

**« Elle ne peut pas mourir sans savoir ! » L'interprète dans le soin : simple traducteur ou co-thérapeute ?**

**G.D. FROISSART\*, J.L. DUMARTY\*\*, D. HURTAUX\*\*, S. JOUAN\*\*\*, K. MARTIN\*\***

\* Psychiatre

\*\* Psychologues

\*\*\* Interne en psychiatrie

## **Introduction**

La société française devient de plus en plus multiculturelle, le nombre de patients qui ne parlent pas ou qui ne comprennent pas le français augmente ; il faut donc avoir recours à un interprète car la loi impose le droit à l'information (loi du 4 mars 2002). Quand les enjeux d'un traitement touchent à la vie et la mort, quand les soignants ont besoin de s'assurer si le patient a bien compris, comment définir la place de l'interprète embarqué dans cette aventure ?

Nous sommes confrontés à la question de l'altérité culturelle lorsque nous recevons des patients ne partageant pas notre langue maternelle. Cette langue si précieuse est comme nous dit Mustapha SAFOUAN « *la langue orale sucée avec le lait maternel, apprise en imitant nos mères, langue que nous recevons sans aller à l'école* ».

Que se passe-t-il lorsque nous devons intervenir auprès d'un patient étranger ? Sur quoi, sur qui étayer notre relation thérapeutique ?

La prise en charge médicale et psychologique d'une patiente turque ne parlant pas français – avec l'aide tout d'abord d'une belle sœur puis d'une interprète professionnelle – pendant son hospitalisation dans le service d'hématologie a nourri notre réflexion à plusieurs niveaux :

- Premièrement, comment envisager le recours à ce tiers, l'interprète professionnel ? En tant qu'intermédiaire, il symbolise le semblable et le différent, pour le patient comme pour le thérapeute. Nul doute que son intervention est une manifestation par l'institution hospitalière de l'attention qu'elle porte au malade étranger accueilli en son sein. Peut-on considérer l'interprète comme un acteur, comme un co-thérapeute ? Si oui, à quelles conditions et avec quelles limites ?

- Deuxièmement, ce travail de collaboration « psy-interprète » a été l'occasion de nous interroger sur cette rencontre singulière, sur cette création qu'est chaque entretien psychologique. Comment alors réinventer la dynamique relationnelle de la prise en charge quand un interprète intervient ?

- Troisièmement, l'introduction d'un interprète professionnel dans ce huis-clos qu'est un service d'hématologie stérile a eu des effets groupaux. Cette capacité à « dire, faire dire, voire à faire comprendre à l'autre » que le corps soignant attribue bien volontiers aux psys a certainement été amplifiée pendant notre prise en charge. Alors, quelles sont les attentes du groupe soignant par rapport au pouvoir de la parole ?

Cette altérité culturelle et linguistique traverse notre exposé, nous nous y sommes d'ailleurs nous-mêmes confrontés lors de l'écriture de ce texte puisqu'il a été rédigé à 5 mains, soit 5 subjectivités.

### **Histoire de Mme T.**

Voici l'histoire d'une jeune femme soignée à l'Institut de Cancérologie de la Loire Lucien Neuwirth à Saint Etienne, qui est à l'origine de cette réflexion.

Mme T, 35 ans, est hospitalisée pour une leucémie aigüe myéloïde (LAM) en secteur stérile dans le service d'hématologie du Professeur Guyotat. Cette patiente turque est mariée et mère de 3 enfants dont un nourrisson. Elle ne parle pas et ne comprend pas le français ; son mari non plus. Au début des soins, sa belle-sœur a été choisie pour traduire ce que disent les médecins. Les traitements préconisés sont lourds, le pronostic est réservé et au bout de quelques semaines, on constate l'échec des soins. Lorsque les médecins doivent annoncer l'impasse thérapeutique et le recours à un protocole expérimental pour la sauver, la belle-sœur s'effondre, se sent incapable et refuse de traduire ces nouvelles qu'elle qualifie de « *terrifiantes* ». La recherche d'un consentement se trouve alors interrompue brutalement par ce « *non* ».

La tension monte dans l'équipe d'hématologie autour de cette problématique du droit à la patiente à une information loyale. « *Est-elle d'accord avec la nouvelle proposition de traitement ? La patiente a-t-elle compris qu'elle risque d'en mourir ? Il faut lui dire ! Elle ne peut pas mourir sans savoir !* »

L'équipe soignante, souffrante et démunie, se tourne alors vers les psys de l'unité de psycho-oncologie. Suite à la première rencontre entre la patiente et l'interne en psychiatrie, nous décidons de travailler avec une interprète professionnelle. Celle-ci va être investie par tous – la patiente comme l'équipe – et elle va beaucoup apporter à Mme T, dont l'état va par ailleurs s'améliorer. Mais ses limites vont être dépassées, comme nous allons le voir.

### **Rôle de l'interprète : simple traducteur ou co-thérapeute ?**

Au regard de l'histoire clinique de cette jeune femme leucémique qui ne parle pas français, nous pouvons nous interroger sur la fonction des interprètes dans le soin. Sont-ils de simples traducteurs, des acteurs du soin ou sont-ils de réels co-thérapeutes ? Comment donner une information éclairée compréhensible au patient étranger ?

Dans ce cas clinique, l'intervention de l'interprète a joué un rôle positif. La patiente qui était à un stade très préoccupant, a pu, grâce à l'interprète, percevoir la gravité de son état et comprendre les enjeux. Elle a pu échanger dans sa langue maternelle, ce qui a incontestablement joué un rôle important. L'échange peut-il être qualifié de thérapeutique ? On pourrait répondre positivement car il y a eu une véritable rencontre entre la patiente et l'interprète, au sens défini par Emmanuel Levinas. Cette dernière n'a pas seulement traduit les mots, mais elle a donné de sa personne, leurs visages se sont rencontrés, elle a fait passer l'émotion et elle a assumé sa place dans l'altérité, malgré la lourdeur imposée par la chambre stérile.

Nous avons la preuve de l'intensité et de la qualité de ces échanges : l'amélioration de la patiente. L'interprète en a été bouleversée, elle est venue demander de l'aide auprès d'un thérapeute de l'équipe de psycho-oncologie pour pouvoir assumer cette charge, pour se reconstruire. Face au risque de mort, elle a pu exprimer toute son émotion qu'elle était porte-parole.

Soutenue par l'équipe d'hématologie, le risque de dérive était proche, l'interprète avait l'intention de revenir seule dans le service et de devenir comme une amie ou comme un proche. Ce travail de débriefing a été possible car nous avons déjà travaillé avec cette dame interprète dans d'autres prises en charge délicates.

Quand elle a pu être rassurée et qu'elle s'est sentie en partie déchargée du poids du message, nous avons pu lui demander de reprendre sa place d'interprète, avec son cadre classique d'intervention, uniquement en présence d'un soignant et financé par l'institution.

Cet échange illustre bien au niveau des affects que l'interprète n'est pas restée dans une fonction de simple traducteur, mais qu'elle a joué un rôle d'acteur impliqué dans la relation thérapeutique. Elle n'est pas restée dans une position neutre, détachée voire distante avec la malade, mais elle est entrée dans le lien de proximité qui seul permet la rencontre avec l'autre. C'est la différence entre la relation avec un « malade-objet » et l'échange entre deux sujets, préalable à une intervention psychothérapeutique.

Parfois, l'implication de l'interprète peut être excessive et devenir néfaste, anti-thérapeutique. Le professeur François LANG m'a illustré cette dérive : il recevait une dame arménienne très délirante. Comme elle parlait mal le français, il a fait appel à une interprète pour traduire les propos de cette malade. Mais, il s'est assez vite rendu compte que l'interprète ne traduisait pas les propos de la patiente ; elle refusait de répéter la violence, les injures de cette dame arménienne car, probablement, elle trouvait que la patiente donnait une mauvaise image de l'Arménie. Le psychiatre s'est passé de l'interprète qui avait dépassé son rôle, la patiente a fait des efforts pour dire en français ses délires.

Cette histoire rejoint une anecdote historique : lors d'un sommet international, en pleine guerre froide, Nikita Khrouchtchev qui parlait au général de GAULLE a

brutalement décidé de se passer de son interprète officiel soviétique et de garder l'interprète du général. La langue de bois stalinienne ne lui convenait plus et un vrai échange a pu avoir lieu.

On pourrait multiplier les exemples des positions de l'interprétariat. Je me souviens de consultations avec des sourds profonds, j'étais parfois agacé par la froideur de certaines interprètes en langue des signes qui revendiquaient la neutralité, leur fonction de traduction non intervenante et qu'elles justifiaient par leur déontologie professionnelle. Parfois, je me réjouissais de les voir transmettre l'empathie ou l'énervement du thérapeute, montrant que l'information dans le soin ne se résume pas un quota de mots.

Ces exemples cliniques montrent la difficulté d'apporter à des personnes qui ne maîtrisent pas notre langue une information précise, éclairée permettant le consentement comme le demande la loi. Ils montrent aussi la difficulté de savoir si l'autre a bien compris le message. L'intervention d'un interprète professionnel est alors nécessaire mais non dénuée de risque. Faire jouer ce rôle à la famille ou à un tiers parlant la langue, n'est pas, à notre avis, sans conséquence.

### **L'art de la rencontre**

Chaque rencontre psy – patient est une Création dont l'œuvre qui en résulte porte les marques de ses deux créateurs.

Chaque rencontre duelle intra-culturelle est une Création singulière. Mais lorsque la rencontre est transculturelle et devient triangulaire, voire quadrangulaire, c'est une autre Création qui sous-tend des processus particuliers.

Rencontrer l'autre c'est établir avec lui une communication dans ce que l'on se donne mutuellement à voir et à entendre : la parole, l'écrit, le contact physique, la proximité, les expressions du visage, les postures, les gestes, les regards, le ton, le rythme, les signes de tête... La palette des moyens de communication et la palette des émotions sont nos matières premières qui vont se décliner à l'infini des individus.

Chaque individu s'exprime avec son langage, sa problématique et ses émotions ; les mots et la réalité peuvent d'emblée être en décalage. Cette rencontre psy – patient est un processus créatif car au-delà des mots, nous cherchons à atteindre les représentations et les références de l'individu dans toute sa subjectivité. Il faut déjà écouter, interpréter, traduire, décoder le langage du patient pour en saisir la substance.

« *Il est toujours possible de dire la même chose autrement* » écrivait Paul Ricœur. Quand les deux « artistes » partagent la même langue, il est déjà tellement de possibilités de façonner la rencontre.

Dans la rencontre singulière psy – patient, nous sommes déjà nos propres interprètes. Alors qu'en est-il de ces situations où, quand les langues sont étrangères il nous faut recourir au tiers interprète ?

Intervenir auprès d'un patient étranger nous impose de modifier nos pratiques professionnelles pour mieux nous adapter aux situations. Il faut redéfinir le cadre, les intervenants dont l'interprète, les modalités de la rencontre. C'est aussi toute une dynamique relationnelle qui se réinvente.

Quand en temps normal nous travaillons les mots, l'émotionnel et le relationnel de notre patient, la situation transculturelle d'emblée ne nous en permet pas l'accès. Le psy sans l'interprète est un non-sens ; le psy doit apprendre à composer avec l'interprète.

Notre langue maternelle nous est essentielle pour notre identité personnelle et sociale. Et l'on sait bien comment l'émotion accompagne le langage et le langage sert à exprimer l'émotion par les mots, pour les autres mais aussi pour nous-mêmes.

Dans l'entretien avec le patient étranger, l'interprète est non seulement celui qui détient le savoir de la langue, mais c'est aussi et surtout celui qui parle « *la langue du cœur* » (Pavlenko) et par conséquent, il est très fortement investi par le patient.

En fonctionnant comme le pivot, comme l'agent communicationnel entre le psy et le patient étranger, l'interprète occupe une position complexe. Et sa tâche est bien difficile puisqu'il doit à la fois traduire le plus précisément possible le verbe, décoder la culture et rendre compte des intentions de chacun, psy et patient.

Autant le psy intervient avec si possible toute sa neutralité, autant l'interprète doit quant à lui faire preuve de toute son impartialité vis-à-vis des deux discours qu'il doit traduire. On peut aller jusqu'à évoquer une véritable « *éthique de l'interprète* » (Spranzi).

Cette position bien complexe de l'interprète nécessite en tout cas d'être soutenue par nos institutions qui se doivent de conférer à l'interprète un statut ainsi qu'un rôle clarifié.

### **Les attentes du groupe soignant par rapport au pouvoir de la parole.**

En dernier point, nous proposons quelques axes d'éclairage des attentes des équipes soignantes par rapport au pouvoir de la parole.

La toute-puissance des traitements est portée par les soignants et transmise au patient quand il y a partage de la même langue et donc partage de codes identiques. Qu'en est-il quand la langue est différente ? Y aurait-il une recherche de signes au travers du langage et de l'infra-langage pour « vérifier » que les informations données sont comprises par le patient ? Qui détient le savoir et

comment les soignants peuvent-ils assumer ce qui est fait dans les traitements s'il n'y a pas de langage commun ? Qu'est-ce qui soutient l'émotion ?

En effet, dans notre vignette clinique, la parole et le langage semblent s'imposer peu à peu comme étayages inévitables dans la relation à l'autre. La relation à l'autre qui est ici une rencontre avec l'étrangeté, l'étrangéité de l'autre. Ainsi, le montage belle-sœur/interprète va longtemps soutenir cette rencontre et faciliter la transmission d'informations. En revanche, ce système vole en éclat lorsque les médecins doivent annoncer l'impasse thérapeutique et le recours ultime à un protocole d'essai mettant en péril à court terme la vie de la jeune patiente. En effet, la belle-sœur s'effondre et, se sentant incapable, refuse de traduire ces nouvelles informations dramatiques. La communication des informations et la recherche d'un consentement éclairé sont stoppées nettes avec ce « *non* » définitivement signifié.

La conflictualité s'exprime alors dans l'équipe autour de cette problématique manifeste de l'information : « *la patiente a-t-elle compris qu'elle risque de mourir ? Est-elle d'accord pour ce traitement ? Que pense-t-elle ? Il faut lui dire. Elle ne peut pas mourir sans savoir !* » Les mouvements identificatoires se déploient de toute part.

A partir de ce non, de ce refus de traduction, des attentes spécifiques du corps soignant vont se construire autour de la question du pouvoir de la parole. Ces attentes se dirigent vers notre équipe de psys de l'unité de psycho-oncologie de l'institut. Elles apparaissent sous deux formes plus ou moins conscientes :

- La première forme serait celle d'attentes légitimes de professionnels du soma envers des professionnels de la parole et du langage, mais aussi de la pensée et des émotions. Les psys seraient donc, dans la réalité, porteurs d'un savoir tout à fait spécifique.
- La deuxième forme d'expression de ces attentes serait celle d'un mouvement massif de pensée magique où le pouvoir de la parole irait au-delà du partage d'un langage commun. Les psys seraient, de manière fantasmatique, porteurs d'une immunité émotionnelle et d'un savoir-dire par-delà la langue.

Cependant, le fantasme restant de l'ordre du fantasmatique, nous, les psys, avons immédiatement fait appel à une interprète extérieure qui, nous l'avons vue, est devenue très rapidement un objet fort investi. L'interprète est, elle aussi, une professionnelle du langage, et dans notre histoire clinique, elle occupe le devant de la scène.

La scène.

La scène de la maladie grave, la scène d'un psychodrame se déroulant autour de notre jeune patiente, somme toute assez apaisée et statique, à l'image d'une « sainte ». Alors, le scénario de ce psychodrame serait le suivant : une jeune maman

gravement malade, une belle-sœur qui dit non à la traduction d'éléments porteurs de mort, des soignants et une malade qui ne se comprennent pas, ne parlent pas la même langue, une recherche illusoire de consentement éclairé. « *L'ombre s'abat sur le moi* » (Freud)...

Ce que l'on peut lire de ce qui se joue ici retournerait de l'indifférenciation :

- D'une part, notre patiente et sa belle-sœur semblent d'emblée former un couple indifférencié du fait de la place de chacune qui viendrait presque se confondre. Cependant, ce couple fantasmatique ne résistera pas à l'épreuve de réalité de la confrontation à la mort annoncée par les médecins. L'un des membres se désolidarise de l'autre, dans l'incapacité à contenir la menace de mort et à garder sa fonction de pare-feu. Cette rupture dans les défenses mises en place par la patiente et sa famille provoque ainsi une vraie rencontre intersubjective. En effet, les soignants se voient dans l'obligation de se recentrer sur la subjectivité de la patiente et sur ce qu'elle comprend et souhaite. Ce qui anime beaucoup les subjectivités individuelles des soignants, générant une forme d'hystérisation du groupe soignant. « *Plusieurs scènes psychiques se jouent simultanément* » (Kaës). S'il n'existe pas de langage commun, les psys tentent alors de mettre en mots ces mouvements psychiques tout à la fois différents et semblables d'un investissement de cette patiente empreint de vie et d'une capacité à maintenir le lien direct à celle-ci.
- D'autre part, en introduisant un autre professionnel du langage, les psys font naître une autre forme d'indifférenciation. En effet, l'interprète et les thérapeutes psys semblent former à leur tour un couple indifférencié au regard des soignants, détenteur chacun du pouvoir de la parole, au risque de ne plus savoir vraiment qui fait quoi. Cependant, du point de vue de la patiente, ce qui pourrait être de l'ordre de places indifférenciées serait en réalité le support pluriel d'un transfert diffracté. Ceci lui permettrait donc une projection de mouvements internes multiples sur plusieurs objets pour un effet thérapeutique, semble-t-il, assez notable. Notre jeune patiente semble, en effet, avoir pu se nourrir de la parole traduite dans sa langue maternelle ainsi que de la parole incarnée et transformée.

Finalement, la parole, quelle qu'elle soit \_ traductive, psychologique, soignante, maternelle \_ semble avoir pu contenir les mouvements mortifères. Sur le modèle de la fonction maternelle alpha de Bion, ici, la parole a pu être suffisamment investie par chacun autour de cette jeune femme pour recevoir et transformer les éléments bruts de la terrible réalité de la maladie grave. Tels des fragments de mouvements de rêverie maternelle, chacun a ensuite pu les lui restituer pré-métabolisés, à la fois pour elle et dans le lien à l'autre, laissant place à une esquisse de fonction thérapeutique.

## **Conclusion**

Nous n'imposons aucune norme aucune vérité : l'interprète peut être un membre de la famille, un tiers, un professionnel.

Il peut être un simple traducteur, une interface entre deux langues. Il est alors transparent, neutre, capable de s'effacer et de respecter les soignants et le malade.

Mais, nous pensons aussi que l'interprète peut être un véritable acteur du soin – voire un co-thérapeute car les paroles sont toujours incarnées, la langue prend corps.

Ces deux positions sont respectables : elles nous interrogent sur notre place, sur notre propre fonction d'interprète et dans quelle langue nous parlons...la nôtre, celle du patient, celle des somaticiens, ou celle de l'institution ?

## **Bibliographie**

BION W., 1962, Aux sources de l'expérience, Paris, PUF, 1979.

FREUD S., 1917, « *deuil et mélancolie* » in Œuvres Complètes de Freud - Psychanalyse, vol. 13, Paris, PUF, 1988.

KAES R., 1976, L'appareil psychique groupal, Paris, Dunod.

PAVLENKO A., 2005, Emotions and multilingualism, Cambridge, CUP.

RICOEUR P., 1999, Le paradigme de la traduction, Esprit.

SPRANZI M., 2010, « *éthique médicale et éthique de l'interprète* » in Interprétariat, santé et prévention, colloque ISM, Paris.

---

Pour l'unité de psychologie

DISSPO

Institut de Cancérologie de la Loire Lucien Neuwirth Saint-Etienne

108 bis avenue Albert Raimond 42271 Saint Priest en Jarez Cedex