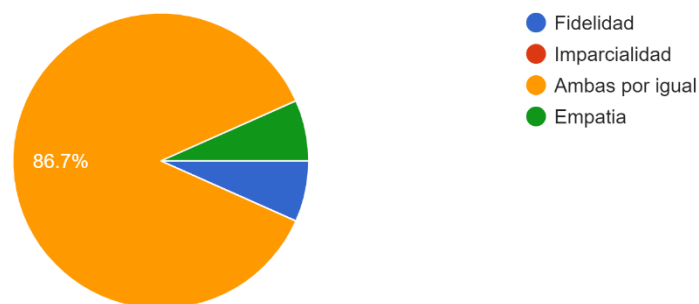
7.2.1 Visibilité du T&I

Les questions 4, 5, 6 y 7 du formulaire adressé aux T&I ont a été conçues pour pourvoir analyser les perceptions de ces professionnels sur la visibilité adéquate à maintenir pendant des entretiens thérapeutiques.

Pour ce qui est des réponses à la question 4, on constate que 86,7 % des T&I accorde la même importance aux concepts de fidélité et d’impartialité. Ce pourcentage pourrait représenter un changement dans la perception de la figure “neutre” du T&I, qui a été adoptée du modèle de l’interprétariat de conférences par d’autres champs pendant longtemps (Bot, 2003). Cependant, il serait nécessaire de faire d’autres études empiriques pour pouvoir étayer cette idée.

Comme l’on peut observer dans le graphique 4, un seul participant à cette enquête a revendiqué l’importance de faire preuve d’empathie pour aborder un entretien thérapeutique :

4. ¿Cuál de los siguientes principios cree que es primordial mantener en una consulta terapéutica?
15 respuestas



Graphique 4 : principes à suivre par un T&I en SM (réalisé par Google Docs)

Il importe de dire que la littérature a constaté le lien qui peut exister entre l’empathie et l’implication émotionnelle du T&I. En effet, Sales (2014) relate le cas d’une T&I qui semble touchée par la vulnérabilité d’un patient marocain hospitalisé. L’homme a été empêché de voir sa femme et son nouveau-né, qui sont hospitalisés dans le même centre, et la T&I décide d’intercéder pour qu’ils puissent se voir dans une zone séparée de l’hôpital. Sales, souligne que c’est l’implication personnelle de la T&I qui fait que celle-ci parvienne à accompagner au patient.

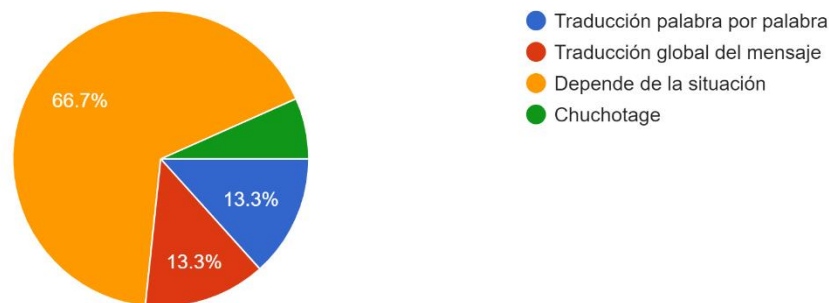
Il est à noter qu’aucun des participants n’a pensé que le principe d’impartialité est plus important que celui de la fidélité, bien que on n’ait obtenu qu’une réponse qui plade pour la fidélité. Comme première conclusion, on observe une tendance à défendre la transmission fidèle du message.

Ensuite, on remarque que la question 5 du formulaire a donné lieu à une variété de réponses. En effet, 66,7 % des participants à l’enquête a estimé que le type de traduction choisi dans une consultation thérapeutique va dépendre de chaque situation. Du reste des répondants, 13 % affirme qu’il faut privilégier la traduction mot à mot, 13 % supplémentaire défend la

traduction globale du message face à la traduction littérale, et un participant ajoute le choix du chuchotage :

5. ¿Qué tipo de traducción es, según su opinión, la más adecuada en este tipo de consultas?

15 responses



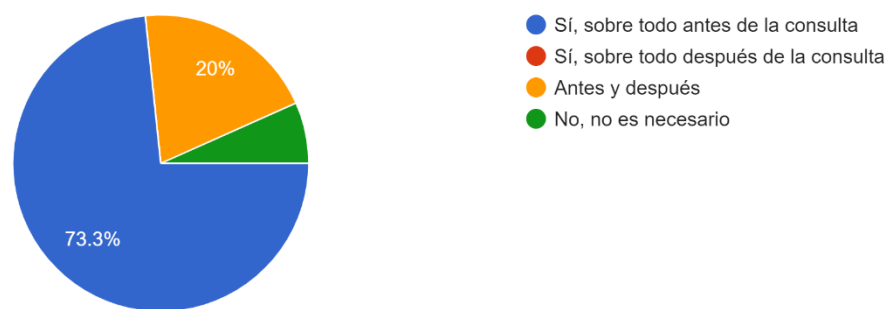
Graphique 5 : type de traduction en SM selon les T&I (réalisé par Google Docs)

Comme l'on constate dans le graphique 5, il n'existe pas des principes consensuels qui guident au T&I sur les modalités de traduction à adopter en SM. Ainsi, il semble que les T&I font recours à la traduction littérale et à la traduction globale des messages dans la même mesure. Cependant de cette question ressort que la modalité du chuchotage est à considérer par certains T&I, renforçant ainsi l'idée du T&I "invisible".

En ce qui concerne la question, il faut constater que 73,3 % des répondants sont favorables à la mise en place de petites réunions avec les psychologues avant et après les consultations, si bien la majorité précise qu'elles seraient souhaitables avant la session thérapeutique :

6. ¿Considera que es necesario tener una pequeña reunión con el profesional sanitario antes y después de cada interpretación?

15 responses



Graphique 6 : reuniones interprofesionales (réalisé par Google Docs)

Du reste des participants à l'enquête, 20 % estime que la mise en place de ces réunions est aussi importante avant qu'après la consultation et seulement un ne pense pas que ces rencontres avec les psychologues soient nécessaires. De ces résultats on peut tirer comme conclusion que la majorité des T&I souhaite maintenir des réunions avec les professionnels de

la SM, notamment avant de commencer la consultation. Cependant, le fait qu'aucun des interviewés aient considéré nécessaire de rencontrer les psychologues après les sessions, pourrait indiquer qu'ils n'accordent pas d'importance à être aidés par les professionnels dans la gestion de leurs émotions. Cependant, on considère qu'il faudrait faire de futures études empiriques incluant un plus grand nombre de participants pour pouvoir étayer cette idée.

Enfin la question 7, qui aborde le dilemme de la responsabilité de gérer le tour de parole pendant la consultation, montre qu'une grande majorité de répondants (60 %) octroie au professionnel de la SM la responsabilité de gérer la communication dans la consultation (voir graphique 7).

7. ¿Quién cree que es el encargado de coordinar el turno de palabra en una consulta terapéutica?
15 respuestas



Graphique 7 : tour de parole (réalisé par Google Docs)

Également, on peut constater dans ce graphique 7 que 33,3 % des participants à l'enquête estime qu'il faut accorder qui sera le responsable de gérer le tour de parole avant la session. Ces résultats contrastent avec des études qui suggèrent que ni le professionnel de la SM, ni le T&I ne vont gérer complètement la communication (Raga, *et al.*, 2014). Il est remarquable de voir qu'aucun des répondants n'aie manifesté que le T&I devrait être chargé de gérer le tour de parole, comme montre la littérature spécialisée (voir section 4.1 *Autres travaux*). Ces données pourraient indiquer que le T&I préfèrent prendre une position neutre.

7.2.2 Interférences dans la consultation thérapeutique

La dernière section du questionnaire traite de l'émergence de possibles interférences pouvant compromettre l'impartialité du T&I. En effet, la question 8 aborde directement la perception qu'ont les répondants de leur impartialité dans les consultations. Le graphique 8 montre que la grande majorité de T&I (73,3 %) estime qu'ils n'ont jamais favorisé ni le professionnel de la SM ni le patient :

8. ¿Ha favorecido alguna vez a una de las partes en una consulta terapéutica sin darse cuenta, profesional de la salud mental o paciente?

15 responses



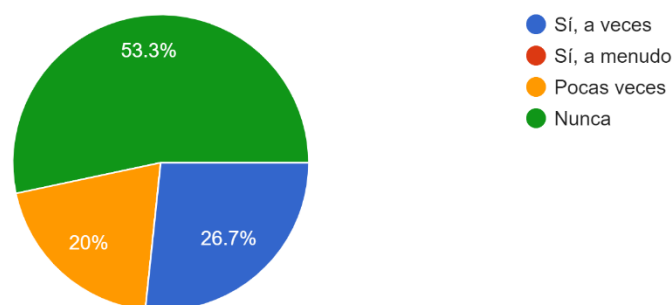
Graphique 8 : partialité du T&I (réalisé par Google Docs)

Cependant, 13 % des répondants avouent qu'ils ont pu favoriser le patient et 13 % supplémentaire les deux parties. Il est remarquable de noter que l'alignement avec le professionnel de la SM est moins fréquent. Ces résultats permettent d'étayer l'hypothèse selon laquelle le T&I est plus proche du patient.

Pour sa part, la question 9 envisage la visibilité du T&I comme possible interférence. Les résultats suivants révèlent que la moitié des répondants ne se sont jamais senti comme un intrus dans la consultation (53,3 %) contre 26,7 % qui affirme s'être senti comme un étranger dans certaines occasions et 20 % qui dit avoir senti cela très peu :

9. ¿Se ha sentido alguna vez un intruso en la consulta entre el profesional de la salud mental y el paciente?

15 responses

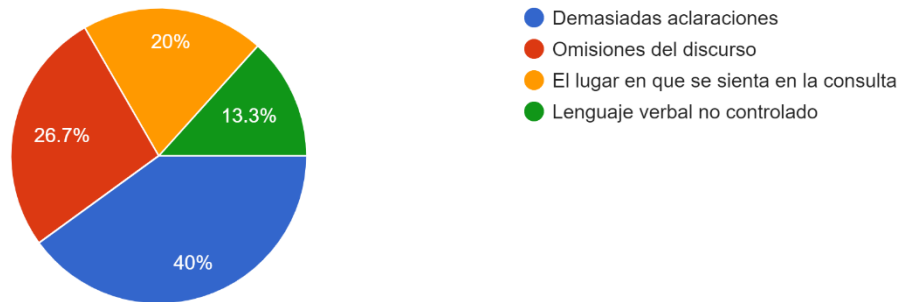


Graphique 9 : degré d'intégration du T&I (réalisé par Google Docs)

Les données obtenues pour ces questions contrastent avec certaines études évoquant de témoignages de T&I qui se sont sentis des intrus dans des consultations thérapeutiques (Chambon et Beal, 2015).

Ensuite, la question 10, traitant le type de interférences qu'on peut observer en SM, montre que les éclaircissements inutiles sont la première source de distractions en consultation (40 %), suivis par des omissions du discours (26,7 %) :

10. ¿Cuál cree que son las interferencias más habituales de un intérprete en este tipo de consulta?
15 respuestas

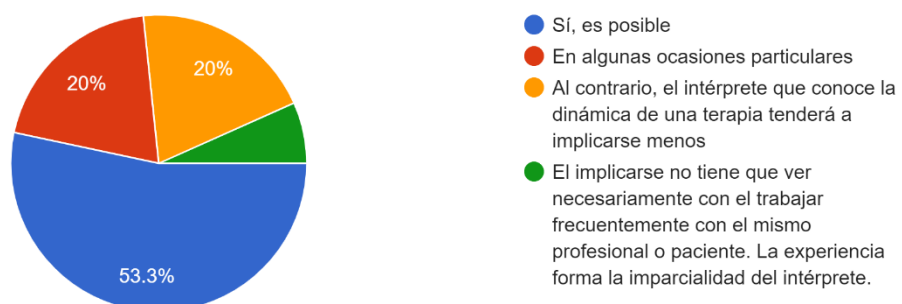


Graphique 10 : interférences du T&I (réalisé par Google Docs)

Ces résultats montrent qu'il existe un lien très étroit entre la nécessité d'avoir des éclaircissements culturels et la visibilité du T&I. Cependant, il convient de noter que les répondants octroient aussi une importance accrue au lieu physique qu'occupe le T&I (20 %) et au langage verbal non contrôlé (13,3 %), ce qui ouvre de nouvelles voies de recherche pour les études à venir.

Finalement, la question 11 est fondée sur l'hypothèse qui affirme que le T&I qui intervient régulièrement dans une même consultation peut avoir une tendance à s'impliquer émotionnellement dans la même. Les résultats suivants révèlent que 53,3 % des répondants estime que cette implication est possible lors des consultations à moyen ou long terme, tandis que seulement 20 % soutient que cela n'est pas vraiment possible en raison de l'expérience accrue du T&I :

11. Cuando un intérprete trabaja regularmente con el mismo paciente y el mismo profesional de la salud mental, ¿cree que el intérprete puede tender a implicarse emocionalmente más en la terapia?
15 respuestas



Graphique 11 : implication émotionnelle du T&I si régularité (réalisé par Google Docs)

Enfin, il est remarquable que 20 % des répondants pense qu'ils peuvent s'impliquer personnellement dans certains cas. Cependant, un autre participant à l'enquête approuve l'idée que l'expérience du T&I va lui accorder un plus haut degré d'impartialité.

7.3 Questionnaire pour psychologues

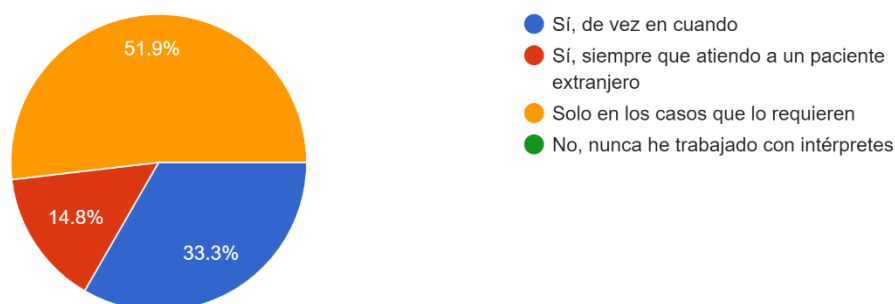
À l'instar du questionnaire qui a été adressé aux T&I, cette enquête a été conçue pour l'analyse des trois aspects suivants : les caractéristiques principales des psychologues ayant collaboré avec un T&I professionnel dans des consultes thérapeutiques, le degré de visibilité que les psychologues pensent que le T&I professionnel doit adopter, et les interférences qui peuvent se dériver d'une perte d'impartialité de la part du T&I.

Tout d'abord, on commence l'enquête en demandant aux répondants le poste exact qu'ils occupent. Il convient de rappeler que le type des professionnels spécialisés dans la SM peut varier entre psychologues, psychothérapeutes et psychiatres, plus spécialisés dans le domaine de la médecine. Cette différenciation est clé pour déterminer le type de contenu qui va être traité pendant l'entretien thérapeutique. Dans le cas particulier de cette étude, tous les répondants sont des psychologues cliniciens avec formation universitaire.

Ensuite, la question suivante se centre sur la fréquence avec laquelle ces psychologues font recours à un T&I professionnel. Les résultats obtenus dans le graphique 12 montrent que la moitié de répondants (51,9 %) collabore avec un T&I quand il est nécessaire, mais seulement 14,8 % y font recours régulièrement lors de la consultation avec des personnes parlant une autre langue. De plus, le graphique 12 révèle que 33,3 % travaille avec un T&I des temps en temps :

1. ¿Trabaja frecuentemente con intérpretes en consulta?

27 responses



Graphique 12 : fréquence collaboration avec un T&I (réalisé par Google Docs)

Ces résultats confirment la tendance montrée par quelques études que la collaboration professionnelle avec un T&I n'est pas toujours considérée nécessaire. Si bien on observe des répondants plus ouverts que d'autres (et tous ont fait au moins une fois recours à un T&I), on constate qu'il y a une grande subjectivité dans ces réponses, vu que la moitié des psychologues font recours à la présence d'un T&I dans le cas nécessaire et seulement un petit pourcentage y fait recours de manière régulière lors des consultations avec des personnes qui ne parlent pas l'espagnol. C'est pourquoi, on estime nécessaire de demander à ces professionnels, dans des études à venir, dans quel cas ils pensent que l'intervention d'un T&I n'est pas indispensable.

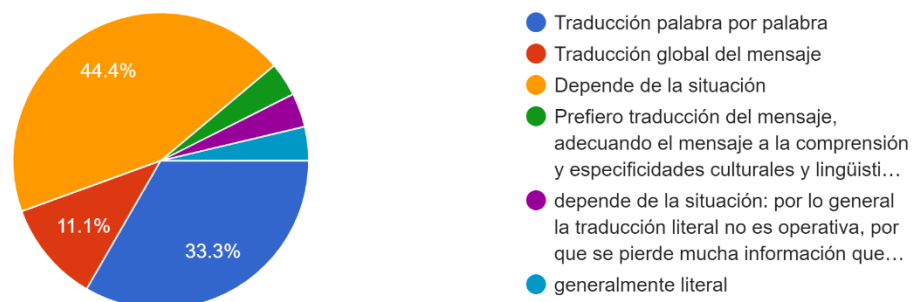
7.3.1 Visibilité du T&I

Pour ce qui est de la section de questions suivante, on peut observer qu’il existe une légère tendance des participants à cette enquête à vouloir limiter l’intervention du T&I.

En ce qui concerne, la question 2 de ce formulaire, les résultats donnent que 44,4 % de répondants ne semble pas privilégier ni la traduction littérale, ni la traduction globale. Cependant, un petit pourcentage des psychologues (33,3 %) se montre favorables à la traduction “mot à mot”. Comme on peut constater dans le graphique 13, seulement 11,1 % des psychologues plaide pour la traduction globale du message:

2. ¿Si tuviera que elegir entre una traducción literal o una traducción de ideas, por cuál se decantaría?

27 responses



Graphique 13 : type de traduction en SM selon les psychologues (réalisé par Google Docs)

Ces résultats semblent indiquer qu’il n’existe pas de normes claires établissant un type de traduction dans les sessions thérapeutique. Néanmoins, on peut observer une certaine préférence des plusieurs psychologues pour la traduction littérale des messages. Seulement un répondant estime que la traduction littérale n’est normalement pas utile car il y a une perte d’information, même s’il signale que dans quelques cas elle peut servir pour traduire “frases concretas sobre su estado anímico, por ejemplo”.

Il est remarquable de noter que la préférence des psychologues par les traductions “mot à mot”, s’inscrit dans la tendance de ces professionnels de concevoir le T&I comme un simple passeur du message. Quoi qu’il en soit, on constate une diversité des opinions qui illustrent la vaste variété de profils des psychologues et des attentes envers l’actuation du T&I.

Ensuite, la question suivante traite sur les valeurs à respecter par le T&I en SM. Le graphique 14 montre que cette question a donné lieu à une diversité de réponses :

3. ¿Cuál debe ser la característica principal del discurso de un intérprete que trabaje en salud mental, según su opinión?

27 responses



Graphique 14 : principes à respecter par le T&I en SM (réalisé par Google Docs)

On constate qu'une majorité de psychologues (59,3 %) accorde la même importance au respect de la fidélité et de l'impartialité. Toutefois, dans les cas où un de ces principes est choisi, on constate que 18,5 % des répondants a sélectionné l'option "fidélité". Cette préférence révèle que les psychologues préfèrent le rôle d'un T&I en tant que simple traducteur, qu'un informateur culturel.

Or, les réponses à cette question sont nuancées par celles ajoutées dans la catégorie *otra*. Ainsi, deux répondants ont ajouté l'idée de neutralité dans les sens de passivité (voir section 1.2 *Hipótesis y objetivos*), et d'autres défendent le respect et la capacité de pas juger l'information comme des valeurs à respecter par le T&I. Également un autre psychologue souligne la nécessité du T&I d'avoir réalisé un développement personnel auparavant afin d'éviter l'alignement avec le patient :

[...] trabajo personal que facilite la no-interferencia de características/vivencias personales en la interpretación (proyecciones).

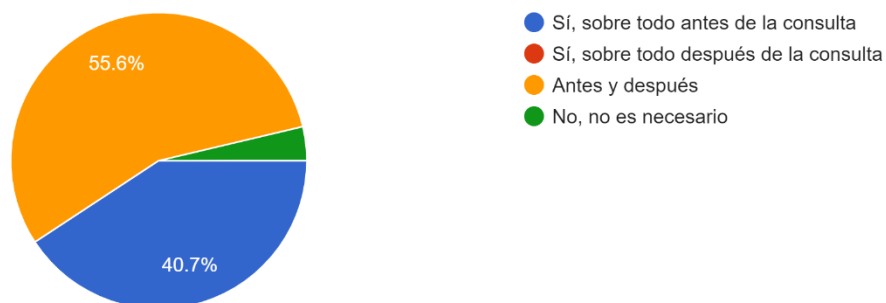
Ces réponses renforcent les idées d'experts plaçant pour une bonne santé mentale du T&I pour éviter se sentir touchés par les témoignages des patients (Valero-Garcés, 2006). Dans cette ligne, la suivante question se centre en vérifier si les psychologues sont conscients de l'importance de mettre en place des réunions avec les T&I en dehors des consultations (voir graphique 15).

Les résultats montrent que tous les répondants octroient une importance au déroulement de ces réunions. En effet, 55,6 % des répondants manifeste que ces rencontres professionnelles doivent avoir lieu avant et après la consultation. Également, 40,7 % des psychologues estime que ces réunions sont importantes avant la consultation tandis que seulement un répondant n'affirme qu'aucune de ces rencontres est nécessaire.

Toutefois, si bien les répondants se montrent favorables aux rencontres avec les T&I, il est important de souligner que la plupart de ces répondants préfère réaliser ces rencontres avant la consultation. Ce comportement semble s'inscrire dans le souci des psychologues des règles d'aspects techniques pour s'assurer le contrôle de la consultation, mais ils estiment moins important le fait d'aider au T&I à gérer ses émotions après. Dans cette ligne, on ne constate qu'aucun des répondants ne défend la mise en place de rencontres interprofessionnelles une fois la consultation terminée.

4. ¿Considera necesario tener una pequeña reunión con el intérprete antes y después de cada interpretación?

27 responses

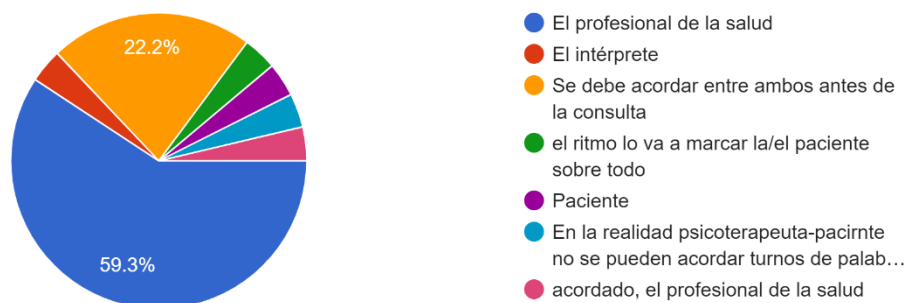


Graphique 15 : déroulement de réunions interprofessionnelles (réalisé par Google Docs)

En cuanto a los aspectos técnicos, cabe destacar que los resultados de la pregunta 5 (graphique 16) desvelan que una gran mayoría de los participantes considera que el profesional de la SM el encargado de coordinar el turno de palabra durante la sesión (59,3 %). Un 22,20 % cree que se debe gestionar entre ambos, y sólo un participante afirma que debe ser el T&I el encargado de gestionarlo. Además, cabe destacar que dos participantes piensan que será el paciente quien lo marque de forma natural y otro participante más está convencido de que no se puede acordar de antemano: “La expresión del usuario manda”.

5. ¿Quién cree que es el encargado de coordinar el turno de palabra en una consulta terapéutica?

27 responses



Graphique 16: gestion du tour de parole (réalisé par Google Docs)

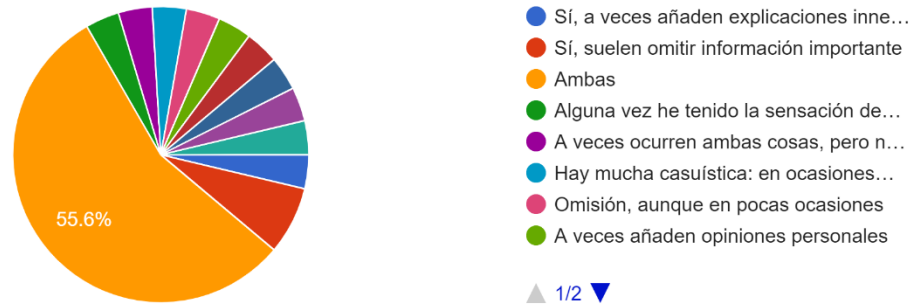
7.3.2 Interferencias para la imparcialidad en consulta

El siguiente bloque consta de cuatro preguntas mediante las cuales se pretende conocer las interferencias que se pueden derivar de la visibilidad del T&I y perjudicar su posición imparcial.

La primera de estas preguntas desvela que la mayoría de los psicólogos (55,6 %) ha observado que los T&I añaden u omiten información de vez en cuando (ver graphique 17).

6. ¿Ha tenido alguna vez la impresión de que el intérprete añadía u omitía información en su discurso?

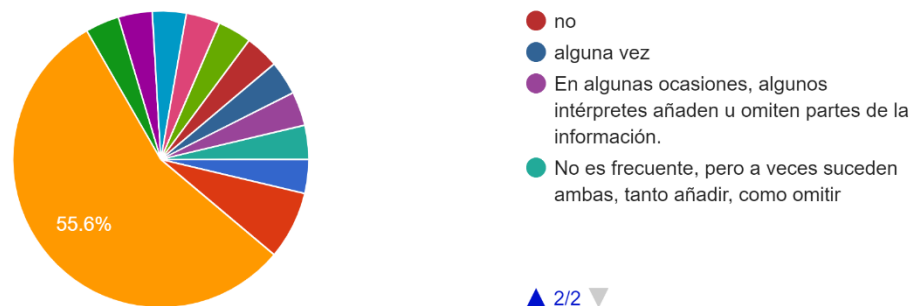
27 responses



Graphique 17 : information ajoutée ou omise (réalisé par Google Docs)

6. ¿Ha tenido alguna vez la impresión de que el intérprete añadía u omitía información en su discurso?

27 responses



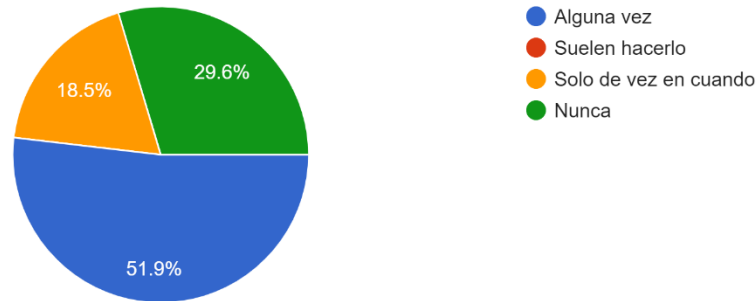
Graphique 17 : information ajoutée ou omise (réalisé par Google Docs)

El gráfico 18 muestra que los psicólogos suelen identificar varias interferencias en el discurso del T&I. Sólo un participante afirma que, aunque los T&I suelen añadir u omitir información importante, esto no suele ocurrir frecuentemente. Cabe destacar la opinión de uno de los participantes que afirma que estas interferencias se pueden evitar cuando se trabaja con un mismo T&I a largo plazo. Así, este profesional sostiene que pide a los T&I “que me hagan el encuadre que crean necesario sobre todo al finalizar la consulta, para evitar entrar a debates largos durante la entrevista con la/el paciente”. Esta respuesta iría en la dirección de apoyar las reuniones con los T&I para realizar un mejor ajuste profesional, que no afecte a la imparcialidad de estos durante la terapia.

En cuanto a otro tipo de interferencias que pueden tener lugar en una sesión terapéutica, el cuestionario realiza la pregunta 7, en la que se pretende analizar si una posible implicación emocional del T&I puede llevarle a evitar traducir algún contenido del discurso, y, por tanto, no ser completamente imparcial.

7. ¿Ha observado que el intérprete haya evitado en algún momento interpretar partes del discurso que le pudieran afectar personalmente?

27 responses



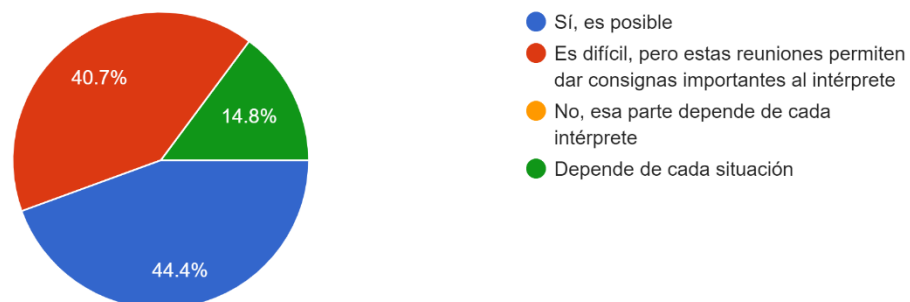
Graphique 18 : degré de partialité du T&I (réalisé par Google Docs)

El resultado de los datos correspondientes a esta cuestión muestra que gran parte de los psicólogos piensa que los T&I no han traducido “alguna vez” partes del discurso que les puede afectar (51,9 %) o lo han hecho “sólo de vez en cuando” (18,5 %). Sólo el 29,6 % de los participantes piensa que los T&I no dejan de traducir contenido por poderles afectar emocionalmente. No obstante, cabe destacar que ningún participante ha afirmado que estas interferencias por parte de los T&I suelen producirse de manera frecuente, lo que muestra que la percepción de los psicólogos sobre la imparcialidad del T&I no es negativa en su conjunto.

A continuación, la pregunta 8 (ver *graphique 19*) quiere averiguar si en el caso de que el T&I pudiera sentirse implicado emocionalmente, el psicólogo podría ayudar a este a gestionar sus emociones mediante la realización de encuentros antes o después de las sesiones. Los resultados demuestran que los psicólogos se muestran optimistas en cuanto a este problema: el 44,4 % de los participantes afirma que dichos encuentros sí pueden servir para minimizar las consecuencias de una posible implicación emocional del T&I, y el 40,7 % piensa que es difícil gestionar este aspecto durante la realización de reuniones antes y después de la consulta, pero que estas “permiten dar consignas importantes al [T&I]”.

8. ¿Cree que es posible gestionar la implicación emocional del intérprete mediante una reunión anterior y otra posterior a la consulta?

27 responses

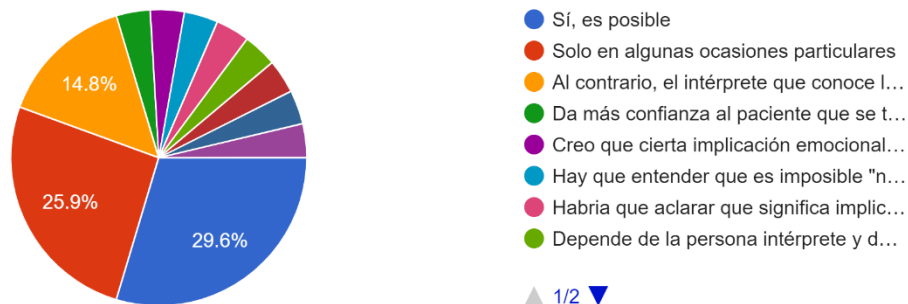


Graphique 19 : déroulement de réunions interprofessionnelles selon psychologues (réalisé par Google Docs)

Finalmente, el cuestionario añade la pregunta equivalente a la cuestión 11 del cuestionario dirigido a los T&I (ver *graphique 20*).

9. ¿Piensa que, si recurre con regularidad al mismo intérprete para tratar al mismo paciente, será más fácil que el intérprete acabe implicándose emocionalmente en la terapia?

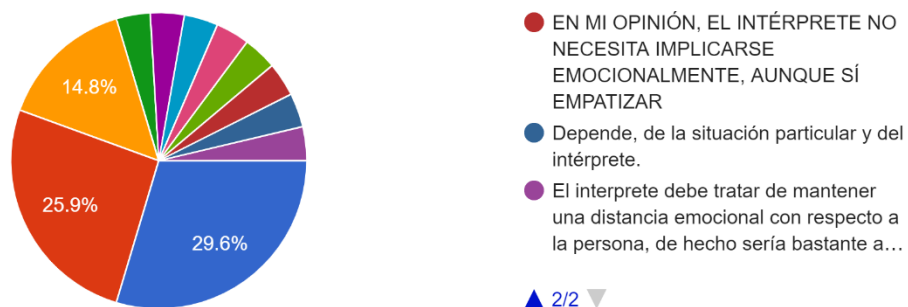
27 responses



Graphique 20 : possible implication émotionnelle du T&I si régularité (réalisé par Google Docs)

9. ¿Piensas que, si recurre con regularidad al mismo intérprete para tratar al mismo paciente, será más fácil que el intérprete acabe implicándose emocionalmente en la terapia?

27 responses



Graphique 20 : possible implication émotionnelle du T&I si régularité (réalisé par Google Docs)

El gráfico 21 muestra que los psicólogos no piensan de manera unánime que la intervención de un mismo T&I en las sesiones terapéuticas puedan hacerle implicarse emocionalmente y perder su posición imparcial. Así, se observa que un 29,6 % de los encuestados piensa que esta implicación por parte del T&I podría ocurrir frente a un 25,9 % cree que esto podría ocurrir sólo de vez en cuando. Sin embargo, el 14,8 % de los encuestados piensa lo contrario: que cuanto más acostumbrado está un T&I a trabajar en una consulta, mayor dominio tendrá de la gestión de sus emociones al conocer la “dinámica de la terapia”.

La categoría “otra” añade una diversidad de opiniones que hacen alusión a la importancia de habilidades extralingüísticas y psicosociales del T&I. Así, por un lado, uno de los participantes afirma:

“El intérprete debe tratar de mantener una distancia emocional con respecto a la persona, de hecho, sería bastante adecuado que contase con habilidades de control emocional en determinadas situaciones que pudieran darse dentro de una intervención de estas características”.

Por otro lado, 2 participantes más añaden:

Da más confianza al paciente que se trabaje con la misma persona, si conectan bien”.

Para el paciente es importante mantener un mismo interprete, en general eso da seguridad e "interfiere" menos que si cada sesión hay un intérprete [sic] diferente. Es importante para el proceso terapéutico un encuadre claro y estable, no para que el intérprete [sic] no se implique, sino para que la dinámica que se genera sea "estable" y poder controlar al máximo esta "interferencia" (interferencia puede ser positiva si el intérprete [sic] facilita la comunicación, y negativa si el intérprete [sic] juzga al paciente, lo invalida verbal o no verbalmente, etc.).

Cabe destacar que el último de estos 2 participantes además añade:

Hay que entender que es imposible "no implicarse nada" emocionalmente. ser aséptico totalmente. Es importante el trabajo personal de autoconocimiento del interprete para que se dé [sic] cuenta de qué dificultades tiene con según que temáticas.

En esta línea, otro encuestado reconoce:

Creo que cierta implicación emocional no sólo es inevitable, sino necesaria en tratamientos de largo recorrido. Siempre dentro de un marco de profesionalidad.

Un último encuestado que piensa:

En mi opinión, el intérprete no necesita implicarse emocionalmente, aunque sí empatizar hay que diferenciar entre implicación y empatía.

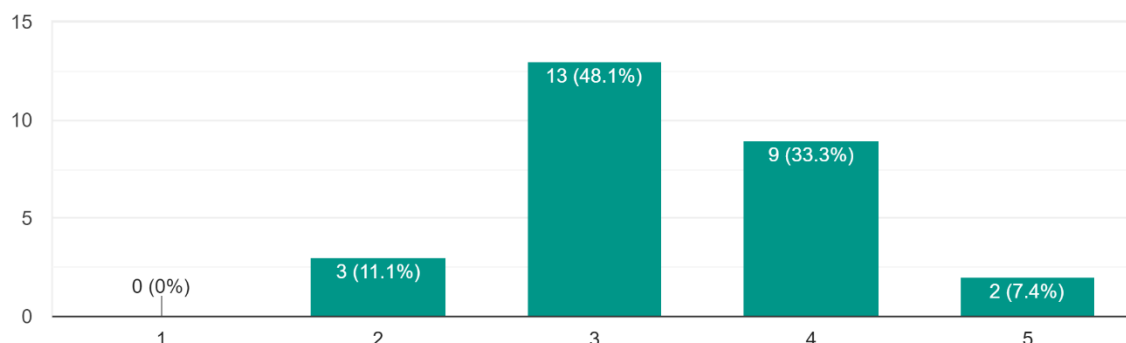
Estas respuestas muestran la ambivalencia del concepto “implicación emocional”, idea que coincide con la opinión de uno de los encuestados. Este aspecto pone en evidencia la delgada línea que existe entre la “empatía” del T&I y su posible implicación. Como muestra el ejemplo narrado por Sales en el apartado 6.2.1 “Visibilidad”, la empatía puede llevar al T&I a tomar decisiones que le conviertan en acompañante del paciente fuera de la terapia, lo que puede suponer cruzar una línea roja vetada por muchos profesionales y códigos deontológicos de la profesión del T&I en los SP. Sin embargo, dada la cantidad limitada de la muestra de este estudio, se necesitan futuros trabajos realizados a amplia escala para poder afirmar que la participación del mismo T&I en una terapia podría ir en detrimento de la imparcialidad de este.

Según los datos analizados aquí, las opiniones son muy variadas, e incluso se contradicen. Mientras que algunos participantes mantienen que el T&I debe mantener una distancia emocional con el paciente, otros piensan que debe implicarse más para crear un clima de confianza que minimice las interferencias negativas en la terapia.

Por último, el presente cuestionario pedía a los participantes que evaluaran el grado de imparcialidad de los T&I con los que trabajan para poder completar este análisis. El resultado de este análisis lo ilustra el siguiente gráfico:

10. Por favor, valore en una escala progresiva de 1 a 5 la actuación general de los intérpretes en salud mental en cuanto a su imparcialidad, según su experiencia

27 responses



Graphique 21 : évaluation impartialité du T&I en SM (réalisé par Google Docs)

Según el gráfico 10, el 48,10 % de los participantes se muestra indiferente a la hora de valorar la imparcialidad del T&I. Este alto porcentaje se compensa ligeramente con el 33 % de los encuestados que piensan que los T&I son imparciales y el 7,4 que estiman que son “completamente imparciales”. Si bien estos datos desvelan que aún queda mucho por hacer para el reconocimiento del papel del T&I en SM, se observa que la mayoría de los psicólogos se muestran abiertos a trabajar con este y valoran su presencia positivamente. Además, el análisis de los datos de la encuesta dirigida a los profesionales de la SM revela que estos creen necesaria la intervención del T&I a largo plazo porque es buena para el paciente y se muestran optimistas frente a la colaboración con este profesional para minimizar las interferencias que puedan poner en entredicho la imparcialidad de dicho T&I en la consulta. De hecho, el gráfico anterior muestra que sólo un 11,1 % de los encuestados en este estudio piensan que el T&I no es imparcial en las consultas terapéuticas.

7.4 Valoración de la imparcialidad del T&I en la consulta terapéutica

Una vez que los participantes han respondido a los cuestionarios, se procede a cortejar los datos obtenidos para ambas encuestas a través de la plataforma de Google Docs. En general, los resultados se percibe una ligera diferencia de percepción entre los T&I y los psicólogos en cuanto al papel imparcial del primero en SM. Sin embargo, estas diferencias no parecen ser tan claras como las que mostraban antiguos trabajos, que mostraban las grandes dificultades para que psicólogo/psiquiatra tuvieran un ajuste profesional óptimo. Así, como Goguikian *et al.* (2017) afirman, el factor que más influye en el grado de visibilidad del T&I es el número de veces que este y el profesional de la SM han trabajado juntos. En el caso de este estudio, cabe destacar que este factor puede haber desempeñado un papel importante puesto que T&I y psicólogos encuestados trabajan dentro de la misma organización, el CEAR.

Este buen ajuste interprofesional puede explicar que la frecuencia con la que psicólogos y T&I trabajan juntos haya obtenido porcentajes parecidos en este estudio:

Frecuencia colaboración	
T&I	Psicólogos
53,3 % de vez en cuando	51,9 % sólo en los casos que lo requiera
20 % nunca	33,3 % de vez en cuando
3 encuestados: suelen en otros ámbitos	14,8 % siempre con extranjeros

Tabla 1: frecuencia colaboración interprofesional (elaboración propia)

La tabla 1 muestra que la mayoría de las colaboraciones entre T&I y psicólogos se produce de vez en cuando. Sin embargo, los datos parecen indicar que los psicólogos están más acostumbrados a trabajar con los T&I que al revés; ningún psicólogo ha afirmado no haber colaborado nunca con un T&I, si bien cabría analizar si el 51,9 % de los encuestados que declara haber recurrido T&I en los casos necesarios lo hacen siempre que trabajan con pacientes que no hablen español.

Percepción de la necesidad de imparcialidad del T&I	
T&I	Psicólogos
86,7 % ambas por igual	59,3 % ambas por igual
1 encuestado: fidelidad	18,5 % fidelidad
0 % imparcialidad	11,10 % imparcialidad
1 encuestado: empatía	1 encuestado: respeto/no juzgar

Tabla 2: principios del T&I en SM (elaboración propia)

La tabla 2 revela una ligera diferencia de expectativas entre los T&I y los psicólogos en cuanto a la importancia que tiene el papel imparcial del T&I en una consulta terapéutica. Así, se puede observar que el número de psicólogos que piensa que el principio de imparcialidad es tan importante como el de mantenerse fiel al contenido del discurso es ligeramente inferior al de los T&I (59,6 % frente a un 86,7 % de T&I). No obstante, cabe destacar que la cifra de psicólogos que defienden el respeto a la fidelidad de las traducciones por delante de la imparcialidad es superior a la de los T&I (18,5 % frente a 1 T&I).

Este resultado podría indicar que los psicólogos prefieren limitar las actuaciones de los T&I, de manera que transmitan los mensajes de manera íntegra y sin realizar muchas aclaraciones. No obstante, hay que tener en cuenta que la muestra de encuestados que han participado en esta investigación ha sido limitada en número.

Tipo de traducción privilegiada	
T&I	Psicólogos
66,7 % depende	44,4 % depende
13,3 % palabra por palabra	33,3 % palabra por palabra
13,3 % global	11,1 % global
1 encuestado: <i>chuchotage</i>	1 encuestado: literal

Tabla 3: tipo de traducción más adecuada (elaboración propia)

En la tabla 3, los datos revelan una preferencia de los psicólogos por la traducción literal en la consulta terapéutica. Este dato indica que, probablemente, los psicólogos quieren de nuevo limitar el nivel de intervención de los T&I por miedo a perder información importante del discurso del paciente, o el control de la interacción terapéutica.

Sin embargo, los T&I no parecen tener una preferencia clara por un tipo de traducción determinado. Sólo uno de los encuestados a utilizado la categoría “otra” para proponer la modalidad del *chuchotage*, elección que refuerza la idea del T&I invisible. Ya que en esta modalidad de interpretación el T&I interpreta el discurso al mismo tiempo que el interlocutor habla, no daría lugar a debatir su margen de actuación. En el futuro sería interesante realizar otros estudios de investigación que indaguen en las modalidades de interpretación adecuadas para las consultas terapéuticas.

Importancia concedida a reunión antes/después	
T&I	Psicólogos
73,3 % sí, antes	40,7 % sí, antes
20 % antes y después	55,6 % antes y después
0 % después	0 % después
1 encuestado: no es necesario	1 participante: no es necesario

Tabla 4: reuniones con el T&I (elaboración propia)

De la tabla 4 se desprende el gran interés que muestran ambos grupos por realizar encuentros interprofesionales antes de la consulta. Sobre todo, se destaca la importancia de realizar un encuentro antes de la consulta, si bien el porcentaje de T&I que resalta la necesidad de llevar a cabo esta reunión es superior al de los psicólogos (73,3 % frente al 40,7 %).

Gestión turno palabra	
T&I	Psicólogos
60 % psicólogo	59,3 % psicólogo
33,3 % se debe acordar	22,2 % se debe acordar
0 % T&I	1 encuestado: T&I
1 encuestado: se puede acordar si no sale natural	2 encuestados: paciente
	1 encuestado: expresión paciente

Tabla 5: gestión turno de palabra (elaboración propia)

Ambos grupos de profesionales coinciden en otorgarle al profesional de la SM la gestión de los turnos de palabra. Estos resultados contrastan con las investigaciones realizadas en el campo de la TISP, que acuerdan la gestión de la dinámica comunicacional al T&I.

En el caso de que no sea este profesional el que coordine este aspecto, tantos los encuestados del primer grupo como los del segundo creen que esta decisión se debe tomar conjuntamente antes del desarrollo de la consulta.

Cabe destacar que un pequeño porcentaje de psicólogos otorgan al paciente la gestión del turno de palabra. Este aspecto merece un estudio detallado en el futuro en el que se pueda contar un número superior de profesionales de la SM que estén de acuerdo con dicha idea, ya que ninguno de los trabajos analizados para la realización del presente estudio ha abordado aún este punto de vista.

Aclaraciones u omisiones	
T&I	Psicólogos
40 % aclaraciones	55,6 % ambas
26,7 % omisiones	4 encuestados: omisiones
20 % lugar donde se sienta el T&I	1 encuestado: aclaraciones innecesarias
13,3 % lenguaje verbal no controlado	1 encuestado: opiniones personales

Tabla 6: aclaraciones u omisiones (elaboración propia)

En cuanto a las posibles aclaraciones u omisiones que pueda realizar el T&I, los datos de la tabla 6 reflejan que un porcentaje importante de los encuestados de ambos grupos piensan que éstas ocurren frecuentemente. No obstante, cabe destacar que el número de psicólogos que afirman esta idea es superior al de los T&I (alrededor de un 55,6 % frente a un 46,7 % de T&I).

Nivel imparcialidad	
T&I	Psicólogos
73,3 % nunca	51,9 % alguna vez
13,3 % paciente a veces	18,5 % sólo de vez en cuando
13,3 % a los dos	29,6 % nunca
	0 % suelen hacerlo

Tabla 7: parcialidad del T&I con alguna de las partes (elaboración propia)

La tabla 7 es reveladora de la diferencia de percepción que tienen ambos grupos profesionales del respecto a la posición imparcial del T&I en una consulta terapéutica. En efecto, el número de T&I que piensa que nunca han sido parciales con ninguna de las dos partes en una consulta de este tipo es mayor (73,3 %) del número de psicólogos que afirma que el T&I deja de traducir alguna vez partes del discurso que le afecten emocionalmente (51,9 %).

Implicación si regularidad	
T&I	Psicólogos
53,3 % sí, es posible	29,6 % sí, es posible
20 % a veces	25,9 % sólo en algunas ocasiones
20 % no, al contrario	14,8 % no, al contrario
1 encuestado: experiencia=imparcialidad del T&I	2 encuestados: depende del T&I. (comunicación con T&I /situación del T&I)

Tabla 8: implicación del T&I si regularidad (elaboración propia)

Finalmente, la tabla 8 muestra que los T&I temen una implicación emocional en las terapias que se llevan a cabo a largo plazo, más que los psicólogos. Así, el número de T&I que piensan que pueden implicarse si trabajan regularmente en una terapia es mayor que el de los psicólogos que afirman lo mismo (53,3 % frente al 29,6 % de psicólogos).

Cabe resaltar que un pequeño porcentaje de T&I y de psicólogos estiman que, si un T&I interviene regularmente en la misma consulta terapéutica, este conocerá mejor la dinámica de la terapia y tenderá a implicarse menos.

8. Conclusiones

En este trabajo de investigación ha quedado reflejado una vez más las dificultades a las que se enfrenta el T&I en las consultas de SM. Como ha quedado expuesto en el marco teórico de este estudio, la mayor dificultad radica en definir bien el lugar que este debe ocupar en la consulta terapéutica. Este lugar depende de varios factores, como el enfoque terapéutico que adopte el profesional de la SM y la ausencia de pautas comunes que guíen la práctica del T&I en SM.

Como consecuencia de la falta de normas homogéneas orientadas a la interpretación en esta área de la salud, se superponen una serie de prácticas aleatorias que confunden tanto a los profesionales de la SM como a los propios T&I. Así, se observa que en la práctica coexisten la idea de un T&I “invisible”, que se limita a transmitir literalmente el mensaje con un nuevo perfil de T&I “visible” más implicado, si bien existen varios grados de implicación.

No obstante, para que estas funciones puedan ser claramente delimitadas habría que encontrar un punto de equilibrio entre estas posturas psicoterapéuticas y las diferentes posturas que guían el trabajo del T&I en los SP.

Se sabe que el concepto de enfermedad cobra una significación diferente en cada cultura y contexto social. Sin embargo, estas diferencias son más acuciantes en SM (Valero-Garcés, 2002), donde el concepto de “estado mental patológico” viene determinado por la “incidencia [del mismo] en el comportamiento social” (Raga, *et al.*, 2014).

En este contexto, la necesidad de “contextualización cultural” en la consulta terapéutica pondrá al T&I en el punto de mira de sus interlocutores. En este sentido, la visibilidad que

necesariamente va a adquirir dicho T&I en SM podrá tener un impacto directo en la calidad del tratamiento que reciba el paciente. Como afirman algunos autores, las consecuencias de dicha visibilidad debe ser objeto de estudio al ser susceptible de influir negativamente sobre el grado de imparcialidad que adopte el T&I.

Asimismo, el papel destacable que desempeña el T&I en SM contrasta con la percepción negativa que muchos profesionales de la SM tienen del trabajo de este. En consecuencia, varios autores insisten en que los T&I y los psicólogos/psiquiatras reciban una formación adecuada para trabajar juntos. Así, ambas figuras podrán contribuir a crear un clima de confianza en la consulta terapéutica, en el que las expectativas de ambos profesionales estarían en sintonía. De este modo, un buen nivel de colaboración entre los psicoterapeutas y los T&I podrá garantizar un grado óptimo de imparcialidad del T&I.

En esta línea, los T&I que trabajen en SM, deberán adquirir habilidades psicosociales, como la gestión de la empatía, sobre todo en estos casos de pacientes que han vivido experiencias que pueden ser difíciles o traumáticas. Si bien en psicoterapia el T&I debe ser empático para garantizar que el paciente se siente comprendido en la terapia (Davis, 2009), la gestión de dicha empatía será una herramienta que ayude a dicho T&I a regular su implicación personal con el paciente.

Por otro lado, la elaboración de un código específico para la TISP en SM será a su vez fundamental para que el T&I que intervenga en las consultas terapéuticas pueda atenerse a unas pautas comunes garantes de su posición imparcial. En la actualidad los códigos que regulan la práctica del T&I en los servicios sanitarios recomiendan limitar su intervención, pero el gran margen que dichas normas dejan al criterio personal de cada profesional hace que algunos T&I adopten posiciones más activas que otros, o que, en la misma consulta, su presencia sea más notable en ciertos momentos, con el riesgo que este factor supone para la visibilidad de dichos T&I.

Los resultados del presente trabajo de investigación han puesto en evidencia las numerosas interferencias que puede causar un comportamiento erróneo del T&I en SM. Puesto que la muestra de participantes de este estudio ha sido reducida por falta de tiempo y recursos, se necesitarían realizar futuros estudios que confirmen que las interferencias del T&I pueden llevar a una pérdida de imparcialidad a largo plazo. No obstante, los datos de este trabajo revelan que tanto los psicólogos como los T&I creen que la intervención de un mismo T&I en una consulta terapéutica pueden llevar a que este se sienta implicado a nivel emocional, creando interferencias que perjudiquen su posición imparcial. Esta puede ser la razón por la que los psicólogos parecen querer limitar la visibilidad del T&I al concebir esta figura más como un traductor que un informador cultural. De la misma manera las respuestas de los T&I muestran una tendencia a querer limitar su acción y respetar el principio de fidelidad, ante todo.

Asimismo, los resultados de las encuestas ponen en evidencia la reticencia de muchos T&I a mostrarse “neutrales”. Buena muestra de ello es la alta percepción que estos tienen de su imparcialidad en la terapia.

No obstante, la hipótesis de este trabajo de investigación no puede ser confirmada completamente puesto que el número de T&I encuestados ha sido limitado y además los resultados obtenidos no parecen indicar que estos colaboren a con mucha frecuencia en las mismas terapias. Por lo tanto, se necesitaría la elaboración de futuros trabajos que pudieran evaluar la tendencia con la que los T&I podrían implicarse a lo largo del tiempo.

8.1 Limitaciones de este estudio

Como ha quedado expuesto anteriormente, el alcance de este trabajo de investigación tiene un carácter limitado. Varias son las razones que contribuyen al alcance reducido del presente trabajo.

En primer lugar, cabe recordar que la especialización del área de la SM para los T&I está aún lejos de alcanzarse. La gran estigmatización que sufren los trastornos y enfermedades mentales contribuye sin duda al hermetismo de esta área de la salud. En este contexto no es raro que la intervención de agentes externos en las consultas psicológicas o de psiquiatría esté muy limitada.

En segundo lugar, cabe destacar la gran carencia de estudios empíricos que puedan avalar la actuación del T&I en SM. Esta ausencia de estudios impide que se pueda analizar la conducta de cada profesional en consulta, y por tanto, no se pueden hacer estimaciones que se aproximen a las prácticas reales de una mayoría de T&I.

Asimismo, la colaboración entre profesionales de la SM y T&I es aún muy escasa y se da en lugares muy reducidos, como pequeñas asociaciones u ONG.

Por último, y quizás como consecuencia de los puntos anteriores, los profesionales de la SM y los T&I no parecen tener claro la delimitación de sus funciones en áreas, como la gestión del turno de palabra en la consulta.

Además, ambos grupos se quejan de la falta de formación de sus colegas para trabajar en el ámbito de la SM, o bien para trabajar con T&I en el caso de los profesionales de la SM.

Estos factores han hecho que la muestra de representantes de cada grupo sea reducida. Si bien, los datos obtenidos en este trabajo reflejan una tendencia a colaborar entre ambos grupos, se necesita más sensibilización general sobre el trabajo del T&I en SM, así como del trabajo que realizan los propios profesionales de la SM.

Références bibliographiques

Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Uises). *Zerbitzuan. Revista de servicios sociales*, p. 163-171.

Achotegui, J., y Jayme, M. (2016). El reto de trabajar la relación terapéutica extendida y la transferencia negativa con inmigrantes, minorías y excluidos sociales. *Clínica contemporánea*, 7(2).

Angelelli, C. (2003). The interpersonal role of the interpreter in cross-cultural communication: A survey of conference, court and medical interpreters in the US, Canada and Mexico. *Critical Link 3* (p. 15-26). John Benjamins.

Baixauli, L. (2014). Los códigos hablan... pero nosotros decidimos. Aportaciones a la práctica de la MILICS desde la deontología profesional. En G. CRIT, *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario* (p. 13-49). Granada: Comares.

Bélanger, D. (2003). Les différents figures d'interprétation de dialogue. *Critical Link 3* (p. 51-66). Amsterdam: John Benjamins.

Benhaddou, E., y Ortigosa, D. (2011). El impacto emocional de los relatos negativos en los intérpretes. En Valero Garcés, C. *Traducción e interpretación en los servicios públicos en un mundo interconectado* (p. 20-30).

Bot, H. (2003). The Myth of the Uninvolved Interpreter Interpreting in Mental Health and the Development of a Three-Person Psychology. *The Critical Link 3*. Montréal, Quebec.

Bot, H. (2005). Dialogue interpreting in mental health. Rodopi.

Chambon, N., et Beal, A. (2015). Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes. *Rhizome*, 55(1), p. 9-19.

Collados, A. F. (2001). La interpretación bilateral: características, situaciones comunicativas y modalidades. En Á. y. Collados Aís, *Manual de interpretación bilateral* (p. 61-77). Granada: Comares.

Comunidad de Madrid. (2017). *Plan Estratégico de Salud Mental*. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

Davis, J. (2009). L'intérêt des interprètes dans l'entretien clinique en psychologie. *Empan*, p. 167-172.

Delizze, A. (2015). L'interprétariat en milieu social : une expertise en péril. *Cahiers internationaux de symbolisme*.

Elghezouani, A. (2010). Modélisation des pratiques psychothérapeutiques avec des migrants allophones. *Psychothérapies*, p. 15-24.

Fleury, F. et Fierro, I. (2009). La médiation linguistique et culturelle, une nécessité. *Appartenances*.

Gile, D. (1995). Basic Concepts and Models for Interpreter and Translator Training. Amsterdam/Filadelfia: John Benjamins.

Goguikian, B. (2010a). Différences culturelles fondamentales et exercice de la psychothérapie avec un interprète. En N. et Carignan, *Les faces cachées de la recherche interculturelle* (p. 78-96). Paris: L'Harmattan.

Goguikian, B. (2010b). Du bon usage de l'interprète, entre neutralité et implication émotionnelle. *Cahiers de l'ILSL* (28), p. 39-56.

Goguikian, B., et Pereira, C. (2019). L'alliance thérapeutique triadique dans une psychotérapie avec un interprète: un concept en quête de validation. *Pratiques psychologiques*, p. 63-77.

Goguikian, B., et Suardi, F. (2006). L'interprète dans une consultation thérapeutique: conceptions de son rôle et difficultés éprouvées. *Psychothérapies*, p. 37-49.

Goguikian, B., Pereira, C., et Fierro, I. (2017). L'évaluation de la collaboration entre interprètes et intervenants primaires dans différents services publics. *Dragoman Journal of translation studies*, 5(7), p.164-189.

Haute Autorité de Santé . (2017). *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé*. Saint-Denis La Plaine Cedex: HAS.

Heritage, J. (2005). Conversation Analysis and Institutional Talk. En *Qualitative Research: Theory, Method and Practice* (págs. 161-182). Londres: David Silverman.

<https://www.cear.es/conocenos>. Récupéré le 27 juin 2020 de <https://www.cear.es/>
<https://www.cear.es/>

IOM. (2019). *Glossary on migration*. Récupéré de <https://www.iom.int>:
https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf

Jalbert, M. (1998). Travailler avec un interprète en consultation psychiatrique. *P.R.I.S.M.E.* (8), p. 94-111.

Lara, A. (2019). Perspectiva de atención psicoterapéutica a personas en situación de refugio. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 27(55). Récupéré le 5 juin 2019 de <http://dx.doi.org/10.1590/1980-85852503880005507>

Martin, A. (2002). Los límites difusos del papel del intérprete social en España. *Traducción e interpretación en los servicios públicos: nuevas necesidades para nuevas realidades* (p. 55-60). Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá.

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. (2012). *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015*. France: Direction générale de la santé (DGS).

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Madrid.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). *Encuesta Nacional de Salud ENSE*.

OIM. (2017). *World Migration Report 2018*. Ginebra: Organización Internacional de las Migraciones.

OMC. (2011). https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf. Récupéré le 27 de juin 2020 de www.icomem.es.

OMS. (2001). Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.

OMS. (27 de noviembre de 2019). *Constitución*. Récupéré le 27 juin 2020 de <https://www.who.int/es>: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>

ONU. (2016). Santé publique et santé mentale des migrants et réfugiés : examen des bases factuelles sur les soins de santé mentale pour réfugiés, demandeurs d'asile et migrants en situation irrégulière dans la Région européenne de l'OMS. Organisation des Nations Unies. Récupéré le 29 de juin 2020 de www.euro.who.int

Organización Internacional para las Migraciones. (2019). *Glossary on Migration*. Ginebra: OIM.

Phelan, M. (2001). *The Interpreter's Ressource*. Great Britain: Cromwell Press Ltd.

Raga, F. (2014). Etnopsiquiatría como mediación intercultural. *Panacea*, p. 290-300.

Raga, F., González, E., y Baouchi, H. (2014). Mediación interlingüística e intercultural en salud mental. En G. CRIT, *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*. España.

Sales, D. (2014). La visibilidad de la MILICS: La delgada línea roja de la imparcialidad. En G. CRIT, *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*. Granada: Comares.

Semergen. (2016). Promoción de la salud: promoción de la salud mental. Health promotion: Mental health promotion. *Medicina de familia SEMERGEN*, p. 73-74.

- Serna, G. (2015). Les migrants: le syndrome d'Ulysse. *Analecta Política*, p. 143-168.
- Sociedad de Psiquiatría de Madrid. (2018). Libro Blanco de la Atención a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid. Madrid.
- Valero-Garcés, C. (2002). Traducir de y para los que llegan: una incipiente realidad. En Valero-Garcés, C. y Mancho-Barés, G. *Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos. Nuevas necesidades para nuevas realidades*. (p. 61-70). Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá.
- Valero-Garcés, C. (2003). Responding to Communication Needs: Current Issues and Challenges in Community Interpreting and Translating in Spain. *The Critical Link 3 - Interpreters in the Community* (p. 177-192). Montréal, Quebec: Benjamins Translation Library.
- Valero-Garcés, C. (2005). El papel del intérprete desde una perspectiva multidisciplinar. II AETI. Actas del II Congreso Internacional de la Asociación Ibérica de Estudios de Traducción e Interpretación, p. 450-463.
- Valero-Garcés, C. (2006). El impacto psicológico y emocional en los intérpretes y traductores de los servicios públicos. *Quaderns: Revista de traducció* 13, p. 141-154.
- Valero-Garcés, C., y Cata, L. (2006). Acción y voluntariado. Las ONG y los servicios de traducción e interpretación. *Revista española de lingüística aplicada (RESLA)*, págs. 49-60.
- Valero-Garcés, C., y Mancho Barés, G. (2002). Nuevas necesidades para nuevas realidades en la comunicación intercultural. Traducción e interpretación en los servicios públicos. *Publicaciones de la Universidad*, p. 15-25.
- Wittchen, H., et al. (2011). *The size and burden of mental disorders and other*. European Neuropsychopharmacology.
- Zapata-Serna, G. (2015, janvier-june). Les migrants: le syndrome d'Ulysse. *Analecta política*, 5(8), 143-168. Récupéré le june 5 2019 de revistas.upb.edu.co

Liste des annexes

- 1- Capture d'écran CEAR 2018
- 2- Brochure informative sur l'ONG *Salud entre Culturas*
- 3- Brochure informative sur l'association Appartenances Suisse

NUESTRO TRABAJO EN 2018



234.710
actuaciones



31.998
personas atendidas



37% Intervención social y psicológica

30% Acogida

16% Atención jurídica

12% Formación y empleo

5% Traducción e interpretación



14% menores acompañados

52% 18-34 años

25% 35-49 años

7% 50 o más



150 Acciones de incidencia y campañas para que se garanticen los derechos de las personas refugiadas



40% mujeres

60% hombres



78% solicitantes de asilo

1% apátridas

20% migrantes en situación de especial vulnerabilidad

120
nacionalidades



📍 Venezuela (23%)

📍 Colombia (9%)

📍 Marruecos (5%)

📍 Ucrania (5%)

📍 Guinea Conakry (5%)

📍 Palestina (4%)

📍 Malí (4%)

📍 Siria (4%)

📍 Nicaragua (3%)

📍 Honduras (3%)

Disponible sur : <https://www.cear.es/conocenos>

¿Eres profesional sanitario y quieres mejorar la comunicación con tus pacientes?

La mediación intercultural facilita la comunicación, el entendimiento y el acercamiento entre personas de diferentes culturas, religiones y etnias.

Con la mediación intercultural en el ámbito sanitario se resuelven los conflictos, dudas o malentendidos que puedan surgir entre profesionales y pacientes.

Para superar estas situaciones y ofrecer una mejor atención sanitaria, puedes solicitar el apoyo de nuestros mediadores interculturales, especializados en:

África Subsahariana
Magreb
América Latina
Europa del Este
Asia

¿Qué es

Salud Entre Culturas?



Salud Entre Culturas es un equipo multidisciplinar que desarrolla proyectos en el ámbito de la promoción de la salud con población autóctona e inmigrante en todo el territorio español.

Forma parte de la Asociación para el Estudio de las Enfermedades Infecciosas (AEEI), organización sin ánimo de lucro integrada por médicos del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, creada en el año 1991 y declarada de Utilidad Pública desde abril de 2003.

Fomentamos el entendimiento y la convivencia entre culturas a través de la salud

Nuestros programas se centran en la **Educación para la Salud**, con el objetivo de prevenir enfermedades infecciosas, y en la **Gestión de la Diversidad Cultural** en el Ámbito Sanitario, tendiendo puentes entre profesionales y pacientes.

¿Te gustaría ser voluntario/voluntaria? Necesitamos **personal sanitario** para impartir charlas de Educación para la Salud a colectivos vulnerables. Necesitamos **intérpretes** para facilitar la comunicación en las consultas médicas.

¡Hazte socio/socia y ayúdanos a seguir creciendo!
Con tu aportación, construimos salud para todos y todas

diversidad

entusiasmo

profesionalidad

integridad

empatía

¿Eres paciente y quieres que te atiendan en tu idioma?

¿No consigues entenderte con tu médico debido a diferencias lingüísticas?

¡Dirígete a Atención al Paciente para solicitar nuestro servicio!

Para **lenguas mayoritarias**...

Inglés	
Francés	...contamos con
Portugués	intérpretes
Árabe	profesionales
Rumano	especializados en
Búlgaro	mediación intercultural.
Chino	
Ruso	
Árabe dialectal marroquí	

Para **lenguas minoritarias**...

Armenio	
Farsi	...disponemos de
Wolof	mediadores
Bámbara	interculturales
Booulé	con formación en
Pular	técnicas de interpretación
Susu	en los servicios sanitarios.
Dioula	



Un servicio para facilitar la **comunicación** entre personal sanitario y pacientes de diferentes culturas

✉ info@saludentreculturas.es
☎ 91.336.8000 ext. 7952
📞 722140142
📘 Salud entre Culturas
🐦 @Salud_Culturas
🔍 www.saludentreculturas.es



Servicio de interpretación presencial y mediación intercultural



Gratuito y con **cita previa** (24 horas de antelación)

Contacta con nosotros llamando al teléfono 722140142 o escribiendo a info@saludentreculturas.es

diversidad

profesionalidad

empatía

A ppartenances •

Consultation Psychothérapeutique pour Migrant-e-s

La Consultation Psychothérapeutique pour Migrant-e-s (CPM) propose une aide psychothérapeutique et psychiatrique spécialisée à des personnes présentant une souffrance psychique en lien avec la migration et/ou un vécu de guerre, de torture ou d'une autre forme de violence collective. La CPM dispose de trois centres de consultations, à Lausanne, Vevey et Yverdon-les-Bains.

La CPM est un des secteurs d'activité d'Appartenances, une association ayant pour but de favoriser le mieux-être et l'autonomie des personnes migrantes, et de faciliter une intégration réciproque avec la société d'accueil dans un rapport d'équité.

Elle est aussi une des cinq consultations en Suisse pour victimes de la torture et de la guerre (CTG) soutenues par la Croix-Rouge.



Octobre 2016

Au sein de la CPM, une équipe pluridisciplinaire (psychologues, psychiatres, pédopsychiatres, physiothérapeutes) offre des traitements spécialisés, adaptés en fonction du type de problématique:

- Entretiens individuels, de couple, de famille, de groupe.
- Entretiens en collaboration avec des interprètes communautaires.
- Travail centré sur des séquelles de traumatisme (violence collective, guerre, torture).
- Approche psychocorporelle.

Une attention particulière est accordée à la culture d'origine des patient-e-s, à leur vécu migratoire, ainsi qu'à leurs conditions de vie en Suisse.

La CPM travaille en réseau avec le Département de Psychiatrie du CHUV et la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne, dans le cadre d'une convention avec le Service de la Santé Publique du Canton de Vaud. Elle participe également à l'échange d'expériences et de savoirs au sein de plusieurs réseaux internationaux spécialisés.

Avec le soutien du Canton de Vaud et des Communes vaudoises, du Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme et de la Croix-Rouge suisse.

Consultation Psychothérapeutique pour Migrants (CPM)

CPM Lausanne
Appartenances
Rue des Terreaux 10
1003 Lausanne
Tél. 021 341 12 50
Fax 021 341 12 52
cpm@appartenances.ch

CPM Vevey
Appartenances
Rue des Communaux 2A
1800 Vevey
Tél. 021 922 45 22
Fax 021 922 45 33
cpm-vevey@appartenances.ch

CPM Yverdon-les-Bains
Appartenances
Place de l'Ancienne-Poste 2
1400 Yverdon-les-Bains
Tél. 024 425 06 65
Fax 024 425 06 67
cpm-yverdon@appartenances.ch

Pour vos dons
CCP 14-373401-8
Mention CPM

Pour en savoir plus

www.appartenances.ch