« Traduire » dans les consultations d'ethnopsychiatrie : réflexion sur la médiation ethnoclinique

Lauriane Courbin

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/lcc/106>

DOI : 10.4000/lcc.106

ISSN : 2430-4247

Éditeur

Université Aix-Marseille (AMU)

Référence électronique

Lauriane Courbin, « « Traduire » dans les consultations d'ethnopsychiatrie : réflexion sur la médiation ethnoclinique », *Les chantiers de la création* [En ligne], 1 | 2008, mis en ligne le 23 janvier 2015, consulté le 08 avril 2020. URL : <http://journals.openedition.org/lcc/106> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/lcc.106>

**« Traduire » dans les consultations d’ethnopsychiatrie :
réflexion sur la médiation ethnoclinique.**

Lauriane COURBIN, Université Paris X - Nanterre

Les premières consultations d’ethnopsychiatrie, destinées à la prise en charge psychothérapeutique des patients migrants, ont eu lieu en France en 1979, à l’initiative du Pr Tobie Nathan, d’abord à l’hôpital Avicenne de Bobigny¹, ensuite à la Protection maternelle et infantile de Seine-Saint-Denis². Elles se déroulent depuis 1993 au Centre Georges Devereux³. C’est sur le travail effectué dans ce Centre que porte la réflexion qui va suivre, et plus particulièrement sur l’expérience qu’y a faite la linguiste Sybille de Pury et qu’elle raconte dans *Comment on dit dans ta langue ? Pratiques ethnopsychiatriques*.

La consultation d’ethnopsychiatrie du Centre Georges Devereux réunit toujours un groupe. Dix à vingt personnes sont assises en cercle. Aucun siège ne demeure inoccupé, à moins que la séance ne le requière, les thérapeutes souhaitant matérialiser une absence, ou indiquer au contraire une présence habituelle⁴. Ce groupe comprend plusieurs thérapeutes (un thérapeute principal, qui dirige la consultation, des co-thérapeutes, parfois des stagiaires) et la famille (au sens large du terme : les parents proches ou éloignés, des amis). Dans la mesure où les consultations ont souvent lieu sur ordonnance, d’un juge ou de l’Aide Sociale à l’Enfance, le groupe rassemble aussi des représentants de ces institutions (une assistante sociale, un éducateur en foyer ou auprès d’un tribunal, un psychologue, parfois un magistrat). Enfin, les patients étant généralement invités à parler dans leur langue maternelle, ces consultations nécessitent la présence d’un médiateur, c’est-à-dire d’un traducteur d’un type particulier dont le travail consiste à apporter aux thérapeutes les éléments culturels qui font éventuellement défaut pour comprendre la situation.

La consultation est inaugurée, avant l’entrée de la famille, par une présentation, ou un rappel de la situation (de l’histoire de la famille, du parcours de prise en charge qui a précédé

¹ Service de psychopathologie dirigé par le Pr Serge Lebovici, puis par le Pr Mazet (Nathan, 2001a, 16).

² Service alors dirigé par le Dr Paulette Rosevègue, *id.*

³ Le Centre Georges Devereux a été créé en 1993, à l’Université Paris 8 – Saint-Denis, au sein de l’UFR de psychologie, pratiques cliniques et sociales, avec pour objectif d’être à la fois un lieu de thérapie et de recherche. Les études qui y sont menées portent sur les terrains suivants : Maghreb (Algérie, Maroc, Tunisie), Afrique centrale (Cameroun, Congo, Rwanda), Afrique de l’Ouest (Bénin, Côte d’Ivoire, Sénégal), Amérique du Sud (Brésil), Antilles francophones, île de la Réunion, Europe du Sud (Espagne, Italie), Océanie (Tahiti, Nouvelle Calédonie) – source : site du Centre Georges Devereux.

⁴ Souligner par exemple l’absence d’un époux que l’on attendait ; ou pointer l’absence contingente ou provisoire d’un thérapeute – indiquant de ce fait qu’ils ne sont plus tout à fait « absents ».

ainsi que, le cas échéant, des éléments recueillis au cours des précédentes consultations). La famille entre ensuite, accompagnée des référents.

Dans ce contexte très particulier, où « les conditions de production de connaissance pour l'un [le thérapeute-chercheur] sont également, inévitablement des conditions de production d'existence pour l'autre [le patient] » (Stengers 361), la traduction est partie intégrante d'un dispositif *actif*, capable d'engager patients et thérapeutes dans un nouveau devenir.

« Nous avons constaté, note Tobie Nathan, que pour ces patients, le processus de traduction comporte indubitablement un effet psychothérapeutique spécifique » (Nathan, 2001a, 73). C'est en tant qu'elles ont des effets que les modalités de la traduction nous intéresseront, c'est-à-dire en tant qu'elles sont des modalités d'*action*. Le traducteur ne transpose pas un énoncé d'une langue dans une autre pour communiquer un même message, mais restitue, avec cet énoncé, quelque chose comme l'expérience qui l'accompagne. Comment « traduire » une expérience ? Les traducteurs le savent bien, qui se heurtent constamment dans leur travail à de l'intraduisible : toute traduction passe par un long travail de « reconceptualisation »⁵ destiné à ce que, tout à la fois, le monde porté par la langue apparaisse dans la traduction, mais de telle sorte que le texte produit soit « lisible » dans un autre monde. Une gageure dont le traducteur n'a d'autre moyen de se dégager qu'en tranchant. Parce qu'il doit produire un texte, objet achevé et définitif, il est placé devant des *choix* de traduction, exclusifs en tant que tels, qui, il le sait bien, laisseront parfois échapper une bonne part de ce dont la langue est porteuse. « Traduire » ne revient pas par conséquent à se comprendre à tout coup, et peut même induire l'impression trompeuse que l'on s'est compris là où demeure un malentendu inaperçu – d'autant plus actif qu'il est inaperçu.

Pourtant la traduction est naturellement indispensable au déroulement des consultations. Quelle forme prend-elle pour éviter toute réduction d'un monde à un autre ? La méthodologie de l'ethnopsychiatrie mobilise pour cela un instrument qu'elle appelle la « médiation », et qu'elle entend comme une mise en présence et en tension de mondes hétérogènes.

⁵ Nous empruntons le terme à S. de Pury-Toumi qui désigne par là « le travail que fait le traducteur – que, dans des conditions habituelles de traduction, il dissimule – pour donner dans la langue seconde la bonne interprétation du texte de la langue première » (Moro et de Pury-Toumi 65).

1. Irréductibilité des systèmes linguistiques : l'intraduisible

1.1. Les malentendus

« En clinique, *l'obstacle de la compréhension, c'est justement l'impression qu'on comprend* » (Nathan, 2001b, 82). Or la traduction donne précisément cette « impression qu'on comprend » et peut recouvrir ainsi des malentendus lourds de conséquence. Un patient antillais est hospitalisé. Devant l'énoncé du patient : « lorsque j'étais petit, j'étais déjà mort...A cinq ans, on m'a mangé », les médecins envisagent le diagnostic de psychose (de Pury, Nathan 26).

Si la communication est effective grâce à la traduction, le patient et les médecins ne se sont pourtant pas compris. Nous sommes dans une situation étrange où « un Français n'[a] pas [pu] comprendre *en français*⁶ [un] énoncé pourtant grammaticalement parfaitement formé » (26).

C'est que le monde de ce patient comprend la possibilité de ce que les ethnologues appellent la « sorcellerie cannibalique », et qui se décline dans un dispositif social complexe lui-même contenu dans la langue. « Manger quelqu'un » ou « avoir été mangé » signifient « jeter un sort » ou « être victime d'une attaque sorcière ». Or le monde des médecins ne fait pas avec cette possibilité – la sorcellerie, dans leur monde, ne fait pas partie des possibles. L'énoncé du patient peut donc effectivement leur suggérer une distorsion du rapport à la réalité, évoquant le registre psychotique, ce qui dissimule du même coup ce que, dans le monde du patient, on aurait entendu comme une proposition, faite par le patient, sur la cause de son mal – comme une hypothèse étiologique.

Deux mondes se font face, sans que la traduction offre la possibilité d'un passage de l'un à l'autre. Patient et thérapeute ne peuvent s'entendre tant que le processus de traduction n'a pas mis en évidence les écarts qui séparent les mondes, et sur lesquels la traduction achoppe. Ces écarts ne peuvent se manifester que si le monde du patient est, en quelque manière, convoqué à la consultation. La langue est l'instrument privilégié de cette convocation.

1.2. La langue comme « chose »

Alors que l'on aurait tendance à penser que « tout est traduisible, même s'il faut un paragraphe entier pour exprimer l'idée contenue dans un seul mot » (de Pury, Nathan 25), il

⁶ Nous soulignons.

apparaît que les langues, en tant qu'elles portent des mondes, véhiculent une forme d'expérience spécifique dont on peut se demander si *elle* est traduisible. Qu'est-ce que faire l'expérience d'un monde où « être victime d'un sort » fait partie de ce que je peux un jour vivre ? Comment se faire une idée de cette expérience si je vis dans un monde où cela ne se peut pas ? Et comment, donc, comprendre ce patient pour qui cela est non seulement une possibilité, mais aussi sans doute, une effrayante possibilité ?

H. Salmi et C. Mannoni-Parisi montrent ainsi comment « certains faits lexicologiques se situent au croisement des divers codages (parenté, interprétation de la maladie, etc.) » (354). Par exemple, la racine trilitère sur laquelle est construit le mot « kabyle », *K.B.L.*, produit un tel tissage dans un lexique qui porte l'histoire de ce peuple, son rapport aux autres peuples et à son Dieu (« *'Eqbel'* veut dire recevoir, accepter (...). Des légendes kabyles racontent l'empressement de cette ethnie à accepter le message coranique, d'autres histoires (d'inspiration arabe) montrent à l'inverse la révolte de ce peuple contre l'islam »), mais aussi des mots qui relèvent à la fois d'un système de valeur, et d'un système perceptuel spatial et temporel, ou de pratiques rituelles. « *Kabel* » désigne ainsi à la fois des « vertus d'hospitalité et de générosité », « le fait de savoir affronter 'les autres' » susceptibles de mettre le groupe en danger, « faire face, faire front, regarder en face », et « l'an prochain », avec l'idée que « faire face », c'est « faire face à l'Est, à la lumière, à l'avenir ». Ce terme est également indissociable de « *Kibla* », qui désigne l'orientation rituelle de la prière vers l'Est (Salmi et Mannoni-Parisi 355).

Si je parle cette langue, l'expérience que je fais du monde et la manière dont je l'agence sont-elles dissociables de la manière dont je dis ce monde ? En l'occurrence, la perception de l'Est (« *kabel* ») est-elle dissociable de l'idée du Dieu (en tant que j'ai rapport à lui dans la prière tournée vers l'Est : « *kibla* ») et de ce qui constitue le lot qu'il m'a attribué (mon avenir : « *kabel* »), dès lors que mon lexique tisse ensemble ces divers registres ? Ces mots sont bel et bien porteurs d'une expérience complexe, articulée en une pratique plus que quotidienne impliquant des gestes, des postures, les habitudes particulières qui s'ensuivent, le plaisir peut-être qui y est pris de se retrouver avec soi ou auprès de son Dieu, dans tel endroit, à telle heure (donc aussi en même temps que le reste de la communauté).

Mais dès lors, si la langue, en tant qu'entité nécessairement collective, véhicule une expérience, nécessairement individuelle, éminemment concrète et intime, elle semble susceptible d'entrer dans la constitution d'une identité. En ce sens, une langue est par excellence ce que Tobie Nathan nomme une « chose » (Nathan, 2001b, chapitre 3) : une entité collectivement fabriquée, qui vient en retour fabriquer chacun individuellement jusque dans

son intimité la plus retirée. C'est en tant que telle qu'elle intéresse le thérapeute, puisque donner au patient l'occasion de parler dans sa langue, et introduire dans la consultation un personnage qui parle lui-même cette langue produit cet effet étonnant mais indéniable que le patient se sente un peu « chez lui ». Donner une présence à la langue du patient procure un « sentiment d'intimité » (de Pury, Nathan 25) que nulle manifestation d'empathie ou de sympathie de la part du thérapeute ne saurait produire.

Comme « chose », la langue peut convoquer une expérience et un monde. En quel sens et par quels moyens la traduction, entendue comme médiation, manie-t-elle la langue comme « chose » ?

2. Mettre en présence des mondes...

2.1. Parler de la langue et du monde en même temps

La « traduction » qui « met en présence » passe par des descriptions détaillées du monde porté par les mots, par des récits. Elle restitue explicitement les détours que le traducteur est contraint de faire pour traduire, elle s'arrête sur certains mots pour en déterminer l'usage, raconter les histoires qu'il évoque, les proverbes qu'il appelle⁷. C'est ce qui fait du traducteur un médiateur.

Plutôt que d'être discriminés par des « choix de traduction », les discours prolifèrent, les points de vue se multiplient, les contextes se diversifient. Par exemple, alors que la traductrice vient de donner la traduction en français du discours d'une patiente kabyle, L. Hounkpatin, qui ne comprend pas l'énoncé *français*, demande à sa collègue : « quelles sont les plantes qui poussent en Kabylie ? – pourrais-tu me les décrire ? Comment sont les maisons ? Comment s'habillent les gens ? Et plus elle entre dans la description de la Kabylie et plus je constate la modification dans le visage, dans le regard du patient » (de Pury, Nathan 22-3).

La « modification dans le visage, dans le regard du patient » signe la mise en présence de son monde et le médiateur décrit alors le territoire de cette langue, les perceptions, les émotions, les plaisirs et les frayeurs qui l'accompagnent. Il ne « traduit » donc pas, il prononce de nouveaux énoncés : « 'Traduire' ne saurait être *redire* la même chose dans une autre langue : 'produire dans une langue le même discours'. Traduire est alors *dire* : 'produire

⁷ Cette pratique est courante dans les consultations d'ethnopsychiatrie. S. de Pury les appelle des « arrêts sur mots », « où le thérapeute fixe l'opération de reconceptualisation et interroge le traducteur sur le sens qu'ont les mots dans la langue/pour le groupe (étymologie, synonymes, autres emplois...) » (Moro et de Pury 65).

un nouveau discours qui n'aurait jamais vu le jour hors la situation de traduction' » (de Pury 22).

Mais parce que la langue est « chose », elle ne fait pas que référer, par son contenu, à un monde. Elle le porte, elle le contient. Pour cette raison, le « nouveau discours » qui surgit porte très souvent *sur* la langue elle-même. En même temps que l'on parle par conséquent du monde du patient, de sa famille, de sa souffrance, on est amené à s'interroger sur les manières de les dire, sur les usages de la langue. Ainsi, il est coutumier en ethnopsychiatrie qu'on demande au patient : « que dit-on chez vous de ce qui vous arrive ? » ou « Que dirait-on chez vous de ce qui vous arrive ? », « Que vous a conseillé le *cheik*⁸ que vous avez vu ? », « Dans quels cas utilisez-vous ce mot ? » :

Nous nous intéress[ons] aux énoncés, rien qu'aux énoncés ; et pas seulement à l'énoncé tel qu'il a été *réalisé* par un locuteur à un certain moment, en français, mais aussi à celui qui *peut* être produit dans une autre langue par son interlocuteur si on lui fournit l'occasion de parler sa langue maternelle ; et pas seulement à ce que dira celui-ci à propos de la situation dont nous discutons, mais aussi à ce qu'*auraient pu* dire d'autres locuteurs parlant sa propre langue, à propos de la même situation (de Pury 34-5).

Dans ces conditions, ce qui fait la qualité d'un traducteur-médiateur ethnoclinicien consiste non pas à faire, après interprétation, le bon choix de traduction mais à expliciter le plus précisément possible le détour par lequel il passe pour proposer sa traduction : « les bons traducteurs sont ceux qui s'installent dans une démarche d'explicitation des processus, les mauvais ceux qui interprètent immédiatement » (de Pury, Nathan 42). Le bon médiateur ethnoclinicien est en ce sens un « mauvais » traducteur : il rend public ce que le traducteur réserve habituellement aux coulisses de son travail ou aux « notes du traducteur ».

Le médiateur est donc par excellence le personnage qui, dans la consultation, avec le patient, rend présent son monde. Mais sa présence induit une situation d'énonciation où les discours sont nécessairement des discours rapportés. Il est le tiers qui les rapporte et qui interdit par conséquent le discours habituel qui se caractérise par l'emploi des pronoms personnels « je » et « tu ». Il ne peut en effet s'exprimer qu'en employant l'impersonnel « il » : « il veut dire que... », « il pense sans doute à ... ». Cela ne fait-il pas obstacle au « sentiment d'intimité » requis pour construire la relation thérapeutique ?

⁸ Guérisseur traditionnel musulman, tel qu'on le nomme dans certains pays du Maghreb.

2.2. Parole indirecte

Dans notre monde, nous aurions tendance à y voir au mieux une impolitesse, au pire une destitution de la personne du patient de son statut de sujet. Selon Benveniste (259), « je » est une « case vide » de la langue, qui ne se remplit qu'une fois qu'elle est assumée par un sujet. Dès lors, elle signe un énoncé assumé par un auteur capable de répondre de ce qu'il dit. A l'inverse, le pronom « il » est une « forme pleine » qui, parce qu'elle peut remplacer tout autre mot de la langue, ne saurait paradoxalement être assumée par un véritable *ego*, un individu unique. En ce sens, par définition multiple, toujours suspect d'être mis pour un autre, il ne saurait avoir le statut de véritable sujet.

Pourtant, « nous avons constaté une efficacité de ce type de parole indirecte », affirme S. de Pury. Maniée très couramment dans certaines cultures⁹, cet usage de la langue a pour effet de rendre le discours *performatif*. Quand la parole devient publique, « *dire est alors faire* – les décisions sont prises, les promesses faites, les pactes scellés » (de Pury 70-1). Le discours n'est plus la propriété d'un auteur unique limitée à une faible diffusion. Il « s'ouvre à ce que d'autres ont dit dans cette même situation ou à ce qu'il est habituel ou convenable de dire dans ce cas » (de Pury 71). L'emploi du « il » contribue à la diversification des énoncés, en même temps qu'il ancre ceux-ci, d'une part dans la socialité, d'autre part dans une forme de socialité déterminée – dans un monde.

On peut dire que de même que la présence de la langue, considérée comme « chose » et pratiquée en conséquence appelle le monde du patient en tant qu'expérience à la fois collective (la langue est fabriquée par le groupe) et intime (la langue fabrique en retour chaque individu un à un), de même, l'emploi du « il », ouvrant au monde, rend sensible cette zone paradoxale où le plus collectif et extérieur se fait le plus individuel et intime.

La simple présence du médiateur participe en fait de cet effet. Si l'emploi qu'il fait de la troisième personne contribue à appeler le monde du patient, c'est parce qu'il en est lui-même un « représentant »¹⁰ (Callon). Le médiateur est en effet un collaborateur, « la plupart du temps psychologue, parlant la langue du patient et connaissant parfaitement les pensées et les manières de faire du groupe d'où provient le patient » (Nathan, 2007, 36). Il représente ce

⁹ S. de Pury mentionne à cet égard la figure du « griot » ou « homme de parole », notamment au Mali. Sa fonction est de transmettre à ses interlocuteurs, pendant les cérémonies, le discours d'un « *hòròn* », « homme libre », noble qui le prononce, pour sa part, à voix basse. Ce faisant, il fait d'un message personnel un message social (70).

¹⁰ Au sens de « porte-parole » et à la manière dont M. Callon déploie la notion. Les quelques coquilles qui se sont fixées sur les collecteurs destinés à leur mise en culture « parlent pour » les autres, le délégué syndical des marins-pêcheurs « parle pour » l'ensemble des marins-pêcheurs.

groupe et « parle pour » lui. Il y a donc « derrière » lui, qui « parle pour », à la fois *du* monde et *un* monde. « Derrière » un Soninké, il y a d'autres Soninkés, mais aussi des lieux, des manières de faire, des forces, des êtres humains et non-humains, des objets, des théories sur les causes du mal et des thérapeutiques corrélatives. « Derrière » l'éducateur qui accompagne un enfant, il y a ses collègues, son institution, les théories et l'interprétation du cas qu'elle véhicule, son monde. « Derrière » le thérapeute, il y a ses collègues, son monde, la théorie psychologique avec laquelle il travaille, les techniques qu'elle induit. Il en va de même du médiateur, avec cette différence notable que « derrière » lui, il y a un monde qu'il partage avec le patient.

L'emploi de la troisième personne, parce qu'il renforce le caractère de « chose » de la langue et parce qu'il est pris dans une situation d'énonciation particulière où il est utilisé par un représentant du monde du patient, loin de faire obstacle à la formulation de paroles intimes, en ouvre la possibilité. Il y a donc mise en présence. Cette mise en présence induit peu à peu la manifestation des mondes dans leur hétérogénéité, ce qui aboutit à une mise en tension de ces mondes, à la mise en évidence de leurs écarts. Ils sont en effet d'autant plus présents qu'ils le sont dans leur singularité.

3. ...comme hétérogènes

La linguiste exploite ici une image mobilisée par le mathématicien R. Thom :

Les singularités apparaissent lorsqu'on soumet en quelque sorte l'espace à une contrainte. La manche de ma veste, si je la comprime, je fais apparaître des plis. [...] J'énonce en réalité un théorème abstrait – lorsqu'un espace est soumis à une contrainte, c'est-à-dire lorsqu'on le projette sur quelque chose de plus petit que sa dimension, il accepte la contrainte, sauf en un certain nombre de points où il concentre, si l'on peut dire, toute son individualité première et c'est dans la présence de ces singularités que se fait la résistance. Le concept de singularité, c'est le moyen de subsumer en un point toute une structure globale (23).

En situation de traduction, on se heurte à certains points de résistance de la langue, qui sont comparables à ces « plis ». En eux « se concentre la structure linguistique lorsqu'elle refuse de se soumettre à la structure d'une autre langue. (...) En examinant les 'plis', [le traducteur-médiateur] fait surgir le système, la langue » (de Pury 55). Ce sont ces « plis » que la médiation doit mettre en évidence, et c'est généralement la rencontre des langues qui le permet, comme dans ce cas rapporté par S. de Pury.

3.1. Situation clinique

Madame Kunzulu est zaïroise, originaire de Kinshasa. Elle parle le kikongo, mais, en citadine, s'exprime plus volontiers en lingala. La médiation se fera donc dans cette langue, même si Madame utilise également le français pendant la consultation. Elle est la mère de Patricia, une petite fille de cinq ans qui inquiète l'institutrice de son école parce qu'elle « ne parle pas ». Mme Kunzulu fait remarquer que le désordre en question ne se manifeste qu'à l'école, parce qu'à la maison, la petite parle tout à fait normalement. Elle rapporte alors une proposition du père, absent de la consultation, proposition qui est la traduction d'une expression lingala : « la tête, ça marche pas ». Etonnement de la linguiste : « 'la tête, ça marche pas ?' Pourtant, pour Patricia, la tête, ça marche, non ? » (de Pury 30). Quand, dans notre monde, nous disons en effet de quelqu'un que « la tête, ça marche pas », nous voulons signifier d'une manière générale un désordre d'origine psychique – en l'occurrence, peut-être un retard mental, des difficultés d'apprentissage à l'école, ou dans un registre plus familier, tout simplement, une « maladie mentale ». Mais Patricia ne répond à aucune de ces qualifications.

Comment comprendre alors cet énoncé : « la tête, ça marche pas » ? La difficulté vient de ce qu'il est non seulement grammaticalement correct, mais qu'en plus il nous invite à l'interpréter dans les termes de la psychologie occidentale. Ainsi entendu, il est incompréhensible. Peut-être fait-il partie de ces formules qui, prises dans les « plis » de la langue et concentrant sa singularité, sont proprement intraduisibles ? La médiatrice réagit alors soudain à un mot prononcé par Mme Kunzulu et choisit de s'y arrêter : « *kimpi* ! ». C'est un mot kikongo.

3.2. « La tête, ça marche pas » – « *Kimpi* »

Commence alors le travail d'explicitation des processus de traduction, de description du monde porté par la langue dans ce qui le distingue et l'écarte de celui des thérapeutes. « *Kimpi* » désigne un comportement qu'on qualifierait en français d'« instable ». Dans le monde de Mme Kunzulu, on dit des enfants qui ont ce type de comportement, qu'ils ont fait l'objet d'une attaque sorcière, qui consiste « en une sorte de souffle qui pénètre la personne et se loge dans sa tête » (de Pury 39).

La mise en évidence du malentendu rend visible la présence de deux paradigmes radicalement hétérogènes : celui de la psychologie occidentale et celui de la sorcellerie. Et c'est bien en se heurtant à un intraduisible, à un « pli », à un point de concentration de la

singularité de la langue – « *kimpi* » –, que ces deux paradigmes sont devenus tangibles. Alors le monde du patient peut s'ouvrir.

Le mot propose en effet un diagnostic, et ce faisant, il fait aussi référence à une étiologie et à une technique de soin appropriée. La médiatrice explique qu'avec ce mot, Mme Kunzulu signale implicitement que sa fille « n'est pas en danger de mort, mais manifeste une perturbation » liée au sort. L'expression lingala traduite par « la tête, ça marche pas », si elle évoque la sorcellerie, détermine avec précision un certain type de sorcellerie, qu'a permis d'éclairer le surgissement du mot « *kimpi* », et pour lequel on s'attend, chez elle, à un type de soin déterminé. En lingala, on dit : « manger quelqu'un », ou : « tuer avec un sort », et « il ne s'agit pas (...) de la même sorcellerie ; [la sorcellerie qui permet de tuer avec un sort] agit plus brutalement, plus directement que [celle qui permet de le manger] » (de Pury 100). Mme Kunzulu propose donc, avec ce mot, une hypothèse étiologique et témoigne qu'elle s'attend à une certaine technique thérapeutique qui pourra donner à penser au thérapeute de telle sorte qu'il la prenne en compte dans son traitement.

La langue a manifesté un « pli », et la médiatrice, parce qu'elle n'a pas immédiatement traduit, a ouvert la possibilité que ce pli soit déployé. Se comprendre a nécessité ce détour – ce passage par l'hétérogène.

Conclusion :

Il y a donc médiation en plusieurs sens. La traduction est rendue médiate d'une part par le personnage du médiateur et le caractère indirect que sa présence donne à l'énonciation, d'autre part par la mise en présence des mondes en tant qu'ils sont hétérogènes. C'est par ces biais que l'on tente de faire apparaître – mais non de traduire – l'intraduisible. La « traduction » dans les consultations d'ethnopsychiatrie peut apparaître, aux traducteurs qui sans cesse affrontent l'intraduisible, comme une explicitation en acte de leur travail de passeurs. Pour cette raison, elle se nomme « médiation » plutôt que « traduction ».

Maniant la langue comme « chose » et mettant par là en présence des hétérogènes (langues et mondes), elle rappelle (et appelle pour les thérapeutes) l'expérience vécue dans la langue, pointe les lieux de contradiction entre mondes, qui sont les lieux où s'arrêtent la pensée, où se bloque son devenir, et met en évidence que les « traductions », pour que l'on se comprenne, et pour convoquer un monde, doivent être entourées de beaucoup de paroles, en un mot : « médiatisées ».

En tant qu'outil thérapeutique, elle prend appui sur les impossibilités de traduction, dramatise l'intraduisible – au sens théâtral du terme –, lui donne une scène, et par là provoque une rencontre qui relance la pensée. En ce sens, elle s'intègre à un dispositif *actif* et fait pleinement partie de ce que *fait* le thérapeute.

Ouvrages cités

- Benveniste, Emile. *Problèmes de linguistique générale*. Paris : Gallimard, 1966.
- Callon, Michel. « Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc ». *L'Année sociologique*, 1986.
- De Pury, Sybille, Nathan, Tobie, Hounkpatin, Lucien, Salmi, Hamid, Zougbedé, Jean, Houssou, Constant, Dorival, Gilberte, Guioumichian, Souren et Zajde, Nathalie. « Traduire en folie. Discussion linguistique ». *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, « Traduction et psychothérapie », 1994.
- De Pury, Sybille. *Comment on dit dans ta langue. Pratiques ethnopsychiatriques*. Réédition modifiée du *Traité du malentendu*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond – Le Seuil, 2005.
- Moro, Marie-Rose et De Pury-Toumi, Sybille. « Essai d'analyse des processus interactifs de la traduction dans un entretien ethnopsychiatrique ». *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, « Traduction et psychothérapie », 1994.
- Nathan, Tobie. *L'influence qui guérit*. 2^{ème} éd. Paris : Odile Jacob, 2001a.
- Nathan, Tobie. *Nous ne sommes pas seuls au monde*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond – Le Seuil, 2001b.
- Nathan, Tobie. *A qui j'appartiens ?*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond – Le Seuil, 2007.
- Salmi, Hamid et Mannoni-Parisi, Christine. « Métissage des langues, métissage des cultures, métissage des cadres thérapeutiques ». *Psychologie française*, XXXVI, 4, 1991.
- Stengers, Isabelle. *Cosmopolitiques*. 2^{ème} éd. Paris : La Découverte, 2003.
- Thom, René. *Prédire n'est pas expliquer*. Paris : Flammarion, 1993.