

## SOIGNER SANS, AVEC OU DANS LA PAROLE : LE PARADIGME DE L'ÉTRANGER

Pr. Jean Christophe Weber<sup>1</sup>

Conférence Nationale sur "L'interprétariat médical et social professionnel"  
14 novembre 2012 – ENA Strasbourg

---

La consultation médicale avec quelqu'un qui ne parle pas ma langue est une situation que nous allons examiner ce matin avec la visée de donner un coup de projecteur sur la place qu'y prend la parole<sup>2</sup>. J'ai utilisé un gros mot dans le titre proposé pour cette communication, celui de paradigme. Il signifie ici tout simplement le caractère de modèle exemplaire, pour quoi ? Pour penser la médecine en général.

### 1. SOIGNER SANS LA PAROLE

Commençons donc par affirmer que la technique médicale peut opérer - dans une certaine mesure - *sans* la parole. Soigner sans la parole, le médecin sait faire dans certaines circonstances. Le corps malade parle de lui-même.

Pensons aux accidentés en état de choc ou encore aux malades plongés dans le coma, mais aussi à quelqu'un qui ferait une crise d'asthme ou un accident vasculaire cérébral. Les situations d'urgence montrent qu'une médecine qui soigne voire qui sauve des vies reste possible sans une parole qui porte la demande ou exprime une plainte. Réciproquement, le médecin peut administrer un antibiotique, opérer un organe malade, réparer une fracture, sans paroles.

En dehors de l'urgence, pensons aux malades aphasiques, confus, déments, amnésiques, aux enfants encore in-fans (qui ne parlent pas) : ils sont aussi soignés, et parfois bien soignés. Le malade étranger pourrait-il être une catégorie supplémentaire de gens qu'on peut prendre en charge médicalement sans paroles intelligibles ?

Devant un étranger comme devant d'autres « taiseux », volontaires ou non, le médecin se sent suffisamment familier du corps pour être à l'aise en présence d'un corps malade : il s'active dans son propre domaine. Le médecin pourrait dire : rien de ce qui est du corps ne m'est étranger, et peu me chaut d'avoir un interprète.

En effet, médecins, nous sommes en face de malades différents un par un, mais auxquels nous imputons une identité plus générale, un genre commun. La médecine quitte l'empirisme lorsqu'à partir d'une multiplicité de situations disparates se dégage un jugement

---

<sup>1</sup> Jean Christophe Weber est Praticien hospitalier, professeur de médecine, chercheur à l'IRIST - groupe « Ethique et pratiques médicales », Université de Strasbourg.

<sup>2</sup> Je ne veux pas traiter de l'accès au soin, et je suppose admis par tous que l'interprétariat en médecine est, au niveau le plus élémentaire, un moyen de réduire les inégalités et d'assurer que ceux qui ne parlent pas la langue officielle puissent se retrouver sur un terrain de communication possible avec ceux qui la parlent.

applicable à tous les cas regroupés en catégories à partir de leurs traits communs<sup>3</sup>. C'est en supposant que le corps malade d'un tamoul réagira à la présence d'une maladie par les mêmes signes que celui d'un suisse, et que les mêmes remèdes seront efficaces, que je peux entreprendre de soigner l'un et l'autre atteints d'une pneumonie ou d'une colique néphrétique<sup>4</sup>.

Dans la situation habituelle toutefois, la *parole est omniprésente* : paroles du malade ou des proches, des parents pour l'enfant, mais aussi paroles des médecins et autres soignants à l'hôpital. Mais dans ce bain langagier, la parole n'est-elle pas *accessoire* ?

Ajoutons qu'elle *peut aussi induire en erreur* : pour renseigner utilement sur la nature du mal, pour serrer la vérité de la maladie, ne vaut-il pas mieux l'exactitude des dosages biologiques et l'objectivité des images, plutôt que des paroles imprécises et trompeuses ? Ecouter trop la plainte peut détourner du diagnostic en prenant pour important ce qui n'est que détails : perte de temps et risque d'erreurs. La médecine a construit une part importante de ses progrès en s'efforçant de gommer le particulier au profit des catégories, du général, de l'universel.

En effet, la médecine fondée sur les preuves se nourrit de statistique, laquelle fait compter chacun – chaque un - pour un quelconque, et escamote les particularités dans le calcul des probabilités.

Le recours à la technique suppose **aussi** une mise entre parenthèses de l'être humain parlant qui suscite ce recours en sollicitant une attention élective à sa propre situation. Le symptôme décrit par le malade voit son importance minorée, au profit du signe provoqué hier par l'artifice du stéthoscope, aujourd'hui par celui de l'échographie ou du scanner. La positivité de la maladie pour la science médicale va de pair avec une certaine indifférence pour l'expérience vécue par le malade.

La subjectivité que la parole, par le langage, met au cœur de la scène médicale n'est pas seulement source d'errements possibles, elle est aussi *encombrante*, que ce soit celle du malade comme celle du médecin. Aussi, même si le malade est invité à dire ce qui lui fait problème, les mots ne valent qu'autant qu'ils peuvent désigner les déterminations morbifiques, comme la fumée signale le feu. Ses propos s'effacent *in fine* derrière la théorie de la maladie dont il n'est que le support. Pour le reste, les paroles superflues sont reléguées dans les marges des convenances, politesse et courtoisie. Quand par malheur elles envahissent le cadre et annoncent du désordre, on en délègue la gestion à des auxiliaires : infirmières de la consultation d'annonce en cancérologie ; psychologues en services de soins somatiques ; bénévoles d'accompagnement pour les mourants. Au médecin la dextérité technique et l'expertise savante ; aux auxiliaires la parlotte ou le bénévolat relationnel. Médecine statistique et biomédecine technique ont disqualifié la place, l'importance et la

---

<sup>3</sup> « L'art, la *technê*, apparaît lorsque, d'une multitude de notions expérimentales, se dégage un seul jugement universel applicable à tous les cas semblables. En effet, former le jugement que tel remède a soulagé Callias, atteint de telle maladie, puis Socrate, puis plusieurs autres pris individuellement, c'est le fait de l'expérience (*empeiria*) ; mais juger que tel remède a soulagé tous les individus atteints de telle maladie, déterminée par un concept unique, comme les phlegmatiques, les bilieux ou les fiévreux, cela appartient à l'art », Aristote, Métaphysique, A,1,5-12.

<sup>4</sup> Je travaille avec la différence veut dire aussi que j'identifie telle variation possible. Je classe, je range. Je pose le principe d'une assimilation, d'une identité, qui me permet de percevoir des différences. Ce faisant, le médecin se pose en surplomb, comme celui qui se fait fort de spécifier, d'identifier le même et l'autre en tant qu'il s'en sépare.

portée de la parole pour la précision du diagnostic et l'efficacité de la thérapeutique. Faut-il alors des interprètes pour les étrangers? Ce serait une marque de fair-play, un supplément gratuit de bienveillance, un label de qualité, mais freinés par la paresse, l'inertie, les difficultés d'organisation et les contraintes budgétaires. Car l'étranger est fondamentalement un malade qui coûte davantage que la moyenne.

Parce que précisément s'ajoute à la technoscience et à la statistique le tournant managérial qui considère le soin comme une activité tarifée, privilégiant là encore la technique à la durée d'une consultation: le temps passé auprès du malade doit être le temps actif et minuté du geste, et non le temps passif de l'écoute. Derrière l'insistance sur le rendement il y a un sourd dénigrement de l'importance de la parole. Le pilotage par la T2A des activités ignore aussi le « prendre soin » qui ne laisse pas de traces évaluables, et donc qui compte pour rien.

Tous ces motifs s'additionnent pour faire de la parole une sorte de cerise sur le gâteau, qui peut être sacrifiée sans dommages. Et puisque l'activité médicale qui compte vraiment peut se déployer en silence, l'interprète est importun ou inutile.

Essayons toutefois d'être plus précis que l'indignation face à une médecine qui se déshumaniserait. La situation clinique avec un étranger linguistique fait apparaître en pleine lumière un dérangement, cet embarras qui naît quand la familiarité de la consultation est rompue parce que rien ne peut s'y dérouler comme d'habitude<sup>5</sup>. Ne pas pouvoir lui parler ni l'entendre éveille la sensation pénible que se trouve réalisée une forme d'exclusion, même de négation. Sans langage, pas de société, pas d'humanité<sup>6</sup>, parce que la vocation originelle du langage, nous dit Benveniste, c'est de servir à vivre bien avant de servir à communiquer. Quand j'accepte cette dissonance dans le familier, à quel acquiescement secret m'adonne-je ? Quelle violence symbolique peut se déployer à l'abri de ma mauvaise conscience : j'avais affaire à un étranger, il n'y avait pas d'interprète, je ne pouvais pas faire autrement... Avant d'en arriver là, j'aimerais d'abord examiner comment on peut mieux soigner AVEC que SANS la parole.

## 2. SOIGNER AVEC LA PAROLE

La nécessité d'un consentement éclairé par une information de qualité a été inscrite dans la loi. On devrait logiquement en déduire qu'il est interdit de soigner sans paroles, et qu'il est obligatoire au contraire de soigner avec la parole, donc qu'un interprète est requis si tôt que le malade ne pratique pas suffisamment la langue française pour pouvoir comprendre la situation qui est la sienne et dans laquelle il est invité à exprimer ses choix. Comme vous le savez, cette exigence légale est encore loin d'être devenue le standard des pratiques.

Mais je préfère m'attarder sur la technique qui prétend se passer de la parole en tant qu'elle manifeste une subjectivité de mauvais aloi. J'aimerais souligner que c'est pour la médecine

<sup>5</sup> J'utilise les propos de Chauvier (chapitre III) pour les transposer à la médecine. Chauvier E., *Anthropologie de l'ordinaire. Une conversion du regard*, Toulouse, Anacharsis, 2011.

<sup>6</sup> Benveniste E., « La forme et le sens dans le langage », in *Problèmes de linguistique générale 2*, Gallimard, Tel, 1974, p. 217.

une impasse pratique, pas seulement un manquement déontologique. Par là j'entends indiquer en quoi l'absence de langue commune produit une moins-value dommageable.

La médecine fait partie de ces savoirs techniques qui construisent des hypothèses à partir du recueil et de l'interprétation de multiples signes, indices et traces. Comme nos ancêtres chasseurs-cueilleurs, comme le critique de tableaux qui doit distinguer la production du maître du travail d'atelier ou l'original de la copie, comme le détective sur une scène de crime, le médecin est attentif aux traces, parfois ténues, d'un passage. Et comme le devin, le médecin doit aussi déchiffrer les signes qui annoncent l'avenir. Un premier argument est donc qu'il n'y a pas de bon diagnostic sans une bonne anamnèse, laquelle suppose une narration détaillée. Le malade est d'ailleurs le premier interprète du bruit que provoque la maladie en lui, et qu'il transpose dans un code langagier pour en faire part. C'est le propre du langage que « de procurer un substitut de l'expérience apte à être transmis [sans fin] dans le temps et dans l'espace »<sup>7</sup>. Certes les signes fournis de la bouche du malade lui-même peuvent égarer, mais comme peuvent égarer ceux qui sont objectivés à même le corps.

L'étape de l'anamnèse n'est pas anéantie pour une médecine qui veut confronter la justesse de ses hypothèses à l'épreuve des examens complémentaires. Voyez comment le Dr House et son équipe ne cessent de devoir revenir à l'anamnèse, malheureusement après avoir gaspillé beaucoup de ressources. Car comment choisir la bonne technique diagnostique si ce n'est en construisant une bonne hypothèse ? L'usage de la parole ne peut être relégué à des obligations de courtoisie ou des contraintes légales d'information, il est fondamental à la pratique même de la clinique, et pas seulement pour le psychiatre. Le savoir utile est une construction commune. Le malade apporte un savoir encore informe, son vécu est irremplaçable mais il ne peut sélectionner seul les éléments significatifs. Le médecin apporte la technique d'organisation, la forme vide de la théorie qui enforme le savoir du malade<sup>8</sup>. Quand les deux interlocuteurs ne partagent pas la même langue, cette co-construction n'est guère possible. L'interprète de ces paroles doit être un traducteur fidèle, il rend alors la différence linguistique presque indifférente. Elle cesse d'être un obstacle.

A cet argument fondé sur la technique sémiologique, s'en ajoute un autre, plus fondamental encore. Certainement, nous travaillons en médecine par une mise à l'écart temporaire du sujet : traduisant en vocabulaire médical les propos qu'il nous tient, nous manipulons ensuite ces énoncés transformés pour construire un diagnostic et en déduire un traitement. Nous avons parlé précédemment du savoir techno-scientifique comme ce qui est capable de surmonter les différences individuelles. Reste à voir quand cette posture devient fautive. Si la subjectivité a été provisoirement mise entre parenthèses dans **une** étape du raisonnement médical, ce qui a mobilisé ce raisonnement et lui fournit donc son seul mobile pratique comme son fondement moral, c'est l'appel de quelqu'un qui souffre, qui se sent malade. Une médecine qui oublierait ce que Lacan désignait comme « le caractère sacré de l'action médicale : à savoir le respect de la souffrance de l'homme<sup>9</sup> », cette médecine là ne

<sup>7</sup> Benveniste E., « Communication animale et langage humain », in *Problèmes de linguistique générale 1*, Gallimard, Tel, 1966, p.61.

<sup>8</sup> Pigeaud J., *Poétiques du corps : aux origines de la médecine*, Paris, Les Belles Lettres, coll. « L'Age d'or », 2008, p.110.

<sup>9</sup> Lacan J., Intervention lors de la discussion des rapports théorique et clinique. XIII<sup>e</sup> conférence des psychanalystes de langue française le 29.05.1950, *Revue française de psychanalyse*, janvier-mars 1951, tome XV, n° 1, pp. 84-88.

connaît aucune limite à l'horreur, l'histoire nous le rappelle<sup>10</sup>. Canguilhem aussi a évoqué la nécessité pour la médecine de changer de registre de rationalité quand il s'agit de faire retour, par l'intervention thérapeutique, vers cet individu, qui a mobilisé un détour par la rationalité scientifique. Et comme le disait déjà Aristote dans la métaphysique, « Ce n'est pas l'homme que guérit le médecin, sinon par accident, c'est Callias ou Socrate, ou quelque autre individu, qui se trouve être en même temps un homme »<sup>11</sup>. D'Aristote à Canguilhem, c'est le même constat. Une pratique authentiquement médicale ne peut être qu'individuelle, ce qui passe nécessairement par le minimum syndical de ce que fournit la parole, à savoir un médium de communication.

Etre médecin avec la parole c'est donc être meilleur médecin du point de vue de l'excellence de la pratique, mais c'est tout simplement rester médecin, et pas mécanicien de la chose corporelle, du point de vue de l'essence de cette pratique.

Il me semble que nous avons suffisamment légitimé la présence d'un interprète pour un exercice en situation hétéro-linguistique. Mais pour le moment, nous avons principalement évoqué les difficultés causées par l'étranger linguistique en termes de communication plus ou moins possible, ou devant être suppléée le cas échéant par un interprète. Or, il faut encore approfondir notre examen : si tôt que l'on soigne avec la parole, elle fait feu de tout bois, et déborde la fonction de communication. Si on soigne avec la parole, on se trouve exposé à être DANS la parole, parce qu'on ne peut pas utiliser la parole comme on le ferait d'un outil. Si on réduit la parole à cet office, alors on soignera AVEC la communication verbale, sans se situer pleinement DANS la parole.

### 3. SOIGNER DANS LA PAROLE

On peut en effet partager la même langue ou avoir recours à un interprète, laisser le malade parler, et lui communiquer toute l'information nécessaire, et cependant rater la rencontre, courir le risque de la « dés-interlocution »<sup>12</sup>, avec ses « effets d'exclusion, de disqualification, d'instrumentalisation » de ceux qu'on observe, même si on communique avec eux. Ceci au profit d'une domination par le savoir, ce qui peut toujours passer pour une bonne méthode, puisque le savoir est ordonné à la guérison plus qu'au respect. Qui préférerait être écouté par quelqu'un qui se trompe de diagnostic plutôt que d'être guéri par un malotru ou un butor?

<sup>10</sup> C'est ce qu'affirme en particulier J.C. Milner dans *La politique des choses*, Verdier, 2011, page 52.

<sup>11</sup> Aristote en donne déjà une indication, quand il poursuit à propos de la distinction entre expérience et art : « Par rapport à la vie pratique, l'expérience ne paraît différer en rien de l'art ; nous voyons même les hommes d'expérience l'emporter sur ceux qui ont la notion (le logos) sans l'expérience. La cause en est que l'expérience est la connaissance des choses individuelles, et l'art celle des choses universelles, et d'autre part, que toute pratique et toute production (praxis et poiesis) portent sur l'individuel : ce n'est pas l'homme en effet que guérit le médecin, sinon par accident, mais Callias, ou Socrate, ou quelque autre individu ainsi désigné, qui se trouve être, en même temps, homme. Si donc on possède la notion sans l'expérience, et que connaissant l'universel on ignore l'individuel qui y est contenu, on commettra souvent des erreurs de traitement, car ce qu'il faut guérir avant tout, c'est l'individu » [Aristote, *Métaphysique*, A, 1, 12-25]. Si ce qu'il faut guérir c'est l'individu, alors l'art en tant que connaissance des choses universelles ne suffit pas à opérer, il faut travailler au ras de ce qui fait que Callias n'est pas Socrate, même s'ils sont atteints du même mal. Ici, l'étranger peut servir de paradigme de la différence individuelle.

<sup>12</sup> J'utilise les propos de Chauvier (*op. cit.*) concernant l'anthropologie pour les transposer à la médecine.

Se tenir dans la parole expose à des complications indésirables toujours possibles quand quelqu'un prend la parole et dont les étrangers nous dispensent quand le moindre dialogue est impossible. Réclamations, protestations, refus de se soumettre : moi pas comprendre. Le médecin se voit soulagé des négociations délicates et des attermolements. Il peut se protéger plus facilement de la contagion émotionnelle quand la souffrance ou l'angoisse sont au rendez-vous. L'impossibilité du dialogue protège aussi le malade, lui préserve un espace de résistance face à la curiosité inquisitrice du médecin. Pas besoin d'en passer par la parole pour dissimuler sa pensée. Croire que le malade veut toujours se faire comprendre pour être bien soigné est naïf, et là c'est peut-être l'autochtone qui doit servir d'exemple pour examiner la rencontre avec l'étranger.

Bref, dès lors qu'on place pleinement la pratique médicale dans la parole, nous nous exposons aussi à ses chausse-trappes. Mais cela ne saurait arrêter que ceux qui tiennent que la parole soit un simple outil pour communiquer par le langage. D'ailleurs, pour que la communication se réalise de manière optimale, une part importante du langage est superflue et redondante. Et ce qui est redondant pour l'information au sens strict est précisément ce qui fait office de résonance dans la parole. Par quoi on voit que la fonction du langage n'est pas tant d'informer que d'évoquer<sup>13</sup>.

Or c'est bien pour améliorer la communication qu'on a recours à l'interprète. Ceci n'est pas discutable. Mais qu'en est-il lorsqu'on élargit le regard aux autres fonctions de la parole ? J'aimerais que les quelques remarques qui suivent, non exhaustives sur la place de la parole, soient reçues comme une incitation à des recherches communes.

Partons de ceci que l'ordinaire des interactions langagières est marqué par une fragilité, des dissonances, des anomalies, des flottements de sens. Les silences gênés, les malentendus manifestes, les fausses notes dans le dialogue, peuvent être perçues sur le champ, par exemple quand le médecin annonce une maladie et qu'il se rend compte de l'énorme écart de ses représentations avec celles du malade. Comment ces ambiguïtés peuvent-elles être restituées ?

D'une certaine manière, on peut considérer que l'autre parle toujours une autre langue que la mienne, même quand il s'exprime en français. Le malentendu n'est alors pas l'exception, mais la règle<sup>14</sup>. Dès lors, s'il s'agit de comprendre un minimum, parce que nous nous situons toujours dans une pratique de soins, et pas dans une situation théorique, il y a des choses qui ne sont pas immédiatement à comprendre mais d'abord à entendre en se gardant de trop bien et trop vite comprendre. « La langue, pour l'écoute, est toujours singulière »<sup>15</sup>. La parole ne sert pas seulement à communiquer un message qui doit être traduit, mais le « sujet se sert aussi de la parole et du discours pour se « représenter » lui-même, tel qu'il appelle l'« autre » à le constater »<sup>16</sup>. La parole véhicule des informations utiles, du sens, mais elle est aussi un moyen d'expression de soi dans ses modalités subjectives. Par exemple

<sup>13</sup> « Car, outre que la parole s'accommode fort bien du vide de la pensée, l'avis que nous recevons des penseurs est justement que pour l'usage que l'homme en fait d'ordinaire, la parole si tant est qu'il y ait quelque chose à en penser, c'est bien qu'elle lui a été donnée pour cacher sa pensée. » (Lacan discours de Rome).

<sup>14</sup> Bayard P., *Enquête sur Hamlet. Le dialogue de sourds*, Les Éditions de Minuit, coll. « Paradoxe », 2002.

<sup>15</sup> Bellet M., *L'écoute*, Desclée de Brouwer, 1989, p. 57.

<sup>16</sup> Benveniste E., « Remarques sur la fonction du langage dans la découverte freudienne », In *Problèmes de linguistique générale 1*, Gallimard, Tel, 1966, p. 77.

- je tire l'exemple d'un article de Marie-Claude Casper - dire « le fils de mon frère a été tué dans un accident de voiture », n'est pas la même chose que de dire : « mon neveu est mort dans un accident de voiture ». Pourtant le contenu informatif concernant l'état du monde est le même. Mais la vérité subjective qui naît par et dans la parole n'est pas qu'une réalité événementielle, elle implique le locuteur (en l'occurrence en lien avec le frère et sa responsabilité supposée dans l'accident), elle implique la manière dont le réel de l'événement est tricoté à l'imaginaire pour être signifié à l'autre dans la parole. Toute formulation suppose un écart par rapport à d'autres façons de dire. Si ce n'est pas tout à fait la même chose, alors on voit que l'exercice de l'interprétariat est particulièrement délicat et qu'il trouve peut-être ici une de ses limites. Le processus d'interprétation effectue une dissociation entre le mot et le sens, au profit de ce dernier, et c'est l'idée qui est traduite (Tancovich-Vousvoukis, 1996). L'interprète véhicule l'idée et non le mot, et ce faisant, il lève les obstacles de la communication, mais permet-il l'écoute, qui cherche des points d'ancrage ailleurs que dans le seul transport de sens<sup>17</sup> ? En français, on peut se garder de comprendre trop vite, pour entendre quelque chose. J'essaie d'imaginer comment ce pourrait être réalisé dans la situation avec un tiers. Les psychiatres sont ici particulièrement concernés je suppose, mais à vrai dire, cette dissociation relative du mot et de la chose est monnaie courante, et une certaine ascèse de l'oreille médicale n'est pas un luxe. Si le sens des énoncés est instable, une partie du travail qui se déroule implicitement dans les cerveaux respectifs du médecin et du malade est assumé par l'interprète. Peut-il, sans avoir le temps dont dispose le traducteur d'un texte écrit, ne pas faire prévaloir un sens unique ? Est-ce trop demander ? Je ne sais pas. Pensons à comment on traduirait une blague dont l'effet comique repose sur une spécificité de la langue.

En fait, c'est déjà chacun pour lui-même qui s'éprouve, s'il y prend garde, à la fois enchaîné à la parole sans cependant pouvoir y trouver la possibilité de restituer dans des mots l'intégralité de l'expérience qu'il fait de son corps. Si le vivant est un être pris dans la parole, il ne peut jamais tout entier y advenir (Lacan 1966). Si son désir est « originairement tourné vers le langage, il veut être dit, il est en puissance de parole, mais il est à la fois le non-dit, ce qui peine à être dit<sup>18</sup>. Autrement dit, sa propre parole est pour soi un interprète inadéquat. Ce hiatus est rendu plus visible par l'étranger, quand il faut passer par le truchement d'un intermédiaire supplémentaire, qui va redoubler la difficulté pourrait-on dire. Le médecin interprète ce qu'il entend de l'interprète, et en dessous ce qu'il croit comprendre du patient et de ses symptômes. Le risque ici est que la parole du malade, alternativement celle du médecin, soient confondues avec la parole de l'interprète. Parfois médecin et malade s'adressent d'ailleurs l'un et l'autre à l'interprète et le regardent tous deux, au lieu de dialoguer en vis-à-vis. S'il ne faut pas minimiser cette difficulté, elle nous met cependant sur une autre piste. En effet, s'il y a pour chacun à la fois aliénation à la parole et coupure d'avec la parole, alors aucune vérité subjective ne pourra être énoncée sans perte, et ce n'est pas l'interprète qui en est responsable. Elle ne pourra que passer, se faufiler, dans une infinité d'équivoques : la vérité ne peut être que mi-dite, comme Lacan l'a souvent énoncé. On peut alors retourner la situation mal vécue parfois de l'interprète vers qui convergent les prises de parole du médecin et du malade, pour suggérer qu'il est peut être le seul à écouter, c'est-à-dire à laisser, « à la voix et à la parole de qui est là, toute la place »<sup>19</sup>.

<sup>17</sup> Sur ce point, voir Allouch J., *Lettre pour lettre ; transcrire, traduire, translittérer*, Eres, 1984, p. 20.

<sup>18</sup> Ricoeur P., *De l'interprétation*, Seuil, 1965, p. 478,

<sup>19</sup> Bellet M., *op.cit.*, p. 20.

Et ceci nous amène à rappeler que la parole porte le désir d'être reconnu, d'être écouté, parce que « ce désir est ce par quoi advient l'homme » et que « l'écrasement de ce désir est un malheur sans fond »<sup>20</sup>.

Nous avons situé auparavant l'impératif déontologique et légal au niveau de la communication. Du point de vue de l'éthique, l'enjeu est sur un autre plan qui touche la parole dans sa dimension vocative, d'appel. « Ce que je cherche dans la parole, c'est la réponse de l'autre. Ce qui me constitue comme sujet, c'est ma question »<sup>21</sup>.

Le malade s'adresse à quelqu'un (le médecin aussi, tout cela est réversible). La parole signifie une interpellation et une demande, en-deçà de l'objet demandé. L'adresse met en acte une parole vivante. Répondre à un appel n'est pas encore faire (des soins) mais se disposer à l'écoute d'une expérience. L'interprète, ici, signifie par sa seule présence, avant même tout échange de paroles, avant toute traduction réussie ou non, le désir de se faire entendre et l'accueil qui va au-devant de la parole et l'invite à son déploiement.

L'absence de l'interprète vaut comme indice d'un désintéret. Pire encore, car « la fonction décisive de ma propre réponse n'est pas seulement approbation ou rejet du discours de l'autre, mais vraiment de le reconnaître on de l'abolir comme sujet »<sup>22</sup>.

Irréductible appel selon Levinas. Ici, l'étranger peut servir de paradigme de l'altérité : « faisant son entrée sans avoir ses entrées », l'étranger par son apparoir engage ma responsabilité à son égard, interprète ou non. Est-ce à dire alors que l'interprète est inutile ? Non, dès lors que l'on quitte la radicalité métaphysique pour une inscription dans le champ pratique. On peut certes, même avec l'interprète, rester à l'abri de l'exigence de l'appel de la parole, « en demeurant à part soi dans le flux de sa pensée »<sup>23</sup>. Et c'est par un autre qui parle que je peux être réduit au silence. Mais ne soyons pas trop sceptique ici. Soigner avec la parole c'est se situer dans le régime des questions / réponses (answer). L'interprète sert à mieux communiquer. C'est déjà bien ! Soigner dans la parole ce n'est pas seulement en assumer toutes les dimensions, c'est aussi répondre à un appel. L'invoqué n'est pas ce que je comprends, il est celui à qui je parle. L'interprète ici signifie que c'est à l'étranger que je m'adresse, vraiment. Il concrétise la figure sociale de l'écoute qu'est l'hospitalité<sup>24</sup>.

On peut enfin en quelques mots de conclusion ajouter une dernière perspective. Plutôt que d'insister sur la différence entre deux individus, deux cultures, deux représentations du monde, deux langues, le philosophe et sinologue François Julien propose de considérer l'écart. L'écart ne se laisse réduire par aucun genre commun alors que les différences peuvent être résorbées en se plaçant à un niveau supérieur<sup>25</sup>. Si je transpose ses

<sup>20</sup> *Ibid.*, p. 28.

<sup>21</sup> Lacan J., *Fonction et champ de la parole et du langage*.

<sup>22</sup> *Ibid.*

<sup>23</sup> Jullien F., *De l'universel*, Fayard, 2008, p.55.

<sup>24</sup> Bellet M., *op.cit.*, p.41.

<sup>25</sup> Les deux individus peuvent être de la même culture, parler la même langue, communiquer par des mots issus du même dictionnaire, et quand même il y a entre eux un écart. Contrairement à la différence, « l'écart ne donne pas à poser une identité de principe » (p.31), « il ne porte pas à s'arroger la position de surplomb à partir de laquelle on peut ranger les différences » (p.33) : il ouvre un espace (entre les cultures par exemple), il procède d'une distance, il met en tension ce qu'il a séparé, il produit une fécondité car il s'explore et s'exploite. Par rapport aux différences, qu'on a tendance à résorber dans un « universalisme facile » (p.44) qui masque un occidentalocentrisme, ou à crispier dans des essences par un « relativisme paresseux », les écarts font entrevoir un dia-logue possible pour relancer « l'intelligence du commun » (p.47). Car « l'écart ouvre de l'entre » (titre du

élaborations à la situation médicale, je dirais alors que l'espace ouvert dans le dialogue entre malade et médecin n'appartient ni à l'un ni à l'autre<sup>26</sup>. Ils s'entre-tiennent. Se tiennent dans l'entre. Pensez à une articulation, qui permet le mouvement parce qu'il y a un écart entre les pièces osseuses. L'articulation est l'écart qui tout en maintenant la distance permet l'accroissement du commun « en étendue comme en intensité »<sup>27</sup>. Il faut laisser l'écart s'engendrer dans l'entre-tient, pour que l'autre (malade ou médecin selon la place qu'on occupe) puisse s'établir en vis-à-vis, et non comme un différent dont les différences vont être réduites, le plus souvent d'ailleurs au profit du médecin, de l'occidental blanc démocrate masculin qui imposera son standard. Eh bien l'interprète, n'est-ce pas celui qui peut contribuer à faire consister cet écart, qui va produire de « l'entre » entre les langues de départ et d'arrivée ? Il ne reste pas plus dans une langue que dans l'autre. Il se maintient sur la brèche de l'entre-langues, et dans cet « entre » il fait passer l'autre<sup>28</sup>. Soigner dans la parole, c'est alors aussi faire usage de la parole pour se tenir entre, pour s'entre-tenir. La consultation avec l'étranger est là encore exemplaire. Car l'entre y trouve à s'incarner, dans le corps et la bouche de l'interprète. Pas de commun sans interprète. « Il faut risquer la blessure inguérissable de n'être pas seul à parler »<sup>29</sup>.

---

chapitre IV, p .49) : ce qui va compter, c'est l'entre, dont on a du mal à parler parce qu'on ne peut le saisir comme quelque chose qui « est » en soi, ou par ses qualités propres.

<sup>26</sup> Entre deux individus, dire qu'il y a des différences suppose leur appartenance commune à un même genre. Entre deux individus qui ne parlent pas la même langue, il peut y avoir une culture commune (ex : la culture européenne est la même entre un espagnol et un italien), ou même des cultures différentes (ex : entre un tamoul et un alsacien), mais on peut bien trouver un genre supérieur, une catégorie commune qui les rassemble. Un universel plus ou moins lointain, par exemple d'être un corps parlant, un animal politique ou un être doué de raison. Comme l'écrit François Jullien la différence « suppose d'abord une identité plus générale - disons : un genre commun - au sein de laquelle la différence marque une spécification » (p.25). Cela nous donne à penser : quelle universalité est déjà donnée, de telle sorte qu'on puisse compter sur elle ? Il se pourrait que nos universels, en termes de « nature » humaine, ou de « raison », ne soient que des préjugés / présupposés occidentaux.

<sup>27</sup> Jullien F., *op.cit.*, p.45.

<sup>28</sup> « Traduire [c'est...] produire de l' « entre » entre les langues de départ ou d'arrivée. Le traducteur est celui qui ne reste ni d'un côté ni de l'autre, ne demeure plus dans une langue ou dans l'autre » (p.63). « Le propre du traducteur, est de se maintenir, aussi longtemps qu'il pourra « tenir », sur la brèche de l'entre-langues, héros modeste de cette dépropriation réciproque » (p.63). Dans cet « entre », faire passer l'autre. S'entre-tenir.

<sup>29</sup> Milner J.C., *Pour une politique des êtres parlants*, Verdier 2011, p.17.