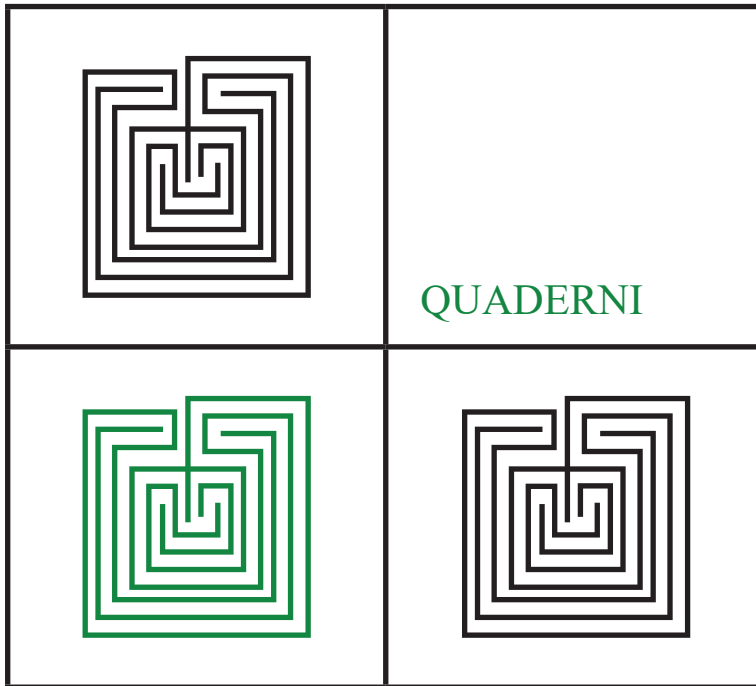

REGARDS SUR LES MÉDIATIONS CULTURELLES ET SOCIALES

ACTEURS, DISPOSITIFS, PUBLICS,
ENJEUX LINGUISTIQUES ET IDENTITAIRES

Dirigé par Jean-Paul Dufiet et Elisa Ravazzolo



LABIRINTTI 186

Università degli Studi di Trento
Dipartimento di Lettere e Filosofia

Cet ouvrage offre des regards croisés et complémentaires sur différents types de médiation qui constituent principalement des activités langagières et qui de ce fait méritent une attention rigoureuse de la part des spécialistes des sciences du langage. Si l'intérêt pour les multiples formes de la médiation culturelle et artistique a donné lieu à la publication de deux premiers volumes par le Département de Lettres et Philosophie de Trente (*Les visites guidées. Discours, interaction, multimodalité* en 2012 et *L'objet d'art et de culture à la lumière de ses médiations* en 2014), la réflexion est ici élargie à d'autres pratiques de médiation, linguistique et/ou sociale, issues de domaines institutionnels peu ou pas explorés. Ces pratiques sont caractérisées par des modes d'expression différenciés, mais elles participent toutes de la même dynamique et partagent souvent les mêmes enjeux sociaux et identitaires.

Les contributeurs de ce volume s'interrogent plus précisément sur les rapports que les médiations sociales et culturelles entretiennent avec l'apprentissage de la langue, l'appropriation du patrimoine artistique, le dialogue interculturel, l'intégration sociale ainsi que les pratiques médicale et judiciaire.

Labirinti 186



**UNIVERSITÀ
DI TRENTO**
Dipartimento di
Lettere e Filosofia

COMITATO SCIENTIFICO

Andrea Comboni (coordinatore)
Università degli Studi di Trento
Francesca Di Blasio
Università degli Studi di Trento
Jean-Paul Dufiet
Università degli Studi di Trento
Caterina Mordeglia
Università degli Studi di Trento

Il presente volume è stato sottoposto a procedimento di *peer review*.

*Il volume è stato pubblicato grazie al contributo
del Dipartimento di Lettere e Filosofia dell'Università di Trento,
Progetto Dipartimento di Eccellenza - Centro di Alti Studi Umanistici
(Dipartimenti di Eccellenza - Legge 232/2016 art. 1 commi da 314 a 338)*

Collana Labirinti n. 186
Direttore: Andrea Comboni
Redazione a cura di Fabio Serafini - Ufficio Pubblicazioni Scientifiche
dell'Università degli Studi di Trento

© 2020 Università degli Studi di Trento - Dipartimento di Lettere e Filosofia
via Tommaso Gar, 14 - 38122 Trento
tel. 0461 281722
<http://www.lettere.unitn.it/154/collana-labirinti>
e-mail: editoria.lett@unitn.it

ISBN 978-88-8443-928-4

Finito di stampare nel mese di dicembre 2020 presso Supernova S.r.l., Trento

REGARDS SUR LES MÉDIATIONS
CULTURELLES ET SOCIALES

ACTEURS, DISPOSITIFS, PUBLICS,
ENJEUX LINGUISTIQUES ET IDENTITAIRES

Dirigé par
Jean-Paul Dufiet et Elisa Ravazzolo

Università degli Studi di Trento
Dipartimento di Lettere e Filosofia

TABLE DES MATIÈRES

<i>Introduction</i>	7
---------------------	---

MÉDIATION LINGUISTIQUE, INTERPRÉTATION ET DIALOGUE INTERCULTUREL

ELIO BALLARDINI, Dimension culturelle des espaces judiciaires et interprétation	21
CATERINA FALBO, NATACHA NIEMANTS, Œuvrer pour se comprendre : de la responsabilité de l'interprète et des autres participants	39

MÉDIATION CULTURELLE, APPROPRIATION DES PATRIMOINES ET APPRENTISSAGE DU FRANÇAIS

LUCILE CHASTRE, Organiser le dialogue entre les dignités et les richesses culturelles de chacun. Retour d'expérience	69
FRANÇOISE FAVART, La médiation culturelle au musée entre apprentissage linguistique et prérequis culturels	89
JEAN-PAUL DUFIET, Le théâtre comme médiation de l'interaction en FLE	113
ELISA RAVAZZOLO, Le récit au prisme de la médiation culturelle : comment se raconter dans la langue de l'autre ?	141
FRÉDÉRIC SPAGNOLI, RAFAEL DÍAZ PERIS, Histoires, récits et mémoires de l'immigration italienne à Besançon	167

ŒUVRER POUR SE COMPRENDRE :
DE LA RESPONSABILITÉ DE L'INTERPRÈTE
ET DES AUTRES PARTICIPANTS

Caterina Falbo, *Università di Trieste*
Natacha Niemants, *Università di Bologna*

Instead of seeking to observe interpreter behaviour in isolation from that of the other key participants in the public service encounter, it is expected that, by close observation of interaction between all participants, we may find regularities of behaviour that will improve our understanding of the nature of such interpreter-mediated events.¹

Introduction

Depuis les travaux de Wadensjö,² on sait qu'au sein de l'interaction en face à face, l'interprète participe pleinement à la co-construction de l'échange en relayant ce qui est dit par les interlocuteurs et, en même temps, en coordonnant l'interaction.³ S'il est vrai que l'interprète joue le rôle de pivot dans l'interaction exolingue, il serait faux de croire, d'une part, qu'il jouit d'une autonomie totale lui permettant de dicter les règles du jeu, et, de l'autre, qu'il est complètement soumis aux décisions des autres participants. En effet, les notions d'*interaction* et de *co-construction* suggèrent l'interdépendance entre la parole et l'action de chaque participant à

¹ Mason 2009, 52.

² Wadensjö 1998.

³ Voir aussi Baraldi, Gavioli 2012.

l'échange, ce qui amène Turner et Merrison⁴ à affirmer que l'interprétation de dialogue se fait ensemble. Cela signifie que les tours de parole de l'interprète – qu'il soient consacrés à la traduction ou à la coordination de l'échange ou encore à un mélange des deux –, aussi bien que ceux des autres participants, doivent être observés à la lumière de la dynamique interactionnelle qui se crée au fur et à mesure, et non pas seulement au niveau d'une correspondance propositionnelle entre les dires des uns et ceux de l'autre.⁵

Toute production verbale et toute action mise en place par un interagissant manifeste soit l'assomption d'une certaine responsabilité – découlant, en principe, du rôle qu'un participant est censé jouer dans l'interaction – vis-à-vis des autres participants et au vu des buts de l'interaction elle-même, soit l'attribution de cette responsabilité à autrui. Très souvent, l'interprète, en vertu de ses connaissances bi-linguistiques et bi-culturelles, est vu, parmi les interagissants, comme la personne sur laquelle converge la responsabilité de ce qui se passe au niveau interactionnel. Une preuve en est l'attention que la littérature sur l'interprétation de dialogue a consacré au rôle, voire au pouvoir,⁶ de l'interprète au sein de l'interaction.

En adoptant une optique rigoureusement axée sur les notions d'inter-action et de co-construction, nous nous proposons ici d'observer la réaction de l'interprète face à des tours produits par les professionnels de santé qui ne projettent pas nécessairement, ou pas seulement, un tour traductif de la part de l'interprète. L'analyse de ce type d'échange va nous permettre d'observer la réaction de l'interprète face à des invitations, des délégations et des alternances codiques que les professionnels produisent lors de consultations médicales, et de réfléchir ainsi à l'assomption, à l'attribution, voire au partage de la responsabilité non seulement de la part de l'interprète, mais aussi de la part du personnel soignant.

⁴ Turner, Merrison 2016, 143.

⁵ Voir la distinction de Wadensjö (1998, 22-23) entre *talk as text* et *talk as activity*.

⁶ Mason, Ren 2012.

Dans les sections qui suivent nous allons avant tout rappeler quelques notions théoriques utiles pour notre étude. Nous passerons ensuite à la formulation de notre questionnement, à la présentation de notre corpus d'analyse, de la méthodologie adoptée, ainsi que des éléments que nous nous proposons d'analyser afin de mettre au jour la responsabilité interactionnelle et, surtout, institutionnelle de l'interprète et des autres participants.

1. Cadre théorique

L'idée selon laquelle l'interprète en interaction traduit les tours de parole des interlocuteurs primaires et, en même temps, coordonne l'interaction jouit désormais d'un consensus généralisé au sein de la communauté scientifique. Malgré cela, des difficultés demeurent quant à la valeur et au sens à donner à la notion de coordination, qui, quant à elle, regroupe un ensemble hétérogène d'actions qui, d'une part, peuvent garder un lien plus ou moins strict avec l'activité de traduction – par exemple lorsque l'interprète demande des précisions avant de traduire – et, d'autre part, peuvent s'en détacher complètement – par exemple lorsque l'interprète rassure le patient ou ajoute des détails utiles pour que ce dernier puisse se rendre à la consultation suivante. Ces actions ont attiré l'attention des chercheurs. En effet, c'est sur les tours de parole que l'interprète ne consacre pas à la traduction que s'est développée la réflexion autour du rôle de l'interprète en interaction. D'une vision dichotomique axée sur la prescription et la proscription aboutissant à une description de différents rôles qui s'avèrent à la fois partiellement analogues ou antithétiques les uns aux autres,⁷ on est passé à une remise en cause de la notion de rôle, qui n'est pas ramené à une caractérisation fixe et stable du travail de l'interprète, mais qui se veut changeant et répondant aux exigences de l'interaction.

⁷ Entre autres : Jalbert 1998 ; Leanza 2005 ; Merlini 2009 ; Hale 2008 ; Valero-Garces, Martin 2008.

Llewellyn-Jones et Lee,⁸ en puisant à la sociologie, conçoivent le rôle comme le comportement (*behaviour*) qu'un interactant adopte à un moment donné de l'interaction. Cette conception du rôle n'est pas sans lien avec le *footing* de Goffman,⁹ à savoir la façon dont les interlocuteurs s'alignent les uns aux autres lors de la réception ou de la production d'un énoncé. Il en ressort que le rôle, loin d'être une posture figée et fixe qui, une fois adoptée, ne peut pas être soumise à des modifications sauf à la possibilité de l'abandonner et d'en assumer une autre, correspond plutôt à l'alignement ou à l'invitation à s'aligner qu'un interlocuteur adopte ou accepte/rejette à tout moment de l'interaction. Cette approche aboutit à une conception dynamique du rôle en tant que réalité changeante qui se modifie au fur et à mesure, suivant la co-construction de l'interaction par les dires et les actions des interlocuteurs. À chaque fois, des espaces d'action (*role-spaces*) différents se dessinent. Ils sont déterminés par l'intersection entre trois axes¹⁰ qui schématisent ce qu'on vient d'illustrer :

- X the axis of participant/conversational alignment; sociolinguistic and psycholinguistic
- Y the axis of interaction management
- Z the axis of « presentation of self »

En particulier, l'axe Y pourrait correspondre à la notion de coordination de l'interaction, pendant que Z – se configurant comme un continuum allant d'un degré bas à un degré élevé d'affichage de soi (*Low Presentation of Self, High Presentation of Self*) – semble englober les rôles de *recapitulator* et de *responder* de Wadensjö.¹¹ Néanmoins, Llewellyn-Jones et Lee ne centrent leur attention que sur l'interprète et bien qu'ils affirment¹² que ce n'est pas l'inter-

⁸ Llewellyn-Jones, Lee 2013 et 2014.

⁹ Goffman 1981, 128.

¹⁰ Llewellyn-Jones, Lee 2014, 10.

¹¹ Wadensjö 1998, 92.

¹² *Ibidem*, 87.

prête qui décide de la nature et de la dimension de l'espace d'action au sein d'une interaction donnée, mais plutôt les caractéristiques de l'interaction elle-même, ils ne se penchent pas spécifiquement sur l'analyse de l'influence qu'exercent les actions des interlocuteurs primaires sur celles de l'interprète et vice versa. Cet aspect, au contraire, a été approfondi par d'autres auteurs qui, en adoptant l'approche de l'analyse de la conversation, ont pu montrer l'intersection¹³ entre dires et actions de l'interprète et dires et actions des autres participants dans différents contextes. Ainsi, la notion de rôle se concrétise à travers le positionnement¹⁴ (*positioning*) de l'interprète dans l'interaction en fonction de l'évolution de l'interaction elle-même. Baraldi¹⁵ rappelle que « *positioning is defined as a discursive construction that makes a participant's action intelligible in the interaction* ». Par conséquent, comme Mason¹⁶ le suggère, il est nécessaire d'analyser les actions interactionnelles et les pratiques discursives par lesquelles l'interprète, ainsi que les autres participants, montrent leur positionnement les uns par rapport aux autres. C'est bien cette approche que nous allons adopter ici.

À partir de ces considérations, nous allons présenter brièvement les contributions qui, en littérature, nous semblent utiles aux fins de notre étude et qui portent sur le positionnement de l'interprète dans l'interaction en milieu médical au vu des actions du personnel soignant et du partage ou du glissement de responsabilité qui en découle.

¹³ Voir Gavioli (2012, 217) à propos de la notion d'intersection (*interplay*) entre plusieurs types d'activités, là où « *different speakers' orientations may be simultaneously at issue [...] and possible overlaps between the mediator's listening activity and the transition to translation may occur. Participants signal their orientations in interaction and these signals may accept or decline other participants' orientations. This creates an interplay between different actions which leads to complex negotiation in talk* ».

¹⁴ Entre autres : Mason 2005 et 2009 ; Zorzi 2012 ; Gavioli 2015 ; Baraldi 2018 ; Délizée 2018. Pour un approfondissement de la théorie du positionnement, voir le volume fondateur de Harré, van Langenhove 1999.

¹⁵ Baraldi 2018, 14.

¹⁶ Mason 2009.

Gavioli¹⁷ a montré que, dans l'interaction en milieu médical, face à des sujets ou à des points critiques ou délicats, le soignant est orienté à confier¹⁸ à l'interprète la tâche d'expliquer, de clarifier certains aspects et/ou de rassurer le patient,¹⁹ ce qui implique que « doctors and mediators coconstruct the relevance of issues to be dealt with, and share responsibilities in handling them with the patients ». ²⁰ Baraldi et Gavioli²¹ développent ultérieurement l'analyse de ce type d'action et distinguent entre la requête de collaboration adressée par le soignant à l'interprète et l'action de délégation, à travers laquelle le soignant délègue à l'interprète une action à accomplir. Dans le premier cas, le soignant demande à l'interprète de « bien expliquer » quelque chose qu'il va de toute façon expliciter, encore qu'en forme synthétique. Ce faisant, le soignant s'appuie sur le fait que l'interprète, grâce à son expérience et aux connaissances acquises en la matière, est à même de formuler de façon appropriée (*recipient design*) les informations nécessaires au patient.²² Il reconnaît l'autorité épistémique²³ de l'interprète en tant qu'expert linguistique avec qui il collabore pour la réussite de la communication, mais, à nos yeux, en même temps il lui attribue une autorité épistémique autre, à savoir « médicale », par rapport à certains sujets. L'action de déléguer, qui d'après nous aboutit,

¹⁷ Gavioli 2015.

¹⁸ Cette assignation dans le corpus analysé par Gavioli 2015 se fait typiquement à travers l'expression *le spieghi(amo)* (« on va lui expliquer »).

¹⁹ Bolden (2018, 145) souligne d'ailleurs que, dans le cas de l'examen physique des patients, « such warnings are often necessary to successfully accomplish the examination, since they not only reassure the patient but also secure his/her proper participation in the activity ».

²⁰ Gavioli 2015, 178.

²¹ Baraldi, Gavioli 2019, 81 et ss, 152 et ss.

²² Baraldi et Gavioli (2019, 81) parlent de *pre-accordo*, c'est-à-dire une sorte d'accord tacite entre soignant et interprète sur ce qu'il faut faire et dire dans des situations routinières.

²³ Comme le rappelle Gavioli (2015, 171), « in Conversation Analysis, the notion of *epistemics* has been used to refer to socially distributed rights to knowledge (by e.g. Heritage, 2008; Heritage and Raymond, 2005) ».

elle aussi, à la reconnaissance de cette autorité épistémique à l'interprète, se manifeste à travers le renoncement de la part du soignant à s'occuper du patient et, par-là, à l'attribution à l'interprète de la gestion de l'interaction, ce qui pour Angelelli²⁴ équivaut à « relinquish control of the interview and ask interpreters to take over », avec des conséquences pour le déroulement de l'interaction que l'auteure met bien en évidence, en les comparant à des cas où par contre « providers retain control of the medical discussion and guide interpreters in helping them achieve their goals ».

Parfois on assiste au phénomène opposé, qui consiste à ce que l'autorité épistémique de l'interprète soit mise en cause par le soignant, qui s'adresse au patient directement en utilisant sa langue. L'alternance codique (*code-switching*) est analysée par Anderson,²⁵ qui observe le passage du soignant à la langue du patient à des moments précis de l'interaction : pendant l'anamnèse et l'auscultation. Parler la langue du patient en s'adressant directement à lui « speeds up the process of verifying the patient's symptoms and gathering information about his/her medical history. It is also used to carry out the physical exam as efficiently – and as 'humanely' – as possible ». ²⁶ Sans aucun doute, l'emploi de la langue du patient représente un moyen efficace pour établir avec le patient une relation personnelle basée aussi sur l'empathie et, par là, préparer une adhésion collaborative vis-à-vis du traitement prescrit.

Les actions décrites ci-dessus montrent le positionnement des professionnels de santé et impliquent une réaction de la part de l'interprète qui, quant à lui, accepte – ou refuse – de se positionner suivant l'orientation indiquée par son interlocuteur. C'est à travers les actions et les positionnements qui se dessinent au fur et à mesure que se détermine la distribution de la responsabilité interactionnelle et institutionnelle de chaque participant.

²⁴ Angelelli 2018, 132.

²⁵ Anderson 2012.

²⁶ *Ibidem*, 144.

2. Objectif et corpus d'analyse

2.1. Notre questionnement

Les notions et phénomènes illustrés jusqu'ici forment le cadre de référence et les outils à travers lesquels nous essayerons de détecter, dans notre corpus d'analyse, la manifestation de la responsabilité que l'interprète et le personnel soignant assument et révèlent à travers l'enchevêtrement de leurs dires et de leurs actions. Nous allons nous interroger sur le positionnement de l'interprète suite à des actions accomplies par le soignant (gynécologue, obstétricienne, infirmière, ou médecin), qui ne projettent pas un tour traductif de la part de l'interprète ou qui projettent un tour où l'action traduisante est sollicitée à côté d'une action supplémentaire.

Notamment, nous allons distinguer deux cas de figure, à savoir : 1) le soignant s'adresse à l'interprète en l'impliquant dans un échange dyadique et en lui reconnaissant une autorité épistémique qui ne coïncide pas avec sa compétence linguistique ; 2) le soignant s'approprie l'autorité épistémique de l'expert linguistique en s'exprimant dans la langue du patient. En particulier, le premier cas de figure affichera deux catégories de phénomènes récurrents dans le corpus analysé, à savoir 1a) le soignant invite l'interprète à donner son avis ; 1b) le soignant confie à l'interprète une action à accomplir de façon explicite ou implicite.

2.2. Corpus d'analyse

Depuis 2004, le Centre interuniversitaire d'analyse de l'interaction et la médiation (AIM)²⁷, collecte des enregistrements audio d'interprétations de dialogue en plusieurs langues et dans des domaines médicaux, en misant sur la collaboration avec

²⁷ <http://www.aim.unimore.it/>

plusieurs institutions de soins de la région Émilie-Romagne.²⁸ Grâce à l'utilisation du logiciel de transcription ELAN,²⁹ une partie de cette grande collection – se composant de presque 600 rencontres entre le personnel soignant (médecins, infirmières et sages-femmes), des patients (majoritairement des femmes) et des interprètes-médiatrices³⁰ (des femmes, généralement non diplômées en interprétation, mais qualifiées par des cours régionaux pour médiateurs ainsi que par leur longue expérience de travail au sein des institutions de soins) – a été progressivement outillée pour permettre l'exploration automatique d'éléments lexicaux et de structures interactionnelles dans un ensemble d'interactions.³¹

C'est justement de cette partie outillée du corpus AIM que sont tirées les 60 interactions analysées dans cet article, à savoir : 10 interactions italien-anglais enregistrées, en 2010, auprès d'un dispensaire pour migrants irréguliers et demandeurs d'asile ;³² 21 interactions entre le personnel soignant et des patients parlant arabe, enregistrées, en 2011, auprès d'un centre de planning familial ;³³ 20 interactions entre le personnel soignant (sages-femmes ou gynécologues) et des patientes enceintes parlant anglais, arabe ou twi, enregistrées, en 2016, dans le cadre

²⁸ Voir Baraldi, Gavioli 2019 pour un rapport de recherche récent.

²⁹ ELAN (Version 5.9) [Computer software]. (2020). Nijmegen: Max Planck Institute for Psycholinguistics, The Language Archive, <https://archive.mpi.nl/tla/elan>

³⁰ La dénomination que nous adoptons ici est un compromis entre la dénomination utilisée au niveau international, à savoir *interprète*, et celle qui est privilégiée en Italie – et dans d'autres pays européens –, c'est-à-dire, *mediatore culturale/linguistico-culturale*. Nous nous sommes penchée ailleurs sur les analogies et différences entre ceux qui, aux yeux de quelques chercheurs/utilisateurs, apparaissent comme deux figures professionnelles distinctes (Falbo 2013a, 2013b). *Interprète-médiatrice* désigne donc ici la personne bilingue qui assure la communication dans une interaction exolingue.

³¹ Pour plus de détails sur la constitution de cette partie du corpus AIM voir Niemants 2018.

³² Luppi 2010.

³³ Zougar 2012.

du projet FAR 2014 ;³⁴ 4 interactions entre des médecins et des patients parlant français, enregistrées, en 2017, auprès d'une clinique pour migrants irréguliers et demandeurs d'asile où les médecins travaillent comme bénévoles ;³⁵ 5 interactions entre des andrologues et des patients parlant anglais, arabe, twi et un mélange de urdu et punjabi, enregistrées, en 2018, dans le cadre du projet FAR 2017.³⁶

Du point de vue méthodologique, nous avons d'abord mis sur la fonction de recherche (multiple structurée) du logiciel ELAN afin d'extraire des séquences se composant de deux tours adjacents : une action de la part d'un professionnel de santé et une action suivante de la part de l'interprète-médiatrice, avec un écart temporel inférieur à deux secondes. Nous avons ainsi obtenu 3215 résultats, correspondant au nombre de fois où, dans l'ensemble des 60 interactions analysées, un tour de parole du professionnel était suivi de près d'un tour de parole de l'interprète-médiatrice. Tout en admettant l'utilité de cette première extraction et quantification automatique, ce n'est qu'à travers l'analyse qualitative des résultats de la requête que nous avons repéré les tours de parole des soignants qui ne projetaient pas un tour entièrement traductif de la part de l'interprète-médiatrice. Nous avons ensuite observé comment ces deux participants co-construisent toute la séquence à partir d'actions et réactions qui peuvent aboutir, ou pas, à une collaboration efficace.

³⁴ *Analisi della comunicazione con i pazienti migranti e promozione del miglioramento nei servizi sanitari*, P.I. prof. Claudio Baraldi, Université de Modène et Reggio d'Émilie, financé par le programme compétitif FAR 2014.

³⁵ Vignali 2017.

³⁶ *L'interazione medico-paziente in ambito andrologico: meccanismi di partecipazione e comunicazione centrata sul paziente*, P.I. prof. Claudio Baraldi, Université de Modène et Reggio d'Émilie, financé par le programme compétitif FAR 2017.

3. Analyse

3.1. *Le soignant projette sur l'interprète une autorité épistémique non linguistique*

3.1.1. *Le soignant invite l'interprète à donner son avis*

Le premier cas d'analyse est celui du soignant qui s'adresse à l'interprète en l'impliquant dans un échange dyadique et en lui reconnaissant une autorité épistémique qui ne coïncide pas avec sa compétence linguistique à proprement parler. Les trois exemples que nous analysons montrent l'intersection entre pratiques langagières (comme le fait de poser une question ou d'introduire un sujet) et pratiques médicales (comme l'anamnèse ou le diagnostic prénatal) de la part du soignant et de l'interprète-médiatrice.

Les deux premiers exemples sont tirés d'une même interaction entre une femme médecin (DOCf), une patiente (PATf) anglophone et une interprète-médiatrice (MEDf) habituée à collaborer avec les services de santé locaux de la ville. L'exemple (1) se déroule à la minute 6'53", là où, après avoir posé une série de questions exploratoires visant à cerner la raison de la consultation, le médecin demande à l'interprète-médiatrice s'il faut poser d'autres questions à la patiente.³⁷

³⁷ Cet exemple ainsi que les suivants sont transcrits en adoptant les conventions ci-dessous :

- 123 ligne de transcription, calculée à partir du début de l'interaction
- (.) courte pause, inférieure à 0,5 secondes
- (1,3) pause de n. secondes
- (??) mot ou segment incompréhensible
- (mot) transcription incertaine
- ((xx)) commentaires
- ? intonation montante
- . intonation descendante
- xxx: allongement
- xxx- troncation
- [] chevauchement

EXEMPLE (1) - FAR 2014

153 DOCf okay va bene (1) e:: non so (.) dobbiamo farle delle
 altre domande secondo te? o no?
 154 MEDf no [adesso è] l'ostetrica
 155 DOCf [no?] adesso ci [pensa l'ostetrica]
 156 MEDf [(??) le diamo l'appun]
 tamento con l'assistente sociale [(va)]
 157 DOCf [con l'as]sistente sociale sì

Le premier tour de DOCf ne projette donc pas une action traduisante de la part de MEDf : l'action suivante qu'il projette, et que MEDf produit, est plutôt un partage de connaissances sur les pratiques institutionnelles dans ce contexte, à savoir sur qui fait ou demande quoi. En vertu de sa présence habituelle auprès du service, l'interprète-médiatrice dit d'abord que c'est à la sage-femme de poser davantage de questions (tour 154), puis elle suggère de fixer un rendez-vous avec l'assistante sociale (tour 156) et le médecin montre son accord.

Environ deux minutes plus tard, après avoir cherché à clarifier davantage la situation de la patiente, qui avant de tomber enceinte n'avait plus de permis de séjour et devait donc être rapatriée, le médecin s'adresse à nouveau à MEDf en lui demandant implicitement son autorisation à poser une question un peu délicate (tour 193).

EXEMPLE (2) - FAR 2014

191 MEDf mi dai quel coso gialla³⁸ per favore?
 192 (0,9)
 193 DOCf tu lo sai no qual è la domanda che vorrei farle molto
 volentieri ma non gliela faccio perché tu mi guardi male
 194 MEDf no no no no no no fai [vai tanto]
 195 DOCf [cos'è che] vuoi?
 196 (.)
 197 MEDf quello blu ((rit))
 198 DOCf ah blu m'hai detto gia[llo m'hai det]to giallo?
 199 MEDf [scusa]
 200 (1,1)

³⁸ Nous précisons que les transcriptions des extraits reproduisent ce qui a été effectivement prononcé, y compris des fautes qui ne sont donc pas à attribuer aux transpositeurs mais aux participants aux interactions.

201 DOCf allora
 202 (1,4)
 ...
 204 MEDf fagliela fagliela dai
 205 DOCf ma lei lavorava in strada?
 206 MEDf ehm certamente you were working on the road before right?
 207 PATf ye:s
 208 MEDf sì

Dans cet extrait se croisent deux activités (voir l'*interplay* de Gavioli, note 13) : d'une part la négociation sur un objet bleu, que MEDf décrit à tort comme étant jaune et se trouve donc à réparer dans la conversation ; de l'autre la négociation sur une question que le médecin a honte de poser, comme elle le dira explicitement par la suite, dans des tours que nous ne montrons pas. Encore une fois, le tour du médecin ne projette pas directement une action traduisante, mais plutôt un partage de connaissances sur ce qu'il est opportun de demander à la patiente dans ce contexte institutionnel (la consultation dans ce centre de soins) et interactionnel (ce moment de la consultation elle-même).

Dans l'exemple (3), qui est tiré du même contexte mais implique une sage-femme (OBSf) et une autre patiente, le tour de la soignante, portant sur des questions médicales (le test combiné), atteste la pratique langagière qui consiste à introduire un nouveau sujet de conversation. Cette action projette une réponse affichant une autorité par rapport à ce qu'il faut dire, avant même de traduire.

Au tour 437, MEDf signale son accord par rapport à l'introduction de ce sujet et par le silence qui suit elle semble attendre que OBSf prenne le tour afin de concrétiser ce qu'elle avait annoncé en 436. Autrement dit, MEDf ne saisit pas la possibilité d'interpréter le tour de la soignante comme une requête de collaboration sur la base d'un « pré-accord » (voir Baraldi, Gavioli, note 22). Étant donné que OBSf ne prend pas le tour (voir le silence en 438), MEDf s'adresse au tour 439 à la patiente et semble avoir l'intention d'accomplir ce que OBSf avait suggéré au tour 436. C'est exactement à ce moment-là que OBS prend la parole en se chevauchant avec le tour de MEDf.

EXEMPLE (3) - FAR 2014

436 OBSf ascolta vuoi che abbiamo due minuti vuoi che gli: accenniamo
 al discorso del test combinato?
 437 MEDf sì
 438 (2,0)
 439 MEDf okay [PRÉNOM PATIENTE]
 440 OBSf [ah bè]
 441 (2,0)
 442 OBSf .h allora l'unica cosa dille questo che gli esami vanno bene
 l'unica cosa è che è un po' anemica e c'è inquinata
 l'urinocultura però per adesso:: (.) [aspettiamo a rifarla]

Du point de vue interactionnel, l'extrait ci-dessus s'avère doublement problématique pour MEDf : premièrement en raison du tour 436 de OBSf, que MEDf finit par interpréter comme une requête implicite à expliquer³⁹ elle-même ce qu'est le test combiné en s'adressant donc à la patiente (tour 439) ; deuxièmement parce que OBSf se réinsère dans la conversation, d'abord en chevauchement et puis après une longue pause, pour dire que la patiente manque de fer et que le test des urines est un peu « pollué ». Même si l'interprète-médiatrice est explicitement adressée (« dille », litt. « dis-lui »), il n'est pas aisé pour MEDf de comprendre laquelle des deux actions concurrentes devrait être poursuivie (introduction du test combiné ou bien traduction des résultats des analyses), et MEDf, dans les tours qui suivent et que nous ne montrons pas, finit par restituer les résultats des examens, en interprétant le sens de l'adjectif « pollué » et en expliquant à la patiente qu'elle a vraisemblablement mal fait le test. Le test combiné ne sera réintroduit que par la suite, au moment où OBSf demandera plus explicitement à MEDf d'en parler (« digli mo' qualcosa sul test combinato », litt. « dis-lui quelque chose sur le test combiné »).

Dans ces trois premiers exemples, le soignant sollicite MEDf à se positionner en tant qu' « expert conseil », ce qu'elle accepte en en assumant la responsabilité. En particulier, dans l'exemple (2), l'action traduisante permet la réalisation de l'action suggérée

³⁹ À propos de la requête d'explication formulée par le soignant voir 3.1.2.

par DOCf et approuvée par MEDf (poser une question délicate), tandis que dans l'exemple (3) ces deux actions sont séparées et concurrentes, puisque, à cause de la prise de parole de OBSf au tour 442, MEDf abandonne la tentative d'accepter un positionnement d'expert conseil et prend celui d'expert linguistique en traduisant le tour de OBSf sur les résultats des analyses (pas montrés ici).

Dans ce cas, toutefois, l'action traduisante se combine avec l'explicitation de ce qu'on entend par « pollué ». Cette expansion, ou, si l'on veut, cet ajout d'informations que MEDf puise à ses connaissances du sujet et des pratiques adoptées dans cette situation de communication, anticipe ce que nous allons pointer dans le paragraphe suivant.

3.1.2. *Le soignant confie une action à accomplir*

Dans les exemples qui suivent, le soignant confie à l'interprète une action à accomplir de façon explicite, généralement au travers d'expressions telles que « dis-lui » et « explique-lui » qui ont déjà été repérées par Gavioli (voir note 18), ou bien implicite, à savoir au travers de formulations cryptiques intelligibles grâce à la connaissance des pratiques langagières et du contexte, tel que le « pollué » analysé ci-dessus. Nous présenterons deux cas de requête explicite qui sont inaugurées par deux tours semblables, mais qui aboutissent à deux séquences différentes, puis un cas de requête implicite.

Dans l'exemple (4), qui est tiré d'une interaction entre une sage-femme italoophone et une femme enceinte anglophone, OBSf demande explicitement à MEDf d'expliquer à la patiente (« spiegale », litt. « explique-lui ») un test de diagnostic prénatal (« traslucenza nucale », litt. « clarté nucale ») qu'elle peut faire si l'on trouve une place (« troviamo », litt. « nous trouvons »), tout en sachant que certains groupes de patients ne prêtent pas d'attention à certains syndromes (« non considerate », litt. « vous ne considérez pas »), dans le sens qu'ils acceptent l'enfant indépendamment du fait qu'il souffre d'une trisomie ou pas.

EXEMPLE (4) - FAR 2014

094 OBSf allora spiegale la cosa della traslucenza cioè la traslucenza
 nuca:le che lei può fare (.) se troviamo posto (.) per vedere
 la sindrome di down (.) spiegale che c'è questo esa:me
 095 MEDf [si]
 096 OBSf [che è un'] ecografia più un esame del sangue che non è (.)
 invasivo (.) dopo (.) so che voi avete un po':
 097 MEDf hh
 098 OBSf sempre (.) la storia della sindrome di down che non (.) non
 considerate però insomma
 099 MEDf okay ehm you know there are children that are born with
 problems
 100 PATf hm
 101 MEDf and children that are born normal
 ...

MEDf réagit à la requête explicite de OBSf, tout d'abord par des particules discursives qui signalent sa participation à la phase de « pré-accord » (tours 95 et 97), ensuite en expliquant en quoi consiste le test de la manière qu'elle considère la plus appropriée, c'est-à-dire en partant du constat que certains enfants naissent sans problèmes alors que d'autres naissent avec des problèmes, qu'il est possible de détecter pendant la grossesse, comme elle le dira par la suite dans des tours que nous ne montrons pas.

Dans l'exemple (5), DOCf, qui admet ne pas savoir quoi faire pour le patient, prononce un « si richiede l'esofago-gastroscofia » (litt. « l'on demande une œsophage-gastroscofie ») en l'écrivant à l'ordinateur, puis demande à l'interprète-médiatrice de chercher à expliquer au patient ce qu'il en est.

Contrairement à ce que l'on a observé dans l'exemple précédent, ici la médiatrice ne comprend pas immédiatement l'action projetée par le médecin (expliquer la gastroscopie au patient) et elle la clarifie donc avec cette dernière avant de passer à l'explication, où encore une fois elle divise sa description en plusieurs tours de parole, en attendant le signal de réception de la part du patient avant d'ajouter une nouvelle couche de détails.

EXEMPLE (5) - VIGNALI 2017

- 221 DOCf e quindi adesso basta io non ho trovato nulla e a questo punto
cedo le armi ((écrit à l'ordinateur)) si richiede l'esofago-
gastroscofia. prova a spiegargli com'è
- 222 (1,4)
- 223 MEDf la gastro?
- 224 (1,4)
- 225 MEDf ah la deve fare?
- 226 (.)
- 227 DOCf ah me l'hanno mandato apposta mi hanno chiamata a casa perché
gliela chiedessi
- 228 (0,7)
- 229 MEDf alors, pour ce mal que tu as à l'estomac
- 230 PATm oui
- 231 MEDf eh, tout va bien mais pour être sûr et comprendre qu'est-ce
que tu as à l'estomac tu vas faire une gastroscopie.
qu'est-ce que c'est? c'est une type de caméra une petite
de caméra avec un tube elle va [retrer]
- 232 PATm [oui]
- 233 MEDf par la gorge mh? elle va aller jusqu'à l'estomac pour voir si
tout va bien. [mh?]
- 234 PATm [oui]
- 235 MEDf s'il y a pas une inflammation s'il y a pas quelque chose de
particulier.
- 236 PATm si
- 237 MEDf okay?

Dans cet extrait, DOCf ne fournit aucun contenu à traduire, mais confie à MEDf une tâche qui, au vu des connaissances médicales impliquées, serait propre au personnel soignant.

Le dernier exemple que nous présentons affiche l'intersection entre plusieurs actions : la fin de l'explication du scanner de la part de la médiatrice (tour 116) que le médecin avait projetée dans des tours précédents, que nous ne montrons pas ; le réconfort du patient par rapport au fait qu'il n'a rien de grave, ce à quoi le médecin participe activement par ses alternances codiques (tour 117) ; l'obtention d'un consensus éclairé par rapport à l'examen en question, que le médecin vérifie elle-même en s'adressant directement au patient (tour 121) ; et enfin le fait que cet examen sera effectué dans un établissement précis, où c'est la même équipe médicale qui travaille et le patient ne devra donc rien payer. C'est sur cette dernière action que nous focalisons notre attention : contrairement aux exemples (4) et (5), aucune expression du genre « dis-lui » ou « explique-lui » n'apparaît ;

DOCf annonce simplement ce qu'elle va faire sous peu et cela est suffisant pour que MEDf comprenne que c'est à elle d'expliquer le sens des deux tours cryptiques prononcés par DOCf, à savoir « je lui fait la re- ehm maintenant j'écris à NOM ÉTABLISSEMENT » (tour 115) et « alors on lui fait nous les examens comme ça tu ne paies rien » (tour 127).

EXEMPLE (6) - VIGNALI 2017

- 115 DOCf gli faccio la ri- ehm adesso scrivo a NOM ÉTABLISSEMENT
 116 MEDf alors c'est un examen très important. sans cet examen tu ne peux pas faire TAC (2,0) et puis les résultats du TAC ils vont te dire si tu as le testicule caché(.) s'il n'est pas caché ils vont te demander qu'est-ce que tu veux qu'est-ce que tu penses de faire (.) tu n'es pas obligé de choisir tu as la liberté de choisir ce que tu veux (.) tu n'est pas [obligé eh PRÉNOM PATIENT? tu n'es pas obligé]
 117 DOCf [si: perché non è] ce n'est pas grave ce que tu as
 118 MEDf ce n'est pas une maladie c'est rien de grave
 119 PATm rien ne me fait mal
 120 MEDf rien te fait mal tu es en bonne santé tu dois seulement faire ces choses et puis tu vas choisir avec le médecin
 121 DOCf tu es d'accord?
 122 MEDf okay?
 123 DOCf okay (.) tu peux sourire
 124 MEDf tu dois sourire comme ça les choses vont mieux (.) tu dois pas faire le visage triste toujours
 125 DOCf ((rit)) eh?
 126 MEDf tu es jeune
 127 DOCf allora gli facciamo noi gli esami così non paghi nulla
 128 MEDf tu ne vas rien payer
 129 (1,4)
 130 PATm ça c'est où cet hôpital?
 131 MEDf NOM ÉTABLISSEMENT je vais te dire après le bus qui va te porter
 132 (1,1)
 133 MEDf tu étais déjà allé à NOM ÉTABLISSEMENT je suis sûre
 134 PATm hm

Dans ce dernier extrait, il semble donc qu'un accord de partage des autorités épistémiques respectives préexiste entre le médecin et la médiatrice : MEDf explique des contenus médicaux, rassure, donne des renseignements, affichant sa connaissance non seulement du service de santé, mais également du parcours de soins et d'assistance du patient ; DOCf confirme, renforce les actions de MEDf en s'exprimant dans la langue du patient (voir section 3.2).

Les trois exemples analysés dans cette section montrent une sorte de crescendo qui va d'une invitation à expliquer en élaborant ce que dit le soignant (4) jusqu'à la délégation cryptique d'actions concernant des procédures médicales ou de simples informations logistiques (6), en passant par une invitation à expliquer (5), où le repérage des contenus est totalement confié à l'interprète-médiatrice.

L'autorité épistémique en matière de santé, que le soignant reconnaît/attribue à MEDf en fonction de sa connaissance des pratiques et des processus propres au contexte, s'articule de différentes façons en positionnant l'interprète-médiatrice en qualité d'« expert conseil » ou d'« exécutrice » d'une tâche qui se configure comme une délégation faible (invitation à collaborer) ou plus ou moins forte (délégation explicite/implicite).

3.2. Le soignant s'approprie l'autorité épistémique linguistique

Dans ce deuxième cas de figure, le soignant s'approprie l'autorité épistémique de l'expert linguistique en s'exprimant dans la langue du patient (alternance codique). Nous présentons trois exemples afin de montrer la différence entre une alternance codique qui aide les participants à co-construire l'interaction et qui se trouve à des moments où le professionnel souhaite établir un lien plus direct avec la patientèle (notamment lors de l'examen physique, comme déjà repéré par Anderson) et une alternance codique qui, par contre, influence l'espace d'action de l'interprète-médiatrice qui, par conséquent, adapte son positionnement.

L'exemple (7) est tiré d'une interaction qui dure une vingtaine de minutes et qui se déroule à la minute 9', là où, après la visite gynécologique, la patiente enceinte doit faire un frottis vaginal. OBSf, qui trois minutes avant s'était adressée à PATf en anglais (« okay put your legs here (.) okay forward vieni più avanti [col (sedere)] », litt. « okay mets tes jambes ici okay vers l'avant viens plus vers l'avant [avec tes fesses] »), demande à MEDf d'expliquer le changement d'outil (voir section 3.1.2 à propos de la

fonction d'explication). Ensuite, elle passe de nouveau à l'anglais lorsqu'elle procède à l'examen physique. Cela correspond à l'interprétation de Anderson,⁴⁰ selon laquelle « given the delicate nature of the physical examination, the direct contact established with the patient through the use of English also serves to convey empathy ».

EXEMPLE (7) - FAR 2014

197 OBSf glielo puoi spiegare? devo cambiare la misura del: dello strumento?
 198 MEDf e:h the: this (??) speculum instrument [ah:]
 199 PATf [yeah:]
 200 MEDf she change the bigger one
 201 (.)
 202 PATf [oka:y]
 203 MEDf [eh the other] (one) is not (0,6) about this
 [(is not good for)]
 204 OBSf [be pa]tient please
 205 MEDf different
 206 PATf okay mm hm
 207 MEDf rela:x
 208 OBSf are you ready?
 209 PATf mm hm
 210 OBSf okay
 ((22 secondes omises))
 211 OBSf le capita di sentire prurito delle volte?

Comme cela se dégage du tour 211, une fois l'examen physique terminé, la sage-femme reprend l'italien en s'adressant à MEDf, ce qui confirme le bien-fondé des analyses d'Anderson.

Par contre, les exemples (8) et (9) montrent une sorte de compétition entre DOCf et MEDf à propos de l'autorité épistémique en matière de compétence linguistique. Ils sont tirés d'une même interaction entre une femme médecin qui comprend et parle un peu de français, un patient Burkinabé et une interprète-médiatrice qui les aide à communiquer. Dans le premier extrait, il est question d'un médicament et après avoir posé une question en italien, traduite immédiatement dans le tour suivant par MEDf, DOCf se réinsère dans la conversation en se superposant avec la traduction de la réponse et en précisant, dans la langue du patient, qu'il s'agit d'un médicament pour dormir, aidant ainsi à co-construire

⁴⁰ Anderson 2012, 139.

la compréhension dans la séquence, mais en même temps effectuant une réparation sur le tour de MEDf (tour 57). Comme nous l'avons détaillé ailleurs,⁴¹ les noms propres de médicaments, de lieux et de personnes posent souvent problème aux patients allophones et les (traductions des) questions des soignants qui en contiennent sont fréquemment suivies de silences (tour 58) ou de demandes d'éclaircissement (tour 59, où PATm répète le nom avec intonation interrogative) qui témoignent d'une difficulté à répondre.

EXEMPLE (8) - VIGNALI 2017

056 DOCf [prende] il NOM MÉDICAMENT ancora un milligrammo?
 057 MEDf tu prends ce médicament qui s'appelle NOM MÉDICAMENT?
 058 (1,2)
 059 PATm NOM MÉDICAMENT? no
 060 MEDf NOM MÉDICAMENT? [no]
 061 DOCf [pour] dormir
 062 MEDf eh pour dormir
 063 PATm non ça c'est fini
 064 MEDf c'est fini
 065 PATm oui

Une fois négocié que le patient a bien compris de quel médicament il s'agit et qu'il a fini son traitement, le médecin passe aux questions sur les symptômes et environ trois minutes plus tard elle produit une action assez semblable à la précédente, qui aboutit toutefois à une séquence bien différente.

EXEMPLE (9) - VIGNALI 2017

130 DOCf allora avrebbe anche un'ectasia renale io avevo chiesto una visita urologica un esame urine e un'urocultura. non ho visto niente li ha fatti?
 131 MEDf alors la dernière fois que tu as vu ce médecin la dernière fois elle t'a demandé une visite chez l'urologue (1.0) mh?
 132 (.)
 133 DOCf pour la [pipì]
 134 MEDf [les exa]mens des examens du sang
 135 PATm oui
 136 MEDf t'as fait ces choses?
 137 PATm non
 138 MEDf pourquoi?
 139 PATm je ne sais pas

⁴¹ Niemants à paraître.

140 (.)
 141 MEDf [tu ne sais pas]
 142 DOCf [et de l'urine?] de-
 143 PATm de?
 144 MEDf les examens de pipi? de la pisse?
 145 PATm non
 146 MEDf tu l'as [pas fait]
 147 DOCf [si dice] pisse? non urine?
 148 MEDf la pisse l'urine è-
 149 DOCf ah
 150 (1,6)
 151 MEDf tu n'as rien fait
 152 PATm non

Après un tour (133) prononcé en français où DOCf simplifie un point potentiellement problématique pour la compréhension du patient en parlant directement de l'élément à analyser plutôt que de l'expert qui s'en occupe, elle laisse que MEDf et PATm co-construisent une courte séquence dyadique où elle s'insère, en se chevauchant avec MEDf, pour thématiser à nouveau les examens « de l'urine » (tour 142), en réparant ainsi les examens du sang introduits par MEDf (tour 134). Puisque le patient n'a visiblement pas compris (voir son « de? » avec intonation interrogative), MEDf reformule de façon de plus en plus simple et informelle (« urine » devient « pipi » puis « pisse », au tour 144) en obtenant la réponse du patient. Mais avant qu'elle ne puisse la traduire, DOCf intervient en formulant une question portant sur le bon mot à utiliser. Cette question pourrait être appréhendée comme une sorte de mise en cause du choix lexical opéré par MEDf (correction implicite), ou bien comme une simple curiosité linguistique de la part de DOCf. Contrairement aux tours 133 et 142, où cette dernière s'approprie l'autorité épistémique de MEDf en s'adressant directement à la patiente en français, la prosodie du tour 147 semble appuyer la deuxième hypothèse que nous venons de formuler. Quoiqu'il en soit, MEDf répond en rétablissant son autorité linguistique et après cette courte séquence latérale avec le médecin, elle reprend le fil de la conversation avec le patient et établit qu'il n'a fait aucun examen.

Ces trois derniers extraits montrent comment un même phénomène (l'alternance codique) acquiert dans la séquence interaction-

nelle des valeurs distinctes qui, tout en étant toutes orientées vers une meilleure compréhension mutuelle, dégagent des effets différents et ont une influence sur le positionnement de l'interprète. Si dans l'exemple (7) l'interprète est là pour surveiller que médecin et patiente se comprennent pleinement, dans les exemples (8) et (9), elle voit son autorité épistémique mise en cause (à tort ou à raison) par le soignant. L'alternance codique de la part du soignant oblige l'interprète-médiatrice à se positionner en qualité de « contrôleur » de l'efficacité de la communication ou de professionnel « soumis au contrôle » de l'autorité institutionnelle.

Pour conclure

Il serait tentant de conclure que les interprètes-médiatrices de notre corpus sortent de leur rôle d'expert linguistique en acceptant des responsabilités qui ne leur appartiennent pas, comme juger de la pertinence d'une question délicate, expliquer comment se déroulent un test de dépistage prénatal ou une gastroscopie, ou encore donner des indications sur comment rejoindre le lieu d'une prochaine consultation. Les neuf exemples analysés ci-dessus ont toutefois mis en évidence que ces interprètes-médiatrices ne prennent pas la parole dans un vide interactionnel : elles réagissent face à des invitations, des délégations et des alternances codiques de la part des professionnels de santé, qui par leurs dires et leurs actions ne projettent pas nécessairement, ou pas seulement, un tour traductif de leur part. Sans aucun doute, les pratiques discursives mises en place par le personnel soignant lors de ces mouvements interactionnels méritent d'être davantage explorées. Au cours de notre analyse, par exemple, nous avons remarqué, bien que nous ne l'ayons pas explicité, que la multiplicité de pronoms d'adresse par lesquels les soignants parlent *aux* interprètes-médiatrices *des* patients, en thématissant des « nous » et des « vous », contribue également à positionner les autres participants à l'interaction, interprète y compris.

Nos résultats nous amènent à nous aligner aux propos de Angelelli⁴² qui, tout en adoptant la notion de rôle, affirme que ce n'est donc pas l'interprète qui doit être tenu pour responsable « for stepping out of role [...], taking over the interview or accepting a responsibility that he should not have [...] », car si on y regarde de près, c'est plutôt le professionnel de santé « who steps out of role [...] to become a spectator rather than an actor, using the institutional power she holds [...] to give directives to the interpreter either explicitly [...] or implicitly [...] ». En renonçant à la fixité de la notion de rôle et en reprenant à notre compte le concept de positionnement, il est possible de remarquer que les interprètes-médiatrices réagissent à des dires et des actions des professionnels qui les « contraignent » à se positionner, d'une manière ou d'une autre, en acceptant l'attribution ou le partage d'une responsabilité institutionnelle qui va bien au-delà de l'autorité linguistique en vertu de laquelle elles ont été recrutées, et qui est d'ailleurs par moments remise en question par les soignants (alternance codique).

Nous avons vu que dans des contextes où les professionnels de la langue et de la santé sont habitués à œuvrer de concert, comme par exemple celui des corpus FAR 2014 et Vignali (voir notes 34 et 35), les interprètes-médiatrices montrent le plus souvent qu'elles comprennent les invitations à collaborer et les délégations qui leurs sont adressées et s'alignent aux propos qui précèdent, en formatant les contenus à traduire de façon à les rendre plus compréhensibles pour les patients. Plus précisément, si dans Angelelli⁴³ « we can see the interpreter unpacking the term 'chronic illness' and breaking it down into parts for the patient », dans nos exemples nous observons ces interprètes-médiatrices « débiller » sans problèmes la signification d'un test de dépistage, d'une gastroscopie et du lieu d'une prochaine visite, en témoignant de leur connaissance tant du contexte situationnel

⁴² Angelelli 2018, 127.

⁴³ *Ibidem*, 126.

et interactionnel de la consultation, que du parcours de soins dans lequel elle se déroule. Cette autorité épistémique médicale comporte une assomption – consciente ou inconsciente – de responsabilité de la part de l’interprète-médiatrice vis-à-vis du patient, le personnel soignant se chargeant, lui, de la responsabilité de transférer à l’expert linguistique une partie de sa responsabilité institutionnelle.

Nous en déduisons que tant par leurs dires que par leurs non-dits, les professionnels de santé posent des contraintes aux interprètes-médiateurs, qui ne peuvent pas se soustraire à l’obligation de se positionner par rapport à l’assomption, à l’attribution, au partage, voire au rejet de la responsabilité qui découle de cette (non-)parole et (non-)action première. Ces pratiques langagières que nous sommes tentées de qualifier de routinières dans certains contextes méritent, à notre avis, une réflexion supplémentaire qui prenne en considération le glissement de responsabilité qu’elles entraînent. L’utilisation plus ou moins (in)consciente, de la part des soignants, des invitations, des délégations et des alternances codiques analysées ici, ou des pronoms que nous nous proposons d’étudier ailleurs, montre en effet la fragilité d’une interaction fondée sur le brouillage des compétences et des responsabilités de chacun et appelle à la sensibilisation des professionnels tant de la langue que de la santé sur ce qu’œuvrer *ensemble* peut bien vouloir signifier.

Bibliographie

- L. Anderson, *Code-switching and coordination in interpreter-mediated interaction*, in C. Baraldi, L. Gavioli (eds), *Coordinating Participation in Dialogue Interpreting*, John Benjamins, Amsterdam-Philadelphia 2012, pp. 115-148.
- C. Angelelli, *Who is talking now? Role expectations and role materializations in interpreter-mediated healthcare encounters*, «Communication & Medicine», 15/2 (2018), pp. 123-134.

- C. Baraldi, *Interpreting as mediation of migrants' agency and institutional support. A case analysis*, «Journal of Pragmatics», 125 (2018), pp. 13-27.
- C. Baraldi, L. Gavioli, *Coordinating Participation in Dialogue Interpreting*, John Benjamins, Amsterdam-Philadelphia 2012.
- C. Baraldi, L. Gavioli, *La mediazione linguistico-culturale nei servizi sanitari: interazione ed efficacia comunicativa*, Franco Angeli, Milano 2019.
- G. Bolden, *Understanding interpreters' actions in context*, «Communication & Medicine», 15/2 (2018), pp. 135-149.
- A. Délizée, *Du rôle de l'interprète en santé mentale: analyse socio-discursive de ses positions subjectives au sein de la triade thérapeute-patient-interprète*, thèse de doctorat en Langues, Lettres et Traductologie, Université de Mons, 2018.
- C. Falbo, « *Interprete* » et « *mediatore linguistico-culturale* » : *deux figures professionnelles opposées ?*, in G. Agresti, C. Schiavone (éd.), *Plurilinguisme et monde du travail. Professions, opérateurs et acteurs de la diversité linguistique*, Actes des Cinquièmes Journées des Droits Linguistiques, Aracne, Roma 2013a, pp. 257-274.
- C. Falbo, *La comunicazione interlinguistica in ambito giuridico. Temi, problemi e prospettive di ricerca*, EUT, Trieste 2013b, <http://www.openstarts.units.it/dspace/handle/10077/9305>
- L. Gavioli, *Minimal responses in interpreter-mediated talk*, in C. Baraldi, L. Gavioli (eds), *Coordinating Participation in Dialogue Interpreting*, John Benjamins, Amsterdam-Philadelphia 2012, pp. 201-227.
- L. Gavioli, *On the distribution of responsibilities in creating critical issues in interpreter-mediated medical consultations: The case of «le spieghi(amo)»*, «Journal of Pragmatics», 76 (2015), pp. 169-180.
- E. Goffman, *Forms of Talk*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 1981.
- S. Hale, *Controversies over the role of the court interpreter*, in C. Valero-Garcés, A. Martin (eds), *Crossing Borders in Com-*

- munity Interpreting*, John Benjamins, Amsterdam-Philadelphia 2008, pp. 99-121.
- M. Jalbert, *Travailler avec un interprète en consultation psychiatrique*, «P.R.I.S.M.E.», 8/3 (1998), pp. 94-111.
- R. Harré, L. van Langenhove, *Positioning Theory: Moral Contexts of Intentional Action*, Blackwell, Oxford-Malden 1999.
- J. Heritage, *Conversation Analysis as Social Theory*, in B. Turner (éd.), *The New Blackwell Companion to Social Theory*, Blackwell, Oxford 2008, pp. 300-320.
- J. Heritage, G. Raymond, *The terms of agreement: indexing epistemic authority and subordination in talk-in-interaction*, «Social Psychology Quarterly», 68/1 (2005), pp. 15-38.
- Y. Leanza, *Roles of community interpreters in paediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers*, «Interpreting», 7/2 (2005), pp. 167-192.
- P. Llewellyn-Jones, R. Lee, *Getting to the core of role: defining interpreters' role-space*, «International Journal of Interpreter Education», 5/2 (2013), pp. 54-72.
- P. Llewellyn-Jones, R. Lee, *Redefining the Role of the Community Interpreter: The Concept of Role-space*, SLI Press, Carlton-le-Moorland 2014.
- L. Luppi, *La mediazione linguistico-culturale in ambito sanitario: la negoziazione dell'autorità epistemica*, tesi di laurea non pubblicata, Università di Modena e Reggio Emilia 2010.
- I. Mason, *Projected and perceived identities in dialogue interpreting*, in G. Munday (eds), *IATIS Yearbook 2005*, IATIS, Seoul 2005, pp. 30-52.
- I. Mason, *Role, positioning and discourse in face-to-face interpreting*, in R. de Pedro Ricoy, I. Perez, C. Wilson (eds), *Interpreting and Translating in Public Service Settings: Policy, Practice, Pedagogy*, St. Jerome, Manchester 2009, pp. 52-73.
- I. Mason, W. Ren, *Power in face-to-face interpreting events*, «Translation and Interpreting Studies», 7/2 (2012), pp. 233-252.

- R. Merlini, *Seeking asylum and seeking identity in a mediated encounter*, «Interpreting», 18/1 (2009), pp. 57-92.
- N. Niemants, *Des enregistrements aux corpus : transcription et extraction de données d'interprétation en milieu médical*, «Meta », 63/3 (2018), pp. 665-694.
- N. Niemants, *L'accueil des patient.e.s francophones dans les institutions de soins en Italie : pour une interprétation des silences*, relazione presentata al primo congresso internazionale del Réseau international POCLANDE intitolato *Les territoires de la linguistique pour le développement*, 24 octobre 2019, Université Bordeaux-Montaigne, à paraître.
- G. Turner, A. Merrison, *Doing 'understanding' in dialogue interpreting*, «Interpreting», 18/2 (2016), pp. 137-171.
- C. Valero-Garces, A. Martin, *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and Dilemmas*, John Benjamins, Amsterdam-Philadelphia 2008.
- S. Vignali, *Bilingual interactions in healthcare settings: an empirical analysis of intercultural mediators' initiatives*, tesi di laurea non pubblicata, Università di Modena e Reggio Emilia 2017.
- C. Wadensjö, *Interpreting as Interaction*, Longman, London-New York 1998.
- D. Zorzi, *Mediating assessments in healthcare settings*, in C. Baraldi, L. Gavioli (eds), *Coordinating Participation in Dialogue Interpreting*, John Benjamins, Amsterdam-Philadelphia 2012, pp. 230-249.
- F. Zoughar, *La mediazione arabofona in campo sanitario*, tesi di laurea non pubblicata, Università di Modena e Reggio Emilia 2012.