

INTERREG AB RÉFUGIÉS SOCIAL

POUR UN RÉSEAU TRANSFRONTALIER DES ACTEURS EN SANTÉ MENTALE

Programme de rencontres organisé par le **CRéSaM** asbl
(Centre de Référence en Santé Mentale)
et sa Concertation Wallonne "Exil et Santé Mentale"

Webinaire 2 Ressources théoriques

*Exil, territoire(s), langage, dialogue et narrativité.
La place et le vécu émotionnel de l'interprète dans
la construction d'une relation thérapeutique.*

La langue maternelle dans la rencontre clinique

Ramaris Zapata - Psychologue clinicienne

Santé En Exil (Montignies-Sur-Sambre)

Travailler dans la langue du patient peut sembler une évidence : il serait toujours préférable d'entreprendre un travail thérapeutique dans sa langue maternelle. Mais qu'en est-il des personnes qui ne peuvent faire un travail dans leur langue maternelle, par manque de thérapeutes qualifiés ou d'interprètes ? Quid des thérapeutes qui travaillent dans une langue qui n'est pas leur langue maternelle ? Quid des personnes qui font le choix de mener les entretiens dans la langue « d'accueil » ? Serait-il inutile de faire des entretiens dans une autre langue ? Que dire également des « efforts d'intégration », de l'idée qu'au plus vite les personnes migrantes s'immergent dans la langue du pays d'accueil, au plus vite ils pourront s'intégrer ? Travailler avec des interprètes, n'est-ce pas dorloter les allophones et compromettre leur effort « d'intégration » ? Pourquoi serait-il à ce point important de consacrer du temps, des ressources et du travail, en choisissant d'opérer, avec l'aide d'interprètes, dans une multitude de langues ? Toutes ces questions interpellent le professionnel, flottant parfois dans le débat public, sans qu'on prenne toujours le temps de les approfondir. Il est important de nous poser ces questions et de préciser les raisons pour lesquelles nous travaillons de la façon dont nous travaillons. Quels sens incarnent ces dispositifs de rencontre proposés aux personnes en souffrance ? Plusieurs raisons expliquent l'importance de la langue maternelle dans la consultation psychothérapeutique comme dans d'autres interventions de soin. Rendre présente la langue maternelle dans la rencontre, en la nommant, ou avec la présence d'un interprète, équivaut à reconnaître la personne dans son histoire, ses origines et sa culture. C'est aussi donner une place implicite à l'univers symbolique dans lequel elle a baigné (Mestre, Moro). En partant d'un autre point de vue faisant allusion à la disparition des langues minoritaires, l'anthropologue Wade Davies dit que « *toute langue qui disparaît est un mode particulier d'encodage de la réalité qui disparaît, une vision du monde particulière qui est perdue à jamais pour le reste de l'humanité* ». Notre objectif dans la rencontre avec nos bénéficiaires n'est évidemment pas d'assurer la survie de certaines langues, mais de rendre présente une vision particulière du monde, caractéristique de la personne que nous rencontrons. Ignorer le passé linguistique reviendrait à ne pas reconnaître le décalage qui peut exister entre l'intervenant et le bénéficiaire, tous deux provenant de milieux différents. Inclure la langue d'origine dans la rencontre est une façon de rendre opérant le décentrage culturel, cette opération par laquelle nous nous faisons observateurs de notre propre culture et essayons de voir comment cette dernière peut influencer la rencontre avec l'autre et l'interprétation de ce qu'il transmet.

Intégration et maintien de la langue d'origine ne sont pas nécessairement opposés. Plus on est en contact avec soi-même et avec son histoire, plus on peut aller vers une rencontre authentique avec l'autre.

Il y a quelques années j'ai travaillé en tant que conseillère psychosociale auprès de personnes sans emploi. J'ai alors remarqué que beaucoup de demandeurs d'emploi d'origine étrangère ne faisaient pas mention de leur langue maternelle dans leur CV. Comme si les langues africaines n'avaient pas leur place dans le relais des connaissances et des compétences. Or, pour faire le bilan de leur parcours, on ne pouvait omettre de mentionner leurs origines linguistiques, non seulement en tant que compétence, mais également, afin de garder le fil d'une histoire personnelle permettant de se projeter vers l'avenir.

Nommer la langue d'origine c'est convoquer l'histoire du sujet. Cela vaut même pour les situations où la personne préfère parler une autre langue en consultation. En ce sens, le choix de la langue peut être un indicateur du positionnement personnel face à ses propres origines. Parfois, il n'y a pas « une » langue d'origine mais plusieurs. D'une certaine façon nous sommes tous des polyglottes puisque, nous parlons plusieurs versions de la langue en différents contextes, temps et espaces. Une langue scolaire écrite, une langue maternelle, une langue ethnique, une langue paternelle... Pour certaines personnes, ces passages d'une langue à l'autre sont plus marqués selon leur histoire ou l'organisation de leur milieu d'origine. Faire mention des langues du sujet permet de faire apparaître la superposition de couches dans l'histoire personnelle.

A partir de quel moment peut-on dire qu'on s'est approprié une langue, qu'une langue est devenue sienne ? La langue maternelle correspond-elle à celle de la mère ou de la nourrice ? Est-elle celle de la maison ou de l'école maternelle ? Dans l'usage courant, ce terme renvoie à ce qui est plus proche, plus intime, plus spontané, plus « naturel » même. Cependant, plus on s'intéresse au terme de « langue maternelle », plus la pluralité des définitions devient évidente. Certains la définissent comme la langue dans laquelle on compte, celle dans laquelle on a appris l'alphabet, ou celle dans laquelle on rêve. Ce serait aussi celle dans laquelle on peut improviser avec la parole, passer d'un sujet à un autre, anticiper, parler pour ne rien dire (Casanova 1982). Nancy Huston, dans ses mémoires d'écrivaine anglophone en France dira que « *L'apprentissage de la langue maternelle se fait par imitation... grammaire ou syntaxe s'acquièrent par tâtonnements mais, une fois acquises sont inamovibles, coulées dans le bronze des premières fois* » (Huston 1999, 32). Dans un sens plus sociologique, la langue maternelle est aussi appelée « *langue naturelle* », celle de la communauté, du groupe d'appartenance ou de la culture d'origine du sujet. C'est la langue qui renvoie à l'originaire, langue matrice de toute langue, langue dans laquelle le sujet pénètre le langage, celle à partir de laquelle dérivent toutes les expériences infantiles (Rezzoug et Moro 2011). Thierry Paquot (2016) parle de cet écart entre les différentes fonctions de la langue en faisant un rappel de l'origine historique de l'expression « *langue maternelle* ». Ce terme aurait commencé à être utilisé au XI^{ème} siècle par des moines de l'abbaye de Gorze pour désigner la langue vernaculaire ou langue du peuple, par opposition au latin, langue savante.

Les différentes langues parlées et écrites dérivées du latin commençaient à être formalisées. Par cette dénomination de « langue maternelle » elles étaient différenciées du latin, reconnu comme langue du clergé et des sages. L'origine de cette dénomination est à trouver parmi les langues romanes mais, la distinction entre langue du peuple et langue savante existe bien évidemment dans toutes les civilisations. L'évolution qui aurait amené les langues vernaculaires à être, à leur tour, formalisées et figées, devenant progressivement langues savantes elles-mêmes, s'est également produite ailleurs, comme pour l'hébreu rabbinique, l'arabe classique ou encore, le sanskrit. Le paradoxe est qu'en étant formalisées dans l'écriture et systématisées dans leur transmission, ces langues ont peu à peu perdu leur couleur spécifique, s'éloignant de l'usage spontanée de leurs locuteurs. C'est pour cette raison que les dialectes locaux, les langues créoles et l'argot de la rue continuent toujours d'exister et d'évoluer, les humains ayant résolument besoin d'une langue vivante et dynamique, par opposition aux langues savantes, normalisées, figées, « *contrôlées par les hommes* » et qui, de ce fait, ont fini par devenir des « *langues mortes* », à l'instar du latin. (Paquot 2016).

Ce rappel historique me paraît intéressant dans le sens où il laisse apparaître la distinction entre une langue figée utilisée pour communiquer par écrit des textes religieux ou les lois d'une société et la langue du peuple, utilisée pour parler et transmettre chansons, romances, etc... Historiquement, on peut retrouver la tension entre la logique poétique, la langue pleine d'équivoque et la langue unitaire, sans équivoque, avec les gradations qui peuvent exister entre les deux. Un autre aspect intéressant est la notion de polyglottisme comme caractéristique des peuples, riches d'une variété de dialectes familiers, éloignés de la logique normative imposée, qui donneraient peut-être plus de place à l'équivoque ?

Dans une ligne de pensée similaire mais, référée à l'individu, Nazir Hamad dira que nous sommes tous polyglottes puisqu'il y a toujours un écart entre les différentes fonctions de la même langue dite maternelle. Écart qui se trouve entre la langue parlée en famille et la langue de l'école ou, langue parlée et langue écrite, langue des pairs et langue familiale, etc... (Hamad 2004). Cet écart se retrouve au sein d'une même langue particulière (langue de la rue vs langue de l'école), comme il peut être plus catégorique dans le cas où il s'agit de langues particulières différentes, parlées dans les différentes sphères au sein desquelles évolue le sujet. C'est le cas de beaucoup de familles migrantes que nous rencontrons, comme c'est le cas de beaucoup de personnes vivant dans des contextes de métissage culturel et pour lesquelles la langue de la culture d'origine n'est pas la langue du pays d'accueil.

Langue et psychanalyse

En psychanalyse, on parle de la langue maternelle comme celle dans laquelle le corps a été parlé. Des métaphores décrivent cette entrée dans le langage inexorablement liée aux sensations corporelles :

« *l'enfant baigne dans la langue* », « *immergé dans un bain de paroles* » (D. Anzieu cité dans Amati-Mehler, Argentieri, & Canestri, 2002).

Mary McLoughlin dira :

« *Une langue maternelle n'est pas apprise. Elle appartient. Elle s'approprie en même temps que les premiers soins, les caresses, les sons, les odeurs. (...).* » (McLoughlin 2012, 69)

Une autre citation évoque le double mouvement dans lequel nous sommes en étant des êtres de parole (Ralph Greenson repris par Amati-Mehler 2010) :

« *La langue est une manière de maintenir un lien avec la mère autant qu'un moyen de s'en séparer* », dans une opposition qui me semble être contenue également dans l'expression « *école maternelle* », lieu où commence la socialisation faite par l'école mais dans lequel, le corps est encore parlé, à la façon de la mère. Cette langue première est donc traversée à la fois par le désir et la loi.

Ethnopsychanalyse, psychothérapie transculturelle et langues

L'un des courants donnant à la langue d'origine une place particulière dans la réflexion et la pratique clinique est le courant de la psychothérapie transculturelle. Ces pratiques cliniques réservent une place importante à la culture d'origine du patient dans le dispositif thérapeutique, ciblant, en particulier, les représentations culturelles que le patient a de la maladie mentale. Une partie importante de ces pratiques a été inspirées par l'ethnopsychiatrie française, fondée par Georges Devereux et développée par Tobie Nathan. Ceci est également le cas pour notre consultation à Charleroi. De façon plus précise, ma pratique clinique s'inscrit dans le courant clinique appelé « *ethnopsychanalyse* », qui prend ses racines à partir de l'ethnopsychiatrie de Devereux, développée comme une approche méthodologique et un courant de réflexion par le Professeur Marie-Rose Moro, parmi d'autres.

L'ethnopsychanalyse s'appuie sur deux corpus. Celui de la psychanalyse et celui de l'anthropologie. En tant qu'approche clinique, elle a été construite à partir du principe méthodologique du complémentarisme qui serait non une théorie particulière mais plutôt l'articulation méthodologique de la psychanalyse et de l'anthropologie en tant que disciplines distinctes étudiant les phénomènes humains. Il ne s'agit pas d'intégrer les données cliniques dans un champ ou l'autre de ces savoirs mais, de maintenir un double regard « non fusionnant » au travers duquel aucune discipline n'est subordonnée à l'autre mais permettant plusieurs lectures possibles (Moro en Revah-Levy 1998).

A partir de l'ethnopsychiatrie, l'ethnopsychanalyse part du principe de l'universalité psychique, c'est-à-dire le caractère universel du psychisme humain, les cultures étant l'expression particulière de l'universel. Ainsi, les différentes cultures proposeraient des conceptions particulières de l'organisation sociale, des croyances, du sens de la maladie et, en conséquence, de toute relation qui peut avoir une fonction thérapeutique. Dans un contexte clinique, le thérapeute ne doit pas nécessairement avoir une connaissance exhaustive de la culture du patient. Cependant, un effort de compréhension de la fonction de subjectivation des individus au sein de cette culture est nécessaire.

Comme le signale Bernart Piret « *La manière dont on devient sujet, la manière dont le sujet de l'inconscient se manifeste, ne sont pas équivalentes en fonction du discours culturel et social, et de l'univers symbolique qui a baigné la personne depuis son enfance. L'écoute en situation interculturelle implique donc au minimum une attention, une curiosité vis-à-vis des systèmes symboliques spécifiques au monde d'origine du patient* » (Piret 2013, 24).

En tant que pratique psychothérapeutique d'orientation analytique, l'ethnopsychanalyse cherche à établir un cadre « *dans lequel un thérapeute puisse rencontrer son patient et établir avec lui une relation thérapeutique pertinente pour les deux partenaires* ». L'objectif de la rencontre est toujours de libérer la parole de façon à retrouver les associations qui permettent au patient de comprendre comment il produit son symptôme (Cote 2011). La particularité de cette approche serait d'adapter le cadre de la rencontre pour qu'elle puisse être vécue comme thérapeutique par le patient d'une origine linguistique et culturelle différente de celle du thérapeute, y compris dans les modalités que peut prendre le transfert (Piret, 2013 ; Moro & Revah-Levy, 1998). Ces adaptations du cadre impliquent l'usage de leviers culturels signifiants pour le patient (rites, modalités de rencontre) ainsi que, souvent, la présence d'un interprète.

L'ethnopsychanalyse en tant qu' approche clinique est une pratique récente, encore en construction. Elle a, en grande partie, été développée auprès de patients présentant un vécu traumatique d'origines diverses (déracinement traumatique, migration, déplacements post-conflit, parcours d'exil traumatisant). Dans ce contexte, un choix préférentiel pour la langue maternelle dans le travail thérapeutique semble évident.

« Le recours à la langue maternelle du patient, même s'il se débrouille dans une autre langue, va servir de support de l'élaboration psychique. La langue en ce sens est un levier thérapeutique. (...) A la difficulté de communication qu'il rencontre face au trauma, à la migration ou à l'exil, il oppose la stabilité du référent langagier qui masquerait les failles de son vécu identitaire et l'ébranlement de ses repères, ce qui permettrait la construction de liens internes et externes. » (Tarzi-Sahab, El Husseini et Moro 2016, 77)

Comme résultat de ces prémisses et de l'évolution de la pratique auprès de ce public, les consultations avec interprète sont non seulement acceptées mais encouragées. L'interprète est considéré également comme médiateur culturel ou « passeur » d'éléments culturels (Moro & Revah-Levy, 1998 ; Mestre, 2017). La manière dont il participe de la rencontre clinique peut grandement varier d'une consultation à l'autre, en France comme en Belgique. Dans certains services, le rôle de l'interprète est proche du co-thérapeute sachant qu'il participe du transfert et collabore au travail de libération de la parole singulière du patient. Il apporte également des éclaircissements importants quant à la culture du patient. Sa présence permet également au thérapeute de mieux saisir les écarts du patient par rapport à sa langue et sa culture d'origine, contenus dans son discours, et qui pourraient passer inaperçus pour le thérapeute.

Bibliographie

Amati-Mehler, Jacqueline. 2010. «Le multilinguisme dans la cure.» *Annuel de l'APF* (1): 151-176.

Amiel, Gérard. 2011. „Langue étrangère en tant que langue maternelle.” *La revue lacanienne* 3 (11): 99-105.

Benslama, Fethi. 1999. „Epreuves de l'étranger.” In *Le risque de l'étranger*, door Jean Ménéchal et al., 55-76. Paris: Dunod.

Casanova, Bernard. 1982. „Psychanalyse et langue maternelle.” *Langue Française* 54: 108-113.

Cote, Armando. 2011. „La langue, l'enfance et la douleur.” *Mémoires*, juin, Association Primo Lévi ed.: 18-19.

Guerrero, Omar. 2015. „Marko: migration d'une langue maternelle post traumatique à une langue qui serait "paternelle".” In *Vivre le multilinguisme*, door Marika Bergès-Bounes, 339-348. Toulouse: ERES.

–. 2007. „Le suivi thérapeutique entre deux langues.” *Mémoires*, mars: 16-17.

–. 2007. „Mots pour maux. Une autre langue.” *Mémoires*, septembre: 10-14.

Hamad, Nazir. 2004. *La langue et la frontière. Double culture et polyglottisme*. Paris: Denoël.

Huston, Nancy. 1999. *Nord perdu*. Paris: Babel.

Kaës, René. 1998. „Une différence de troisième type.” In *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, door René Kaës (ed.), 1-19. Paris: Dunod.

McLoughlin, Mary. 2012. „Quelle langue...” *Essaim* 2 (29): 69-73

Mestre, Claire. 2017. „Naissance de l'hospitalité dans la langue.” *L'Autre* 18 (3): 379-387.

Moro MR; Lachal C. 2006. *Les psychothérapies*. Paris: Armand Colin.

Moro, Marie-Rose, en Anne Revah-Levy. 1998. „Soi-même dans l'exil. Les figures de l'altérité dans un dispositif psychothérapique.” In *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, door René Kaës, 107-129. Paris: Dunod.

Paquot, Thierry. 2016. „Langue maternelle.” Hermès, La Revue 2 (75): 60-63.

Paquot, Thierry. 2016. „Langue maternelle.” Hermès, La Revue 2 (75): 60-63.

Piret, Bernard. 2013. „L'accueil de l'altérité et la dimension culturelle dans la pratique psychothérapeutique.” Le Coq-héron 214 (3): 21-28.

Rezzoug, Dalila, en Marie-Rose Moro. 2011. „Oser la transmission de la langue maternelle.” L'Autre 2 (12): 153-161.

Sarais, Marie-Eve, Aminata Koumare Tembely, en Mathilde Tiberghien. 2017. „Entre deux langues. Apport du bilinguisme au dispositif de soin.” Le Journal des psychologues 8 (350): 69-74.

Segers, Marie-Jeanne. 2011. „La langue et la psychanalyse.” La revue lacanienne 3 (11): 11-16.

Tarafás, Laura. 2015. „Langue étrangère, angoisse et enjeux identitaires chez l'adolescent expatrié.” L'autre. Cliniques, cultures, sociétés 16 (1): 70-79.

Tarzi-Sahab, Layla, Mayssa' El Hussein, et Marie-Rose Moro. 2016. «L'accueil de patients traumatisés: la langue maternelle, un levier thérapeutique médiatisant?» Cliniques (Eres) 1 (11): 72-88.

Un triangle pas si anodin

Réflexions issues de la clinique, affinant la pratique psychothérapeutique transculturelle avec l'interprète.

Martin Claessens - Psychologue clinicien

Santé en Exil – Charleroi

claessensmartin@hotmail.com

À partir de ce court article, témoignage d'une pratique transculturelle menée au sein de l'initiative spécifique « Santé en Exil », je chercherai à explorer la complexité du travail des interprètes en santé mentale avec lesquels nous collaborons quotidiennement depuis une dizaine d'années. De par ma position de psychologue, je vais tenter d'articuler la réflexion autour de quelques idées liées à la prise en compte des processus émotionnels et représentationnels parcourant tout entretien psychothérapeutique, ce ci incluant la position de l'interprète. La prise en compte de ces réalités intrapsychiques, souvent sous-estimées ou mises volontairement de côté est pourtant primordiale pour la bonne compréhension de ce qui se déroule lors de l'entretien mais aussi, afin de protéger l'équilibre personnel de l'interprète bien souvent mis à rude épreuve.

Le choix inconscient du terme : une potentialité cachée

Abordons tout d'abord une question purement linguistique. Les différentes langues n'ont bien entendu pas une organisation parfaitement transposable dans laquelle les mots trouveraient leur pendant exact. Les langues se sont développées les unes et les autres avec plus ou moins d'interdépendance. Si telle culture a trouvé l'intérêt de mettre un mot sur une certaine réalité, ce n'est pas nécessairement le cas d'une autre. Si les peuples vivant au Groenland ont trouvé nécessaire de créer un nombre élevé de termes pour décrire la neige, ils en possèdent peut-être moins, pour évoquer la dépression, que le francophone plus habitué à mettre en mots sa souffrance. Pris dans une autre langue, la plupart des termes utilisés dans le cadre d'un entretien psychologique n'ont donc pas nécessairement une traduction évidente et unique. Prenons le terme « angoisse ». Celui-ci vient du latin « *angustia* » que l'on peut traduire par « resserrement ». Lorsque ce terme est traduit dans une langue non-latine, il apparaît complexe de trouver une traduction qui corresponde parfaitement. Il faudra alors trouver un mot qui convienne le mieux possible, parmi plusieurs s'approchant de la façon dont est compris ce mot en français. Mais chacun de ces vocables a des significations et des connotations sensiblement différentes. C'est donc bien à l'interprète d'opérer ce choix en une fraction de seconde. Va-t-il choisir un terme avec une acception comprise comme « peu grave » et s'approchant plus de l'idée de « stress » ? Choisira-t-il une évocation « plus grave » s'approchant davantage de l'idée de « panique » ? Optera-t-il pour un terme transmettant l'idée que « la personne exagère » ou qu'elle « a vraiment besoin d'aide tout de suite » ?

Ce choix du terme va être influencé subrepticement par le vécu propre de l'interprète. Comment l'interprète ressent-il ce patient ? Comment entre-t-il en empathie avec lui ? Quel est son contre-transfert ? Il est évident que lorsque, par exemple, un patient éveille chez l'interprète l'envie de l'aider et qu'il observe que le psychologue à qui il fait face ne comprend pas ou ne ressent pas cette détresse, cela va avoir une influence dans le choix complexe du terme correspondant dans l'autre langue. Peut-être que le terme qu'il choisira sera différent si le patient lui court sur le haricot ! Ce vécu émotionnel est bien entendu influencé par l'histoire personnelle de l'interprète, par sa relation avec le pays d'origine du patient et d'autres facteurs telle que la couche socio-économique dont celui-ci est issu. Un interprète va-t-il interpréter exactement de la même façon la parole d'un patient issu de sa ville d'origine, d'une peuplade ennemie ? Traduirait-il identiquement les mots d'un bourgeois arrogant et ceux d'une personne ressemblant à sa mère restée au pays ?

L'interprète agit consciemment ou inconsciemment comme un filtre. Il exerce une certaine influence sur ce qui passe par lui et que l'on ne peut nier. Ce filtre, ce « remâchage » de la parole de l'autre devrait idéalement pouvoir être abordé sans gêne avec le psychologue. Nous sommes en effet tous traversés par des mouvements émotionnels internes qui influencent notre travail, notre pensée, nos ressentis, notre sympathie ou antipathie pour le patient. Il faut pouvoir les reconnaître et les identifier autant que possible afin d'être conscient de l'influence que cela peut avoir dans le dialogue qui se transmet. Le déni des émotions qui habitent l'interprète est non seulement une perte clinique pour le thérapeute qui pourrait trouver là un élément de plus pour enrichir sa compréhension du patient mais, risque aussi de porter préjudice, à long terme, à l'interprète lui-même.

Le jardin secret des mots : une richesse à explorer

Abordons maintenant une autre question liée à la langue et qui influence nos entretiens psychothérapeutiques : les contenus émotionnels, historiques et intimes qui se cachent derrière certains mots ou certaines expressions a priori évidentes. Dans la consultation transculturelle, l'interprète est d'un côté, celui qui parle le plus et d'un autre côté, le seul qui ne peut exprimer son ressenti et ses observations cliniques concernant ce qui se dit dans le triangle formé. Pourtant, il dispose d'un niveau de compréhension propre non négligeable. En effet, en tant qu'intermédiaire immergé dans deux cultures, il peut parfois mieux comprendre que le clinicien la valeur affective de certains mots. Quand une patiente déclare : « mon mari n'est plus mon mur », une expression inconnue pour le psychologue belge, l'interprète peut se rappeler de la première fois où il a entendu l'expression dans son enfance « le mari est le mur de la femme », celui qui protège. Il connaît les chansons traditionnelles qui utilisent cette expression, il connaît tous les liens profonds entre cette expression et les émotions très fortes qu'elle véhicule.

Quand une patiente utilise cette expression, l'interprète saisit la profondeur de la blessure de la patiente et les nombreuses implications psychologiques et sociologiques qu'elles entraînent. Cela peut signifier que le mari est faible, que cette femme ne peut compter que sur elle-même pour se défendre, qu'elle doit faire appel à son frère pour assurer sa protection, etc. Comment traduire cette expression ? Comment transmettre toute la symbolique liée à cette expression ? Il se peut que l'interprète prenne conscience que le psychologue est, à ce moment, en rupture. Cette réalité doit pouvoir être identifiée et mise en mots, tant par le clinicien que par l'interprète, au sein de la psychothérapie. En effet, si grâce à sa connaissance culturelle intrinsèque, l'interprète possède un savoir sur le patient, inconnu du clinicien, il peut également se retrouver sous le poids de la responsabilité de ce savoir non-dit, non reconnu. Sa compréhension de la non-compréhension (réelle ou supposée) du clinicien, par rapport à ce qui se joue réellement pour le patient, peut l'amener à devoir vivre des formes de passage à l'acte hors cadre. Il peut par exemple, continuer à parler avec le patient à l'extérieur de la consultation pour lui présenter des condoléances qu'un psy n'a pas jugé bon d'énoncer ... Il peut aussi continuer à ruminer une situation difficile en rentrant chez lui avec le sentiment que l'aide adéquate n'a pas été donnée.

S'il est clair que le clinicien reste le gardien de la direction de l'entretien psychothérapeutique, il est illusoire et dangereux de considérer l'interprète comme un sas aseptisé et insensible par lequel transiterait simplement la parole. Cette parole laisse des traces, fait résonner des échos du passé, peut faire acquérir un savoir trop lourd à porter s'il n'est pas partagé.

Les mots sales en bouche : interprète, un métier à risques

A l'inverse de ces contenus qui restent insuffisamment explicités existent aussi des risques liés à la mise en mot de réalités violentes, inhumaines et parfois, indicibles : les circonstances du trauma. La littérature scientifique explique combien l'écoute empathique de victimes de traumatismes, c'est-à-dire de personnes porteuses de l'effroi de la mort, de la désintégration de l'être, génèrent peu à peu des changements chez l'écouter. Ce qui a menacé l'intégrité physique ou psychique de ces patients peut insidieusement atteindre le psychologue mais aussi l'interprète. Leurs visions du monde subissent peu à peu des altérations. Usés par le matériel traumatisant rapporté par les victimes accompagnées, les professionnels souffrent alors de ce que l'on nomme le « traumatisme vicariant » ou d'usure par compassion. Mais l'interprète occupe, à mon sens, une place plus exposée que le psychologue car, il est le premier récipiendaire de la parole traumatique, car il va devoir utiliser des mots « sales », car il peut-être de la même origine que le patient et peut donc s'identifier de façon plus aiguë à ce vécu car, ce dernier ne possède pas la formation clinique et sans doute, dispose moins de l'encadrement institutionnel et des espaces de supervision que le clinicien, ces éléments permettant au thérapeute de se protéger face à la violence intrinsèque de ces récits.

Il est donc nécessaire qu'existe un contexte institutionnel pour les professionnels (interprètes et psychothérapeutes) qui autorise à penser la complexité de ces questions, qui puisse rendre possible, au sein même du psychisme des acteurs, une ouverture à la réflexion sur les différents niveaux de lecture et la profondeur des processus en cours. Finalement, on doit pouvoir donner place à un contexte temporel de discussion ouverte permettant de réfléchir ensemble. Ce contexte, qu'il existe entre le psy et l'interprète ou en présence d'un superviseur, doit être investi de l'idée que toutes ces questions sont normales, acceptables, pensables. Être pris par ces questions n'est pas le signe d'une défaillance. Il est par contre dangereux de nier la réalité et la dureté de ce qui nous traverse, de s'imaginer comme une machine insensible, de s'imaginer que « parce que je ne suis pas la source de ces pensées, je ne peux pas être touché par les émotions qu'elles véhiculent ». Dans le cas contraire, la bonne compréhension entre les deux parties s'en trouve réduite et la santé de l'interprète menacée. En effet, les récits de nos patients parfois victimes d'actes de torture sont certes horribles, sales et choquants. Peut-on imaginer que des mots décrivant ces réalités inhumaines puissent traverser un être humain sans y laisser une trace ? En tant que relayeur de la parole, peut-on prononcer une phrase telle que « j'ai été violée devant mes enfants », sans en visualiser la scène ? Sans s'imaginer soi-même dans cette scène ?

Interprète : quelle neutralité ?

En prolongeant toujours cette réflexion par rapport aux émotions et aux ressentis qui animent l'interprète, sujet parlant mais aussi muet, on peut évoquer ici la question des processus d'identification à l'œuvre au sein de l'entretien clinique en présence d'un demandeur d'asile. Cette expression : « demandeur d'asile » représente bien la réalité de la vie de ces personnes, il s'agit de sujets qui sont dans une demande d'aide, une demande de sécurité. Cette demande est traitée officiellement par le CGRA, d'une façon froide, bureaucratique et qui se veut objective. Mais la personne en demande d'asile s'adressant à un psychologue est souvent gagnée par le stress bien légitime quant à sa situation personnelle et son avenir. Elle va donc adresser cette demande d'aide tous azimuts, vers le psychologue, vers l'assistant social et bien entendu vers l'interprète. Le patient tente ainsi de combler la faille humaine au sein de ce processus bureaucratique de la demande d'asile. En effet, de façon générale, lorsque l'on cherche à partager avec un autre être humain quelque chose de terrible qui nous est arrivé, on cherche à la fois à ce qu'il nous donne une solution à ce problème, mais aussi qu'il ressente, qu'il contienne une partie du choc de ce qui nous est arrivé.

Pour la personne traumatisée, la façon dont va réagir l'écouter est fondamentale dans l'aide apportée en vue de surmonter le trauma. Lorsque le CGRA recueille la parole du demandeur d'asile, il s'agit bien d'une déposition. Les officiers de protection ne sont pas là pour être touchés par l'histoire de l'autre... Cette attitude peut d'ailleurs renforcer le traumatisme et le doute chez la personne. Cette forme de neutralité, teintée d'indifférence, est potentiellement pathogène pour le traumatisé. Les attentes de la personne envers le psychologue et de surcroît, envers l'interprète, le compatriote, espéré comme semblable, seront très fortes. Dans ce cadre précis, qu'en est-il alors de la neutralité ? Comment exprimer une forme de fraternité sans pour autant se laisser envahir par l'angoisse vécue par l'autre ? Après avoir identifié cette réalité, il s'agit de tenter de trouver une position d'équilibriste, en partenariat réflexif avec le psychologue à savoir: être bienveillant avec la souffrance du patient mais aussi avec ses propres limites, en lien avec son histoire personnelle. L'interprète ne peut faire l'économie d'une réflexion plus intérieure sur sa propre position, si possible souple, par rapport à son histoire, sa culture et à la culture thérapeutique occidentale.

Le triangle : une ressource à construire

Le travail avec un interprète est bien souvent considéré par les psychologues qui ne le pratiquent pas, comme une obligation frustrante à laquelle ceux-ci sont bien forcés de se résoudre. Le clinicien est tout d'abord, il me semble, mal à l'aise à l'idée d'ouvrir son bureau à la présence de quelqu'un qui représente une sorte « d'intrus » dans le processus psychique. Le psy est habituellement formé pour travailler dans la relation duelle, il a appris des concepts construits dans la pratique stricte de cette relation, il s'est façonné une pratique dans ce cadre précis. L'accueil de l'interprète l'oblige donc à repositionner son espace et ses habitudes. Il doit accepter l'idée de travailler sous le regard d'un autre, non patient, de perdre, souvent, l'attention du patient et une partie du transfert (la plupart des consultants s'adressent directement à l'interprète, le nomment et l'interpellent même parfois au cours de l'entretien). De plus, le psychologue va devoir (ré)articuler son rapport très privilégié au langage. En premier lieu, il va sans doute devoir concevoir le fait de ne plus pouvoir entendre le choix des mots du patient comme une perte... Pour lui, il s'agira donc de transformer sa façon de penser le langage au sein de l'entretien clinique pour y trouver de nouvelles richesses. Il est par exemple passionnant de prendre le temps de décortiquer un dicton avec un patient, d'en explorer toutes les facettes ; ou de partir de la difficulté d'un interprète à traduire un terme pour ouvrir le questionnement sur un détail qui fait certainement sens.

Le travail en triangle est certes plus lent mais, il permet dès lors un plus long processus de réflexion pour le thérapeute et le patient. Cela signifie que, la moitié du temps, le psy n'est pas « assailli » par la parole du patient et « occupé » par la formulation de sa propre pensée. Un véritable temps de rêverie, de réflexion, est possible et permet alors des propositions vers le patient plus précises, plus ciselées, plus réfléchies.

Le professionnel et son institution

En guise de conclusion, j'aimerais attirer l'attention sur la nécessité que ces différents processus inter et intrapsychiques soient pris en compte par tous les acteurs de la prise en charge : non seulement l'interprète, le clinicien mais aussi leurs cadres institutionnels respectifs. Il est fondamental que l'interprète évolue dans un environnement institutionnel qui reconnaisse les enjeux psychiques qui se jouent au sein de ces entretiens transculturels. Cette reconnaissance de l'interprète en tant qu'être humain porteur d'une histoire, d'une sensibilité, d'une fragilité et d'une richesse psychique interne est primordiale afin de pouvoir amorcer un travail de réflexion autour de ce thème, certes compliqué mais protecteur à long de terme de l'efficacité et de la bonne santé de tous les intervenants.

Source : Martin Claessens, « Un triangle pas si anodin : la clinique transculturelle avec interprète », p. 75 – 80, dans Luc Snoeck et Altay Manço (sous la coordination de), SOIGNER L'AUTRE EN CONTEXTE INTERCULTUREL, Paris : L'HARMATTAN, COLLECTION « COMPÉTENCES INTERCULTURELLES », 2016.

