

Jessica Ozenne

Psychologue clinicienne  
Établissement d'hébergement  
pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

# LA RELATION THÉRAPEUTIQUE À L'ÉPREUVE DE LA LANGUE

## Clinique du rapport soignant-soigné et confusion de langage en EHPAD

Lorsqu'elles atteignent l'âge de soixante ans, les personnes vulnérables souffrant d'un trouble en santé mentale « sortent » de nombreux dispositifs en ce qui concerne leur hébergement quand la vie au domicile s'avère impossible. Les foyers, les appartements thérapeutiques, maisons d'accueil spécialisées, et autres structures médico-sociales sont soumis à cette limite dans leurs critères d'admission et dans leur financement. Ensuite l'usager bascule dans un autre dispositif : l'EHPAD. Là où le réseau des structures sanitaires et médico-sociales est assez étoffé et propose des accompagnements variés, l'EHPAD<sup>1</sup> devient une structure unique d'accueil des usagers en situation de dépendance.

Pourtant les établissements sont très réticents lorsqu'il s'agit d'accueillir des personnes souffrant de troubles mentaux, et les places sont rares. La structure dans laquelle j'exerce a fait le choix d'un accueil des publics « à la marge » – un système d'aide sociale finance l'hébergement des usagers – en prônant la créativité dans les prises en charge. En effet nous rencontrons souvent des problématiques inédites en EHPAD, pour lesquelles il n'existe pas forcément de dispositifs de soin adaptés. Ainsi on retrouve, dans un même lieu, des personnes aux parcours de vie très différents : personnes âgées souffrant d'une maladie dégénérative, usagers auparavant suivis dans les secteurs de psychiatrie, personnes en errance qui ne peuvent plus vivre dans la rue compte tenu des pathologies liées à l'âge.

À cette équation s'ajoute la problématique de l'exil, notre structure ayant eu la vocation, dès l'ouverture, d'accueillir un public de « migrants vieillissants ». R. Gallou évoque, à propos des foyers de travailleurs migrants, ces « non-lieux pour des hommes invisibles [...], les municipalités découvrant parfois à l'occasion d'une réhabilitation ou d'une demande d'intervention partenariale leur existence »<sup>2</sup>. Les professionnels qui accompagnent les usagers sont souvent issus de l'immigration, certains maîtrisant eux-mêmes difficilement la langue française. Ils sont en première ligne lorsqu'il s'agit de traduire les paroles des usagers.

L'étude de plusieurs vignettes cliniques issues de ma pratique de psychologue clinicienne au sein de cet EHPAD fera émerger trois questions centrales. Est-il nécessaire de tout comprendre en clinique ? Peut-on parler d'interprétariat lorsque

<sup>1</sup> Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

<sup>2</sup> GALLOU R., « Le vieillissement des immigrés en France », in *Politix* 4/2005 (n° 72), pp.57-77, p. 3.

les professionnels assurant la traduction ne sont pas des spécialistes? Et enfin : quel est l'impact en clinique de cette relation triangulaire? La visée thérapeutique de l'entretien s'enrichit d'une possibilité de travailler avec le « soignant-traducteur » notre propre représentation du sujet qui prend la parole, et vient placer la question de l'interprétariat au centre d'une nouvelle dynamique institutionnelle.

## La barrière de la langue, un risque pour la prise en charge

C'est pour M. C. que la question de l'interprétariat va se poser pour la première fois, probablement car à la différence des autres situations que je présenterai, aucun membre de l'équipe ne parle sa langue : le russe. Il souffre d'une maladie d'Alzheimer à un stade assez avancé, avec des déambulations, des troubles de l'humeur, une désorientation temporo-spatiale importante et une inversion du rythme jour-nuit.

M. C. arrive à l'EHPAD dans un contexte où sa fille, qui s'occupe de lui à domicile, est épuisée. Un service de soin infirmier qui prend en charge M. C. nous a alerté sur la relation entre la fille et le père, qui s'échangent régulièrement des coups. M. C. est arrivé il y a seulement quelques années de Russie, au moment du déclenchement de la maladie, sa fille ayant émigré bien plus tôt. Quelques mois après son entrée à l'EHPAD, M. C. a appris quelques mots de français : « oui », « bonjour », « ça va », mais la communication est très limitée car il ne nous comprend pas. Il parle beaucoup en russe, avec des moments d'agitation psycho-motrice. Lorsque sa fille est présente, elle refuse de traduire ce qui est dit, manifestement mal à l'aise. Elle refuse de nous dire ce qui la pousse à ne pas traduire et semble réticente à nous apprendre quelques mots de russe. Nous supposons que le discours du père est incohérent, ou alors qu'il est insultant. Peut-être qu'il s'agit de critiques envers l'institution.

Pour l'équipe soignante cette impossibilité à communiquer engendre un sentiment de frustration intense, mais aussi l'idée que M. C. est en souffrance – il lui arrive de pleurer ou d'être très en colère – une souffrance que l'équipe ne peut pas comprendre. « Nous ne pouvons pas l'aider », disent-ils, « si ça se trouve il a un problème, il a mal, et on ne sait pas ». Nous recherchons des interprètes. Il existe des associations et des entreprises qui proposent ce service, mais le budget à consacrer est important et l'établissement ne dispose pas des moyens nécessaires. Nous trouvons une solution intermédiaire. Nous rencontrons une éducatrice russophone qui accepte de venir rencontrer M. C. dans le cadre de sa formation à la psychologie clinique. Elle le rencontrera à plusieurs reprises, seule, mais aussi avec la soignante référente de M. C. Après chaque rencontre, nous prendrons un temps pour échanger sur l'entretien qu'elle vient d'avoir.

Dès la première rencontre, l'éducatrice explique que M. C. est très confus, mais que l'on peut néanmoins avoir une conversation qui a du sens avec lui. M. C. était officier dans l'armée russe, et tout son imaginaire tourne autour de l'ordre, de l'organisation, et de la hiérarchie. Il a une lecture de la vie de l'établissement imprégnée de cette vision toute militaire de la vie en communauté. Ainsi il explique à l'interprète qu'il s'énerve car « il n'y a pas d'ordre ici ». Il va prendre l'exemple de la porte à code

et des badges. Une porte à code permet d'entrer et de sortir de l'unité, dans un souci de protection des usagers désorientés qui peuvent se perdre. M. C. décrit ce fonctionnement en termes de laissez-passer : « certains ont des badges ici, d'autre non ». Il est aussi « scandalisé » de voir que « certains » peuvent « passer comme ça, sans badge, sans s'identifier », et pour lui, « qui est colonel, ne peut pas se faire ouvrir la porte par ses subordonnés ». La liberté de déplacement est une autre de ses préoccupations : « pourquoi il n'y a pas de serrures aux portes » et « pourquoi certains peuvent entrer dans les chambres ». Effectivement certains patients désorientés se trompent de chambre.

Au fil des entretiens, M. C. va exposer à l'éducatrice les différents aspects de sa vie quotidienne. Avec la soignante référente, ils aborderont aussi la question des soins du corps, qui restent un point difficile de la prise en charge. Le matin on ne le « réveille pas correctement », il souhaite être réveillé « comme à l'armée », il faut frapper à sa porte, et lui dire très fort de se lever. À chaque entretien l'éducatrice nous fournira une traduction phonétique de ce qu'il faut dire. Pour la douche aussi tout doit être plus codifié, il souhaite utiliser tel type de gant, de cette manière etc. Pour finir M. C. pourra dire qu'il est content de la manière dont « les femmes en uniforme » s'occupent de lui.

Au-delà d'une certaine fascination pour l'univers psychique de M. C. qui est totalement façonné par sa vie militaire passée, et où la réalité est infiltrée par un autre vécu, cette vignette nous montre le malentendu inaugural entre notre équipe et ce patient. Plus il se mettait en colère, plus les « femmes en uniforme » tentaient de se montrer rassurantes, compréhensives, maternelles, alors que M. C. cherchait du cadre, de l'ordre, de la discipline, dans un retour étonnant de sa vie de militaire. On voit aussi se dessiner la question de la traduction par un proche. La fille de M. C. pourra nous dire, finalement, qu'elle ne traduit pas car elle trouve « ridicule » cette confusion chez son père – qui se croit toujours à l'armée – et parce qu'il dit « des insultes », dans les moments de désinhibition. On voit aussi que face à des patients très désorientés, les soignants ont besoin d'éléments de biographie pour interpréter des comportements incompréhensibles au premier abord.

L'interprétariat se fait ici à plusieurs niveaux. Il s'agit d'abord de traduire les mots pour comprendre un comportement, une demande, et ainsi adapter la prise en charge. Que l'on imagine maintenant qu'une personne étrangère au service arrivant un matin, voyant une aide soignante qui frappe à la porte de M. C. en criant « levez-vous M. C. » dans un russe approximatif, pensera peut-être que nous avons une vision particulière du soin, mais il comprendra que cette manière de faire est issue d'un long processus d'interprétariat qui vient d'abord de la langue. Le rôle du traducteur est ici un rôle de « déconfusion ». Dans ce cas, la barrière de la langue a été quasi-totale dans la relation avec l'usager. À noter tout de même qu'une communication s'était engagée, ne serait-ce que grâce aux gestes. L'intervention d'un tiers maîtrisant parfaitement le russe et comprenant les enjeux culturels de la prise en charge de M. C. a permis d'apaiser une situation difficile, et l'accompagnement a pu se poursuivre en mettant de côté un certain « mal entendu » inaugural.

## Interprétariat en autodidacte, écouter et entendre

Dans cette autre situation, le rôle de l'interprète a été plus délicat à assumer pour la personne engagée avec moi dans l'entretien clinique. Nous retrouvons la question de la compréhension de ce qui « pose problème ». On a diagnostiqué chez Mme. B. une psychose hallucinatoire chronique. Elle est suivie depuis plusieurs années par le secteur de psychiatrie (son psychiatre est arabophone). Les hallucinations de Mme B. sont à la fois visuelles et auditives, et pas toujours « bienveillantes », elle crie pour communiquer avec ses visions. Mme. B. est originaire d'Algérie, et ne parle que le kabyle et un peu l'arabe.

Comme certaines femmes immigrées de sa génération, Mme. B. est toujours restée à la maison alors que son mari travaillait et n'a créé aucun autre lien social que celui de l'entourage familial. Au décès de celui-ci, leurs six enfants ont totalement pris en charge Mme. B., qui doit être aidée quotidiennement compte tenu de ses symptômes, mais aussi de son impossibilité de s'exprimer en français et de gérer ses documents administratifs et son quotidien. À l'image de beaucoup d'usagers auparavant traités pour des troubles psychiatriques, on voit se dessiner chez Mme. B. un profil mixte où des troubles cognitifs de plus en plus importants apparaissent avec l'âge. Ce sont les « fugues » incessantes de Mme. B., et son refus d'ouvrir la porte à certains de ses enfants sous l'impulsion de ses voix qui ont conduit la famille à faire une demande d'hébergement en EHPAD.

Nous touchons dans ces cas difficiles à la neurologie, la psychiatrie, la gériatrie, et les différents professionnels se contredisent. Nous nous posons d'emblée comme des médiateurs, des interprètes, pour ces différents professionnels du soin qui entourent la patiente, avec une connaissance spécifique de son quotidien et de ses symptômes. Face aux cris de Mme. B., l'équipe exprime ses difficultés en réunion : « cette femme souffre, et nous ne pouvons rien faire pour elle, car on ne la comprend pas ». Certains professionnels parlent kabyle, mais disent que « ce qu'elle dit n'a aucun sens ». La famille est culpabilisée car Mme. B. répète sans arrêt « je veux rentrer chez moi, accompagnez-moi à la maison » lorsqu'elle reçoit de la visite. La situation s'enkyste peu à peu. L'équipe soignante se sent impuissante face à ce qu'ils identifient comme des cris de souffrance à la fois physique et morale. Je suis sollicitée par les aides soignantes pour « faire un entretien » avec la résidente, car « il faut absolument l'apaiser ». Une de mes collègues qui parle le kabyle propose de participer à l'entretien pour traduire les paroles de Mme. B.

Le premier entretien a lieu dans la chambre de Mme. B., la collègue qui assure la traduction de ses paroles est aide soignante, et a déjà eu l'occasion d'assister à d'autres entretiens avec certains usagers dont elle est référente en français. C'est néanmoins la première fois qu'elle assiste à un entretien en assumant le rôle d'interprète. L'entretien débute de manière assez classique. Je me présente à Mme. B., je présente ensuite l'aide soignante et lui explique qu'elle sera là pour traduire en kabyle et en français pour que nous puissions communiquer plus facilement. Mme. B. commence à parler. Je sens immédiatement que ma collègue est gênée. Je lui demande de ne pas hésiter à traduire régulièrement. Elle me répond « mais ce

qu'elle dit n'est pas vrai». Je reprends avec elle en lui expliquant que même si les paroles paraissent bizarres, j'ai besoin de les écouter pour pouvoir comprendre ce qui se joue pour la résidente, elle peut donc traduire sans hésitation. Ma collègue reprend : «elle dit qu'elle veut rentrer chez elle, qu'elle n'aime pas être ici en prison, et que son fils – le fils dont elle parle est décédé il y a de nombreuses années – aussi veut rentrer, elle dit qu'il est dans la pièce avec elle et qu'il n'est pas content du tout». Elle ajoute tout bas pour ne pas être entendu par Mme. B. : «tu vois c'est n'importe quoi, elle délire je t'avais dit».

Ici se dessine d'emblée avec Mme. B. l'enjeu de la relation clinique qui est celui du désir de retourner au domicile et de la sensation d'enfermement, avec en toile de fond l'hallucination hostile à l'institution. Il s'agira de créer un climat de confiance avec Mme. B. Sans nier le fait qu'elle n'est pas à son domicile et sans non plus insister sur l'impossibilité d'y retourner. Nous l'aiderons à éprouver le soutien que peut apporter l'équipe soignante, dans un souci d'apaisement des angoisses massives qui engendrent les cris. Le premier entretien est un temps d'échange inaugural très important pour «rencontrer» l'usager, comprendre ses demandes et l'enjeu de son accueil dans l'institution, «d'un point de vue clinique, il constitue un mode d'appréhension de l'autre, un outil d'investigation et de diagnostic»<sup>3</sup>.

Dans cette vignette apparaît à nouveau la nécessité de faire intervenir un interprète lorsque la communication est impossible. Comment proposer à Mme. B. un cadre adapté sans comprendre sa demande, ses plaintes, ses cris ? L'intervention d'une collègue aide soignante montre aussi la tendance forte du côté des équipes à prendre les paroles de l'usager «au pied de la lettre» en quelque sorte. Le rôle du psychologue clinicien est majeur dans l'écoute de la plainte formulée, il doit entendre ce qui est dit mais aussi ce qui est suggéré, ce qui imprègne le discours. Au premier plan de la relation soignant/soigné avec Mme. B. se place effectivement le désir de retourner au domicile, mais il faut aussi prendre en compte le vécu d'enfermement, et ce qui est suggéré du côté d'une relation de soin à créer. La présence de l'aide soignante comme tiers lors de l'entretien clinique, même si elle bouscule le cadre habituel, permet la circulation d'une certaine qualité d'écoute de l'usager.

## Interpréter à tout prix : un risque de ne pas entendre l'usager

Dans notre dernière vignette, nous illustrerons une autre situation qui fait appel cette fois à la «retenue» en termes d'interprétariat. Ce récit concerne un usager, M. H., qui fait partie de ces personnes que l'on nomme «les migrants vieillissants». M. H. est arabophone, il maîtrise assez mal le français mais suffisamment pour dialoguer avec moi. Il a été hospitalisé à de nombreuses reprises en psychiatrie suite à des moments «d'explosion de colère» sur la voie publique à l'occasion d'alcoolisations massives.

M. H. est aussi sujet à de «petites manies», qui, sans pouvoir s'apparenter à des symptômes majeurs ou à des troubles du comportement, sont assez contraignantes pour lui. Elles s'expriment en particulier dans le rangement de ses vêtements. Ils sont rangés par couleur, par taille, par matière et par pièce, dans un ordre com-

<sup>3</sup> CYSSAU C. et FEDIDA P., Le premier entretien, in L'entretien en clinique, In Press, Paris, 1998, p. 143.

pliqué que lui seul connaît. M. H. investit énormément sa vêtue et son allure. S'il est bien habillé, c'est un signe « qu'il mérite le respect », dans le sens inverse il se sent « moins que rien ». Les aides soignantes qui apportent le linge de la lingerie le rangent « n'importe comment » selon lui. Ensuite M. H. passe des heures à tout ranger à nouveau. Depuis son arrivée à l'EHPAD, M. H. est de plus en plus dépendant pour les actes de la vie quotidienne, avec en particulier une perte de la mobilité des mains liée à l'arthrite. Il a aussi eu une fracture du col du fémur et, même s'il a pu remarcher, il se déplace avec des difficultés désormais. Ainsi, ne pouvant plus opérer son rangement seul, il aimerait que l'aide soignante « le fasse à sa place » et demande à en parler en ma présence « pour l'aider à se faire comprendre ».

Il m'arrive de proposer au référent d'un usager – à la demande de celui-ci – de participer à un entretien lorsque le problème concerne la relation soignant-soigné. Je propose donc à la personne responsable du rangement du linge un entretien avec M. H. dans le but de discuter cette question qui le préoccupe. Celle-ci a aussi un parcours de migration et est originaire de la même région que M. H. Elle précise d'ailleurs, lorsque j'évoque l'idée de cet entretien, qu'il lui arrive souvent de parler arabe avec M. H., ajoutant que « cela lui fait du bien de parler du pays ». Par ailleurs M. H. investit le fait de pouvoir s'exprimer en français, avec toute une problématique autour de l'intégration et de l'apprentissage de la langue française.

Pendant cet entretien, dont l'objet n'est pas la traduction des paroles mais la médiation par rapport au problème de linge et de l'aide à la dépendance, la soignante présente ne cesse de s'exprimer en arabe et de traduire les mots d'arabes qui échappent à M. H. lorsqu'il bute sur un mot en français. La tension monte du côté de M. H. qui semble s'agacer de cette traduction. Je reprends la parole un moment pour reposer le cadre de l'entretien. M. H. pourra rapidement dire qu'il a déjà « besoin d'aide pour tout faire », et « qu'en plus on ne le laisse pas parler ». La référente se montre peinée de cette remarque car « elle pensait bien faire ». Cet entretien nous donnera l'occasion d'engager un réel travail institutionnel de réflexion autour de la question de la langue, et du risque de « collage » lorsqu'un soignant s'identifie à un usager.

---

## Conclusion

Lorsque la présence d'un interprète s'avère nécessaire – et elle l'est dans de nombreuses situations – les relations triangulaires qui se tissent au cours des entretiens cliniques obligent le psychologue clinicien à un exercice qui peut parfois s'avérer délicat. Il agit comme un équilibriste qui doit être le garant du cadre pour son patient, mais aussi pour le professionnel qui assume le rôle d'interprète sans en avoir *a priori* les compétences. Les enjeux économiques sont bien présents, et imposent une certaine créativité pour trouver des solutions moins onéreuses. Néanmoins, ce positionnement nouveau pour les soignants enrichit le travail institutionnel en ce qui concerne l'écoute des demandes des usagers. En les éloignant de leur rôle « traditionnel », il permet de soulever des questions cliniques qui autrement passeraient peut-être inaperçues. Enfin, il me semble très pertinent pour le psychologue clinicien en institution, qui peut avoir tendance à resserrer son dispositif, d'ouvrir son cadre et ainsi multiplier les lieux d'échanges institutionnels.