This is the peer reviewd version of the followng article:

La voix de l’interprète dans l’entretien clinique réel et simulé / Niemants, NATACHA SARAH ALEXANDRA. - In: REPÈRES-DORIF. - ISSN 2281-3020. - 2(2014), pp. N/A-N/A.

Terms of use:

The terms and conditions for the reuse of this version of the manuscript are specified in the publishing policy. For all terms of use and more information see the publisher's website.

12/01/2025 16:34

(Article begins on next page)

LA VOIX DE L'INTERPRÈTE DANS L'ENTRETIEN CLINIQUE RÉEL ET SIMULÉ

Natacha S.A. NIEMANTS
Dipartimento di Educazione e Scienze Umane
Università di Modena e Reggio Emilia, Italia
natacha.niemants@unimore.it

Riassunto

Attingendo a un corpus di dati autentici registrati presso strutture sanitarie italiane e belghe, verrà problematizzato "lo spazio" dell'interprete nell'interazione sanitaria mediata. Verranno inoltre presentati alcuni risultati dell'analisi di *role-play* comunemente usati nella formazione degli interpreti a livello universitario, mostrando il diverso "spazio" dello studente-interprete in queste simulazioni d'interazioni sanitarie mediate, e riflettendo sui vantaggi e sui limiti di tale strumento pedagogico.

Mots-clefs

Communication, entretien clinique, simulation, interprétation de dialogue, traduction, coordination

Introduction

L'idée que l'on a généralement du travail de l'interprète est fortement influencée par une conception « télégraphique » de la communication (WINKIN 1996). Les interprètes eux-mêmes, et les personnes pour qui ils travaillent, ont tendance à concevoir l'interprétation comme une question de production et (re)production d'un énoncé de départ qui aurait une signification stable et déterminée. Cette image du télégraphe tire son origine de la théorie mathématique de la communication comme « traitement du signal » (SHANNON et WEAVER 1949) et du modèle communicatif qui en découle : le message d'un émetteur (le locuteur A) est encodé et transmis au travers d'un canal et décodé par un récepteur (le locuteur B), qui peut alors à son tour lancer un message. Dans le cas d'une interaction en présence d'un interprète, le canal est l'interprète lui-même, qui répète, dans une autre langue, les énoncés de A et de B. Ce modèle est profondément monologique, dans la mesure où la langue est envisagée du point de vue du locuteur : ce sont ses intentions et ses stratégies qui déterminent le sens des mots et des énoncés, et les interlocuteurs ne sont que des récepteurs passifs d'unités de sens préparées par l'émetteur. L'interprète n'a donc aucun espace dans l'interaction et se limite à « animer » (cf. GOFFMAN 1981) ce que disent les interlocuteurs primaires, un peu comme si l'interprétation se déroulait en dehors du contexte de l'interaction, dans une sorte de vide social.

L'analyse conversationnelle a montré que la langue est manifestement un fait social, qui se construit dans et à travers l'interaction (SACKS et al. 1974). La signification ne se situe ni dans les mots en tant que tels, ni dans les énoncés individuels, mais c'est l'effet de l'interaction entre les interlocuteurs, puisque chaque énoncé n'existe pas dans un vide, mais en réponse à ce qui le précède. Contrairement au modèle télégraphique, ce modèle dialogique implique que la signification est du moins en partie une construction collaborative : l'activité linguistique n'est pas logée chez un émetteur idéalisé, mais dans le dialogue entre au moins deux interlocuteurs. Il en découle que l'activité de l'interprète va bien au-delà de la traduction des énoncés des interlocuteurs primaires, et que l'interprète participe à un « pas de trois » (WADENSJÖ 1998) qu'il contribue à construire et coordonner dans le contexte dynamique de l'interaction (MASON 2006).

Dans cet essai nous découvrirons que malgré tout ce qui s'est dégagé d'à peu-près quarante ans de recherches sur la langue parlée en interaction (avec et sans interprète), la formation est encore bien ancrée dans une conception ancienne de la communication, et donc de la place de l'interprète dans l'interaction. Nous montrerons qu'alors que dans les entretiens cliniques réels l'interprète prend la parole pour traduire et coordonner l'interaction, dans les entretiens simulés l'interprète se limite généralement à répéter, dans une autre langue, ce que disent les deux autres interlocuteurs. Notre objectif est de réfléchir sur la voix de l'interprète dans l'entretien, en montrant que le jeu de rôle n'est peut-être pas la façon la meilleure – ou du moins pas la seule – pour s'exercer à prendre sa place dans l'interaction.

1. L'interaction en présence d'un interprète

Le fait de prononcer ou de percevoir des mots n'engendre pas nécessairement une compréhension partagée de ce dont on parle et l'interaction avec interprète ne constitue pas une exception à ce principe. Les participants doivent également s'assurer que ce qui a été dit a été affectivement compris, que la conversation peut se poursuivre en se basant sur un terrain commun et que les propositions des uns s'accordent avec celles des autres. Mais contrairement à ce qui se passe dans une interaction monolingue, où le contenu de chaque énoncé s'ajoute directement à un seul terrain commun, l'interaction bilingue en présence d'un interprète ne construit pas une seule conversation : il y a (au minimum) deux systèmes conversationnels, entre l'interprète et chacun des autres participants (ZORZI 2004). Chacun d'entre eux doit communiquer (dans le sens étymologique de « partager ») efficacement avec l'interprète, ce qui ne signifie pas pour autant que la construction du terrain commun passera toujours à travers ce dernier. En fait, l'interprétation se fait « ensemble » et chaque participant contribue, dans la mesure de son possible, à bâtir le terrain sur lequel se construit, tour après tour, la conversation (cf. TURNER 2013).

Cela dit, l'interaction en présence d'un interprète a tout de même quelques particularités. Puisque l'interprète est appelé exprès pour aider deux (ou plusieurs) locuteurs ne parlant pas la même langue, c'est lui qui assume davantage la responsabilité de la communication. Cette responsabilité dépend du fait que normalement c'est lui le seul participant à avoir accès aux deux langues de l'échange. Ses connaissances linguistiques le mettent dans les conditions de pouvoir contrôler l'interaction, mais font en même temps de son action un travail particulièrement délicat, puisque ses énoncés peuvent servir, entre autres, à influencer le développement et les contenus de l'interaction ou à générer un discours partagé. D'après Wadensjö (1998 : 105), ces usages se rangent sous l'étiquette de coordination, mais sont indissociables de la traduction, puisque ces deux activités sont exercées simultanément et s'influencent mutuellement.

L'interprétation est (premièrement) traduction lorsque les énoncés des interprètes sont analysables en tant que reformulations du tour « original » qui précède. En fonction de leur proximité des

énoncés des interlocuteurs primaires, ces reformulations peuvent être par exemple qualifiées comme extensions ou réductions (WADENSJÖ 1998 : 106-107). Par contre, l'interprétation est (premièrement) coordination lorsque l'interprète produit des énoncés qui n'ont pas nécessairement d'homologue dans un tour original. Entre autres, ces énoncés peuvent servir à vérifier qu'on a bien compris ce qui précède, ce qui est par exemple le cas des questions d'éclaircissement (WADENSJÖ 1998 : 110).

Avec sa distinction théorique entre « traduction » et « coordination », Wadensjö a été la première à montrer que l'interprète est un participant à part entière, qui a le droit de parler avec sa propre voix (cf. aussi BAHADIR 2001). Depuis, un intérêt croissant a été accordé à la place des interprètes de dialogue dans l'interaction et à la façon dont ils exercent leur fonction de coordinateurs de l'échange. Nous allons donc essayer d'encadrer ce débat, en présentant deux formes de coordination qui ont été observées dans les entretiens cliniques en présence d'un interprète et que nous retrouverons également dans nos exemples.

2. La place de l'interprète dans l'entretien clinique

L'entretien clinique peut être défini, de manière large, comme une interaction entre un intervieweur et un interviewé. Cette interaction peut avoir des formes bien variées, qui dépendent du type de personnel soignant avec qui le soigné doit communiquer, mais si nous avons choisi de les traiter comme un seul objet d'étude, c'est parce que nous croyons qu'il a « certains 'airs de famille' qui traversent ses multiples variations » (GROSSEN et SALAZAR-ORVIG 2006 : 22). En premier lieu, les participants s'orientent vers leurs identités professionnelles ou institutionnelles, c'est-à-dire qu'ils prennent principalement la parole en qualité de soignants et de soignés. En deuxième lieu, les participants s'orientent vers un ou plusieurs objectifs spécifiques. Le fait que chacun d'entre nous puisse rédiger une liste des raisons qui le poussent à se rendre chez son médecin démontre assez bien la nature de l'entretien clinique, qui est fortement axé sur ses objectifs. En troisième lieu, l'entretien clinique se caractérise par une modalité particulière de conduite de l'interaction. Si, dans la conversation ordinaire, tout participant a le même droit à la parole ainsi que le même pouvoir de faire évoluer l'interaction d'une façon ou d'une autre, dans ce type d'interaction l'asymétrie des rôles se traduit par des systèmes alternatifs de prise de parole, où un locuteur a différents pouvoirs par rapport aux autres. Cela est particulièrement évident lors de certaines phases de l'entretien, comme par exemple pendant la collecte d'informations sur le patient ou anamnèse, quand le médecin dirige l'interaction en contrôlant l'allocation des tours de parole. En effet, dans un entretien typique, c'est le médecin qui pose les questions alors que le patient se limite généralement à répondre. Or, la question qui se pose, quand l'entretien se déroule en présence d'un interprète, c'est de savoir où est la place de la traduction et comment l'interprète parvient à créer un espace pour son activité quand celle-ci se croise avec l'interview du médecin.

Les analyses d'entretiens cliniques en présence d'un interprète sont assez récentes et remontent à la publication de deux thèses de doctorat : celle de Wadensjö (1998) sur des interactions entre locuteurs parlant suédois et russe et celle de Metzger (1999) sur des locuteurs parlant anglais et ASL, la langue des signes américaine. Parmi les publications qui ont suivi, l'on retrouve les volumes dirigés par Mason (1999), Gavioli (2009) et Baraldi et Gavioli (2012), qui recueillent des recherches sur des données en plusieurs langues, ainsi que d'autres études menées sur des patients et des médecins parlant – entre autres – anglais (FARINI 2012), arabe (VALERO-GARCES 2005), chinois (PASQUANDREA 2011), espagnol (ANGELELLI 2004), français (TRAVERSO 2003), italien (MERLINI et FAVARON 2005), néerlandais (KRYSTALLIDOU 2003), portugais (MEYER et al. 2003), slovène (POKORN et FELGNER 2013), russe (BOLDEN 2000) et la langue des signes américaine (MAJOR et NAPIER 2012). Ces études ont confirmé que, indépendamment des langues

impliquées, la perception traditionnelle de l'interprète comme répétiteur neutre et invisible ne correspond pas à la réalité de l'entretien : les tours de parole des interprètes n'affichent pas seulement des traductions des énoncés individuels du médecin ou du patient, mais aussi des formes de coordination, par lesquelles ils participent à l'organisation et au développement de l'interview. Nous en donnerons deux exemples.

2.1 Tours régulateurs

Tout en n'étant pas les principaux destinataires de ce que disent les interlocuteurs primaires, les interprètes sont, dans la plupart des cas, les premiers à recevoir leurs énoncés. Comme dans d'autres types d'interactions orales, leur activité d'auditeurs peut être observée dans l'utilisation de tours régulateurs comme « ok » ou « mm hm ». D'après Gavioli (2012), ces tours contribuent de deux manières à la traduction.

D'une part, ils servent à marquer le passage entre l'activité d'écoute et l'activité de traduction. En prononçant un tour régulateur comme « ok », qui semble revenir systématiquement dans des positions de transition à la traduction, l'interprète (a) manifeste sa propre compréhension de ce qu'un premier locuteur a dit et (b) projette le début de la traduction pour l'autre, contribuant ainsi à coordonner l'interaction.

D'autre part, les tours régulateurs fonctionnent comme des invitations à continuer l'activité en cours afin d'atteindre un objectif interactionnel, comme par exemple celui de faire en sorte que la réponse du patient soit traduisible au médecin. En prononçant un tour régulateur comme « mm hm », qui revient assez souvent dans les séquences dyadiques interprète-patient, l'interprète encourage le patient à s'exprimer et construit, ainsi, la « traduisibilité » de ce qu'il est en train de dire (cf. GAVIOLI et NIEMANTS à paraître).

2.2 Expansions des questions du médecin

Parmi les actions qui montreraient la fonction de coordination de l'interprète, on retrouve également les expansions des questions du médecin. Plus précisément, les questions du personnel soignant ne sont pas toujours traduites dans le tour successif, mais reformulées à l'intérieur d'une séquence dyadique où l'interprète parle directement avec le patient et prépare ce qui sera ensuite restitué au médecin, une fois la conversation interprète-patient terminée.

Tout comme le souligne Baraldi (2012), ces expansions retombent dans une forme d'interprétation non directe qu'il vaudrait peut-être mieux éviter, lui préférant une forme directe qui est généralement perçue comme moins intrusive, puisqu'elle donne immédiatement (après la traduction) la possibilité au second locuteur de répondre à ce que le premier a dit. Toutefois, si on se limite à considérer les expansions comme étant à éviter, on risque de négliger le rôle crucial qu'elles peuvent jouer dans les entretiens cliniques, où les patients ont parfois des difficultés à s'exprimer et à fournir les réponses précises que le médecin projette.

3. L'analyse des entretiens réels et simulés

L'approche méthodologique utilisée est celle de l'Analyse Conversationnelle, une « mentalité » selon laquelle l'organisation de la conversation est le résultat de l'activité des participants, manifestant les uns aux autres leur compréhension de ce qu'ils font dans l'interaction (TRAVERSO

1999 ; MONDADA 2007). Le concept de base de l'AC est la paire adjacente, à savoir une paire de tours complémentaires tels que question-réponse, où l'action première projette une action complémentaire de la part de l'interlocuteur qui en répondant, manifeste sa propre interprétation de l'activité en cours. Cette manifestation publique (cf. ATKINSON et HERITAGE 1984) est cruciale tant pour les participants à l'interaction que pour les analystes : pour les participants, car en fournissant des actions successives à ce qui vient d'être dit, ils montrent comment cela a été « pris » et contribuent ainsi à la co-construction de l'interaction ; et pour les analystes, car en observant chaque action seconde ils peuvent savoir comment l'interlocuteur a interprété le tour précédent et expliquer comment les participants arrivent à une co-compréhension de ce qui se passe.

Dans ce qui suit, nous allons appliquer ce que Sacks et al. (1974) ont nommé « next turn proof procedure » aux tours des interlocuteurs et spécialement des interprètes. Par rapport aux « next turns » des participants à une interaction monolingue, les actions successives des interprètes ont une particularité :

> « The interpreter's output constitute a special kind of response. Whereas the data analysed in most CA include participant responses *to* what has just been said in the form of spontaneous dialogue, the interpreter, as a full participant in a three-way exchange, provides an immediate response in the form of a version *of* what has just been said. » (Mason 2006: 365 [italique dans l'original])

En d'autres termes, le tour de traduction n'est pas une « réponse à » l'énoncé de l'interlocuteur primaire, mais une « version de » cet énoncé, manifestant à la fois la réception de ce que l'interlocuteur primaire a dit dans le tour qui précède et la production d'une version pour l'autre interlocuteur primaire.

Comme le remarquent Heritage et Clayman (2010 : 136), cette orientation vers l'interlocuteur est particulièrement visible dans les séquences de questions-réponses qui caractérisent la phase d'anamnèse. En effet, les questions ne se limitent pas à projeter la réponse du patient, mais la façon dont elles sont « formatées » montre au moins deux autres choses : d'une part, l'attention de l'intervieweur aux circonstances de l'interviewé ; et d'autre part, le type de réponse que l'intervieweur souhaite recevoir afin d'atteindre les objectifs de l'interview.

Comme on le verra dans les exemples qui vont suivre, lors d'un entretien clinique avec interprète, entre les questions de l'intervieweur et les réponses de l'interviewé il y a la compréhension de l'interprète lui-même, qui tout en devant limiter son intrusion dans la conversation, ne peut pas se passer de prendre sa place pour (bien) traduire et coordonner l'activité en cours.

3.1 La voix de l'interprète dans l'entretien clinique réel

Notre étude se base sur des interactions qui font partie d'un plus vaste corpus d'entretiens cliniques, que nous avons collectés au cours de notre recherche doctorale. Il s'agit d'une vingtaine d'entretiens, dont certains ont été enregistrés dans deux provinces de la région Emilie-Romagne et impliquent des patients francophones, tandis que d'autres ont été enregistrés dans une province du sud de la Belgique (à majorité francophone) et voient la présence de patients italophones. Les interprètes impliquées sont quatre femmes d'un âge compris entre 20 et 50 ans appartenant aux communautés immigrées : les deux qui travaillent en Belgique sont d'origine et de nationalité italienne ; celles qui travaillent en Italie viennent du Maghreb.

Cette analyse portera sur trois séquences de questions-réponses, où la traduction de la question de l'intervieweur n'est pas immédiatement suivie de la réponse de l'interviewé. Nous concentrerons notre attention sur ce qui se passe entre la première et la seconde partie de cette paire d'actions, en observant en quoi consiste le travail de traduction et de coordination de l'interprète et en réfléchissant aux raisons et aux conséquences de ses actions.

Le premier exemple est tiré du sous-corpus italien et se déroule dans un centre de planning familial, où les interprètes accompagnent les patientes tout au long de leur grossesse. L'extrait commence avec un tour de la sage-femme (O), qui fait rapidement le point sur ce qui a déjà été demandé à la patiente enceinte (P) et puis se renseigne sur l'histoire médicale de sa famille.

EXEMPLE 1 (10IFC)[1]

01 O quindi (.) questo lo abbiamo fatto (1) malattie genetiche non malattie famigliari vabbè ?
02 I les maladies génétiques ?
03 (1)
04 I des maladies dans la famille dans ta famille (.) des maladies génétiques (.) par exemple les ehm les enfants handicapés des maladies des malformations (.) hein ?
05 P non il n'y en a pas
06 I y en a pas niente

La version résumée de I au deuxième tour ne projette pas la réponse de P, qui garde le silence. Après une seconde, l'interprète reformate donc sa traduction pour la patiente en explicitant que la question de la sage-femme porte sur l'histoire médicale de sa famille et en donnant quelques exemples de maladies génétiques (04). Au tour 05, P manifeste sa compréhension de cette extension en répondant qu'il n'y en a pas et projette ainsi une confirmation de compréhension de la part de I, qui enfin traduit la réponse souhaitée.

Le deuxième exemple provient toujours du sous-corpus italien et se déroule dans un autre centre de planning familial, où une autre interprète aide la communication entre une autre sage-femme italophone et une autre patiente francophone. L'extrait se place vers la fin d'un entretien d'environ 42 minutes, lorsque pour décider la date d'un deuxième tampon, la sage-femme doit vérifier le jour où la patiente a terminé la thérapie qui lui avait été prescrite suite au premier.

EXEMPLE 2 (8IRE)

01 O quando l'ha interrotta la la terapia ?
02 I c'est quand que tu as fini la thérapie ?
03 P (.) ce médicament [là] ?
04 I [si] ehm la ehm le dernier jour que tu as fini ?
05 P ehm j'ai commencé le samedi
06 I ok (.) ha cominciato il sa [sabato]
07 P [quand quand] quand j'ai sorti de l'hôpital le samedi
08 I mm hm
09 P dans la soirée j'ai commencé (.) moi samedi (.) dimanche lundi mardi mercredi jeudi vendredi (.) samedi (.) dimanche lundi
10 I (.) ehm donc c'est lundi [une semaine fa]

[1] Conventions de transcription utilisées dans cet article:
? Première partie du coupe adjacent Question-Réponse
(.) Pauses en dessous d'une seconde
(x) Pause de x secondes
[ ] Chevauchement

```
11  P                            [voilà]
12  I   ehm ehm une semaine [ehm ehm ok]
13  P                       [voilà une semaine]
14  I   ehm hm ehm lunedì scorso (.) ha finito
```

La traduction de I au tour 02 ne suffit pas à obtenir une réponse de la part de P et plusieurs tours de négociation s'avèrent nécessaires (03-13) afin de construire la signification que I a la responsabilité de communiquer à O, à savoir que la thérapie a été terminée « lundi dernier ». Tout en se limitant à observer les tours de I, il est évident que la prétendue compréhension complète entre les interlocuteurs n'est qu'un mythe, puisque I doit faire tout un travail conversationnel pour (a) confirmer à P qu'il s'agit bien de ce médicament là (« sì », 04) ; (b) montrer sa réception du jour où la thérapie a commencé et passer à la traduction (« ok », 06) ; (c) stimuler la patiente à continuer son récit (« mm hm », 08) ; (d) s'assurer d'avoir bien compris quand la thérapie s'est terminée (« ehm donc c'est lundi une semaine fa », 10 ; « ehm ehm une semaine ehm ehm ok », 12), ce qui est confirmé par P avec deux tours en superposition (« voilà », 11 ; « voilà une semaine », 13) et enfin traduit en italien.

Le troisième exemple est tiré du sous-corpus belge et se déroule dans les bureaux du service social de l'hôpital. L'assistante sociale (O) est en train de collecter, à l'aide de l'interprète, des informations sur la situation d'un patient étranger afin de recouvrer les frais de santé que l'hôpital a anticipés. Le patient en question est inconnu de l'assistante qui, suivant le formulaire d'enquête sociale, lui demande ses généralités.

EXEMPLE 3 (3BCH)

```
01  O   donc on va voir son nom son prénom
02  I   di come vi chiamate ?
03  P   (.) INAUDIBILE
04      (1)
05  I   non ho capito Assid ?
06  P   Druic Assid
07  I   Rakovic ?
08  P   Druic Assid
09  I   Druich (.) Druich Assid
10      (3)
11  I   non sapete dirmi come si scrive ? D [R]
12  P                                       [ehm]
13      (3)
14  P   INAUDIBILE
15  I   [D]
16  P   [E]
17  I   E
18  P   E
19  I   E
20  P   double D
21  O   attends attends moi
22      (.)
23  I   E
24      (.)
25  O   D
26  P   E
27  I   doppia D ?
28      (.)
29  P   E double D
30      (.)
31  O   double D
32  I   double V peut-être ? Ewich ?
33      (.)
```

```
34      <rumore>
35  P   Druich (.) D A (.) E
36      (1)
37  I   A E
38      (.)
39  O   mm hm comme ça
40      (.)
41      (3)
42      <NN parla>
43  I   il vost il vostro nome è Assid
44  P   [mm hm]
45  I   [questo è] giusto (.) ma il co il cognome ?
```

Dans ce troisième exemple la question de O, traduite par I au deuxième tour, est suivie d'un tour incompréhensible, tant pour l'interprète que pour l'analyste. I fait donc une demande d'éclaircissement où elle manifeste, sans aucune hésitation, qu'elle n'a pas compris ce que le patient vient de dire. Cette question de I projette la réponse de P, mais en observant la réaction de l'interprète on constate que le problème de compréhension demeure, puisque I demande confirmation du nom qu'elle a compris (07). P réagit en répétant, une seconde fois, son nom et son prénom, et I lui fait écho manifestant qu'elle a du moins compris comment ce nom se prononce. Mais après 3 secondes de silence, I s'auto-sélectionne pour demander des éclaircissements sur la façon dont ce nom s'écrit, ce qui projette une séquence où l'on négocie, lettre par lettre et avec la collaboration des trois participants, le nom de famille du patient. Le fait que l'interprète se préoccupe à la fois de comprendre et de traduire la bonne prononciation du nom du patient et de vérifier comment cela s'écrit (11), montre que sa connaissance linguistique est ici au service des objectifs de l'activité en cours, c'est-à-dire remplir le dossier sur la situation socio-économique du patient. Le fait que l'assistante sociale se sélectionne pour inviter l'interprète à ralentir l'épellation (ce qui d'ailleurs se vérifie, à en juger par les pauses infra-tour qui suivent le 21) montre également une orientation vers le remplissage du dossier et confirme que c'est cette activité qui construit ce qu'il y a à dire, à faire et donc à traduire. La séquence se termine par un tour dans lequel I formule ce qui a été négocié jusqu'à ce moment-là et montre publiquement qu'elle a compris le prénom mais pas le nom du patient. Dans les tours suivants, que nous ne montrons pas, les trois participants chercheront inutilement à épeler encore ce nom, et I finira par demander à P de l'écrire sur un papier pour négocier la réponse projetée par l'assistante au tout premier tour.

Dans ces trois premiers exemples nous avons observé ce qui peut se produire, lors d'un entretien réel, entre la question du personnel intervieweur et la réponse du patient interviewé : l'interprète peut prendre un peu plus de place pour étendre sa version traductive de façon à la rendre plus compréhensible au patient (Ex. 1) ; elle peut aider le patient à placer les évènements dans le temps à travers des expansions des questions du soignant, qui demande des repères temporels précis (Ex. 2) ; elle peut contribuer, par ses propres demandes d'éclaircissement, à construire et à coordonner des séquences de négociation portant sur des données importantes pour l'entretien en cours (Ex. 3). Dans les trois cas, l'interprète s'éloigne du modèle télégraphique de la communication et parle avec sa propre voix afin de promouvoir la compréhension du patient et de s'assurer qu'il réponde à la question du personnel soignant. Son activité de coordination s'avère donc fonctionnelle aux objectifs et au déroulement de l'interview.

3.2 La voix de l'interprète dans l'entretien clinique simulé

Les simulations d'entretiens cliniques ont été également collectées au cours de notre recherche doctorale. Il s'agit de 31 jeux de rôle enregistrés pendant des examens de médiation italien-français qui se sont déroulés dans une université italienne (premier cycle). Nous en avons retenu 12, pour un

total d'environ 3 heures d'enregistrement, suivant des critères de comparabilité avec les interactions réelles sélectionnées pour l'analyse.

Dans les trois exemples que nous présenterons, les examinateurs sont un homme et une femme de langue maternelle française, mais avec une maîtrise parfaite de la langue italienne. Pendant les simulations d'examens, ils jouent respectivement le rôle d'un médecin italophone (O) et d'une patiente francophone (P) qui se servent d'un interprète (I) pour communiquer. Le rôle d'interprète bilingue y est joué par trois étudiantes de langue maternelle italienne qui ont un âge compris entre 20 et 30 ans. Les simulations se basent sur des scénarios écrits qui s'inspirent généralement de situations réelles et qui présentent tous les tours de parole des interlocuteurs primaires. Pour que les jeux se déroulent comme prévu, les étudiantes-interprètes doivent donc traduire fidèlement tout ce qu'ils disent.

Le premier extrait (Ex. 4) se place au début d'une simulation, là où le professeur-examinateur, après avoir brièvement introduit la situation à l'étudiante-examinée (« allora la signora è entrata al pronto soccorso al triage dove segnala delle palpitazioni »), prend la parole en tant que médecin et cherche à comprendre quel est le problème de la patiente.

EXEMPLE 4 (6ISS)

01	**O**	**eh sì bene (.) senta allora cosa c'è che non va ? signora qui c'è scritto (.) palpitazioni**
02	I	(1) ehm qu'est-ce qu'il y a qui ne va pas ? parce que le docteur sur le dossier médical a écrit que vous avez des palpitations
03	P	ah oui j'ai des palpitations docteur
04	I	(.)sì ha le palpitazioni
05	O	sì ho capito (.) cioè ha la sensazione che il cuore batta in modo irregolare ?
06	I	est-ce que vous avez [la sensation]
07	O	[è così ?]
08	I	que le cœur bat irr ehm d'une façon pas régulière ?
09	P	oui
10	**I**	**sì**

Le tour original de O et suivi d'une traduction élargie de l'interprète, qui explicite ce que le médecin a écrit sur le dossier médical de la patiente (« qui c'è scritto » > « le docteur sur le dossier médical a écrit ») et invite cette dernière à raconter ce qui ne va pas. Dans sa réponse (03), la patiente ne fait que répéter ce que le médecin connaît déjà. Notre interprétation est confirmée par la façon dont O réagit à la traduction de ce tour : « oui j'ai compris », après quoi il cherche à obtenir plus d'informations sur les palpitations de la patiente en posant une question plus précise dont il demande confirmation (cf. « è così ? » au tour 07 qui se superpose à la traduction de I). Malgré les quelques incertitudes et disfluences qui sont typiques de l'oral, l'interprète achève sa version traductive et projette la confirmation de P, qui est immédiatement traduite.

Dans cet exemple nous observons donc que la présence d'un interprète qui traduit, énoncé par énoncé, une séquence de questions-réponses n'assure pas nécessairement une compréhension immédiate entre les interlocuteurs. Tout en admettant, à en juger aussi par la version traductive de I, que la question initiale du médecin projetait le récit de la patiente, il n'en demeure pas moins que cette patiente ne l'a pas comprise ainsi, puisqu'elle se limite à répéter qu'elle a des palpitations. Cela confirme que la signification de la question de l'intervieweur n'est pas logée dans son tour de parole, mais dans le dialogue avec ses deux interlocuteurs : l'interprète, qui en traduisant manifeste sa compréhension de la question originale ; et l'interviewée, qui en répondant montre sa compréhension de la question traduite et projette ainsi une action successive de la part de l'interprète et de l'intervieweur.

L'exemple 5 présente un autre cas de non-compréhension où la traduction de la question du médecin n'est pas immédiatement suivie de la réponse de la patiente. Alors que dans l'exemple précédant c'était le médecin qui faisait l'effort de construire un terrain commun, dans ce cas-ci l'initiative revient à la patiente.

EXEMPLE 5 (1ISS)

01	**O**	**ha anche la sensazione di acidità gastrica ?**
02		(.)
03	I	avez-vous aussi avez-vous aussi de l'aci l'ehm l'impression d'une acidité à l'estomac ?
04		(2)
05	P	qu'est-ce que c'est que cette acidité ?
06	I	ehm des aigreurs (.) d'estomac
07	P	ah non
08		(.)
09	**I**	**mm no**

La version traductive de I est produite après une courte pause et manifeste l'incertitude de l'étudiante quant à la traduction de « acidità gastrica » (02). Sa traduction littérale n'est pas suivie de la réponse de P, qui garde le silence (04). Contrairement à ce qui se passe dans les données réelles, où après de si longues pauses c'est généralement l'interprète qui reprend la parole pour clarifier et/ou compléter sa traduction (cf. Ex. 1), ici c'est la patiente qui se sélectionne et qui manifeste sa non-compréhension du terme « acidité ». Elle projette ainsi une deuxième traduction de I, qui avance une nouvelle version : « aigreurs d'estomac ». P manifeste son acceptation de cette deuxième version traductive en donnant une réponse négative, qui est ensuite traduite pour le médecin.

De l'analyse de ces deux premiers extraits se dégagent trois traits typiques de nos données didactiques : (a) la participation des interprètes simulés se limite généralement à la traduction, énoncé par énoncé, des questions et des réponses des deux interlocuteurs primaires ; (b) la traduction énoncé par énoncé n'assure pas la compréhension mutuelle ; (c) en cas de non-compréhension, ce sont les deux interlocuteurs primaires qui s'efforcent de construire un terrain commun. Cela est d'autant plus vrai dans le troisième et dernier exemple didactique que nous présentons, où le médecin s'apprête à commencer l'examen physique de la patiente, qui au tour 04 demande : « ehm vous restez là ? ». En observant l'action successive de l'interprète on s'aperçoit de sa non-compréhension de la question, et les tours qui suivent ne font que confirmer que c'est encore une fois le médecin qui est le véritable coordinateur de l'échange.

EXEMPLE 6 (7ISS)

01	O	senta signora si tolga la camicia (1) e si sieda qui
02	I	enlevez votre chemise et asseyez-vous ici
03	O	mm hm
04	**P**	**ehm vous restez là ?**
05	I	lei rimane qui ?
06		(1)
07	O	io ?
08		(1)
09	I	[ehm]
10	O	[il] medico sì per forza
11	I	oui le médecin doit
12	O	lo chiedeva forse a lei ?
13	I	ah giusto
14	O	no non lo so

```
15  I   ehm (1) vous voulez dire moi l'interprète ?
16  P   ah oui bien sûr le
17  I   oui moi je dois rester ici
18  P   oui
19  I   pour
20  P   bon alors si vous êtes bien gentille vous tournez le dos quand même hein
21  I   (.) ehm
22  O   cosa dice ?
23  I   (.) dice che mi chiede di girarmi
24  O   (.) ehm vabbè insomma adesso vediamo signora
25  I   on va voir madame
```

La version traductive de I au tour 05 montre quelle est sa compréhension de l'original qui précède, c'est-à-dire une question adressée au médecin. La traduction est produite sans la moindre pause ni la moindre hésitation et peut être considérée comme formellement correcte. Les tours qui suivent nous montrent, cependant, que cette version est traitée comme problématique par O, qui se sélectionne et demande si la question (traduite) s'adressait à lui. Suivant le silence et l'hésitation de l'interprète, O répond à cette question traduite en disant que bien évidemment il va rester (il ne pourrait pas faire l'examen autrement). Encore une fois, l'interprète réagit en traduisant le tour précédent et manifeste ainsi qu'elle ne s'est pas aperçue du malentendu qui s'est généré dans cette conversation, où les deux autres interlocuteurs la traitent comme un participant à part entière, alors que l'interprète elle-même se positionne en tant que simple répétiteur du message d'autrui. Ce n'est qu'au tour 13 que l'étudiante réalise qu'elle a une place dans la conversation : le médecin a bien raison, même s'il fait semblant de ne pas être sûr de ce qu'il dit (14), et aux tours 15, 17 et 19 I parle donc en son nom pour résoudre le malentendu et répondre enfin à la question que la patiente lui avait adressée dans 04. Mais lorsque P lui adresse un autre tour (cette fois-ci une invitation à tourner le dos), l'interprète manifeste quelques incertitudes quant à la façon d'y « répondre » (cf. 20-21). Le médecin intervient alors pour redéfinir sa place dans l'interaction : avec son « cosa dice ? », littéralement « qu'est-ce qu'elle dit ? », il projette la traduction de l'interprète, qui reprend sa place de répétiteur de messages d'autrui.

4. Quelques considérations finales

La formation des interprètes de dialogue se base généralement sur l'idée que c'est en forgeant qu'on devient forgeron. Les cours et les examens d'interprétation se structurent pour la plupart comme des simulations où l'étudiant-interprète met en œuvre des stratégies qui vont vraisemblablement se révéler utiles dans son futur professionnel (PÖCHHACKER 2004 : 187; BALLARDINI 2006 : 66; RUDVIN et TOMASSINI 2011). Dans cet article, nous avons toutefois montré que ce que font (et apprennent) les étudiants dans les entretiens simulés n'est qu'une petite partie de ce que font les interprètes dans les entretiens réels. Alors que dans le monde réel la traduction se croise avec des formes de coordination servant à promouvoir la compréhension des interlocuteurs et donc à construire un terrain commun sur lequel la conversation peut continuer, dans la simulation on exerce uniquement l'activité qui est « idéalement » associée à l'interprétation de dialogue, c'est-à-dire la traduction de ce que disent les interlocuteurs primaires. Pas de quoi s'émerveiller, diront certains, étant donné le contexte d'examen dans lequel ces simulations se déroulent, où les étudiants parlent pour exhiber des connaissances plutôt que pour faciliter la communication entre deux interlocuteurs qui se comprennent d'ailleurs parfaitement. Et pourtant, trois considérations intéressantes se dégagent, nous semble-t-il, de l'analyse de plusieurs extraits de la sorte.

1. Malgré les avancements de la recherche sur l'interprétation de dialogue, qui a fourni « an empirical basis for the nonpossibility for interpreters to be nonpersons, very simply due to their being physically there » (BAHADIR 2001 : 4), les participants à nos simulations semblent

profondément liés à une conception télégraphique de l'interprétation, où l'interprète traduit les énoncés des deux interlocuteurs primaires sans participer à leur conversation (cf. Ex. 6, où l'étudiante-interprète a tant de mal à comprendre que la patiente s'adressait bien à elle). La seule activité construite (et donc exercée) dans ces simulations est une activité de traduction, qui se structure comme une succession de paires adjacentes tour-traduction-tour-traduction. Les éloignements de ce format, qui sont très peu nombreux et dont nous avons donné trois exemples, sont coordonnés par les deux examinateurs qui (a) décident de l'allocation et de la valeur des tours des interprètes, par exemple par des invitations à traduire (cf. Ex. 6, tour 22) ; (b) évaluent localement les compétences linguistiques des interprètes, par exemple par des demandes d'éclaircissements qui les stimulent à reformuler leur version traductive (cf. Ex 5, tour 05) ou par des « mm hm » avec lesquels ils accusent réception d'une traduction qu'ils jugent correcte, manifestant ainsi leur supériorité dans le domaine linguistique (cf. Ex. 6, tour 03).

2. Dans les entretiens réels, par contre, c'est l'interprète qui détient l'autorité linguistique et qui la met au service de la communication entre les représentants institutionnels et la patientèle étrangère. Ce qui compte, dans ce cas-ci, ce n'est pas de savoir faire la traduction de l'italien vers le français et vice-versa mais de savoir « traduire » – dans le sens étymologique de « déplacer » – le sens qui est construit dans l'interaction, de façon à ce qu'il soit partagé par les participants. Tandis que les interprètes simulés se limitent à répéter les énoncés d'autrui sans en négocier la compréhension et sans se préoccuper si le destinataire les comprend (puisque les interlocuteurs se comprennent de toute façon), les interprètes réelles prennent la place nécessaire à formater leurs énoncés pour le destinataire et à construire le sens et la compréhension dans l'interaction. Le format tour-traduction-tour-traduction s'alterne donc avec d'autres organisations de la traduction qui paraissent fortement influencées par l'activité en cours : c'est l'interview qui construit ce qu'il y a à dire (des questions et des réponses), à traduire (des versions de ces questions-réponses) et à faire (aider l'interviewé à s'exprimer ou clarifier le sens de sa réponse afin de la restituer à l'intervieweur) et c'est en parlant au nom de l'intervieweur et de l'interviewé, et en prenant la parole en leur propre nom, que les interprètes contribuent à construire un terrain commun sur lequel faire continuer l'interaction. Les interprètes en sont les coordinateurs et leur fonction de coordination est exercée : (a) dans la traduction, cette fois-ci au sens plus restreint de « restitution », puisque la langue de cette version de ce qui a été dit par le premier locuteur sélectionne le deuxième et puisque cette version contient des adaptations au destinataire à qui elle s'adresse (cf. l'adaptation de la question à propos des maladies génétiques dans l'Ex. 1) ; (b) dans tout ce qui n'est pas une traduction directe, puisque même les autres actions que nous avons illustrées, comme les extensions des questions du médecin ou les demandes d'éclaircissement au patient, sont d'une façon ou d'une autre liées à la « traduisibilité » de leurs tours, et donc fonctionnelles au déroulement et aux objectifs de l'interview en cours.

3. Malgré une apparente proximité de la réalité qu'elles mettent en scène, d'un point de vue interactionnel, nos simulations d'entretiens s'avèrent donc profondément inauthentiques. Si l'on en croit la pédagogie basée sur des tâches (cf. ELLIS 2003), l'authenticité interactionnelle a à voir avec stratégies communicatives qui sont utilisées dans une tâche et ce indépendamment du fait qu'il y ait ou pas un homologue réel. Effectivement, il existe des activités didactiques qui n'ont pas d'homologue dans la réalité, mais qui néanmoins stimulent les étudiants à utiliser des stratégies communicatives qui sont utilisées dans des situations réelles. Cela est par exemple le cas du *map task*, qui remonte aux années 80 et qui a été récemment utilisé dans la formation des interprètes en langue de signes (QUINN et al. 2010). De même, il existe des activités qui, tout en ayant un homologue réel, ne sont pas authentiques d'un point de vue interactionnel, puisque les étudiants n'utilisent pas la langue pour négocier des significations dans l'interaction, mais uniquement pour (re)produire des textes à évaluer. Cela est justement le cas des simulations que nous avons analysées, où l'inauthenticité interactionnelle est particulièrement visible dans les cas de non-compréhension. En effet, alors que les interprètes réelles n'hésitent pas à montrer leur difficulté

traductive, à demander des éclaircissements et à impliquer, si nécessaire, l'autre interlocuteur dans la résolution de « leur » problème de traduction (cf. Ex. 3), les interprètes simulés évitent les demandes d'éclaircissement et hasardent une traduction mauvaise, mais immédiate, plutôt que de prendre de la place pour négocier la compréhension dans l'interaction. Tout au plus, ce sont les deux interlocuteurs primaires qui mettent en place des actions de coordination visant à construire un terrain commun sur lequel la simulation peut continuer (cf. Ex. 4 et 5).

Ces trois réflexions, qui ne prétendent certainement pas être résolutives, peuvent cependant aider à comprendre la complexité de l'activité de l'interprète, qui ne se borne pas à la restitution d'un ou plusieurs énoncés, mais implique la responsabilité d'une compréhension partagée. C'est l'interaction bilingue elle-même qui donne à l'interprète cette responsabilité communicative ou qui la lui enlève, comme dans le cas de simulations où l'étudiant-interprète n'exerce aucune responsabilité étant donné que les interlocuteurs primaires ont une plus grande autorité dans le domaine linguistique et sont parfaitement à même de communiquer sans son aide. La simplification qui est mise en jeu peut certes servir à vérifier les compétences traductives et la préparation terminologique des futurs interprètes, mais elle s'avère doublement inauthentique. Non seulement les interprètes simulés n'utilisent pas les mêmes stratégies communicatives que les interprètes réels, mais la simulation se base sur une idée qui est, elle-même, inauthentique : que la « bonne » communication est celle où les locuteurs se comprennent tout de suite et la « bonne » interprétation celle où on reproduit immédiatement les énoncés des interlocuteurs primaires sans besoin de les négocier.

L'analyse conversationnelle d'entretiens réels a montré que cette idée ne correspond pas à la réalité. Les significations sont construites dans l'interaction et la compréhension est une question de gestion et de coordination des participants : elle n'est pas du tout assurée par la restitution immédiate des énoncés des interlocuteurs primaires, mais elle est négociée tour par tour, avec plus ou moins de difficultés, avec les interlocuteurs eux-mêmes. Puisque c'est dans ce type d'interaction que les interprètes de dialogue devront faire leur travail, il faudrait peut-être repartir de la question fondamentale de tout échange communicatif, à savoir « comment est-ce qu'on parvient à se comprendre ? », et trouver des moyens pour stimuler les étudiants à y réfléchir. Car si nous entendons la communication au sens étymologique du terme, comme une « compréhension partagée » de ce qu'on dit et de ce qui se passe dans l'interaction (cf. ASTON 1988 : 46), les interprètes doivent absolument en connaître le fonctionnement pour être en mesure d'assumer la responsabilité de la communication entre l'institution et la patientèle étrangère. Cela équivaut non seulement à savoir prendre sa place, lorsque la traduction ne suffit pas à construire une compréhension partagée, mais aussi à savoir la laisser aux autres, lorsqu'ils parviennent déjà à construire ce terrain commun sur lequel l'interaction peut se poursuivre. Nous sommes donc d'accord avec Anderson (2012) quand elle affirme que les interprètes devraient développer une certaine sensibilité aux comportements verbaux qui peuvent indiquer la compréhension et/ou la non-compréhension de la part des participants, et se demander si et comment répondre à ces indices. Car la traduction, nous l'avons vu, n'est pas toujours la façon la meilleure de « répondre » et le jeu de rôle traditionnel n'est peut être pas la façon la meilleure pour apprendre à le faire.

Références

ANDERSON, Laurie, « Code-switching and coordination in interpreter-mediated interactions », in BARALDI, Claudio, GAVIOLI, Laura (éds.), *Coordinating participation in dialogue interpreting*, Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins, 2012, p. 115-148.

ANGELELLI, Claudia, *Medical interpreting and cross-cultural communication*, Cambridge, Cambridge University Press, 2004.
ASTON, Guy, *Learning comity: An approach to the description and pedagogy of interactional speech*, Bologna, CLUEB, 1988.
ATKINSON, J. Maxwell, HERITAGE, John (éds.), *Structures of social action*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984.
BAHADIR, Sebnem, « The empowerment of the (community) interpreter: The right to speak with a voice of ones's own », Critical Link 3 Conference paper, 2001, available at http://criticallink.org/conferences/conference-papers/critical-link-3/
BALLARDINI, Elio, « Pour un enseignement universitaire de l'interprétation en milieu médical », *Etudes de Linguistique Appliquée*, n. 141, 2006, p. 43-50.
BARALDI, Claudio, GAVIOLI, Laura (éds.), *Coordinating participation in dialogue interpreting*, Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins, 2012.
BARALDI, Claudio, « Interpreting as dialogic mediation: The relevance of interpreters' expansions », in BARALDI, Claudio, GAVIOLI, Laura (éds.), *Coordinating participation in dialogue interpreting*, Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins, 2012, p. 297-396.
BOLDEN, Galina, « Toward understanding practices of medical interpreting: Interpreters' involvement in history taking », *Discourse Studies*, n. 2, 4, 2000, p. 387-419.
ELLIS, Rod, *Task-based language learning and teaching*, Oxford, Oxford University Press, 2003.
FARINI, Federico, « Traduttore o interprete morale? Il mediatore culturale nelle relazioni terapeutiche », *Etnografia e ricerca qualitativa*, n. 1, p. 55-78.
GAVIOLI, Laura, (éd.), *La mediazione linguistico-culturale: Una prospettiva interazionista*, Perugia, Guerra Edizioni, 2009.
GAVIOLI, Laura, « Interpreter minimal responses in interpreter-mediated medical talk », in BARALDI, Claudio, GAVIOLI, Laura (éds.), *Coordinating participation in dialogue interpreting*, Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins, 2012, p. 201-228.
GAVIOLI, Laura, NIEMANTS, Natacha S.A., « La négociation de la 'traduisibilité': Quelques pratiques d'interprétation dans les entretiens cliniques », in LONDEI, Danielle, SANTONE, Laura (éds.), *Le linguiste et l'anthropologue: Modèles et expériences d'écriture*, Berne, Peter Lang, à paraître.
GOFFMAN, Erving, *Forms of talk*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1961.
GROSSEN, Michèle, SALAZAR-ORVIG, Anne, (éds.), *L'entretien clinique en pratiques. Analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène*, Paris, Belin, 2006.
HERITAGE, John, CLAYMAN, Steven, *Talk in action*, Chichester, Wiley-Blackwell, 2010.
KRYSTALLIDOU, Dimitra, *The interpreter's role in medical consultations as perceived and as interactionally negotiated. A study of a Flemish hospital setting, using interview data and video recorded interactions*, Thesis submitted in fulfillment of the requirements for the degree of Doctor in Translation Studies, Ghent University, 2013.
MAJOR, George, NAPIER, Jemina, « Interpreting and knowledge mediation in the healthcare setting: What do we really mean by 'accuracy'? », in MONTALT, Vincent, SHUTTLEWORTH, Mark (éds.), *Linguistica antiverpiesa: Translation & knowledge mediation in medical and health settings*, Antwerp, Artesius University College, 2012, p. 207-226.
MASON, Ian (éd.) *Dialogue interpreting*. Special Issue, *The Translator*, n. 5, 2, 1999.
MASON, Ian, « On mutual accessibility of contextual assumptions in dialogue interpreting », *Journal of Pragmatics*, n. 38, 2006, p. 359-373.
MERLINI, Raffaela, FAVARON, Roberta, « Examining the 'voice of interpreting' in speech pathology », *Interpreting*, n. 7, 2, 2005, p. 263-301.
METZGER, Melanie, *Sign language interpreting: Deconstructing the myth of neutrality*, Washington, Gallaudet University Press, 1999.
MEYER, Bernd, APFELBAUM, Birgit, POCHHACKER, Franz, BISCHOFF, Alexandre « Analysing interpreted doctor-patient communication from the perspectives of linguistics,

interpreting studies and health sciences », in BRUNETTE, Louise, BASTIN, Georges, HEMLIN, Isabelle, CLARKE, Heather (éds.), *The Critical Link 3*, Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins, 2003, p. 67-79.
MONDADA, Lorenza, « L'interprétation online par les co-participants de la structuration du tour in fieri en TCUs: Evidences multimodales », *TRANEL*, n. 48, 2007, p. 7-38.
PASQUANDREA, Sergio, « Managing multiple actions through multimodality. Doctors' involvement in interpreter-mediated interactions », *Language in Society*, n. 40, 4, 2011, p. 455-481.
PÖCHHACKER, Franz, *Introducing interpreting studies*, London/New York, Routledge, 2004.
POKORN, Nike, FELGNER, Lars, « Where should I stand? Challenging the 'ideal' seating arrangement in health-care interpreting », paper presented at the 7th EST Congress, Germersheim, Germany, August 29-September 1, 2013.
QUINN, Gary, TURNER, Graham, DAVIES, Bethan, MERRISON, A.J. « A new research tool for exploring the landscape of signed dialogue », poster presented at TISLR 2010, available at: http://www.slls.eu/output/posters/TISLR10_Quinn.pdf
RUDVIN, Mette, TOMASSINI, Elena, *Interpreting in the community and workplace*, New York et al., Palgrave Macmillan, 2011.
SACKS, Harvey, SCHEGLOFF, Emmanuel, JEFFERSON, Gail, « A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation », *Language*, n. 50, 1974, p. 696-735.
SHANNON, Claude Elwood, WEAVER, Warren, *The mathematical theory of communication*, Chicago, University of Illinois Press, 1963.
TRAVERSO, Véronique, *L'analyse des conversations*, Paris, Armand Colin, 1999.
TRAVERSO, Véronique, « Rencontres interculturelles à l'hôpital: La consultation médicale avec interprète », *Tranel*, n. 36, 2003, p. 81-100.
TURNER, Graham, « Ensemble interpreting for essential public services: Training issues in interpreter-mediated interaction », paper presented at the 2nd AIM International Workshop, Modena, Italy, 9-10 Mai, 2013.
VALERO GARCES, Carmen, « Doctor-patient consultations in diadic and triadic exchanges », *Interpreting*, n. 7, 2, 2005, p. 193-210.
WADENSJÖ, Cecilia, *Interpreting as Interaction*, London/New York, Longman, 1998.
WINKIN, Yves, *Anthropologie de la communication*, Paris, Seuil, 2001.
ZORZI, Daniela, « Studi conversazionali e interpretazione », in BERSANI BERSELLI, Gabriele, MACK, Gabriele, ZORZI, Daniela (éds.), *Linguistica e interpretazione*, Bologna, CLUEB, 2004, 73-90.