

- Grazian Y. et Solignou P. (1995): Soutien psychologique auprès des ex-détenus bosniaques musulmans et de leurs familles: la mission Médecins Sans Frontières. In: Moro M.R. et Lebovici S. (Eds), *Psychiatrie humanitaire en ex-Yugoslavie et en Arménie: face au traumatisme*, Paris, PUF.
- Grapppe M. (1995): La guerre en ex-Yugoslavie: un regard sur les enfants réfugiés, in Moro M.R. et Lebovici S. (Eds), *Psychiatrie humanitaire en ex-Yugoslavie et en Arménie. Face au traumatisme*, Paris, PUF.
- Grimberg L. et Grimberg R. (1986): *Psychanalyse de migrant et de l'exilé*, Lyon, Césura Lyon Ed.
- Grubrich-Simais J. (1981): Extreme Traumatization as Cumulative Trauma. Psychoanalytic Investigations of the Effects of Concentration Camp Experiences on Survivors and Their Children, in *The Psychoanalytic Study of the Child*, Vol.36, New Haven, Yale University Press.
- Hanzel D. (1987): Le concept d'enveloppe psychique, in D. Anzieu et coll., *Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod.
- Moro M.R. (1994): *Parents en exil, psychopathologies et migrations*, Paris, PUF.
- Moro M.R. et Nathan T. (1989): Le bébé migrant: Spécificités et psychopathologies des interactions précoces en situation migratoire, in Lebovici S., Weil-Halpern F. (Ed.), *Psychopathologie du bébé*, Paris, PUF.
- von Overbeck Ottino S. (1998): Bébé en exil: à quel sein se vouer? La complexité des relations précoces en situation migratoire, *Petite enfance* 66, 46-52.
- von Overbeck Ottino S. (1999a): Migration, exil et intervention de crise, in de Coulton N., *La crise: stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie*, Europé, Gaëtan Morin.
- von Overbeck Ottino S. (1999b): Violences collectives et travail psychothérapeutique: nécessité d'une intégration des aspects individuels, familiaux et culturels, *Psychothérapies* 19 (4), 235-245.
- von Overbeck Ottino S. (2000): Culpabilité et culture: aspects thérapeutiques en clinique transculturelle, *Bulletin de la société psychanalytique de Paris* 57, 201-209.
- von Overbeck Ottino S. (2001): Mémoires d'exil: des projections parentales aux projections culturelles, *Tribune psychanalytique* 3, 51-66.
- von Overbeck Ottino S. et Ottino J. (2001): Avoir ou Être: tribulations identitaires chez les adolescents migrants, *L'autre, cliniques, cultures et sociétés* 2 (1), 95-108.
- Pierre D. (1993): Zohra, le mauvais œil et la citrouille. Clivage du Moi chez les enfants de migrants, *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 20, 201-229.
- Pynoos R.S. et Eth S. (1986): Witness to Violence: The Child Interview, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 25, 306-319.
- Rubin G. (1996): Fonctions structurantes et contenantes des rituels de deuil, *Rev. Franç. Psychanal.* 1, 211-218.
- Sironi F. (1995): On torture: un enfant ou les avatars de l'ethnocentrisme psychologique, *Sud nord, folies et cultures*, n° 4, Enfances, Rimonville Saint-Agne, Eres, pp. 205-215.
- Szaian M. (1995): Le jeu dans les situations de violence, *Sud nord, folies et cultures*, n° 4, Enfances, Rimonville Saint-Agne, Eres, pp. 217-228.
- Terr L.C. (1991): Childhood Traumas: An Outline and Overview, *Am. J. Psychiatry* 148 (1), 10-20.
- Thomas L.V. (1975): *Anthropologie de la mort*, Paris, Payot.
- Thomas L.V. (1988): Leçon pour l'occident: ritualité du chagrin et du deuil en Afrique Noire, *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 10, 11-43.
- Zivic I. (1993): Emotional Reactions of Children to war Stress in Croatia, *J. Am. Acad. Child, Adolesc. Psychiatry*, 32, 4, July 1993.

Résumé: *L'interprète, ce nouvel acteur.* – Depuis peu, tout au plus une dizaine d'années, est soulevée en Suisse la question de l'interprétabilité en milieu médical, entre autres psychiatriques. Les villes romandes, Lausanne et Genève, furent à cet égard des pionnières. Comment comprendre cette irruption contemporaine? La recherche d'une réponse à cette interrogation nous amènera vers un questionnement de notre rapport à l'altérité. Nous en déduisons que l'interprète peut devenir un véritable acteur social, artisan de changements majeurs. Comment devra-t-il s'y prendre?

Mots-clés: Migration – Interprètes – Médiateurs culturels – Santé – Altérité – Exclusion – Changement social.

Summary: *The interpreter, a new participant.* – Recently, at the most for ten years, the question of interpreting has been raised in the medical circles, among them psychiatric ones. The french speaking cities, Lausanne and Geneva, were pioneers in this respect. How can this contemporary interest be understood? Searching for an answer to this interrogation will lead us to question our relation to alterity. We will deduce that the interpreter can become a real social actor, a maker of major changes. How will he take up this challenge?

Key-words: Migration – Interpreters – Cultural mediators – Health – Alterity – Exclusion – Social change.

Si quelque chose doit susciter notre émerveillement, c'est la multiplicité des voix que la puissance créatrice des poètes a pu faire surgir dans des langues différentes pour atteindre la plus forte expressivité de la musicalité sémantique dans la poésie. Émerveillement qu'on éprouve à aborder devant les ressources, le potentiel que recèle chacune de ces langues, création chaque fois d'une société autre, d'un collectif anonyme autre.

Cornelius Castoriadis'

* Pédopsychiatre.

Adresse: chemin I, Montolieu 57, CH-1010 Lausanne.

† Castoriadis C., *Figures du pensable. Les corrigéurs du labyrinthe VII*, Seuil, Paris, 1999, p. 61.

La Suède a fait l'œuvre de pionnière, à la fois sur le plan des services offerts que sur celui de la législation. En 1967 a été fondé le *Stockholms Tolkformidling* (centre d'interpréariat et de médiation), premier service de ce genre en Europe, et ce pays nordique, en 1978, a inscrit l'interpréariat pour les personnes de langue étrangère dans sa législation : concrètement, les institutions publiques *doivent* s'assurer les services d'interprètes qu'elles payent. Plus de vingt ans après, ce pays est toujours le seul à avoir défini une telle contrainte législative. Dans d'autres pays du nord de l'Europe – Norvège, Danemark et Hollande – la collaboration d'interprètes fait certes l'objet de recommandations officielles, mais aucune inscription législative rend leur respect obligatoire. En passant, il est intéressant de noter que les pays anglo-saxons (États-Unis, Grande-Bretagne) ont établi des lois contre les discriminations des personnes migrantes (*Civil Rights Act* aux USA dès 1964, *Race relations act* en G.-B. dès 1976) mais que leur application dans la pratique reste très aléatoire.

Les autres services européens franchement antérieurs aux premières expériences helvétiques se situent en France (*Inter-Service Migrants* dès 1971), aux Pays-Bas (*Stichting Tolkencentrum* dès 1976) et en Norvège (*Tolketjenesten Innvandrerkontoret* dès 1981). Leur apparition en Grande-Bretagne (1987 à Edimbourg, 1990 à Londres), au Danemark (1988 à Copenhague) et en Allemagne (1989 à Hanovre) est contemporaine des premiers pas réalisés en Suisse.

L'élément qui frappe peut-être le plus le profane est sans conteste la relative indigence des références théoriques auxquelles les concepteurs se réfèrent. Leurs écrits ne vont guère au-delà d'une présentation des projets. Quelques rares et partielles exceptions : le rapport de *Ginsberg et al.* (1995) aux États-Unis et deux documents anglais (*Stachman*, 1985 ; rapport du *Scottish Community Interpreting Development Group*, 1998). Regardée sous cet angle, la Suisse n'est pas si mal lotie. Deux remarques complémentaires, liées à ces quelques documents, s'imposent : la notion de *Community Interpreting* aux États-Unis, et reprise peu à peu en Europe, prend en compte les questions complexes qui se posent lorsque l'on parle de participation et d'égalité des chances ; les travaux britanniques mettent en évidence la mobilisation des interprètes pour une reconnaissance de leur statut et revendiquent clairement l'égalité des droits pour les minorités ethniques. En bref, la science – et la médecine en particulier – ne peut dans ce domaine faire la sourde oreille au politique.

Si l'on compare la définition du rôle de l'interprète prônée par les diverses structures mentionnées, nous observons que la moitié d'entre elles conçoivent exclusivement la *traduction mot à mot*, l'autre moitié intégrant aussi la *traduction restituant le sens* – activité de médiation permettant d'intégrer les aspects culturels propres à faciliter la compréhension mutuelle – et la *médiation culturelle* (nous reviendrons plus loin sur ces termes).

Lorsque l'on s'interroge sur la ville et ses transformations, faut-il d'abord questionner la ville ou ses habitants ? Est-ce la cité qui se reconstruit ou les citoyens qui jettent un nouveau regard sur leurs alentours ? Le thème de la migration nous oblige en tout cas à la plus extrême vigilance : la perception de l'autre n'est-elle pas d'abord tributaire des sens de l'observateur – chercheur ou psychiatre, mais aussi citoyen – soit de sa vision, de son ouïe, de son toucher, de son odorat, de son *goût* faudrait-il dire.

Ces dernières années furent friandes en discours sur le migrant. La collaboration aux consultations d'interprètes ou/et médiateurs culturels devint un thème d'actualité. Est-ce la ville et l'origine de ses habitants qui se sont modifiées ? Les citoyens dont nous sommes ont-ils tout simplement changé de lunettes ? Ou encore ?

Un premier indice : le terme de « médiateur », ici associé au qualificatif de « culturel ». Du médiateur judiciaire au médiateur scolaire en passant par le médiateur de quartier, les médiateurs, de nos jours, ne constituent-ils pas une espèce à la mode ? Un *masters* ès médiation a même été récemment lancé par l'université privée Kurt Bösch à Sion. Profession de circonstance ? Mais quelles circonstances ? Et pourquoi fallut-il attendre autour de quinze cents ans pour que le substantif utilisé une première fois par Augustin pour désigner Jésus-Christ, *médiateur* entre Dieu et les hommes, soit remis au goût du jour ?

Ces questions méritent d'être posées, méritent surtout que l'on tente d'y répondre. Il en va de notre rapport à l'altérité. Non plus à Dieu, mais aux hommes d'ailleurs. Et à ce niveau, avec une profonde humilité, nous – professionnels de la psyché – devons reconnaître que nous nageons dans le même bain que nos concitoyens, dans la même ville il va sans dire.

Histoire

L'histoire de « l'interpréariat et de la médiation culturelle dans les systèmes de soins » est en Suisse très récente : à peine plus d'une dizaine d'années. Mais si certains pays étrangers (la Suède, les États-Unis, l'Autriche) nous dépassent de vingt ans, la Suisse n'est pas seule à avoir longtemps somnolé en queue de peloton. A vrai dire, comme on le verra, les théories développées sur ce thème sont partout encore très fragmentaires et le vocabulaire même paraît peu fixé : qu'entend-on par « interpréariat » ? qu'entend-on par « médiation culturelle » ? quel concept de formation doit-on privilégier ?

Le travail de référence à ce sujet est sans aucun doute celui mené par *Regula Weis* et *Rahel Stuker* (1998) dans le cadre du Forum Suisse des Migrations (Neuchâtel) à la demande de l'Office Fédéral de la Santé Publique. Je m'y référerai donc longuement.

A remarquer encore qu'une formation parallèle pour le personnel soignant collaborant avec des interprètes fait souvent partie des concepts, mais ceux-ci ne se traduisent que rarement dans la pratique, ou alors de manière extrêmement succincte (quelques heures tout au plus): Hanovre, Bergen et Edimbourg font ici encore figure de précurseurs.

Cette revue internationale ne saurait omettre le rôle incitatif de l'Organisation Mondiale de la Santé. Après la *Charte d'Ottawa* (1986) qui signalait explicitement l'égalité d'accès aux systèmes de soins comme un objectif prioritaire, elle cherche depuis 1993 à ancrer résolument « le droit d'être compris » dans la législation internationale. Beaucoup encore s'en faut pour que pareilles recommandations soient réellement écoutées par les instances dirigeantes.

L'état de la situation en Suisse

Sur le plan chronologique, la Suisse fait partie de ce que l'on pourrait appeler la *seconde vague européenne* (Norvège, Grande-Bretagne, Allemagne). Le premier projet mis en place date de 1987: le *Spitaldolmetscherdienst* de Bâle créé par l'Entraide Protestante Suisse (EPER/AHEKS). Suit l'*Übersetzerdienst des Universitätsklinikum* à Berne (des 1990) dont les frais sont à la charge des patients. Puis, dès 1992, le Dr P. Flubacher, médecin indépendant, propose un service probablement jusqu'ici unique en Suisse et en Europe: il coopère régulièrement avec un interprète kurde et tuteur engagé à ses frais de manière fixe.

Entre 1993 et 1995, la « mutation » s'accélère. En 1993: création à Lausanne d'*Appartenances* et à Genève du *Centre de Santé - Migrants*. En 1994: ouverture de *DERMAN* à Zürich par l'OSEO (Organisation Suisse d'Entraide Ouvrière). En 1995: inauguration à Berne du *Therapiezentrum für Förlernpfer* par la Croix Rouge Suisse. May Day, au Tessin, a suivi de peu. Toutes ces organisations proposent, entre autres, une offre dans le domaine de l'interprétariat.

Il est intéressant de noter qu'aucun des services susnommés, contrairement aux expériences étrangères, n'a exclusivement valorisé la traduction mot à mot. La *traduction restituant le sens*, par endroits nommée *médiation culturelle* est prônée un peu partout. Autre originalité helvétique, extrêmement encourageante par ailleurs: tous les services intéressés ont été progressivement mis en réseau sur l'initiative de l'Office Fédéral de la Santé Publique. Cette mise en réseau a été assortie de l'étude déjà mentionnée commandée à R. Weiss et R. Stuker. Cette élaboration commune, qui a entre autres magnifiquement pu dépasser les écueils du multilinguisme suisse, a débouché sur la création, en avril 1999, de l'Association Suisse pour la Pro-

motion de l'Interprétariat et de la Médiation Culturelle dans les domaines de la Santé, du Social et de la Formation, appellation qui ne recit pas la santé dans son ordinaire tour d'ivoire et surtout évite d'intempestifs choix entre interprétariat et médiation culturelle. Cette nouvelle association a créé quatre commissions de travail dont les noms résumant clairement les actuels enjeux: *Formation, Reconnaissance du statut, Financement et Recherche*. En Suisse, aucune base législative ne permet en effet de donner un quelconque statut un tant soit peu officiel aux interprètes et pareille absence de statut rend tout financement problématique: quant à la formation et à la recherche, elles sont évidemment nécessaires à toute reconnaissance future.

Dans notre pays, la totalité des recherches effectuées dans ce domaine sont à notre connaissance extrêmement récentes. Citons en particulier l'*Enquête sur les langues parlées lors des consultations* (Bischoff et al., 1998), l'*Enquête sur les services et cliniques psychiatriques de Suisse* (Eytan et al., 1998), une recherche menée par le Centre de psychiatrie de Schaffhouse (Ebner, 1997), celle développée à l'Hôpital de l'Enfance à Lausanne (Gehri et coll.), et finalement, dans cette même ville, la recherche interdisciplinaire et interinstitutionnelle financée par le Fonds-National-de-Recherche Scientifique (Giez et coll., 2000), intitulée *Migrants et réseaux de soins: pour une adaptation interculturelle*. Se dégage de toute évidence la nécessité d'une sensibilisation des professionnels de la santé à l'importance des interprètes formés et rémunérés. Par ailleurs, d'après plusieurs de ces études, les services de psychiatrie semblent moins enclins que les autres services de médecine à faire appel à un interprète. Ce résultat interroge quant on connaît la part de la communication verbale dans la consultation psychiatrique.

Les avantages de l'interprétariat

A vrai dire, un simple rappel au bon sens devrait suffire pour répondre à semblable question. Imaginons une veuve de Srebrenica souffrant d'un syndrome de stress post-traumatique, de deuils multiples non résolus et probablement d'un trouble de l'adaptation: comment l'aider si l'abc du français ou de l'allemand lui fait défaut? Mais pareil bon sens faisant trop souvent cruellement défaut, tournons-nous vers littérature et pratique pour identifier ces avantages.

D'abord le principe de la *nécessité de se comprendre*. Intéressant de signaler que ce principe n'est pas mu que par des considérations linguistiques et culturelles: l'appartenance à un contexte social différent, au royaume des dominants versus ghetto des dominés joue aussi son rôle (Kaufert, 1990; Kleinmann, 1980; Kleinmann et al., 1978; Gimenez, 1997).

Ensuite, le droit du patient: de graves problèmes de communication compromettraient gravement le devoir du médecin à informer son patient. Des auteurs américains (Woloshin et al., 1995; Kaufert et O'Neill, 1990) ont abondamment étayé cette thèse, sans trop de résultats cependant – du moins jusqu'ici – sur la situation des patients concernés.

Troisièmement, les coûts de la santé. On peut déplorer qu'aucune étude sérieuse n'ait eu lieu à ce propos (Weiss et Stuker, 1998, p. 37), mais il s'agit à l'évidence d'un véritable serpent de mer. L'amélioration de l'accès aux soins, consécutif à toute introduction d'interprètes, implique dans l'immédiat une augmentation des prestations et donc des coûts. Il faudrait alors prouver qu'à très long terme l'économie locale y trouve son compte. Outre la difficulté méthodologique de telles recherches, la question de l'éthique qui les fonderait se pose à l'évidence. Intervient par la même occasion la dimension subjective de tout calcul des coûts. Et ici la santé des migrants devient un véritable révélateur de nos systèmes de soins. Une analyse détaillée de cet aspect dépasserait largement le cadre du présent article.

Finalement l'accès et la qualité des soins (Shackmann, 1985). Un seul indice, et de poids: le centre de consultations psychologiques et psychiatriques d'Appartenances a bénéficié en 1999 à environ 1500 patients (anciens et nouveaux cas réunis). Ce chiffre était de zéro en 1992, et d'environ la moitié en 1996: entre temps, d'après les résultats de la recherche lausannoise déjà mentionnée (Ghez et coll., 2000), aucune diminution n'a été enregistrée dans la fréquentation par les patients migrants des autres services de psychiatrie ambulatoire. Auparavant, ils n'allèrent donc nulle part...

«Nouvelles migrations»?

Il serait éventuellement possible de rétorquer que la demande était auparavant moindre. Mais cette argumentation tient-elle?

La migration en Suisse est un phénomène déjà ancien. Que la Loi sur le séjour et l'établissement des étrangers (LSEE) remonte à 1931 suffit pour l'illustrer. A cette époque, marquée par la crise économique qui frappait l'ensemble du monde et particulièrement l'Europe, des dispositions plus restrictives que précédemment en matière de migration voient le jour.

L'«âge d'or», qui marquera sur le plan économique les trente années après la fin de la seconde guerre mondiale, a impliqué un recrutement important de main d'œuvre étrangère opérée selon les critères du marché de l'emploi: Des permis de séjour et de travail définis conformément à la LSEE (statuts de saisonnier et de frontalier, permis annuel) montrent par eux-mêmes la nature de la politique migratoire: séjour limité d'une main d'œuvre dont les besoins évoluent au rythme de la conjoncture. Il n'était alors nullement question d'intégration: la politique restrictive en matière de

naturalisations, encore en vigueur aujourd'hui, et qui tend à gonfler – par rapport aux pays limitrophes – le pourcentage de personnes étrangères (22% des étrangers sont nés en Suisse et 37% y résident depuis plus de dix ans) le confirme clairement. Celles-ci, comme chacun le sait, venaient d'abord d'Italie – où l'on parle l'une de nos langues nationales –, puis d'Espagne, un peu plus tard du Portugal et de Yougoslavie. L'évolution de ces «réservoirs de main d'œuvre» est attestée dans les statistiques par l'origine nationale des étrangers vivant en Suisse. Mais il est d'ores et déjà intéressant de noter que la question de la langue était alors fort peu prise en compte par les statisticiens: pendant longtemps les langues d'ex-Yougoslavie, et même le portugais, entraient sous la rubrique «autres» et il a fallu la guerre en ex-Yougoslavie pour que l'on se rende compte que les langues qui y étaient parlées n'appartenaient même pas aux mêmes familles linguistiques (par exemple le serbo-croate et l'albanais).

Au carrefour des années 60 et 70, les premières initiatives xénophobes (initiatives Schwarzenbach) arguent l'arrêt de l'embauche de la main d'œuvre étrangère qui accompagnera la crise économique à la fin de l'«Age d'or». Le but est de stabiliser les effectifs étrangers. En même temps, des mesures seront prises pour favoriser le regroupement familial, ce qui impliquera un changement démographique de la population étrangère: davantage de femmes, d'enfants et d'adolescents. On assistera aussi à une relative libéralisation des conditions d'établissement. En bref, l'afflux d'ouvriers migrants sera moindre, mais le caractère transitoire du séjour également moins prononcé: ceci aura inévitablement une incidence sur l'adaptation interculturelle, et plus spécifiquement sur le rapport à la langue de l'autre.

A la fin des années 70 (1979), la Suisse se dote d'une nouvelle Loi sur l'asile afin d'accroître sa maîtrise de la migration. Cette loi montre l'existence à cette époque d'un changement important des causes migratoires, ainsi que de la provenance des migrants: les personnes issues de Turquie et du Kurdistan, du Viêt-nam et du Cambodge, du Chili et de l'Argentine, d'autres pays du Sud marqués par les guerres et les dictatures, cherchent un refuge sur notre territoire comme ailleurs en Europe et dans le Sud (rappelons que les plus grands flux migratoires ont lieu au sein même des pays du Sud, en raison d'une part de la pauvreté de leurs moyens financiers, des murs érigés à Schleggen autour de la forteresse Europe d'autre part). Les langues se diversifient: en 1995, 43,3% de la population étrangère résidant en Suisse, soit quatre fois plus qu'en 1960, a une langue maternelle distincte d'une de nos quatre langues nationales (Haug, 1995). Ce chiffre n'illustre cependant pas tant le changement précité des causes migratoires (seuls 5% environ des étrangers sont requérants d'asile ou réfugiés) que la multiplication des réservoirs de main d'œuvre étrangère après 1960 (alors essentiellement italienne).

Un autre changement s'amorce dans les années 80 : si les besoins en main d'œuvre non qualifiée se sont resserrés avec la crise économique, les besoins en étrangers qualifiés, dans les milieux universitaires et techniques, tendent à s'accroître, et ceux-ci en général proviennent des pays dits développés qui en Europe se joignent progressivement au sein de la Communauté Économique Européenne. Peu étonnant alors que s'élabore à la même époque la politique dite des trois cercles. Pour les citoyens des pays du Sud (y compris la Turquie et l'ex-Yougoslavie), rejetés dans le troisième cercle, les possibilités d'établissement en Suisse deviennent dès lors presque nulles. Les saisonniers d'ex-Yougoslavie – auparavant réservoir de main d'œuvre – sont renvoyés dans un pays qui au même moment sombre dans la guerre et se divise à l'infini. Au point où une langue (le serbo-croate) devient trois langues (le serbe, le croate et le bosniaque) et tout ex-yougoslave par magie polyglotte.

Ces transformations corrélées de la migration et de la politique migratoire expliquent-elles l'intérêt récent pour les questions d'interprétariat et de médiation culturelle? En d'autres termes, cet intérêt est-il consécutif à de nouveaux besoins, surgis de l'identité des actuels migrants – alors supposés différents de ceux qui les ont précédés – ? Une réponse clairement affirmative serait en tout cas trop hâtive et même probablement erronée. Une récente étude menée par l'Institut d'Ethnologie de l'Université de Berne (*Domering, Salis Gross et Wicker, 2000*) montre en tout cas les bénéfices que peut receler le travail thérapeutique dans la langue maternelle avec une population aussi « ancienne » que les toxicomanes italiens de la seconde génération.

De fait, le nombre absolu de migrants entrant chaque année en Suisse a constamment décliné depuis près de vingt ans. Les ex-Yougoslaves, qui représentent aujourd'hui la majorité des requérants d'asile, étaient déjà fort nombreux en Suisse il y a vingt ans, mais alors en tant que travailleurs immigrés : et ils n'apprenaient pas plus vite à cette époque le français qu'aujourd'hui. Quant aux saisonniers italiens, première vague migratoire de l'après-guerre, s'ils parlaient certes l'une de nos quatre langues nationales, nombre d'entre eux ont mis fort longtemps avant de parler et comprendre le français ou l'allemand. Il vaut donc la peine d'évoquer brièvement d'autres hypothèses.

D'abord, les premiers travailleurs saisonniers, le plus souvent italiens, étaient engagés dans de grands chantiers éloignés des villes (rémémorons-nous le chantier de la Grande Dixence, plus près de nous les autoroutes) et vivaient dans des baraquements dont la construction même attestait le caractère transitoire. Ils étaient ici comme main d'œuvre vite remplaçable en cas de « casse » physique ou psychique. L'adaptation interculturelle, entre autres dans le domaine des soins, n'était visiblement pas à l'ordre et au goût du jour. Par ailleurs, les principaux problèmes sanitaires rencontrés

étaient soit la conséquence d'accidents de travail (et impliquaient donc d'abord une médecine réparatrice où la chirurgie et l'orthopédie jouaient un rôle essentiel), soit celle de somatisations diverses défiant souvent les compétences tant des somaticiens que des psychiatres. Les somatisations par elles-mêmes signifiaient silence des mots et des émotions ainsi que médiation par le corps : la typologie des maladies semble avoir elle-même relégué dans le silence l'interprétariat et médiation culturelle. Autre élément : certains secteurs de la médecine plus sensibles que d'autres, par nécessité, à la communication étaient moins qu'aujourd'hui confrontés à la problématique de l'interculturalité pour de simples raisons de politique migratoire et de démographie ; femmes et enfants étant peu présents (cf. supra), pédiatres et obstétriciens traitaient moins qu'aujourd'hui des patient(e)s migrant(e)s. Finalement, l'introduction du substantif « intégration » dans les nouvelles ordonnances fédérales témoigne d'une évolution de la politique migratoire : si ce changement de langage semble signaler une plus grande sensibilité aux questions d'interculturalité, reste que pareille intégration est encore bien souvent conçue comme une *assimilation* à la culture et société autochtones ; de plus elle n'est envisagée que pour les détenteurs d'un permis d'établissement, excluant de ce fait requérants d'asile et autres migrants au statut précaire.

L'émergence récente d'un intérêt pour l'interprétariat et la médiation culturelle *traduit-elle* alors une révolution de notre rapport à l'altérité? La réponse n'est guère aisée. D'autant plus que la migration désormais s'arroge un droit de regard sur nos portefeuilles. Quand un thème à la mode, prisé par le Fonds National de Recherche Scientifique et les Universités, se mue en source d'argent et de prestige, les sourcils froncés sur les motivations font mauvaise figure. Et pourtant ! Et pourtant les finances, dans les sciences humaines, ne sont pas toujours bonnes conseillères.

Les rôles de l'interprète

Analysons, pour mieux cerner le problème ainsi posé, les différents rôles de l'interprète envisagés dans la littérature : avocat du patient, co-traducteur, traducteur mot à mot, médiateur culturel (ou « traducteur restituant le sens »).

La fonction d'*avocat du patient* a essentiellement été prônée par les écoles belges : il s'agit de tenir compte du fait que l'étranger, l'allophone, se situe dans une position de dominé ou d'exclu lorsqu'il se trouve confronté au monde hospitalier du pays d'accueil : quelqu'un doit donc être là pour défendre ses intérêts dans un monde qui tend à les « maltraiter ». En bref, ce rôle met l'accent sur la dimension *sociale* de l'interprétariat, dimension que

divers travaux nous obligent à ne pas méconnaître. Bourdieu (1982), par exemple, a étudié les rapports de pouvoir qui s'insinuent dans la langue – « les discours ne sont pas seulement (ou seulement par exception) des signes destinés à être compris, déchiffrés; ce sont aussi des signes de richesse destinés à être évalués, appréciés et des signes d'autorité destinés à être crus et obéis » – : les échanges langagiers impliqueraient alors la recherche d'un profit symbolique s'appuyant sur le rapport de force entre les compétences linguistiques des locuteurs.

La fonction de *co-thérapeute* est évoquée dans certains travaux (*Ren- don, 1989; Méritax et Alvir, 1995*). Elle souffre cependant jusqu'ici d'une relative faiblesse de l'argumentation théorique, ou plutôt d'un hiatus consistant entre cette argumentation et la réalité de fait sur le terrain. Comme le relèvent Weiss et Stuker (1998, p. 49), la cothérapie implique un *Equal status* entre le thérapeute et l'interprète: or, jusqu'ici un tel « equal status » n'est que chimère ou utopie.

Les fonctions d'« avocat du patient » et de « cothérapeute » questionnant les fondements de la position de soignant, le débat s'est jusqu'ici essentiellement concentré sur l'alternative supposée entre les deux autres rôles envisagés, *traducteur mot à mot* et *médiateur culturel*. Mais les termes de l'alternative sont-ils bien posés? C'est à cette question que je tenterai maintenant de répondre.

La traduction mot à mot a souvent la faveur des psychiatres et psychothérapeutes (*Hardé, 1994; Marcos et al., 1973*): ceux-ci espèrent ainsi que d'inévitables aspects émotionnels ne viennent contaminer la traduction. (Nathan constitue à cet égard une des rares exceptions – *Nathan, 1994*). La « traduction avec restitution du sens » semble davantage convaincre d'autres sectateurs de la médecine: *Kleinmann* (1980) a ainsi sans cesse soutenu que l'interprète pouvait contribuer à rendre accessibles les cinq thèmes médicaux centraux (les causes de la maladie, la date et les circonstances du début de la maladie, les processus pathologiques dans le corps, l'évolution de la maladie, le traitement de la maladie). Cette distinction entre « traduction mot à mot » et « médiation culturelle » est cependant à bien des égards étrange. La langue française, qui utilise le même terme pour traduire « interprétation » psychanalytique et « interprétation » entre deux langues, est ici bien plus instructive que la langue allemande où le terme *Dolmetscher* se réfère uniquement à la traduction d'une langue à une autre.

Nous savons tous que le verbe « interpréter » et son substantif dérivé « interprétation » ont intégré depuis Freud le lexique de base des psychanalystes, psychiatres et psychologues. Ces mots désignent – là encore chacun le sait – la compréhension (ou la tentative de compréhension) du sens latent dissimulé sous les atours d'un sens manifeste. Car la psyché affective joue le jeu de coïncidence. Interpréter, au sens psychanalytique, sous-entend

donc une distance entre la séquence des mots prononcés et leur sens profond. Et le rapport entre sens manifeste et sens latent n'est jamais biunivoque. Bref, conscient et inconscient ignorent la traduction mot à mot.

Les écoles de traducteurs, quant à elles, distinguent clairement « traduction » et « interprétation ». La première fait référence au langage écrit, la seconde au langage oral. Cette différenciation n'est pas innocente: le langage écrit ne s'embarasse guère d'éventuels quiproquos involontaires; le lecteur analysera et « interprétera » lui-même en son âme et conscience. La traduction, pour laisser libre cours aux réflexions du lecteur, se doit donc d'être la plus exacte possible; ce qui bien entendu n'exclut pas les contre-sens. Le langage oral, par contre, implique le plus souvent un dialogue auquel l'apparition d'un quiproquo risquerait gravement de nuire: si les codages culturels des deux partenaires diffèrent, l'interprète se doit de restituer le sens culturel latent caché sous le sens manifeste; il ne peut se contenter de traduire, il doit *interpréter*.

Cette discussion met en évidence la coexistence de deux sens latents: un sens latent psychique, liée à la personne même du locuteur, et un sens latent culturel, plus exactement « social ». Car il y a jamais de culturel pur, sans fondements sociaux: toute société est créatrice d'elle-même, *a fortiori* de sa culture.

Approfondissons quelque peu cette notion de « sens latent social ». Castoriadis a montré, tout au long de son œuvre, que la socialisation de l'*infans* impliquait son imprégnation par les significations imaginaires sociales qui imbibent sa société; et cette imprégnation est véhiculée par la langue de la mère. En d'autres termes, toute langue est habitée par les significations imaginaires sociales qui la créent, significations imaginaires sociales distinctes d'une société à l'autre et qui constituent son sens latent. Chercher à connaître l'autre, à le comprendre, signifie alors « rendre accessible et reconstruire le monde de ses significations imaginaires sociales » qui « déterminent les représentations, les affects et les intentions dominants de sa société » (*Castoriadis, 1999, p. 271*). L'interprète peut nous y aider, et tout ce labeur de reconstitution fait partie intégrante de son travail d'interprétation.

En résumé, le terme « interprétariat » – sur le plan linguistique *stricto sensu* – exclut l'idée même de traduction littérale. Qui plus est, il inclut toujours la recherche d'une compréhension des sens latents, psychique et social. L'opposition entre traduction mot à mot et médiation culturelle paraît donc abusive: la traduction littérale, compte tenu de toutes les connotations attachées aux mots, relève du domaine de l'impossible². A noter encore, comme ultime argument en faveur du terme « interprétariat », que les migrants ressentent parfois le qualificatif « culturel » comme un signe d'exclusion (*Guex et coll., 2000*).

2 Deux exemples parmi d'autres: le mot « dentil » est intraduisible en somali, celui de « reconnaissance » en turc.

La métaphore de la Malinche

Dernière l'alternative entre traduction mot à mot et médiation culturelle dont j'espère être parvenu à démontrer les ressorts se dissimule cependant un autre présumé tenant du jugement de valeur : la médiation culturelle serait selon ses défenseurs davantage respectueuse de l'altérité. Une brève analyse, inspirée par le personnage de la Malinche, montrera les dangers d'une telle appréciation.

La Malinche fut peut-être la première médiatrice culturelle célébrée par l'Histoire : amante et interprète de Cortés, elle enseigna à son compagnon de lit les significations qui assurèrent la perte de l'ancien « Nouveau Monde » (Todorov, 1982). A la différence de Colomb – pour qui les créatures des îles n'appartenaient pas au genre humain et ne méritaient donc qu'on s'en approche, communique et cherche à les connaître – Cortés avait réalisé tout le parti qu'il pourrait tirer d'une compréhension intime de la culture locale. De fait, les informations que lui transmit la Malinche l'aiderent à déchoir Moctezuma de son trône et conquérir l'empire aztèque.

Que nous enseigne cette histoire exemplaire ? Elle nous montre clairement qu'interprète ou médiateur culturel ne sont pas garantis d'équité et peuvent même servir à leur insu les desseins d'un dominateur.

Revenons à Todorov et à son ouvrage déjà cité. Après avoir analysé les écrits de San Bartolomé de las Casas, de Bernardo de Sahagún et de bien d'autres encore, il identifie trois axes le long desquels s'étire notre conception de l'autre : est-ce que je préfère le connaître ou l'ignorer ? Est-ce que je juge ses valeurs supérieures ou inférieures aux miennes ? Est-ce que je souhaite soumettre l'autre à mes valeurs ou au contraire adopter les siennes ? Cette typologie montre que le souci de connaître l'autre ne préjuge en rien de nos intentions plus profondes, de nos jugements de valeur. Gare à la Malinche !

Mais en quoi cette métaphore concerne-t-elle les professionnels de la santé – et ceux du social et de l'éducation tout autant – ? L'asymétrie soignant/soigné, constitutive de la position respective des protagonistes dans l'acte du soin, se couple d'une asymétrie sociale non réductible à leur place respective dans l'échelle sociale. Cette constatation m'est progressivement apparue au cours de mon travail thérapeutique avec des personnes affectées par la torture et la violence organisée, avec des migrants ayant en Suisse un statut des plus précaires (requérants d'asile, personnes admises provisoirement, clandestins). En tant que soignant, je représente potentiellement aussi pour le patient un « tortionnaire » – dans la relation transférentielle – et/ou un complice des autorités de mon pays vécues comme exhaltantes. Une attention soutenue à cette asymétrie sociale multiforme est requise pour espérer l'émergence d'une alliance thérapeutique. Nous devons en être conscients et même nous poser des questions qui en d'autres circonstances pourraient paraître incongrues, voire impertinentes.

Ainsi, se refuser à penser la nécessité d'un interprète ne signifie-t-il pas, du point de vue du patient, une résurgence du « syndrome de Colomb » – « je n'existe pas pour ce thérapeute » – ? Le « retour du dénié » qui a significativement en Suisse le rappel des expulsions massives de réfugiés juifs pendant la seconde guerre mondiale devrait nous pousser à réfléchir.

Ainsi, l'actuel engouement pour la migration, l'intérêt subséquent pour les questions d'interprétariat sans que ne soit généralement prise en compte cette dimension d'asymétrie sociale, ne peuvent-ils être « interprétés » par certains migrants comme un souci « cortésien » de conserver, voire d'affermir, l'opposition entre inclus et exclus ? L'antériorité notable de l'interprétariat en milieu judiciaire, où il s'agit de faire respecter la loi autochtone, ne justifierait-elle pas leurs suspicions ? Et si ces mêmes migrants hisaient certains résultats de la recherche lausannoise déjà mentionnée (Ghax et coll., 2000) – les médecins estiment avoir deux fois plus besoin d'interprètes pour transmettre des informations au patient que pour réaliser une anamnèse digne de ce nom ou assurer un diagnostic ; alors que les patients de manière absolument unanime demandent la présence d'un interprète, les soignants se montrent beaucoup plus circonspects, allant même parfois jusqu'à fouer les échanges non-verbaux – leurs doutes ne risqueraient-ils pas de se muer en certitudes ?

La connaissance d'une autre société, d'un autre venu d'ailleurs, exige que nous allions « au-delà de la clôture de signification de notre propre institution », « que nous questionnions notre propre institution et agissions à son égard » (Castoriadis, 1999, p. 266). En l'occurrence, que nous questionnions l'asymétrie sociale multiforme qui mine notre relation au migrant, notre conception de l'altérité, et donc aussi nos pratiques et nos recherches ; que nous agissions ensuite pour briser les asymétries intragènes entre autochtones et étrangers, entre inclus et exclus.

Les appartenances plurielles de l'interprète

La nouveauté du thème de l'interprétariat, en Suisse, est alors en quelque sorte une chance. Tous les possibles sont ouverts, y compris concevoir un interprétariat délesté de pareilles asymétries.

Question à cet égard fondamentale : au service de qui l'interprète travaille-t-il ? A celui du soignant ou à celui du patient dont il partage la communauté d'origine ? Le problème, à l'évidence, s'avère complexe. Puisque offrir au patient la possibilité de s'exprimer dans sa propre langue constitue un devoir éthique, l'institution n'a guère le choix : elle se doit de le rémunérer et de se transformer ce faisant en son employeur ; mais, paradoxe, l'établissement d'un contrat formulé qu'on le veuille ou non dans le langage des

représentations autochtones risque d'aliéner l'interprète vis-à-vis des siens, l'éloigner d'une communauté que sa maîtrise des langues devrait pourtant servir. Pris dans une double contrainte, comment peut-il sortir du piège ?

Castoriadis (1999), ici encore, nous aide à sortir de l'impasse : « La validité des tentatives pour comprendre et reconstituer une culture étrangère peut être jugée selon le critère suivant : dans quelle mesure sont-elles capables de donner un sens à cette autre société, d'envelopper autant que possible le plus grand nombre de ses aspects et dimensions, et de montrer de façon plausible qu'il y a un magma de significations imaginaires sociales, distinct du nôtre, qui rend compte de l'organisation spécifique de la société considérée, la fait tenir ensemble et se tient derrière les activités « observables » et les œuvres des individus qui lui appartiennent ? ». Ailleurs, du reste dans pratiquement tous ses ouvrages, le même auteur montre qu'une telle sensibilité à des significations imaginaires étrangères requiert la conviction en l'origine humaine des siennes propres. Si celles-ci en effet ne sont pas conçues comme création de l'Homme, mais comme œuvres d'un tiers, d'une essence au par-delà d'absolu – Matière, Science, Dieu ou je ne sais qui d'autre –, une clôture soude les représentations et rend l'altérité aveugle.

En quoi cela nous aide-t-il dans notre réflexion sur l'interprétariat ? L'introduction d'un interprète, tout simplement, signale en elle-même la présence d'un interstice dans la clôture, une brèche qui initie une possible compréhension de l'autre et par laquelle pourra peut-être un jour s'engouffrer le sens de l'autre. Si l'interprète parvient à porter en lui-même les significations imaginaires sociales des deux protagonistes – idéal approchable, mais jamais atteignable –, à autoriser une délibération entre elles au creux de ses pensées, il devient personnellement l'artisan d'un élargissement de la brèche, d'une meilleure compréhension mutuelle des cultures respectives, d'une possible confiance entre « soignants » autochtones et « soignés » migrants.

Cette élaboration théorique nous aide à préciser les caractéristiques d'un interprète « idéal ». Il devrait se reconnaître une « double appartenance » à la culture du pays d'origine et à celle du pays d'accueil, à l'institution et à la communauté des migrants pour lesquels il traduit. Évidemment, s'il est trop lié à l'institution, que sa famille travaille pour elle ou qu'il se sente interprète professionnel sans attache particulière avec sa propre culture, il tentera de colmater les interstices de la clôture plutôt que de les ouvrir. Idem, dans le cas inverse, s'il est membre de la famille du patient. Mais, pour que l'interprète ne souffre point de déchirures et autres conflits de conscience, il faudrait aussi que l'institution admette cette double appartenance, ce qui implique reconnaître l'interprète comme un professionnel de la santé et en même temps accepter qu'il soit un Autre, membre à part entière de sa communauté d'origine. Or, à l'évidence, une telle attitude requiert plus qu'un interstice dans la clôture des significations imaginaires autochtones ; plus

qu'une brèche : de fait un gouffre. Pareille ouverture béante ne peut surgir qu'à la fin d'un processus, peut-être extrêmement long, dont l'interprète sera le principal maître d'œuvre.

Don et contre-don

Comment l'interprète doit-il s'y prendre pour ne pas laisser s'étouffer l'enthousiasme dans le nœud gordien des cultures entacées ? Les théories anthropologiques sur le don et le contre-don (Salinas, 1976 ; Godelier, 1996), particulièrement pertinentes pour l'étude de l'alliance thérapeutique avec des patients ayant souffert de la violence étatique ou de l'exclusion sociale (Métraux, 1999), aident à confondre l'énième. Je n'entrerai pas ici dans les détails d'une réflexion théorique entreprise ailleurs (Métraux, 2000) et me contenterai d'en mentionner les principales articulations :

- a) une double appartenance implique une double alliance ;
- b) toute alliance – en particulier en situation d'asymétrie sociale – se tisse de dons réciproques équilibrés ;
- c) les paroles échangées – en thérapie entre autres – constituent-elles aussi des objets de don ;
- d) trois ordres (qualifiés) de paroles se doivent d'être distingués : les paroles-monnaie – colportées partout, de l'ami le plus cher au pire ennemi –, les paroles précieuses – gages d'alliance, mais aussi conditionnées par elle –, les paroles sacrées – qui ne sont autorisées qu'avec les siens au sens strict, soit les membres de sa propre famille, de sa propre maisonnée, de sa propre communauté – ;
- e) pour qu'une alliance soit envisageable, l'équilibre des paroles échangées doit être autant quantitatif que qualitatif, de même le secret qui entoure les zones sacrées doit être préservé ;
- f) pour amorcer une possibilité d'alliance, un premier don de paroles précieuses – sans garantie de réciprocité – est cependant nécessaire.

Regardons avec attention l'échange triadique intervenant/interprète/migrant et analysons les correspondances. D'abord, vu l'énigme que nous cherchions à décrypter, l'échange de paroles entre intervenant et interprète. Ce dernier reçoit du premier des mots tissés d'un savoir qui ainsi s'entrouvre ; ils lui laissent de surcroît pénétrer les mystères d'une institution, en particulier ses normes et pourquoi pas, par instants, ses secrets. En sens inverse, l'interprète rapporte les paroles du migrant – certes d'une grande richesse – mais ne dit rien de lui, ni même à vrai dire de son savoir qui dans la traduction demeure

sous-entendu. Il est donc, bien malgré lui, dans la position de débiteur, position peu propice aux alliances et à la culture des appartenances plurielles. Que peut-il entreprendre pour rééquilibrer les comptes? Reconnaître, d'abord, avec profonde humilité, le savoir que pareille expérience lui permet d'engranger. Fuis, sans crier gare, s'essayer à souffler sur la table des débats quelques paroles précieuses de son crû. Et les paroles précieuses les plus incisives pour l'instauration d'une alliance sont toujours celles qui signalent une incompétence. Par exemple: «Je ne sais comment traduire cette phrase: ce mot en effet, dans notre langue, possède deux sens opposés. Je ne puis donc affirmer si Monsieur X veut signifier ceci ou bien cela.» Et là, la brèche comme par inadvertance se creuse: la supposée incompétence révèle un savoir essentiel sur la culture autre que l'intervenant ne pourra taire. Il serait possible d'approfondir, mais je ne le ferai pas ici. Les éléments apportés suffisent pour montrer que l'interprète, pour réussir dans son entreprise, doit en un premier temps adopter une position basse. En d'autres termes, la familiarité avec les questions d'interculturalisme enrichissent certes la contribution de l'interprète, mais un «sens tactique» conditionne la bonne utilisation de telles compétences. Ainsi, pour ne signaler qu'un exemple supplémentaire, si l'interprète estime important de signaler les significations culturelles que peut revêtir tel ou tel acte, il doit d'abord en demander l'autorisation au thérapeute.

L'interprète cependant, et cela va sans dire, échange aussi des paroles avec le patient migrant: paroles monnaie, précieuses ou sacrées. Examinons leur interaction de plus près. Le patient migrant fait don, par ses mots, de sa souffrance, de ses douleurs, de ses besoins, de ses craintes, peut-être de son sentiment d'injustice ou à l'inverse de reconnaissance: contenus précieux réciproque. À l'inverse, l'interprète transmet les paroles du soignant qui dans sa propre bouche deviennent monnaie, parfois même imbibées de significés menaçants: par exemple «une hospitalisation est désormais nécessaire». Bref, encore une fois un profond déséquilibre de l'échange. Très souvent, de lui-même l'interprète entend de payer la dette ainsi contractée. Il accepte de faire un ou deux téléphones pour le potentiel exclu que chaque échange verbal, qu'on le veuille ou non, tend à dénouer d'avantage: lui traduit une lettre reçue de l'Office des Réfugiés, un recours probablement refusé; lui manifeste d'une façon ou d'une autre sa solidarité communautaire, dans la salle d'attente ou sur le trottoir, à l'insu en tout cas du thérapeute. Bref des mots s'échangent qui jamais ne parviendront à nos oreilles blessées.

Or, dès le moment où l'interprète s'affirme donateur, ne serait-ce que d'un aveu d'incompétence, il devient sujet à part entière, se reconnaissant le

droit à une parole propre³. Mais se dessine en creux la nécessité, pour nous, d'un travail de deuil: deuil de la maîtrise totale de l'échange, deuil de mols désirés qui à jamais nous échappent. Long processus d'apprentissage!

Résonances

Parfois, souvent même, le récit du migrant en quête d'aide rencontre le vécu de l'interprète. Il peut s'agir d'une résonance avec une expérience privée: abandon de la mère, père maltraitant, relation de couple envenimée, etc. Mais, plus fréquemment encore, résonne dans les paroles versées un écho communautaire et social aux souffrances traumatiques. Pensons à la rage contenue du futur interprète, alors récent immigré, lorsque les trompettes de l'exclusion sonnaient son accuei. Pensons à la douleur infinie des exilés de Bosnie dont les pleurs d'une femme de Srebrenica viennent réveiller les cauchemars. Et l'interprète, être de chair et d'émotions, sent sa gorge se refer, son cœur se soulever, sa mémoire crier révolte. Ici encore, le tiers nécessaire s'affirme sujet à part entière, psyché singulière, être social. Cet aspect revêt une importance cruciale, on ne le dira jamais assez, mais les «erreurs» de traduction traduisent un refoulement, un déni, un refus légitime, une peur de se laisser emporter par le torrent de souvenirs que révèle le récit. Et pour l'intervenant, la nécessité de l'accepter, d'y être sensible, d'oser offrir à cet interprète l'opportunité d'évoquer sa propre histoire – avant, pendant ou après l'entretien – afin d'éviter autant que possible son probable épuisement, sans parler bien sûr d'«erreurs» de traduction trop flagrantes.

L'émergence, sur la scène du trilogue, des cris, des larmes ou du rire de l'interprète, migrant plus ancien avant lui aussi dû se coltiner des procédures difficiles et des permis aux lettres impénétrables, présente d'ailleurs, si l'on y regarde bien, plus d'avantages que d'inconvénients: ces émotions soudainement débridées permettent d'offrir une chaise, négativement posée dans un coin de notre bureau, à la dimension communautaire que nous-mêmes, abreuvés au discours de l'individualité, oublions si souvent. Lorsqu'une expérience partagée entre interprète et patient, guerre en Bosnie ou famille éclatée, fait émerger une solidarité au-delà du langage, souffrances et ressources collectives deviennent même audibles aux profanes. L'interprète, décidément, n'est pas qu'un guchet ceint de deux lèvres au comptoir des langages.

³ Nous avons ailleurs longuement détaillé l'éventail des bénéfices que le processus thérapeutique pouvait en tirer (*Mémoires et Actes*, 1999).

La formation des interprètes

En 1996, Appartenance initiait son premier cycle de formation pour des interprètes travaillant dans des structures sociales, sanitaires ou scolaires. Sans que la théorie ne fut alors aussi développée qu'aujourd'hui, elle s'appuyait déjà sur les principes de base ci-dessus décrits.

Résumons :

- l'interprète doit connaître la culture autochtone, en particulier la culture institutionnelle, les significations imaginaires qui la fondent et les lois qu'elles fondent ;
- il doit aussi retrouver l'intimité avec sa propre culture, trop souvent violée par la migration, réhabiliter le savoir hérité et les richesses transmises ;
- il doit savoir éviter de réduire l'autre à sa culture, oubliant sa singularité parfois alimentée d'influences sociales distinctes (les différences entre ville et campagne pour ne prendre qu'un exemple) ;
- il doit pouvoir déceler d'éventuelles similitudes au-delà de la différence des cultures, autant de points d'accrochage pour un véritable dialogue interculturel (par exemple un souci partagé pour le bien-être des enfants, même si le signifié de ce bien-être varie probablement beaucoup) ;
- il doit apprendre le jeu des dons et contre-dons qui progressivement lui donne droit à une parole propre ;
- il doit connaître quelques principes et techniques de base (secret de fonction, expression de la polysémie des mots ou des phrases) ;
- il doit pouvoir reconnaître l'effet de résonances avec sa propre expérience et travailler les plus problématiques pour sa fonction d'interprète.

De telles nécessités impliquent une formation suffisamment longue et soutenue, assortie de supervisions ou d'intervisions, articulée autour de quatre axes : le travail sur l'expérience personnelle, l'apprentissage de techniques de bases, la connaissance des institutions locales, la mise en valeur de la culture d'origine⁴. Comprenant cent vingt heures de cours environ, cette formation est une des plus longues conçues jusqu'ici en Europe. A Lausanne, deux cycles – un troisième est actuellement en cours – ont permis la formation de quarante interprètes de vingt langues différentes ; à Fribourg, durant l'année 1999-2000, une formation similaire a été organisée en collaboration avec Caritas.

⁴ Cette formation est davantage détaillée ailleurs (*Guez et coll.*, 2000). Des informations encore plus précises peuvent être obtenues à Appartenance.

Quoi qu'il en soit, le travail d'interprète dans les domaines du social, de la santé et de la formation est un travail difficile, très difficile même. Une étude récente menée sur quatre pays⁵ (Angleterre, Pays-Bas, Suède et France) a montré que la majorité des interprètes souffrait de solitude dans leurs tâches et, effets connexes, de divers troubles allant de somatisations plus ou moins prononcées à des désordres émotionnels ou à la consommation d'alcool. La plupart exprimaient le besoin de parler, d'échanger sur leur vécu d'interprète, devant souvent se résigner à accabler leur conjoint ou leurs amis de leurs doléances par défaut d'oreille chez les intervenants. Éviter pareils effets pervers requiert une vigilance de tous les instants.

Pour une autre ville

De toute évidence, il y a nécessité d'augmenter le part et la place d'interprètes professionnalisés. Nous devons sensibiliser les collègues et le public, défendre pour les interprètes de véritables formations et ne pas nous contenter de quelques paires d'heures égrenées au fil de l'an, agir pour la reconnaissance d'un réel statut professionnel, valoriser leur travail dans nos institutions par un salaire décent. Toutes ces tâches sont à l'agenda de l'Association Suisse pour la Promotion de l'Interprétariat et de la Médiation Culturelle à laquelle tout lecteur peut adhérer.

Cependant, est-ce suffisant ? La principale révolution ne doit-elle pas venir des soignants eux-mêmes ? Ne devons-nous pas d'abord transformer de manière radicale notre rapport à l'altérité ? Accepter en conséquence de recevoir une formation équivalente, en miroir, à celle que reçoivent les interprètes ?

De fait, l'interprète peut devenir l'acteur principal d'un changement social, d'une remise en cause de nos significations héritées, d'une invitation qui convierait l'autre à notre table et relèguerait l'asymétrie sociale multi-forme sur un strapontin. Possible dès lors de le concevoir comme le peintre d'un nouveau paysage urbain.

Une dernière remarque s'impose. Ces réflexions pourraient nous entraîner très loin, à des lieux même des champs de la migration et du rapport entre deux cultures. La question de l'altérité concerne finalement tout autre, non seulement par la langue, mais aussi par le sexe, les idées, le milieu d'origine, etc. S'impose un clin d'œil de connivence vers les éducateurs de rue, les professionnels du « bas seuil », les bénévoles envoyés par défaut au lit des vieillards, des handicapés ou des malades.

⁵ Etude présentée à la conférence « Babiles » tenue en novembre 1999 à Vienne (Baishow K. Outcome of European Trauma Research).

Réflexions donc à portée plus générale, faites de poésie et de prose. Poésie de langues aussi enchanées que méconnues, de l'albanais au rom, de l'argot des rues au patois des campagnes. Poésie avec laquelle l'interprète devra savoir jouer. Poésie à proprement parler intraduisible. Et de l'autre côté, la prose. La prose de récits plus souvent sombres qu'engageant. La prose d'une injustice aussi vieille que le monde et traduisible en toutes les langues.

Bibliographie

- Bischoff A., Tommerer C., Loutan L. et Stalder M. (1999): Language difficulties in an out patient clinic in Switzerland. *Social- und Präventivmedizin* 44 (6), 283-287.
- Bonodion P. (1982): *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*. Paris: Fayard.
- Cattoradis C. (1999): *Figures du pensable. Les corrigeurs du labyrinthe VI*. Seuil, Paris.
- Domergé D., Sallis Gross C. et Wicker H.-R. (2000): *Migration und Drogen. Implikationen für eine migrationspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft*: Institut für Ethnologie der Universität Bern.
- Ebner G. (1997): Psychisch Kranke Menschen ausländischer Herkunft. Psychiatrisches Zentrum Schaffhausen. Fragebogen.
- Eyran A., Bischoff A. et Loutan L. (1999): Use of interpreters in Switzerland's psychiatric services. *J. Nerv. Ment. Dis* 187 (3), 190-192.
- Gebri M., Hingler B., Géraud F., Rouffier D., Sopa S., Sage-Da Cruz C. et Métraux J.-C. (1999): Les populations migrantes à l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne (HEL): état des lieux, prise en charge et apports des traducteurs-médiateurs culturels. *Social- und Präventivmedizin* 44, 264-271.
- Gimenez C. (1997): La naturaleza de la mediación intercultural. *Revista Migraciones* 2, 125-159.
- Ginsberg C., Martin V., Andradis D. et al. (1995): Interpretation and Translation in Health Care: A Survey of US Public and Private Teaching Hospitals. *A National Public Health and Hospital Institute Report*, Washington.
- Gradelier M. (1996): *L'énigme du don*. Paris: Fayard.
- Grier P., Singy P., Molina M., Wéber O., Grandchamp C., Xantos A., Zobel F., Lambert H., Métraux J.-C., Michel L., Pécaud A., Renieria S., Schaublin R. et Stoll B. (2000): *Migrants et réseaux de soins: pour une adaptation interculturelle*. Rapport final, requête FNRS N° 4039-44832.
- Hardt E.J. (1994): The Bilingual Interview and Medical Interpretation. In: Lipkin, Mack, Samuel et Putnam (eds), *The Medical Interview. Clinical Care, Education and Research*. Berlin: Springer Verlag, pp. 172-177.
- Haug W. (1995): Vom Einwanderungsland zur multikulturellen Migrationspolitik. Grundlagen für eine schweizerische Migrationspolitik. Bundesamt für Statistik, Bern.
- Kaufert J.M. (1990): Sociological and Anthropological Perspectives on the Impact of Interpreters on the Clinician/Client Communication. *Soméo-Culture-Health* VI/2-3, pp. 209-235.
- Kaufert J.M. and O'Neill J.D. (1990): Biomedical Rituals and Informed Consent: Native Canadians and the Negotiation of Clinical Trust. In: Weisz G. (ed) *Social Science Perspectives on Medical Ethics*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, pp. 41-63.
- Kleinman A., Eisenberg L. and Good R. (1978): Culture, Illness and Care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine* 88(2): 251-258.
- Kleinman A. (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture: An exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Comparative Studies of Health Systems and Medical care* 3. Berkeley: University of California Press.
- Marcos L., Ureyon L. and Kesselmann M. (1973): The Language Barrier in Evaluating Spanish-American Patients. *Arch. Gen. Psychiatry* 29:655-659.
- Métraux J.-C. et Alvir S. (1995): L'interprète: un médiateur culturel ou cothérapeute. *Intérêtologos*, Neuchâtel, (2), 22-26.
- Métraux J.-C. (1999): Les architectes de Babel. *Généralisations, Revue française de thérapie familiale* 17, 46-50.
- Métraux J.-C. (1999): Don de mémoire. Lecture anthropologique et sociale d'une psychothérapie interculturelle. *Psychothérapies* 4, 225-234.
- Métraux J.-C. (2000): Le don au secours des appartenances plurielles. In: *Les défis migratoires*, Ed. Caultivres P. et Girod J., Seismo, Zürich, pp. 457-464.
- Nathan T. (1994): Traduction et psychothérapie. *Nouvelle revue d'Ethnopsychiatrie*, 25-26.
- Random M. (1989): *Discussion of Some Problems of cross-cultural Psychotherapy with Refugees seeking Treatment's by Carl-Ivar Dahl*. *The American Journal of Psychoanalysis* 49 (1), 45-50.
- Sahlins M. (1976): *Age de pierre, âge d'abondance*. Paris: Gallimard.
- Scottish Community Interpreting Development Group (1990): *The Right to Understand. Recommendations for Action*. Report of Conference held in Sept. 1990 and Annual Report 1990, Edinburgh.
- Shackman J. (1985): *The Right to be Understood*. Handbook on working with, employing and training community interpreters. Cambridge: National Extension College.
- Todorov T. (1982): *La conquête de l'Amérique. La question de l'autre*. Paris: Seuil.
- Wexler R. et Swiker R. (1998): *Interprètes et médiation culturelle dans le système de soins*. Neuchâtel, rapport de recherche N° 11 du Forum suisse pour l'étude des migrations.
- Woloshin S., Bickell N.A. and Schwarz L.M. (1995): Language Barriers in Medicine in the United States. *Journal of the American Medical Association* 273 (9), 724-728.