

Entre clinicien et patient : ce que la barrière linguistique empêche, ce qu'elle permet

Omar GUERRERO

Centre de soins Primo Levi, Paris

LES « BARRIERES LINGUISTIQUES », FIL CONDUCTEUR du présent volume, se trouvent au cœur de la clinique du Centre de soins Primo Levi, à Paris. Son équipe est pluridisciplinaire : des médecins généralistes, des psychologues cliniciens qui sont psychanalystes, un assistant social, une juriste, une accueillante et une kinésithérapeute qui interviennent auprès des mêmes patients, articulant le savoir-faire de chaque spécialité avec les autres dans une visée thérapeutique.

Les patients accueillis au Centre de soins sont des personnes victimes de la torture et de la violence politique, ils les ont subies dans leurs pays d'origine. De ce fait, le traumatisme est souvent le déclencheur de la demande de soins, même s'il laisse la place à d'autres problématiques qui apparaissent plus tard, dans le déroulement du suivi. Il est important pour nous de souligner qu'il s'agit de « personnes victimes » et non pas « victimes », c'est l'un des piliers éthiques de notre travail : nous préférons utiliser « victimes » comme un adjectif, pour ne pas réduire ces personnes à un statut qui ne fut que ponctuel, qui ne les définit pas essentiellement. Certaines langues latines différencient d'ailleurs pour le verbe « être » ce qu'il en est de l'essence et ce qui concerne un état. En traitant ce statut de « victimes » comme un état, les cliniciens du Centre Primo Levi reconnaissent à ces personnes l'humanité que les bourreaux tentèrent de nier.

Dans ce contexte, un tiers des patients suivis au Centre ne peuvent pas s'exprimer en français. Certains intervenants parlent les langues locales des pays concernés, ou bien des langues tierces, comme

l'anglais, qui permettent une relation thérapeutique « classique », à deux. Mais un quart des personnes qui consultent ne trouvent pas un clinicien qui parle leur langue ou une langue commune. C'est alors que nous faisons appel à des interprètes professionnels.

Quels sont alors les enjeux lorsque la traduction fait intervenir un tiers, incarné par l'interprète, dans l'intimité duelle de la relation thérapeutique ?

1. SE FAIRE SOIGNER DANS UNE LANGUE ETRANGERE

Trois éléments sont à articuler autour du problème : le récit du patient, le transport du traducteur et l'intervention du thérapeute. Le premier élément, du côté du patient, peut se présenter comme une plainte ou comme un témoignage, adressé à un soignant qui est censé pouvoir en faire quelque chose, apporter quelque chose. L'attente du patient est, en tout cas, multiple : une ébauche de réponse à des questions souvent figées, un savoir sur le patient lui-même et sur son histoire, un accompagnement dans la compréhension, un soutien. Que le patient ait subi un traumatisme ou non, cette adresse au thérapeute débute très souvent par un récit historique, il pose volontiers un cadre chronologique, un scénario, avant de pouvoir, quand c'est possible, avancer un questionnement subjectif et une analyse de sa position de sujet. Dans les situations que nous rencontrons au Centre de soins Primo Levi, nous remarquons déjà que l'adresse du patient est modifiée par la langue : il parle à quelqu'un qui est censé savoir, mais qui ne parle pas la même langue et il arrive donc souvent qu'il s'adresse à l'interprète, qu'il le regarde, en oubliant ce thérapeute dont le savoir supposé peut parfois être entamé par l'ignorance de la langue, du savoir de la langue.

Ensuite le thérapeute, pour le dire très simplement, va accueillir le récit du patient, son témoignage ou sa plainte qui lui sont adressés, par le canal du transfert, c'est-à-dire cette confiance ou bien cette supposition de savoir que fait le patient sur le thérapeute.

Tout en évitant de répondre de cette place – du savoir –, le thérapeute prendra en compte le matériel amené par le patient, le reformulera et le lui restituera en supposant, à son tour, un savoir inconscient chez le patient. Il coupera autrement le texte du patient. Coupure, ponctuation. Parfois on appelle cela une interprétation, puisque le thérapeute propose un sens, une lecture inattendue. Qui est donc l'interprète dans ce cadre ? Le patient pourra ensuite, avec ce qui lui est rendu, avec la lecture qui lui est proposée, faire quelque chose. Il faut mesurer déjà la difficulté qui s'annonce lorsqu'il faut faire ce trajet entre deux langues – au moins – avec toutes les suppositions, les malentendus, les non-dits, etc. Notons enfin le fait que le patient s'adresse à deux personnes là où généralement, quand l'interprétariat n'est pas nécessaire, il n'y a en a qu'une seule. Il suppose et s'adresse à un savoir double : un savoir sur l'inconscient et un savoir de la langue.

L'intervention d'un traducteur interprète est la façon que nous avons trouvée de faire avec cet impossible, de gérer cette perte : nous essayons, en travaillant avec un traducteur, de cerner, de situer cet impossible. Véritable « passeur » qui transporte le récit d'un patient et les interventions d'un thérapeute, d'une rive à l'autre, l'interprète occupe une place centrale. Comment intervient-il ? Est-il alors un « co-thérapeute » ? Je dirais que la place de l'interprète, plus que celle d'un « co-thérapeute », serait celle d'un « agent », c'est-à-dire cet intervenant qui permet l'échange et l'articulation du patient et de son thérapeute. Pour mieux agencer les discours qu'il transporte, l'interprète privilégiera une traduction simultanée, qui donnera l'occasion au thérapeute d'agir sur la ponctuation du patient, de lui proposer une autre formulation de ce qu'il dit, de le questionner, de l'arrêter sur un point précis.

Une traduction consécutive empêcherait ce travail, donnant plus d'importance à l'histoire racontée qu'à la façon de la raconter, alors que cette façon est le sujet même.

Une interprète qui était impressionnée par un patient beaucoup plus âgé qu'elle et qui, buvant ses paroles, n'osait pas l'interrompre, ne me permettait pas d'accéder au discours du patient. Même si elle prenait des notes et qu'elle racontait la même histoire que lui, je ne

pouvais plus remarquer la façon qu'il avait de ponctuer ses phrases, la manière et les gestes qu'il associait à certains mots. La suite de notre travail me permit de situer quelques enjeux essentiels pour ce patient, grâce à cette même interprète qui, traduisant simultanément, laissait entendre la structure du discours et me permettait de l'arrêter à certains endroits. Le patient arrêta de raconter de longues histoires, très imagées, où il n'apparaissait pas, pour se mettre enfin à parler, s'interroger, pleurer, se tromper.

L'interprète est donc cet « agent » de la coupure, quitte à la prendre au sens propre, comme le fit une autre interprète : elle expliquait que dans sa culture, qu'elle partageait donc avec le patient, une femme ne pouvait pas couper la parole à un homme ...

2. L'INTERPRETE COMME « AGENT » THERAPEUTIQUE

Malgré leurs étymologies différentes, les termes d'agent (du latin scolastique pour « *agir, l'être qui agit* ») et d'agencer (du latin aussi pour « *organiser, disposer en bon ordre* ») peuvent nous aider à mieux situer le rôle de l'interprète dans le travail clinique.

Quel est donc ce rôle de l'interprète en tant qu'agent ? Disons qu'il doit agencer les propos qu'un sujet adresse à un autre, dans la mesure où il doit les disposer différemment dans une autre langue. C'est un travail de création et donc, comme Freud le dit pour la psychanalyse, d'invention. Puis, avec les outils que la linguistique lui a fournis, Lacan avance, ce qui est un constat clinique, que ce travail est à l'œuvre à l'intérieur même d'une langue et il met ainsi sur le même plan la traduction, la transcription et ... l'interprétation.

C'est au fond comme si chacun parlait sa langue et que le moindre échange relevait d'une traduction (ce qui a souvent été décrit comme un hiatus propre à la relation de couple, mais d'autres types de rapports, aux virulents enjeux de pouvoir, nous le montrent aussi bien). Mais alors, étant donné que nous n'avons pas le même jeu de pièces d'une langue à une autre, et qu'ainsi le réseau de l'une ne recoupe pas celui de l'autre, fût-ce sa langue cousine la plus proche,

l'interprète est donc invité à produire, à construire, à faire des choix et disposer des mots pour que l'autre les apprécie. Il en résulte un tissage nouveau. Cet agencement cherche à transmettre une parole, une émotion, avec des contraintes de mesure, de rythme, et constitue bien un travail poétique.

Comment font alors ces « poètes de l'immédiat » qui, en quelques secondes, doivent trouver une façon de restituer, par exemple, le vouvoiement dans une langue qui n'a pas cette formule rhétorique ? Et de quelle manière, dans cet aller-retour, traduire par tutoiement ou par vouvoiement le discours d'un patient, alors que sa langue ne connaît guère cette différence ? Nous rencontrons les mêmes problèmes lorsqu'il s'agit de liens de parenté ou de la relation homme-femme : s'il n'y a pas plus de précision, le traducteur doit trancher pour pouvoir traduire beau-père dans une langue où les différents sens de ce mot se disent par des mots distincts, il doit aussi pouvoir saisir la nuance sémantique entre « *une* » femme et « *ma* » femme, qui sont pourtant le même mot. Le travail des interprètes se tisse alors, comme celui des écrivains, d'une trouvaille à l'autre, laissant dans chacune les traces de leur inconscient.

Dans cet entre-deux, vient ensuite le clinicien qui ne peut intervenir sur le texte du patient qu'après l'intervention créatrice de cet interprète qui lui prête sa plume, sa voix, avec tous les effets de césure, de ponctuation que cela implique. Et si nous parlons du « texte » du patient, c'est parce que ses propos relèvent bien d'un code : la grammaire, par exemple, et toutes ses structures et combinaisons qui répondent à une logique mathématique (conjugaisons, accords qui répondent à des règles bien précises). Mais ce texte n'est pas moins « textile » dans la mesure où il est pris en même temps dans le tissage signifiant, c'est-à-dire un réseau de mots, de sens. Un tissage, certes, dont la chaîne et la trame ne sont cependant pas les mêmes d'une langue à une autre. Entendons cette chaîne et cette trame comme dans un métier à tisser : il y a une ficelle horizontale sur laquelle vont venir se nouer des ficelles verticales pour constituer, selon le type de nouage, un tissu qui tient, un ensemble. Autrement dit, deux éléments hétérogènes qui essayent, par un nouage, de cerner cet objet qui leur échappe, comme essaient les mots par des

nouages poétiques. Dans le passage à une autre langue, nous avons donc des ficelles différentes – on n'y peut rien, c'est comme ça –, et puis un nouage à reconstituer. La traduction mot à mot est stérile et, dans ce cas, nous avons à traduire ce que font les mots, le nouage. Un bon exemple de cette difficulté est le passage, dans une même langue, de l'oral à l'écrit : comment traduire l'excellent titre de *Libération* le lendemain de la mort du président socialiste « *Mitterrand passe, larmes à gauche* » ? Comment cela arrive-t-il dans le suivi thérapeutique ? Quand un patient nous dit qu'il est « *stressé* » ou « *angoissé* », nous l'invitons à nous en dire un peu plus pour savoir ce qu'il met, lui, dans ce fourre-tout que sont les mots. Ses explications tissent un réseau de signifiants, d'homophonies, de renvois, de souvenirs qui nous sont adressés – ce qui les oriente déjà d'une certaine façon – et qui nous permettent de souligner, de mettre en relief une signature du sujet. Si ces explications doivent effectuer un autre transport, dans une autre langue, nous mesurons la perte de tous ces éléments et l'apparition d'autres, issus de la première relation patient-interprète. C'est sûrement l'enjeu le plus remarquable qui démarque la situation clinique entre deux langues d'une situation clinique banale, dans une même langue, qui relève aussi d'un travail de traduction.

Est-ce que l'interprète peut renoncer à la part poétique de son travail ? Il le fait certainement lorsqu'il se met, par exemple, à résumer ce que dit le patient, utilisant à ce moment-là un discours indirect (« *il dit qu'il est fatigué...* »), nous accédons à l'histoire, à une séquence d'événements, au fait divers. Or nous ne pouvons pas en faire grand chose.

L'énoncé du patient nous donne l'un des éléments qui constituent son discours, sous forme d'information, souvent par des affirmations. Mais cela ne nous permet pas de saisir la relation qu'établit le sujet avec ces faits qu'il évoque, avec cette histoire. Une scène de violence peut alors être racontée sans le moindre affect, comme une description scientifique : A puis B donc C ; ce n'est qu'un constat. L'autre élément, qui vient se tresser avec l'énoncé – nous l'appelons énonciation – signe la position du sujet par rapport à ce qu'il dit, c'est « *sa façon d'en parler* ». Pour pouvoir y accéder, le discours

direct (non pas « *il dit qu'il était fatigué ...* », mais tout bonnement « *j'étais fatigué ...* ») est une voie vraisemblablement plus riche, pas exclusive. Ce mode de traduction est donc plus subjectif : l'interprète emprunte d'une certaine façon les habits de l'énonciateur, il « *chausse* » – grammaticalement parlant – ses dires, ce qui l'engage beaucoup plus dans l'action créative, poétique. Il n'est pas rare, d'ailleurs, que certains de nos interprètes parlent avec une voix différente, un ton plus bas, et qu'ils accompagnent leur déclamation de gestes bien à eux. Leur souffle, aussi bien, ponctue le nouveau texte et lui donne le rythme, la scansion, que l'interprète aura imprimés.

Nous évoquerons plus loin la question du souffle, avec sa valeur de ponctuation, de rythme que nous avons esquissé dans le premier volet de ces réflexions sur le travail avec l'interprète. Ponctuer est une coupure qui produit un sens : lorsque j'entends « *la voir est impossible* », je peux entendre également « *l'avoir* », et ceci dans le sens « *d'un avoir* » ou encore de « *l'avoir ... elle* ». Une première coupure du traducteur en permet une autre, contiguë, du clinicien – dont il est attendu un effet de vérité, un effet thérapeutique. Le patient, l'interprète et le clinicien s'orchestrent pour rendre audible une apparition – ou une partition – de l'inconscient.

Mais alors, ne dit-on pas toujours que le traducteur doit être neutre ? On dit partout qu'il faut qu'il soit invisible, qu'il ne laisse pas de trace, qu'il doit être discret. De quelle neutralité s'agit-il ? Parlons-nous d'une neutralité subjective ? Politique ? Prend-il position ? Pourquoi beaucoup de nos patients tchéchènes russophones demandent que l'interprète ... ne soit pas russe ! De même, souvent, pour les patients kurdes de Turquie qui ont tendance à se méfier du traducteur turc.

Nous remarquons premièrement que nos patients qui, pour des raisons ethniques, religieuses ou politiques, ont subi la violence politique, victimes souvent de torture ou de persécution, ont été mis à la place du mauvais objet, de celui qu'il fallait exclure, dont on pouvait jouir pour ensuite le jeter. Dans l'échange du sujet avec l'autre, la dissymétrie – souvent concrétisée par une arme, la force ou le nombre – est extrême et ces personnes sont réduites à une qualité d'objet

simple, un corps (Primo Levi se demande, en passant justement par une création poétique, si cela est encore un homme). Celui qui a exercé cet abus de pouvoir se fait souvent, se dit souvent représentant de la loi du pays (police, armées régulières ou non... uniformes), une loi totale qui est relayée par une langue, par une religion, par un bord politique. Ceci est le contenu, le volet « informatif » du récit, l'énoncé.

Le traumatisme fait que ce contenu est souvent caché, refoulé, on en a honte, on n'y croit guère. On l'a dit par rapport aux camps nazis : cela ne pouvait être vrai !

Un autre – un État, la justice, un médecin – peut recevoir mon histoire et me confirmer que cette dissymétrie, que cet abus est contraire à la loi. Je suis alors reconnu à nouveau comme sujet et invité à refaire confiance à cette loi. Alors, si ce constat, qui passe par l'autre, rend « humain » celui que le bourreau avait transformé en « objet », il est néanmoins insuffisant et peut même constituer une violence pour cet individu, à qui il manque une reconnaissance en tant que « sujet ». Donc, pour notre travail thérapeutique, nous devrions aller plus loin que cet énoncé, malgré les effets bénéfiques d'une première reconnaissance et d'une articulation des faits qui le remettent dans le circuit social. Néanmoins, le travail des cliniciens ne peut pas en rester là. Si à partir de ce premier récit, posé comme scène traumatique, nous prenons en compte l'énonciation du patient, la « façon qu'il a de dire », nous l'invitons alors à habiter à nouveau une place de sujet. Et pour articuler cette place de sujet à la référence à la loi, nous pourrions dire qu'il est invité à occuper une place de sujet de cette loi, comme on dit sujet d'un roi, assujéti. Un patient congolais, après plusieurs mois de suivi, fait un lapsus – qui a réussi à passer d'une langue à l'autre – où il était question de place dans sa famille : « *J'ai dit à mon frère d'arrêter, euh, à mon père, et donc je...* » Le simple fait d'avoir arrêté, de signaler ce lapsus et d'avoir essayé de l'interroger, permirent à ce patient de questionner sa place par rapport à l'autorité, dans les générations de sa famille et d'évoquer enfin sa difficulté permanente maintenant de tolérer toute position de loi, dont il ne percevait que le versant autoritaire. Terminons ces quelques réflexions par la question de la traduction.

Pour traduire l'énoncé nous mettons l'accent sur une précision lexicale et le respect de la logique espace-temps (l'ordre), sans trop nous soucier de ce qu'on appelle les petites « *scories du langage* », donc nous pouvons faire une traduction consécutive, c'est-à-dire des coupures plus espacées. Or, pour traduire l'énonciation, c'est la grammaire du sujet que nous voulons faire entendre, celle qui navigue sur les homophonies, qui ponctue, qui coupe, qui ne termine pas ses phrases, celle qui passe du coq à l'âne ... Et pour la faire entendre, il faut passer par une traduction simultanée où les coupures plus rapprochées qui rythment le récit dépendent ... du poète. Les interprètes engagent leur subjectivité dans leur travail de « *transport* ». D'ailleurs Jacques Lacan, dans une délicate affaire de validation entre psychanalystes, comparait l'interprète au comédien en disant que c'était son énonciation [de l'interprète] qui était mise en branle par les signifiants de l'auteur¹. Nous pouvons alors interroger, comme pour nous-mêmes, le rapport de l'interprète à sa langue maternelle.

À ce propos, le psychanalyste Charles Melman a proposé plusieurs définitions de la langue maternelle et il y en a une qui concerne de près le travail de traduction : il dit que celle-ci se résume à la musique – et nous pouvons constater que même en maîtrisant une langue étrangère, l'accent, la musicalité restent ceux de la langue maternelle. Il est ainsi question de musique et donc de rythme, de coupure et ce sont justement ces coupures, ce rythme qui vont définir une traduction simultanée ou bien consécutive – voire entre les deux ! – puisque nous parlons de la subjectivité des interprètes, rythme personnel donc, à accorder avec le clinicien. Avec Henri Meschonnic², poète et linguiste, nous pouvons esquisser ce lien entre la ponctua-

¹ « L'insu que sait s'aile à mourre », Jacques Lacan, Séminaire leçon du 8 février 1977.

² Se référer notamment à ses ouvrages *La poétique du traduire* (1999, Editions Verdier), qui pose les bases éthiques et poétiques d'une traduction, ainsi que *De la langue française* (2001, Hachette), qui nous questionne sur ce que transmet chaque langue et les effets que cela peut avoir.

tion et le souffle, pour le développer une autre fois. En quoi le souffle relève de la ponctuation ? Nos interprètes savent très bien que la ponctuation écrite, nos points et nos virgules, n'est que la représentation du souffle plus ou moins long qui vient rythmer la parole. Ils savent saisir ces coupures, et les traduisent.

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

3. LIMITES ET APPORTS DE LA « BARRIERE » LINGUISTIQUE

Quand un psychanalyste accueille la demande de son patient, lorsqu'il reçoit ce sujet qui se plaint, s'installe un circuit de parole qui va permettre ce qu'on pourra appeler une thérapie. Cela veut dire que les effets de ce circuit, en tout cas ce qu'on en attend, donnent la possibilité au patient de s'y prendre autrement avec ses problèmes.

Ce circuit rhétorique s'appuie, pourrions-nous dire, dans le cadre d'une psychanalyse, sur trois éléments, paradoxalement trois absences : ce que le patient ne dit pas parce qu'il ne peut pas dire ; ce qu'il n'entend pas de son dire ; et la troisième absence qui concerne la personne à qui il s'adresse via le psychanalyste.

Alors, si cette demande de soin a lieu dans un cadre institutionnel, c'est-à-dire, lorsque le patient s'adresse au thérapeute d'un hôpital, d'un centre de soins, est-ce le même circuit qui s'installe ? Et si, de plus, ce patient vous dit sa souffrance dans une langue qui vous est

parfaitement étrangère, les enjeux d'une telle prise en charge thérapeutique sont-ils les mêmes ?

Avant de risquer quelques hypothèses à titre de réponses, il faut expliquer un peu ces éléments absents, opaques, non pas pour les sortir de leur opacité et les rendre transparents, cristallins – même si la transparence, l'absence de pudeur sont aujourd'hui des valeurs, voire des impératifs pour notre société occidentale –, mais pour en comprendre le mode opératoire.

Ce qu'on ne dit pas, parce qu'on ne peut pas, parce qu'il y a des choses, des souvenirs, des mots, des idées, qui sont frappés par un interdit. Nous avons des interdits qui viennent « *border* » notre conduite sociale : le premier de ceux-ci est l'interdiction de porter atteinte à la vie d'autrui. Cela paraît aller de soi mais il a souvent fallu écrire cet interdit pour fonder un pays, pour revivre ensemble après une guerre.

Il y a donc des choses qu'il ne faut pas dire ... Des « *gros mots* » qu'on ne peut pas laisser sortir n'importe quand, n'importe où. Il y a des pensées que je vais mettre à l'écart parce que je ne peux pas tout dire à mon interlocuteur, je ne suis pas transparent. Et puis, nous pouvons avoir la prétention de contrôler ce qu'on ne dit pas ou ce qui est « *socialement accepté* ». Or cela nous échappe en général et une bonne partie de ce non-dit est inconsciente.

Ajoutez maintenant le fait que d'une langue à l'autre cet interdit n'est pas le même. Comme d'une famille à une autre, les nuances, entre ce qui est permis et ce qui ne l'est pas, évoluent dans les marges imposées par le social. Et si l'on accepte ensuite de suivre Freud et la psychanalyse, nous trouverons comme élément constant, mis sans cesse à l'écart, tout ce qui concerne le sexe. Pensez alors à la tâche de l'interprète qui doit reconnaître ce qui borde l'indiscrétion dans une langue pour le reconstruire dans l'autre. Le château sur la plage de sable : le reconstituer sur la plage de galets. C'est impossible et c'est pour cela que cet impossible à dire, il doit le dire autrement, c'est-à-dire faire de la poésie.

Voilà une première chose que le travail des interprètes nous apprend sur notre travail, même quand nous travaillons en français : ce que le patient a « *oublié* », ce qui lui fait honte, par exemple, il va le dire

autrement. Ce qu'il a rêvé, cette séquence d'images, il va le réciter, il en fera un récit.

Ce qu'il n'entend pas de son dire. Car une fois que le patient a articulé son propos à l'intention de son thérapeute, il pourra constater avec l'aide de celui-ci, que cela peut être lu de différentes manières. Freud, encore, reconnaît la facture de ce texte et montre à son patient la signature de l'inconscient. Il « *est dit par* » son inconscient. Ce message issu du patient est porteur de vérité, la vérité de chaque sujet. Et c'est justement une modification de la relation du sujet à sa vérité que nous pouvons attendre, comme effet thérapeutique, pour que le patient se débrouille autrement avec ses difficultés.

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

Troisième absent : la personne à qui s'adresse le patient, via le psychanalyste. Puisque nous parlons toujours à quelqu'un, nous avons une façon bien précise d'articuler notre parole pour faire entendre des choses différentes. Je ne m'adresse pas de la même façon à mon interlocuteur si je lui suppose un savoir, ou bien si je le suppose ignorant, si je le soupçonne d'être abusif ou bien si je veux obtenir quelque chose de lui.

Et la particularité du travail référé à la psychanalyse est que le thérapeute, même si on s'adresse à lui parce qu'il aurait un savoir sur la situation, ne répond pas de cette place ; même s'il est là, en chair et en os, il s'efforce, comme l'interprète par moments, de disparaître, d'être discret, de ne pas encombrer le champ visuel ou verbal.

Dans cette relation thérapeutique, il y a toujours trois places. Il y a la place du patient qui apporte sa souffrance, son symptôme, ses difficultés. Puis il y a cet Autre à qui il s'adresse, lui supposant un savoir sur ce qui lui arrive. Celui-ci pourrait lui dire comment faire pour se

débarrasser de ces cauchemars qui le hantent, de ces migraines qui l'habitent, de ce compagnon, etc. Et nous savons bien que s'il reçoit une réponse sur la marche à suivre, c'est voué à l'échec. Enfin, la place plutôt mince qui reste est celle du praticien qui ne répond pas d'une place de pouvoir ou de maîtrise, mais au contraire, d'une place qui encourage le patient à assumer sa parole et les effets de celle-ci.

Avant de faire une remarque sur la configuration de la prise en charge avec interprète, il faut signaler, comme nous l'évoquions au départ, que le cadre institutionnel modifie un peu cette relation : le patient ne s'adresse pas seulement à Monsieur Untel, il s'adresse d'abord à l'hôpital Sainte-Anne, par exemple, ou bien au centre de soins Primo Levi. Le patient fait confiance à cette institution et s'en remet à elle pour lui adresser sa demande, sa plainte. Ceci va aussi déterminer le type d'adresse, le type de discours que le sujet articule à l'intention de l'institution, ainsi que ses attentes.

Terminons ces quelques réflexions par une double remarque clinique. Premièrement, si le dispositif thérapeutique prévoit trois places et si l'on ne peut communiquer avec le patient qu'en passant par sa langue maternelle, c'est-à-dire en faisant appel à un tiers, pourquoi ne pas concevoir que ce tiers, ici présentifié bien que habituellement absent, ait bien sa place ? Je veux dire qu'au lieu de vivre l'interprète comme un obstacle, nous pourrions « *l'utiliser à bon escient* », c'est-à-dire de sorte que sa place produise des effets thérapeutiques. Un exemple me paraît bien illustrer ce jeu de places. Un petit garçon de quatre ans venait d'arriver en France ; il ne parle pas français. Il reste mutique pendant plusieurs mois et je vois se succéder au moins quatre interprètes, toutes des femmes, très gentilles et très professionnelles. Lui, pas un mot. Il vient avec sa mère ; toute la famille a été assassinée. Grâce aux interprètes, la maman parle de ses difficultés et, après une période où elle n'interdit rien à son fils, elle s'autorise à lui poser des limites et à le cadrer à la maison. Lui, quelques jurons, pas de conversation. Un jour, un interprète homme remplace ses collègues et cela change tout : le petit garçon se met à parler, même en français, adressant sa parole et son regard d'admiration à cet homme qui parle sa langue. Il y a eu

d'autres évolutions pour lui, mais ce passage me suffit pour expliquer ce que j'entends par « *utilisation* » de ces trois places. Et ceci me permet de conclure le deuxième point : le constat que ce fonctionnement, avec une place rendue davantage visible par la présence de l'interprète, est le même que celui que nous mettons à l'œuvre lorsque nous recevons des patients francophones d'origine étrangère, voire des patients français.

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

©Omar Guerrero (2010)