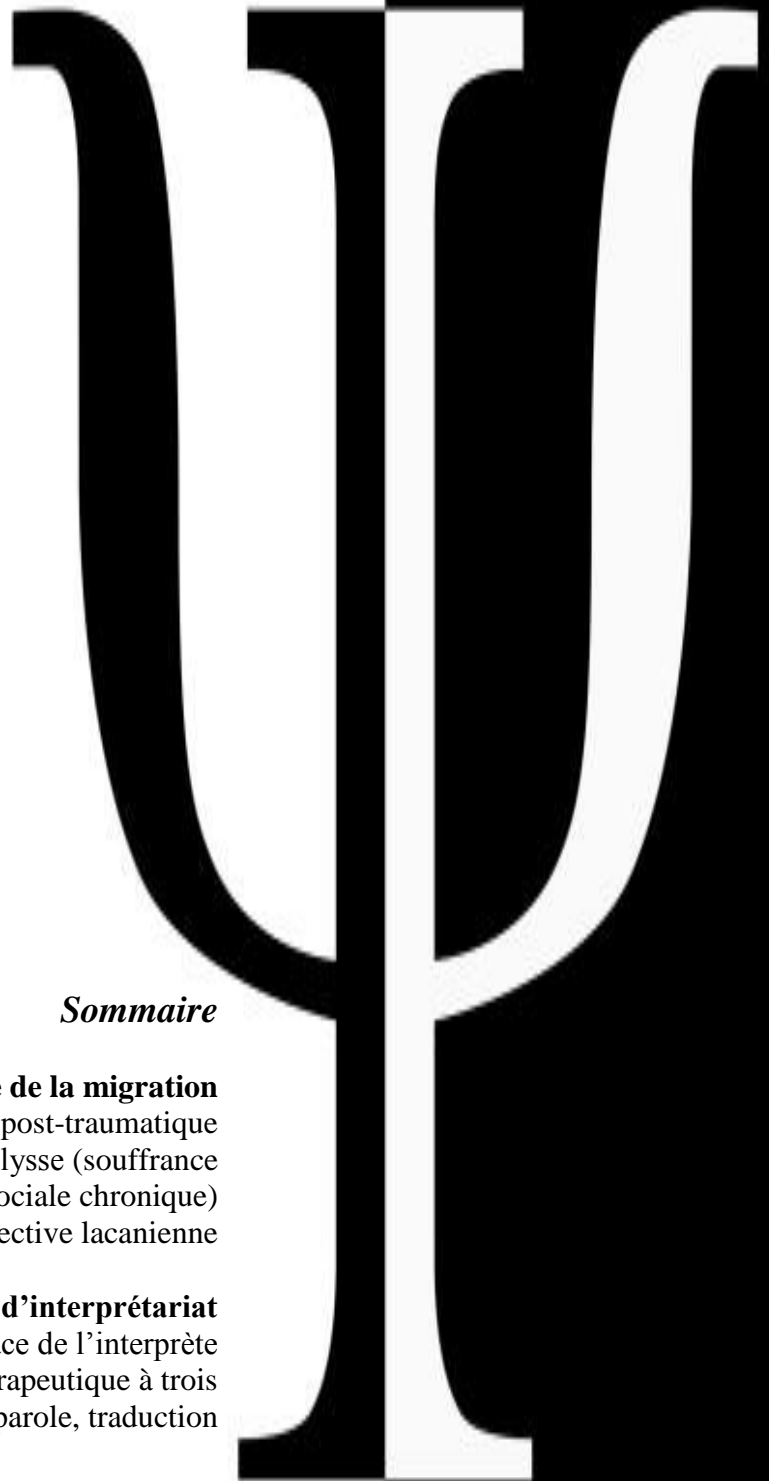


« Migrations et Consultation psychologique avec interprète »

*Bibliographie raisonnée,
élaborée par Miguel SIERRA*



Sommaire

- A. Psychopathologie contemporaine de la migration**
 - a. Les états de stress post-traumatique
 - b. Le syndrome d’Ulysse (souffrance psychosociale chronique)
 - c. Le trauma : une perspective lacanienne

- B. Clinique en situation d’interprétariat**
 - a. La place de l’interprète
 - b. Une relation thérapeutique à trois
 - c. Langue, parole, traduction

Rennes, Juin 2018

a. Les états de stress post-traumatique

Organisation Mondiale de la Santé (2018). Post traumatic stress disorder. Dans *ICD-11 Beta Draft*. Disponible sur internet : <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f2ficd%2f2fentity%2f2070699808>

6B40 Etat de stress post-traumatique

« L'état de stress post-traumatique (ESPT) est un syndrome qui se développe suite à l'exposition à un événement ou à une série d'événements exceptionnellement menaçant ou horrible, et qui se caractérise par :

- 1) La reviviscence répétée de l'événement ou des événements traumatiques sous la forme de souvenirs vifs et intrusifs, flashbacks, ou cauchemars, qui sont typiquement accompagnés d'émotions fortes et écrasantes (telles que la peur ou l'horreur) ainsi que de sensations physiques fortes ou de sentiments d'être submergé ou immergé dans les mêmes émotions qui ont été vécues pendant l'événement traumatique.
- 2) L'évitement des pensées et des souvenirs concernant l'événement (ou les événements), ou l'évitement des activités, situations ou gens qui le rappellent.
- 3) Des perceptions persistantes d'une menace actuelle accrue, indiquées par exemple par une hyper-vigilance ou par une réaction de sursaut accrue aux stimuli tels que des bruits inattendus.

Les symptômes doivent persister au moins quelques semaines et causer une dégradation significative dans des domaines importants du fonctionnement (personnel, familial, social, éducatif, occupationnel ou autre). »

Organisation Mondiale de la Santé (2018). Complex post traumatic stress disorder. Dans *ICD-11 Beta Draft*. Disponible sur internet : <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f2ficd%2f2fentity%2f585833559>

6B41 Etat de stress post-traumatique complexe

« L'état de stress post-traumatique complexe (ESPT complexe) est un trouble qui peut se présenter suite à l'exposition à un événement ou à une série d'événements de nature exceptionnellement menaçante ou horrible – le cas le plus courant étant celui des événements prolongés ou répétés dont s'échapper est difficile ou impossible (p.ex. la torture, l'esclavage, les campagnes de génocide, la violence conjugale prolongée, l'abus infantile sexuel ou physique répété). Ce trouble se caractérise par le même noyau symptomatique de l'ESPT ; c'est dire que toutes les conditions diagnostiques requises pour l'ESPT ont été accomplies à un moment donné au cours de ce trouble. L'ESPT complexe se caractérise, en plus, par :

- 1) Des problèmes sévères et omniprésents pour la régulation des affects.
- 2) Des croyances persistantes à propos de soi-même en tant que quelqu'un de diminué, vaincu ou sans valeur, accompagnées de sentiments profonds et omniprésents de honte, culpabilité ou échec référés à l'événement traumatique.
- 3) Des difficultés persistantes à entretenir des relations et à se sentir proche des autres.

Cette perturbation doit causer une dégradation significative dans des domaines importants du fonctionnement (personnel, familial, social, éducatif, occupationnel ou autre). »

b. Le syndrome d'Ulysse (souffrance psychosociale chronique)

Le Ferrand, P. (2017). La santé mentale des migrants : le syndrome d'Ulysse. *Médecine*, 13(9), 409-414.

« [...] la souffrance psychosociale chronique a été appelée « syndrome d'Ulysse » par le professeur Achotégui de l'université de Barcelone pour décrire les troubles liés aux conditions actuelles de migrations dans le monde occidental. Ce sont désormais des conditions extrêmes à l'origine d'une symptomatologie spécifique associant une clinique du stress et une clinique du deuil et de l'exil.

[...] Ce diagnostic permet ainsi de faire un diagnostic différentiel par rapport à un certain nombre de troubles psychiatriques qui ont des symptômes proches comme la dépression ou les troubles de l'adaptation. » (p. 410)

« Le deuil migratoire pathologique est au cœur du syndrome d'Ulysse. C'est un deuil multiple récurrent lié à une situation ayant entraîné des bouleversements majeurs dans la vie de l'individu. C'est un deuil paradoxal puisqu'il implique la perte et la fuite : perte de tous les objets d'attachement), fuite des menaces aiguës (les violences, la guerre) ou chroniques (la misère, les persécutions). » (p. 412)

« Le syndrome d'Ulysse est un trouble à la frontière de la santé mentale, de la psychopathologie, de la sociologie et même de la politique avec l'enjeu des papiers. Il se situe dans le champ psychosocial et non sanitaire ; autrement dit il concerne aussi bien les travailleurs sociaux que les professionnels du soin, car il relève plus des conditions de vie des migrants que de l'ethnopsychiatrie ou la psychopathologie. En nommant une souffrance psychosociale, il permet de sortir du sentiment d'impuissance lorsqu'on ne connaît ni la langue, ni les coutumes, ni les habitudes de pensée d'un patient souvent mis dans une altérité radicale a priori. Ce néologisme crée ainsi un espace de rencontre possible. » (p. 413)

« La métaphore de l'odyssée et d'Ulysse n'est pas qu'une belle image du destin de nombreux migrants qui ont tout perdu, entrepris un long voyage périlleux et tenté de se reconstruire en Europe. Cette dénomination nouvelle a aussi l'avantage de nommer et donc de reconnaître la souffrance des migrants. Le syndrome d'Ulysse doit cependant se distinguer de la souffrance normale liée à la migration, car l'immigration et la nostalgie de l'exil ne sont ni des maladies ni des pathologies sociales à traiter. » (p. 414).

c. Le trauma, une perspective lacanienne

Cremlinger, D. (2011). « Une cellule a été mise en place » Entretien par Caroline Doucet. Disponible sur internet : https://www.lacan-universite.fr/wp-content/uploads/2011/01/URGENCES_4.pdf

« Le trauma a cette particularité d'ouvrir l'inconscient, de le rendre visible, à ciel ouvert. A ce moment là, le sujet accède aux représentations les plus essentielles, les plus fondamentales de son existence pour parer dans l'urgence, dans la catastrophe réelle mais aussi subjective, à cette déhiscence du maillage symbolique qui faisait tenir la structure. Les dernières formulations de Lacan sur le *traumatisme* font allusion à cette effraction au niveau de la structure subjective. Mais cette ouverture de l'inconscient ne dure pas. Parfois même

elle se limite à un seul entretien effectué dans l'heure qui suit cette exposition brute au réel et qui favorise cette conjoncture. Il faut alors saisir ce qui peut l'être au moyen de la parole. Celle-ci a sans doute un statut qui emprunte autant au réel qu'au symbolique. C'est sans doute la raison pour laquelle cette parole ne suivra pas le développement d'un lien articulé sur le désir, celle qui, dans l'analyse, abruse progressivement les identifications imaginaires, mais qu'elle se conclura rapidement par un arrêt brutal et sans suite signalant le fait que l'inconscient se referme au regard de cette ouverture sur le réel. Après cette expérience, le sujet n'en demandera pas davantage. » (p. 3)

Bailly, L. (2007). Prévention de la répétition du trauma, *Contraste* 26(1), 233-240.

« L'expérience traumatique produit une effraction de ce système défensif conduisant le sujet au travers de l'écran fantasmatique qu'il avait dressé. Cette "traversée sauvage du fantasme" (Briole, 1994) ramène le sujet à la question fondamentale de son existence [...]. La charge affective accompagnant cette expérience est extrême, et cette scène exerce un réel pouvoir de fascination. Notons que ce processus de retour à l'originaire provoqué par la confrontation à l'anéantissement ne fonctionne pas du tout comme l'après-coup névrotique. Dans la névrose, une scène infantile ne prend sens qu'à l'occasion d'une seconde scène (après-coup). Dans le traumatisme, le sujet se trouve, comme dans l'avant du refoulement primaire, confronté à l'hypothèse de sa non-existence, à l'irreprésentable, un trou dans la chaîne signifiante. La première scène ne prend pas sens à la lumière de la seconde, elle reste étrangère à la connaissance. » (p. 237)

Chiriaco, S. (2012). *Le désir foudroyé. Sortir du traumatisme par la psychanalyse*, Paris : Navarin.

« Faire confiance au sujet, c'est le pari de la psychanalyse. La psychanalyse suppose toujours un sujet derrière la victime, un sujet pétri par l'histoire qui l'a précédé, par les signifiants qui le désignent et ce, même s'il semble avoir disparu sous le trauma. Le terme de "victime" pose que la personne concernée a subi un préjudice dans lequel n'entrerait pas sa subjectivité.

Ainsi la psychanalyse se démarque-t-elle d'emblée de la victimologie qui fait l'événement primaire et le sujet secondaire, voire absent.

Le dispositif analytique déplace l'angle de vue : plutôt que l'événement lui-même, il met en évidence ce que le sujet en aura fait. » (p. 17)

« Il n'est pourtant pas inintéressant de regarder de près la liste des événements traumatiques répertoriés par ces spécialistes de la victimologie : de l'attentat à l'agression sexuelle, en passant par le harcèlement, l'accident et tout événement où la vie du sujet a été menacée, la mort ou la sexualité y sont toujours impliquées. Nous sommes là dans les traces de Freud qui en montra le caractère traumatique fondamental : la mort et le sexe ne sont pas représentables, sinon à travers l'opération de la castration symbolique, seule représentation du manque. Ce sont les deux questions essentielles auxquelles le petit d'homme est confronté dès lors qu'il a accès au langage, deux questions insolubles, qui le confrontent à une radicale solitude, car personne ne peut véritablement lui répondre. Aucun savoir préétabli, aucun signifiant n'est capable de résoudre les énigmes de l'existence : "D'où je viens ? Où irai-je ? Pourquoi la vie ? Pourquoi la mort ?" Pour se repérer, les êtres humains ne peuvent se guider sur aucun instinct, car le langage les en a séparés : le langage n'est qu'un outil approximatif pour affronter ces questions existentielles et incontournables : il ne parvient pas à dire tout du sexe et de la mort. Irrémédiablement seul, le sujet n'a d'autre choix que de se forger sa propre

solution fantasmatique à partir de ses expériences précoces et des signifiants qui lui ont été transmis. Le fantasme est un bricolage, une construction imaginaire et signifiante, une boussole qui permet de s'orienter face à l'énigme de la vie, de son commencement et de sa fin. Ce n'est donc pas tant la sexualité ou la mort qui seraient traumatiques, que ce trou dans le savoir, cette béance où vient se loger l'inconscient. » (pp. 17-18)

« Le traumatisme est un événement qui vient déchirer le voile du fantasme, faisant effraction dans la vie psychique sans que le sujet y soit "préparé". C'est l'inattendu qui survient sans que nul ne puisse le modifier ni l'écarter : en cela, le traumatisme est vraiment la rencontre avec le réel en tant qu'imprévisible. Pour qualifier cette mauvaise rencontre avec l'imprévu, Lacan emprunte à Aristote le terme de "*tuché* – (...) la rencontre du réel". Devant elle, le sujet se retrouve démuni, réduit à son seul effroi. [...] La brutalité du traumatisme rompt la continuité de la vie psychique en empêchant l'événement de se connecter à la chaîne signifiante, le laissant hors sens, incapable de s'intégrer à l'histoire du sujet – à la différence des autres événements de la vie. Il n'est qu'un trou dans cette histoire. Pour bien marquer cette rupture soudaine, Lacan a forgé un néologisme, le "traumatisme". » (pp.18-19)

« Le fantasme sert d'écran au réel du trauma, il y répond, comme le symptôme. Le fantasme serait donc l'habit du traumatisme plutôt que sa cause. Il protège du réel tout en signalant sa présence, il vient à sa place. Du symbolique et de l'imaginaire s'associent pour prendre en compte le réel inassimilable, impossible à nommer et à représenter. [...] Percant la barrière symbolique, les accidents de la vie, mauvaises rencontres, catastrophes, que le langage commun nomme à juste titre traumatismes, réactualisent le trauma originel. La brèche ainsi ouverte dans le bouclier du fantasme le rend inefficace à protéger le sujet d'une jouissance atroce. » (pp. 22-23)

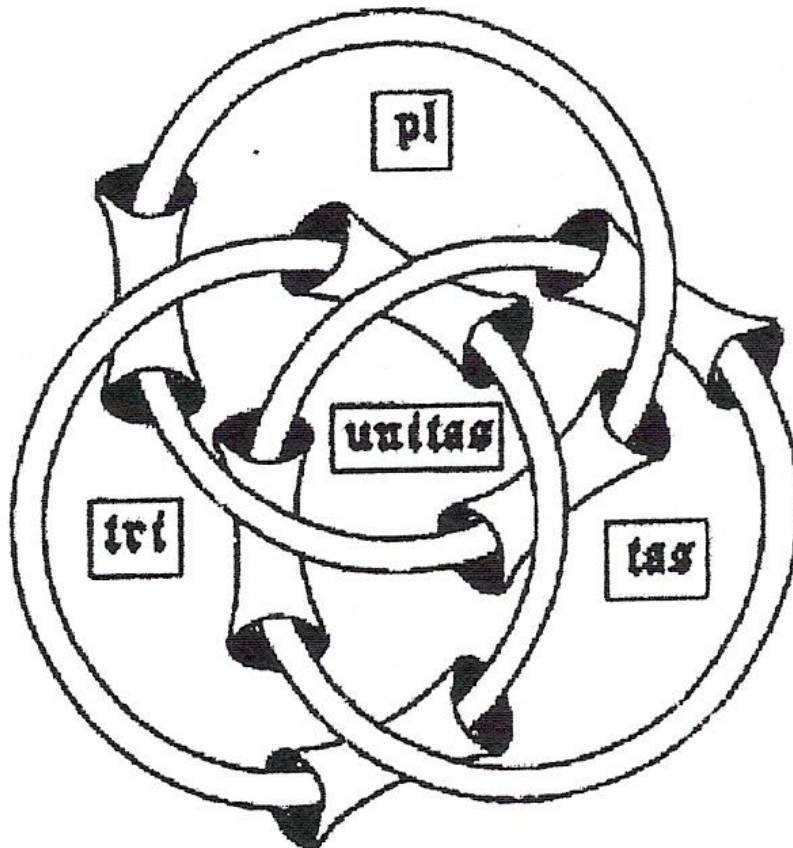
« Sans défense pour parer au réel qui s'impose à lui, absolument vulnérable, incapable d'agir ou de penser, le sujet se retrouve pétrifié. Cette sidération, dont témoignent les personnes traumatisées, est l'effet de la rupture de la chaîne signifiante par l'effraction du réel. Quelque chose du vivant s'interrompt, s'arrête. A cet égard, le traumatisme n'a d'abord pas d'existence, il n'est qu'un trou dans le symbolique, dans la trame signifiante. Il ne sera produit comme traumatisme que dans l'après-coup, quand le sujet parviendra à le nommer ainsi, le temps venu. Cette nomination permettra d'abord d'en cerner les entours, puis de le faire advenir comme signifiant énigmatique par un agencement de suppositions, d'hypothèses, seule manière de sortir de la sidération. De hors sens, l'événement passera alors au sens, même si ce sens n'est que mystère, question, et bientôt symptôme. C'est à ce titre qu'il sera traitable par la psychanalyse. » (p. 23)

« Les symptômes seraient donc des séquelles du trauma, conséquences de la rencontre avec le réel traumatique. Ainsi, quand une personne nous parle d'un événement traumatique, elle nous parle toujours de ce qu'elle en a fait. Elle nous livre toujours une interprétation, car le réel ne peut être dit autrement qu'en l'habillant de symbolique et d'imaginaire : ce peut être par exemple la description d'une scène avec ses images indélébiles revenant en boucle. » (pp. 23-24)

« Il est vrai que l'événement traumatique est d'abord un abus de l'Autre, car il vient de l'extérieur ; le sujet n'y est pour rien, et c'est naturel qu'il se sente avant tout une victime. La plainte des analysants commence presque toujours ainsi : l'Autre les a traumatisés et c'est lui qui devrait en supporter les conséquences. Ils se cognent à ce mur d'incompréhension, d'injustice. Or, rester la victime de l'Autre, qu'il soit représenté par l'entourage ou par un

événement extérieur, fortuit, est une impasse. La seule chance de pouvoir être délivré du poids de sa souffrance est d'y engager sa responsabilité.

Il y a là un paradoxe : plus on est capable de porter la charge de son tourment, plus on a de chances de s'en délester. Mais si la charge reste indéfiniment du côté de l'Autre, elle ne cessera de vous accabler. Assumer une part de responsabilité subjective libère déjà le désir. A ce titre, la psychanalyse est l'inverse de la victimologie. » (pp. 172-173)



a. La place de l'interprète

Boivin, I., Brisset, C. & Leanza, Y. (2011). Interprétation et interprétariat : chassé-croisé en thérapies analytiques plurilingues. *Filigrane*, 20(2), pp. 107-122.

« La question de la neutralité est centrale en interprétariat en soins de santé. Les auteurs qui se prononcent sur la neutralité des interprètes peuvent être sommairement divisés entre les tenants d'une posture neutre de l'interprète et ceux qui considèrent la neutralité comme plus ou moins impossible et qui soutiennent, comme corollaire à cette impossibilité une relation de collaboration entre praticien et interprète. [...]

Ceux qui préconisent la neutralité des interprètes dans le domaine de la santé mentale sont, pour la plupart, des psychiatres qui soulignent le risque d'erreurs de traduction, et les risques associés à la qualité des soins (Demetriou, 1991, 66-68 ; Farooq et Fear, 2003). Pour réduire ce risque, ils fournissent des directives strictes (Miletic et al., 2006) ou même, ils considèrent comme impossible d'offrir efficacement des soins psychologiques en présence d'un interprète (Yahyaoui, 1988). La neutralité sert ainsi à assurer la confiance du médecin, rendre la pratique de l'interprète transparente et guider les interprètes en toutes circonstances. Pour ces praticiens, l'interprète idéal est représenté par la métaphore de la machine à traduire. En revanche, ceux qui préconisent une approche collaborative voient l'interprète comme partie prenante de l'interaction. Ils proposent d'inclure les interprètes comme membres à part entière de l'équipe de soins (Bot, 2003 ; Bot, 2005 ; Raval, 2005 ; Raval et Maltby, 2005). » (p. 111)

« [...] l'interprète est le seul à avoir accès aux lapsus, aux flous, aux arrêts, aux doubles sens, aux hésitations, etc., dans le discours. L'écoute analytique doit ainsi se situer autant du côté du thérapeute que de l'interprète [...], ce qui n'est pas sans poser la question de la formation des interprètes. A ce titre, il est important que l'interprète rapporte les formes de résistances du patient. » (pp. 117-118)

Ayyildiz, K. (2007). Interpréter la souffrance. *Mémoires*, (35-36), pp. 15-16.

« Ce qui touche à la sexualité est particulièrement difficile à évoquer. [...] Souvent, c'est par un sous-entendu dans un geste, dans une métaphore corporelle que les patients expriment quelque chose qui reste voilé. A l'arrière-plan, il y a le rapport culturel au corps, le rapport à la honte. Il revient alors à l'interprète [...] de dire le poids des mots. » (pp. 15-16).

Guerrero, O. (2008). La place de l'interprète. Il faut d'abord être trois pour une relation thérapeutique à deux. *Mémoires*, (41), pp. 10-11.

« Curieusement, l'intervention de l'interprète n'empêche absolument pas de faire entendre ce qui se cache derrière ce que nous croyons dire, au contraire. Bien souvent, les allers [sic.] et retours d'une langue à l'autre viennent souligner ce contenu, le mettent en relief. Tel ce patient qui entend pour la première fois que son nom de famille peut être aussi un nom commun et que ce nom le détermine d'une certaine façon : il a suffi d'une hésitation de l'interprète, d'une fugace échange de regards pour le patient "entende" son nom lui coller autrement à la peau. » (p. 10)

« Premièrement, si le dispositif thérapeutique prévoit trois places et si l'on ne peut communiquer avec le patient qu'en passant par sa langue maternelle, c'est-à-dire en faisant appel à un tiers, pourquoi ne pas concevoir que ce tiers, ici présentifié bien que habituellement absent, ait bien sa place ? Je veux dire qu'au lieu de vivre l'interprète comme un obstacle, nous pourrions "l'utiliser à bon escient", c'est-à-dire de sorte que sa place produise des effets thérapeutiques. » (p. 11)

« Et ceci me permet de conclure le deuxième point : le constat que ce fonctionnement, avec une place rendue davantage visible par la présence de l'interprète, est le même que celui que nous mettons à l'œuvre lorsque nous recevons des patients francophones d'origine étrangère, voire des patients français.

Ce circuit rhétorique et ces trois places nous permettent de continuer à dire autrement l'impossible, qu'il s'agisse de la torture subie, de l'abandon puis du placement d'un enfant, de la détresse suite à la naissance d'une petite sœur, de tous ces différents bouleversements avec lesquels nous avons à composer. » (p. 11)

b. Une relation thérapeutique à trois

Boivin, I., Brisset, C. & Leanza, Y. (2011). Interprétation et interprétariat : chassé-croisé en thérapies analytiques plurilingues. *Filigrane*, 20(2), pp. 107-122.

« Chacun des trois protagonistes répondra affectivement, consciemment ou non, aux deux autres personnes » (p. 116)

Guerrero, O. (2007). Le suivi thérapeutique entre deux langues. *Mémoires*, (36-37), pp. 16-17.

« [...] le patient s'adresse à deux personnes là où généralement, quand l'interprétariat n'est pas nécessaire, il n'y en a qu'une seule. Il suppose et s'adresse à un savoir double : un savoir sur l'inconscient et un savoir de la langue. » (p. 17)

Vincendeau, F. (2007). Entre débrouille et exigence. Garantir le cadre thérapeutique. *Mémoires*, (37-38), pp. 14-15.

« Il arrive souvent lors d'une première consultation, qu'interprète et patient se connaissent déjà, il est donc très important de placer le cadre et la parole du patient. Le secret est essentiel. Je ne saurais rien d'autre que ce que le patient énoncera et l'interprète ne me dira rien de ce qu'il peut savoir de l'histoire ou du parcours du patient par ailleurs. » (p. 14)

C.H. (2007). Une autre langue (1^{re} partie). *Mémoires*, (35-36), p. 14.

« [...] la présence d'un tiers dans la relation thérapeute-patient représente une difficulté, tout particulièrement dans le suivi psychologique, un défi devant lequel beaucoup de cliniciens se sentent habituellement démunis. [...] "Tout va dépendre, souligne Véronique Bourboulon, psychologue clinicienne au Centre Primo Levi, de l'aptitude de l'interprète à se

laisser traverser par les mots du patient, afin de les transmettre au plus près de leur énonciation en restituant les hésitations, les répétitions. En cela, on pourrait dire que son rôle est d'avantage celui d'un 'passeur' que d'un interprète. Du côté du psychologue, il y a une attention très particulière à la voix, comme une écoute musicale du patient entre mots, silences, rythme et intonations..." » (p. 14)

Bruyère, B. & Denis-Kalla, S. (2005). Un espace entre-trois. Le psychologue, le demandeur d'asile et l'interprète. *Ecart d'identité*, (107), pp. 64-67.

« La personne qui ne comprend pas la langue de l'autre se trouve confrontée à des séries de signifiants énigmatiques. Elle essaie d'en comprendre le sens à travers les mimiques, les gestes de l'interlocuteur. Elle s'accroche à la mélodie de la voix et aux expressions de visage pour connoter le discours. L'interlocuteur est-il triste ? Joyeux ? En colère ? La personne est en présence de perceptions, de sensations brutes en attente de représentations ; situation qui n'est pas sans rappeler le nourrisson confronté à ce que Bion appelle des éléments Beta, non encore symbolisés. L'imaginaire se déploie mais sans butée. Le doute s'installe.

Cette absence de compréhension de la langue favorise les vécus paranoïdes. » (p. 65)

Pinzuti, C. (2008). Accueillir avec un interprète. *Mémoires*, (41), pp. 6-7.

« L'interprète sera ensuite orienté vers le collègue concerné afin qu'il puisse lui préciser ses attentes en matière de traduction ; nous veillons à ce qu'ils ne restent pas dans la salle d'attente avec les patients, afin d'éviter qu'ils ne soient trop sollicités dès leur arrivée du fait de la proximité culturelle. » (p. 6)

« Tout entretien avec un interprète demande donc du temps, de l'attention, et peut se passer parfois dans une certaine tension. Le travail est difficile car non seulement il s'agit de demander à l'interprète de ne pas anticiper les questions ou les réponses, mais également de supporter les réticences de ceux que nous accueillons, leurs silences, leurs façons d'exprimer leurs émotions. » (p. 7)

« [Travailler avec un interprète] donne la possibilité à celui ou celle que je reçois de s'exprimer dans sa langue maternelle, sans avoir recours à un membre de sa famille, à un compatriote, trop proche de lui. Le rôle de l'interprète est alors de poser une distance, là où nous parlons souvent de proximité. » (p. 7)

c. Langue, parole, traduction

Bruyère, B. & Denis-Kalla, S. (2005). Un espace entre-trois. Le psychologue, le demandeur d'asile et l'interprète. *Ecart d'identité*, (107), pp. 64-67.

« "Rester sans voix", quand les mots sont là mais que l'on ne peut pas les employer. Sans langue, privé de parole, l'expression de la souffrance passe alors par le corps. On assiste

à une régression, à une inscription sur le corps. Nombreuses sont les plaintes somatiques : mal de tête, mal au dos. » (p. 66)

« La présence d'un interprète instaure une position méthodologique particulière. [...] Dans un premier temps, ce dispositif permet d'apaiser les fantasmes d'empiètement, d'englobement d'une culture par une autre. » (p. 66)

« Pour les personnes ayant subi des tortures, la présence de l'interprète comme tiers peut être importante. La torture, avec la recherche de l'aveu, fait effraction dans l'espace intime du sujet. Le for intérieur vole en éclats. Toute situation de savoir peut renvoyer à cette situation intrusive où le sujet s'est senti transparent. L'interprète, comme tiers, peut jouer un rôle de pare-excitation ; une interface entre le dedans/familier/rassurant et le dehors/étranger/menaçant. Ainsi, les mots n'atteignent pas le sujet en première ligne. Au vu de la réaction de l'interprète, le réfugié a une première appréhension du contenu du discours. L'interprète symbolise le trait d'union entre deux espaces juxtaposés. Il permet petit à petit la réappropriation d'une enveloppe contenant. » (p. 67)

Bruyère, B. & Moussaoui, L. (2008). De la fonction et de l'usage de la langue. *Ecarts d'identité*, (113), pp. 32-39.

« Mais quelle est la fonction de la langue choisie ? Peut-on dire les mêmes choses en chinois, en arabe, en turc ? Il y a une question du choix de la langue pour dire le trauma, ce que certains ont appelé "la langue tamis".

Le recours à la langue étrangère permet d'entraver le développement de nouvelles inhibitions. Il permet au sujet d'atténuer l'impact de ce qu'il dit, de médiatiser la pensée par un dire autre. » (p. 36)

« Que ce soit à l'intérieur d'une langue ou d'une langue à l'autre, la communication implique toujours une traduction » (p. 37)

« La traduction est le lieu même d'un dialogue entre les langues et les cultures, le lieu de rencontre avec l'altérité par excellence. Les interlocuteurs prennent conscience de l'importance du choix des mots au plus juste de leur sens, pour éviter des malentendus, de la polysémie des termes, des registres de langues, des doubles sens etc... » (p. 37)

« La langue ne va pas de soi ; la langue n'est pas un calque de la réalité, n'est pas une nomenclature. Il faut comprendre par là que l'interprétariat n'est pas la transposition d'une liste de mots d'une langue à l'autre et réciproquement ; car chaque communauté a [sic.] son propre découpage de la réalité, du temps, de l'espace notamment. » (pp. 37-38).

« Toute langue est une traduction s'agissant de l'individu ; sa langue ou plutôt sa parole endiguée par une langue est la traduction des pulsions de son corps, de son être dans le monde. Le carambolage des langues peut susciter l'amnésie passagère ou alors le vertige, l'inversion des genres dans la traduction. » (p. 39).

« [...] l'inconscient jette des ponts verbaux qui assurent le passage d'une chaîne signifiante à une autre [...] L'homophonie ouvre cette voie permettant la circulation et le mélange entre deux langues. » (p. 39)

B. CLINIQUE EN SITUATION D'INTERPRETARIAT

Guerrero, O. (2008). La place de l'interprète. Il faut d'abord être trois pour une relation thérapeutique à deux. *Mémoires*, (41), pp. 10-11.

« Pensez alors à la tâche de l'interprète qui doit reconnaître ce qui borde l'indicible dans une langue pour le reconstruire dans l'autre. Le château sur la plage de sable : le reconstituer sur la plage des galets. C'est impossible et c'est pour cela que cet impossible à dire, il doit le dire autrement, c'est-à-dire faire de la poésie. » (p.10)

Guerrero, O. (2007). Le suivi thérapeutique entre deux langues. *Mémoires*, (36-37), pp. 16-17.

« Malgré l'excellent travail d'un traducteur, nous savons que le mot qui passe d'une langue à une autre paye un lourd tribut, il emporte avec lui un aspect, un sens, tout en abandonnant le réseau de signifiants et d'homophonies auquel el appartient, dans lequel il est surgi. Seule la traduction de la poésie nous confronte à cette perte d'une façon aussi douloureuse que la traduction du discours d'un patient. » (p. 16)

« L'intervention d'un traducteur interprète est la façon que nous avons trouvée de faire avec cet impossible, de gérer cette perte : [...] la place de l'interprète, plus que celle d'un "co-thérapeute", serait celle d'un "agent", c'est-à-dire cet intervenant qui permet l'échange et l'articulation du patient et de son thérapeute. Pour mieux agencer les discours qu'il transporte, l'interprète privilégiera une traduction simultanée, qui donnera l'occasion au thérapeute d'agir sur la ponctuation du patient, de lui proposer une autre formulation de ce qu'il dit, de le questionner, de l'arrêter sur un point précis. Une traduction consécutive empêcherait ce travail, donnant plus d'importance à l'histoire racontée qu'à la façon de la raconter, alors que cette façon est le sujet même. » (p. 17).

Guerrero, O. (2007). Pourquoi traduire relève-t-il de la poésie ? *Mémoires*, (37-38), pp. 11-14.

« Comment font alors ces "poètes de l'immédiat" qui, en quelques secondes, doivent trouver une façon de restituer, par exemple, le vouvoiement dans une langue qui n'a pas cette formule rhétorique ? Et de quelle manière, dans cet aller-retour, traduire par tutoiement ou par vouvoiement le discours d'un patient, alors que sa langue ne connaît guère cette différence ? [...] Le travail des interprètes se tisse alors, comme celui des écrivains, d'une trouvaille à l'autre, laissant dans chacune les traces de leur inconscient. » (pp. 11-12)

« Dans cet entre-deux, vient ensuite le clinicien qui ne peut intervenir sur le texte du patient qu'après l'intervention créatrice de cet interprète qui lui prête sa plume, sa voix, avec tous les effets de césure, de ponctuation que cela implique. [...] Dans le passage à une autre langue, nous avons donc des ficelles différentes – on n'y peut rien, c'est comme ça –, et puis un nouage à reconstituer. La traduction mot à mot est stérile et, dans ce cas, nous avons à traduire ce que font les mots, le nouage » (p. 12).

« Ses explications [du patient] tissent un réseau de signifiants, d'homophonies, de renvois, de souvenirs qui nous sont adressés – ce qui les oriente déjà d'une certaine façon – et qui nous permettent de souligner, de mettre en relief une signature du sujet. Si ces explications doivent effectuer un autre transport, dans une autre langue, nous mesurons la perte de tous ces éléments et l'apparition d'autres, issus de la première relation patient-interprète. C'est sûrement l'enjeu le plus remarquable qui démarque la situation clinique entre

deux langues d'une situation clinique banale, dans une même langue, qui relève aussi d'un travail de traduction. » (p. 12)

« Est-ce que l'interprète peut renoncer à la part poétique de son travail ? Il le fait certainement lorsqu'il se met, par exemple, à résumer ce que dit le patient, utilisant à ce moment-là un discours indirect » (p. 12).

« [Lacan] comparait l'interprète au comédien en disant que c'était son énonciation qui était mise en branle par les signifiants de l'auteur. » (p. 14)

« Disons, pour conclure, que le travail de l'interprète, qui permet celui des cliniciens, devrait être conçu comme le tressage de l'énoncé et son énonciation, le dit et le dire, ce qui permettrait, même dans les conditions si délicates du travail avec les victimes de torture et de violence politique, d'accéder à la chaîne et à la trame de leurs propos. Ce nouage, ce tissu inconscient dans lequel l'horreur, l'irruption du malheur, de l'insensé, pourront être articulées. Ainsi, grâce au travail de création poétique des traducteurs et grâce à leur engagement, nous pouvons, dans le suivi thérapeutique, entendre derrière le voile omniprésent du traumatisme, les difficultés subjectives de chacun. » (p. 14)

Ayyildiz, K. (2008). Elle vient de loin. *Mémoires*, (41), p. 12.

« [Un interprète témoigne :] Quand je lui prête ma voix [au patient], j'entends puis je traduis et, dans l'instant, c'est oublié comme un mouvement de refoulement, une mise à distance, un effacement de moi. La parole circule avec un certain automatisme, accompagnant les intonations, les coupures, les mimiques, le regard, les changements de voix : tout cela est primordial pour moi. Mais il m'arrive aussi, je ne sais pas comment, que les énoncés prennent une certaine ampleur dans mon esprit. Donc, peut-être pour me décharger des émotions, je passe de cet "entre-deux" où je n'étais plus, à une circulation à trois personnes. » (p. 12)

Boivin, I., Brisset, C. & Leanza, Y. (2011). Interprétation et interprétariat : chassé-croisé en thérapies analytiques plurilingues. *Filigrane*, 20(2), pp. 107-122.

« L'utilisation de la première personne du singulier (le "je") pour transmettre les paroles du patient est un moyen recommandé pour témoigner de la subjectivité du patient [...]. En s'effaçant derrière le "je" [...], l'interprète peut alors faciliter l'émergence de la dynamique transférentielle patient-thérapeute. Cette tâche est toutefois difficile et peut être ressentie par l'interprète comme une dissonance entre l'idéal de neutralité imposé par les codes déontologiques et l'implication émotionnelle demandée par le thérapeute et les situations thérapeutiques [...] De plus, participer à l'expérience et aux mots du thérapeute et du patient peut affaiblir l'identité personnelle de l'interprète [...], en particulier si celui-ci a vécu une histoire migratoire similaire à celle du patient [...]. L'utilisation de la troisième personne peut alors introduire une distance émotionnelle, parfois nécessaire. » (p. 113-114).