

**Un triangle pas si anodin :
la clinique transculturelle avec interprète**

Martin Claessens

Analyse parue dans l'ouvrage « *Soigner l'Autre en contexte interculturel* », paru en 2016 aux éditions de L'Harmattan sous la coordination de Luc Snoeck et Altay Manço, p. 75-80.



Note de l'Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrations

Comme annoncé dans son rapport d'activité 2014, l'IRFAM s'est concentré, en 2015/2016, sur la question de la santé mentale des migrants. L'institut a abordé cette question complexe à travers une série de collaborations de longue haleine visant la valorisation et la diffusion de pratiques interculturelles qui impliquent activement les populations bénéficiaires. Dans ce cadre, les finalités de l'association sont, entre autres :

- Informer et sensibiliser le public par la publication et la diffusion de réflexions et d'analyses dans ce domaine ;
- Établir un dialogue entre les parties prenantes du domaine et introduire le concept de la responsabilité citoyenne dans les milieux dédiés à la santé mentale et sociale, concernés par la diversité de leurs publics ;
- Proposer des modalités de sensibilisation à la diversité socioculturelle en phase avec les besoins des milieux d'accueil et de soin (accompagnement d'équipes, conférences, publications et diffusion).

Au centre de cette initiative, parmi d'autres organismes, se trouvent le service de santé mentale pour migrants, l'association *Tabane à Liège*, et ses nombreux partenaires d'action et de réflexion.

La philosophie de Tabane ASBL ressemble à son histoire qui s'est construite, sur plusieurs décennies, dans l'interaction de ses intervenants professionnels, bénévoles, consultants, stagiaires et autres visiteurs. L'accompagnement de l'IRFAM, tel un bilan de cette intense activité, permet de dégager un écho méthodologique de cette évolution de vingt ans, tout en la situant dans le cadre d'autres recherches et initiatives du domaine de la santé mentale et sociale des migrants en Belgique et à l'étranger : *quelle est la spécificité du travail psychologique avec les migrants et les réfugiés ? Enfants, adultes et personnes âgées ? Comment les soignants, habitués à voir des patients plus proches de leurs références socioculturelles, se sentent-ils avec eux ?...*

Lorsque l'on travaille avec des migrants, il faut tenir compte de leur façon d'interpréter le monde, souvent différente de la nôtre. C'est ce que tente de montrer notre travail commun avec Tabane et ses alliés, tant à travers des exemples du domaine de la santé mentale qu'à travers l'analyse d'activités socioculturelles menées avec les patients migrants. Ces réflexions se prolongent également dans la sphère sociopolitique et nous interpellent en tant que citoyens : *l'accueil et l'inclusion ne sont-ils pas une implication de notre démocratie ?*

Cette collaboration s'est médiatisée, en 2016, à travers la publication de deux ouvrages dans notre collection « *Compétences Interculturelles* » aux éditions de L'Harmattan à Paris :

- *Soigner l'Autre en contexte interculturel*, paru en 2016 sous la coordination de Luc Snoeck et Altay Manço ;
- et *La fonction guérisseuse. Essai comparatiste sur les pratiques de guérison. Qu'est-ce que guérir ? Qui guérit ? Comment ?* de Daniel Schurmans, paru également en 2016.

Elle se matérialise aussi à travers la diffusion d'un numéro spécial de la lettre électronique de l'IRFAM : *Diversités et Citoyennetés* (n° 46-47, octobre 2016, accessible sur www.irfam.org) portant sur le thème « *Psychologie et migrations* ».

Enfin, les conférences organisées avec la participation de l'IRFAM, fin 2015, en 2016 et au début de l'année 2017 (essentiellement dans la région de Liège), contribuent également à la diffusion des constats critiques et des recommandations pratiques repris dans nos publications.

Ces méthodes innovantes se déclinent en thérapies collectives ou individuelles, ou encore en actions socioculturelles collaboratives. Elles ont été présentées et débattues par des experts, des acteurs, des bénévoles et des bénéficiaires, lors de réunions ou de consultations coorganisées à Liège, avec notre partenaire Tabane. Ce travail d'écoute et d'analyse collective en amont des publications a également eu lieu avec d'autres intervenants, notamment à Verviers (Espace 28 ASBL, Service de Santé Mentale de Verviers, Couleurs Café ASBL...).

Cette mobilisation réflexive a eu pour effet de « théoriser » ou de « modéliser » les pratiques en matière de santé mentale. La démarche donne lieu à une meilleure appropriation des enjeux et des méthodes développées par le réseau concerné. Un des points d'orgue de ce programme de réflexion et de débat fut, notamment, le colloque de Tabane tenu au CHR de Liège, en décembre 2015, une rencontre ayant alimenté nos publications, entre autres avec les contributions de partenaires de Suisse et de France.

Un triangle pas si anodin : la clinique transculturelle avec interprète

Martin Claessens

Cet article, témoignage d'une pratique transculturelle au sein de l'initiative spécifique « Santé en Exil » à Charleroi, explore la complexité du travail des interprètes en santé mentale avec lesquels une collaboration quotidienne existe depuis une dizaine d'années. En tant que psychologue, j'y développe les réflexions liées à la prise en compte de processus émotionnels et représentationnels qui nous parcourent lors d'un entretien thérapeutique, l'interprète y compris. La prise en compte de la réalité intrapsychique de chacun, souvent sous-estimée ou mise 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, mis bien souvent à rude épreuve.

Le choix inconscient du terme : une potentialité cachée

Abordons d'abord une question purement linguistique. Les différentes langues n'ont bien entendu pas une construction parfaitement similaire dans laquelle un mot de l'une trouverait son pendant exact dans l'autre. Les langues se sont développées les unes et les autres avec plus ou moins d'interdépendance. Et 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. La plupart des termes utilisés dans le cadre d'un entretien psychologique n'ont donc pas nécessairement une traduction évidente et unique dans une autre langue. Prenons le terme « angoisse ». Il vient du latin « *angustia* » que l'on peut traduire par « resserrement ». Lorsqu'il est traduit dans une langue non latine, on ne pourra donc trouver une traduction qui corresponde parfaitement. Il faudra alors trouver un mot qui convienne le mieux possible parmi plusieurs disponibles qui s'approchent de la façon dont est compris ce mot en français. Mais chacun de ces vocables a des significations et des connotations un peu différentes. Et c'est l'interprète qui doit opérer ce choix en une fraction de seconde : va-t-il choisir un terme avec une acception comprise comme « peu grave », s'approchant plus de l'idée de « stress » ? Ou « plus grave » s'approchant plus de l'idée de « panique » ? Un terme qui transmet l'idée que « la personne exagère » ou qu'elle « a vraiment besoin d'aide tout de suite » ?

Le choix du terme sera plus ou moins consciemment influencé par le vécu de l'interprète. Comment ressent-il ce patient ? Comment entre-t-il ou pas en empathie avec lui ? Quel est son contre-transfert ? Il est possible que lorsque, par exemple, un patient éveille chez l'interprète l'envie de l'aider et qu'il pense observer que le psychologue à qui il fait face ne comprend pas ou ne ressent pas cette détresse, cela ait 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 également par l'histoire personnelle de l'interprète, par sa relation avec le pays d'origine du patient et d'autres facteurs tels que la couche socio-économique dont il est issu. Un interprète interprétera-t-il exactement de la même façon la parole d'un patient issu de sa ville d'origine, d'une peuplade ennemie, un bourgeois arrogant ou une personne qui ressemble à sa mère restée au pays ?

L'interprète agit consciemment ou inconsciemment comme un filtre et 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'impact que cela peut avoir dans le dialogue qui se tisse. 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 : ce sont les contenus émotionnels, historiques, 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 concernant ce qui se dit dans le triangle qu'il forme avec le patient et le psychologue. Pourtant, il dispose d'un niveau de compréhension non négligeable. En effet, en tant qu'intermédiaire immergé dans deux cultures, il peut parfois mieux que le clinicien comprendre 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 cette expression, « *le mari est le mur de la femme* », celui qui la protège. Il connaît des chansons qui utilisent cette expression, il perçoit les liens entre cette image et les émotions qu'elle véhicule. Quand une patiente utilise cette formule, il saisit la profondeur de la blessure et les nombreuses implications psychologiques et sociologiques qu'elle entraîne : le mari est-il faible, diminué, madame ne peut-elle compter que sur elle-même, doit-elle faire appel à son frère pour se protéger ?

Comment traduire cette expression ? Comment transmettre la symbolique liée à cette situation ? Il se peut donc que l'interprète comprenne que le psychologue est en train de ne pas saisir ce que le patient exprime. 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 l'interprète possède un savoir sur le patient, inconnu du clinicien, grâce à sa connaissance culturelle intrinsèque, il se retrouve avec la responsabilité de ce savoir non-dit, non identifié. 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 psychologue n'a pas jugé bon d'énoncer... Ou 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 résonance avec des blessures, peut faire acquérir un savoir trop lourd à porter s'il n'est pas partagé.

Les mots sales en bouche : interprète, métier à risques

À l'inverse de ces contenus qui restent insuffisamment explicités, existent aussi des risques liés à la mise en mot de réalités violentes, inhumaines, indicibles : les circonstances du trauma. La littérature scientifique explique combien l'écoute empathique de victimes de traumas, c'est-à-dire de personnes porteuses de l'effroi de la mort, de la désintégration de l'être, génère peu à peu des changements chez l'écouter. Ce qui a menacé l'intégrité physique ou psychique de ces patients va atteindre insidieusement le psychologue, mais aussi l'interprète : leur vision du monde subit peu à peu des altérations. Usés par le matériel traumatisant rapporté par les victimes accompagnées, les professionnels souffrent alors de ce qui est nommé le « traumatisme vicariant » ou d'usure par compassion. Mais l'interprète est à mon sens à une place encore plus exposée que le psychologue, car il est le premier récipiendaire de la parole traumatique et il devra utiliser des mots « sales ». Il peut être de la même origine que le patient et pourrait donc s'identifier plus à ce vécu, car, enfin, il n'a pas de formation clinique et, sans doute, bénéficie de moins d'encadrement institutionnel et de supervision que le clinicien, permettant de se protéger face à la violence de ces récits.

Il est donc nécessaire qu'existe un contexte institutionnel chez les professionnels (interprètes, psychothérapeutes, superviseurs) qui autorise à penser la complexité de ces questions et rende possible une discussion sur les différents niveaux de lecture et de profondeur des processus en cours : toutes ces questions sont normales, acceptables, dicibles. Être saisi par ce type de questions n'est pas un signe de défaillance. Non seulement leur déni altère la bonne compréhension entre les parties, mais, en plus, il est dangereux pour la santé des intervenants de nier la dureté de ce

qui les traverse, de s'imaginer comme une machine insensible : « *je ne suis pas la source de ces pensées, je ne peux pas être touché par les émotions qu'elles véhiculent* ». Peut-on imaginer que des mots racontant des réalités inhumaines puissent traverser un être humain sans y laisser une trace ? Peut-on traduire la phrase « *j'ai été violée devant mes enfants* » sans penser à la scène ? Sans s'imaginer y assister ?

L'interprète : quelle neutralité ?

En prolongeant 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 dénomination, « demandeur d'asile », représente bien la réalité de ces personnes, il s'agit de sujets qui sont dans une requête d'aide, une demande de sécurité. Cette demande est traitée officiellement par le Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides (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 son avenir. Elle va donc réitérer cette demande 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 des processus bureaucratiques auxquels il est soumis. En effet, de façon générale, lorsque l'on cherche à partager avec un autre quelque chose de terrible qui nous arrive, on cherche à ce qu'il nous donne une solution, mais aussi qu'il ressente et qu'il contienne une partie du choc de ce qui nous accable.

Pour la personne traumatisée, la manière dont réagira l'écouter est fondamentale dans son effort pour surmonter le trauma. Si l'agent du CGRA écoute la parole du demandeur d'asile, il s'agit bien d'un commissariat qui prend une déposition sans, apparemment, être touché par cette histoire. Telle attitude peut d'ailleurs victimiser et renforcer le traumatisme et le doute chez le requérant : cette forme de neutralité, teintée d'indifférence, est potentiellement pathogène pour le traumatisé. Les attentes de la personne en souffrance envers le psychologue et, encore plus, parfois, envers l'interprète, compatriote espéré comme semblable, seront très fortes. Qu'en est-il alors de la neutralité dans ce cadre ? Comment exprimer une forme de fraternité sans se laisser envahir par l'angoisse de l'autre ? Après avoir identifié cette réalité, il s'agit, pour l'interprète, de tenter de trouver cette position d'équilibriste, en partenariat réflexif avec le psychologue : 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 intérieure sur sa position, si possible souple, par rapport à son passé, à 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 on est bien forcé de s'y résoudre. Le clinicien est tout d'abord bien souvent mal à l'aise à l'idée d'ouvrir son bureau à la présence de quelqu'un qui est une sorte « d'intrus » dans le processus psychique. Le psychologue est habituellement formé pour travailler dans la relation duelle, il a intégré 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 local et ses habitudes. Il doit aussi accepter l'idée de travailler sous le regard d'un autre qui n'est pas un patient et de perdre souvent le regard 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 doit réarticuler son rapport très privilégié au langage. Souvent, il percevra le fait de ne plus pouvoir entendre le choix des mots du patient comme une perte... Il faudra 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 veut dire que la moitié du temps, le psychologue 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 plus précises, plus ciselées, plus réfléchies.

Le professionnel et son institution

En guise de conclusion, notons qu'il est nécessaire que ces différents processus inter et intrapsychiques soient pris en compte par tous les acteurs : l'interprète et le clinicien, mais aussi leur institution à chacun. 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. La reconnaissance de l'interprète en tant que porteur d'une histoire, d'une sensibilité, d'une fragilité et d'une richesse psychique est primordiale. C'est la condition pour pouvoir amorcer un travail de réflexion autour de ce thème, certes compliqué, mais protecteur à long terme de l'efficacité et de la bonne santé de tous les intervenants.