

DU TERME A TRADUIRE AU TERME TRADUIT : MOMENTS DE NEGOCIATION DANS L'INTERPRETATION DE DIALOGUE EN MILIEU MEDICAL

Natacha S.A. NIEMANTS

Università di Bologna e Università di Macerata

natacha.niemants@gmail.com

Mots-clefs : entretien clinique, interprétation de dialogue, médiation interculturelle, terminologie médicale, traduction, coordination, négociation

Introduction

En raison de la quantité de patients étrangers qui ont accès aux centres de soins, la participation des interprètes aux entretiens cliniques s'avère cruciale. Nos recherches ont montré (NIEMANTS 2015), en se basant sur l'analyse d'un corpus d'entretiens authentiques italien-français, que la pratique de l'interprétation de dialogue s'éloigne souvent des « normes » de l'éthique professionnelle (cf. AAVV 2004) et de la formation universitaire (cf. MACK et RUSSO 2005). En particulier, l'interprétation ne suit pas nécessairement ce que Reddy (1979) a nommé le « modèle du conduit », qui voudrait que l'interprète (I) traduise tour-par-tour (T) les énoncés de deux interlocuteurs primaires (A et B) qui ne se comprennent point.

A: Tour 1 (T1 dans la langue de A)

I: Tour 1' (= traduction du T1 dans la langue de B)

B: Tour 2 (T2 dans la langue de B)

I: Tour 2' (= traduction du T2 dans la langue de A)

A: Tour 3 (T3 dans la langue de A)

I: Tour 3' (= traduction du T3 dans la langue de B)

B: ...

Les éloignements de ce modèle sont particulièrement évidents en présence de la terminologie scientifique, là où la traduction des termes médicaux est souvent le résultat d'une construction conjointe, le produit d'un jeu d'initiatives communicatives visant à la compréhension partagée de ce dont on parle. De fait, les termes ne permettent de référer « que si d'autres locuteurs établissent le même lien entre une catégorie dans le monde et un signe » (GAUDIN 2003 : 35) et ce lien se construit *dans* et *à travers* l'interaction.

L'étude qui suit se situe dans une perspective socioterminologique qui résulte, pour employer les mots de Gaudin, « d'une position épistémologique critique : accent mis sur les pratiques langagières et non plus sur la seule 'langue' réglée des experts et des normes ; [...] primat accordé à la description sur la prescription dans l'intervention des linguistes » (1994 : 7). Comme ce même auteur l'a mieux précisé dans des ouvrages successifs (GAUDIN 2003 et 2005), la socioterminologie est une approche sociolinguistique de la terminologie qui se caractérise par

l'étude de la circulation sociale des termes, en prenant en compte l'attitude du locuteur envers les termes véhiculés (cf. aussi GAMBIER 1991).

Suivant une telle perspective, dans cet essai nous mettrons l'accent sur les pratiques langagières des participants à une interaction et sur la façon dont ils réagissent aux termes techniques. En particulier, nous analyserons deux moments de négociation de termes à traduire et nous observerons que la traduction de « *menarca* » (italien > français) ou de « paludisme » (français > italien) est le fruit d'une activité coopérative impliquant l'interprète et le patient, dans le premier cas, et l'interprète et les deux autres interlocuteurs, dans le second.

Notre objectif est de montrer que la traduction de la terminologie médicale est loin d'être une question purement linguistique qui n'intéresse que les interprètes, mais s'insère dans un mécanisme de gestion de la compréhension des interlocuteurs (BARALDI et GAVIOLI 2012) qui se rattache à la question plus générale de la vulgarisation scientifique (JACOBI 1986). En effet, la prévention de nombreuses maladies « dépend de la capacité à *informer* les populations concernées » (SLODZIAN 1994 : 36 [italique dans l'original]) et cette information passe par une double traduction : non seulement la traduction entre deux langues, mais aussi la traduction entre le monde savant du médecin et le moins savant du patient. Dans un cas comme dans l'autre, les interprètes occupent la position dite « du 3^e homme », se rapprochant d'autres « groupes-charnière » dans la socialisation des savoirs (cf. GAMBIER 1991 : 13).

1. Quelques repères théoriques

Les analyses d'entretiens cliniques en présence d'un interprète sont assez récentes et remontent à la thèse de Wadensjö (1998) sur des interactions entre locuteurs parlant suédois et russe. 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 de langue – entre autre – arabe (VALERO-GARCES 2005), chinoise (PASQUANDREA 2011), espagnole (ANGELELLI 2004), française (TRAVERSO 2003), italienne (MERLINI et FAVARON 2005), néerlandaise (KRYSTALLIDOU 2013), portugaise (MEYER et al. 2003) et russe (BOLDEN 2000).

Ces études ont montré que, indépendamment des langues impliquées, les interprètes ne font pas une simple traduction des tours individuels du médecin ou du patient, mais exercent en même temps une activité de « coordination » (WADENSJÖ 1998), par laquelle ils contribuent à l'organisation des tours de parole et au développement de l'entretien.

1.1 Traduction et coordination

Tout en étant indissociables dans l'interaction, ces deux fonctions peuvent être plus ou moins évidentes dans une interprétation de dialogue.

D'après Wadensjö (1998 : 106), 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 aux énoncés des interlocuteurs primaires, ces reformulations peuvent être qualifiées comme extensions ou réductions (cf. WADENSJÖ 1998 : 107) ou bien analysées en tant que tours synonymiques. En effet, si l'on en croit à Cappello et al.,

La synonymie, au sens de *dire la même chose d'une autre manière*, existe également au niveau de la phrase, de l'énoncé ou du tour de parole. Bien évidemment, il ne saurait s'agir d'éliminer la dimension lexicale de la question de la

synonymie et de l'équivalence sémantique, mais de la dépasser et de l'intégrer à une conception élargie de ce que l'on nommera la *synonymie discursive*. (2012 : 9 [italique dans l'original]).

La construction collaborative de la traduction dans l'interaction peut donc être envisagée aussi comme une construction collaborative de la « synonymie discursive » dans une autre langue, là où la synonymie peut devenir une véritable stratégie communicative visant à clarifier le sens pour un interlocuteur moins savant (BURGER 2012). Comme le souligne Prandi,

Un lessico di specialità non rimane confinato a un'élite di specialisti, ma circola in una società stratificata, dove gli specialisti puri coesistono con gli utenti non specializzati e con gli specialisti che con questi ultimi sono in contatto. Per venire incontro in modo adeguato alle diverse funzioni sociali, un lessico di specialità è pronto a stratificarsi in funzione della stratificazione degli utenti esattamente come l'accesso ai lessemi di una lingua naturale si differenzia in funzione della stratificazione sociale dei parlanti. Sullo sfondo di queste osservazioni, la sinonimia diventa una risorsa funzionale (2009 : nd).

Autrement dit, « il ne suffit pas, quand on transmet un savoir, de parler vrai, il faut aussi parler clair » (GAUDIN 1994 : 11) et la synonymie peut justement servir à traduire les termes du spécialiste dans les mots du patient, en faisant ainsi la médiation entre la « voix de la médecine » et celle « du monde vécu » (cf. LACOSTE 1993 à propos de MISHLER 1984).

L'interprétation est (premièrement) *coordination* lorsque l'interprète prend toute sa place de 3^e homme dans l'interaction et produit des énoncés qui n'ont pas nécessairement d'homologue dans le tour « original » des deux autres interlocuteurs. Entre autre, ces énoncés peuvent servir à vérifier d'avoir bien compris ce qui précède, ce qui est par exemple le cas des questions d'éclaircissement dont parle Wadensjö (1998 : 110), ou à promouvoir le récit des interlocuteurs qui peinent à s'exprimer, ce qui est plutôt le cas des questions de promotion analysées par Baraldi (2012). Dans un cas comme dans l'autre, la coordination de l'interprète s'avère cruciale pour négocier la parole à traduire, qui ne peut exister que si l'interlocuteur s'exprime et l'interprète le comprend.

Par ailleurs, la recherche montre que, outre à comprendre la langue parlée par le patient étranger, l'interprète doit comprendre le fonctionnement, les phases et les objectifs de l'entretien clinique (GROSSEN et SALAZAR-ORVIG 2006 ; HERITAGE et MAYNARD 2006). A ce propos, les études de Davidson sur la phase de collecte d'informations (ou anamnèse) du patient ont montré que « while the interpreters do in fact convey much of what is said, they also interpret selectively, and appear to do so in a patterned (non-random) fashion » (2000: 400). Plus précisément, les interprètes ont tendance à réduire les réponses des patients en ne laissant filtrer que les informations servant à reconstruire leur histoire clinique et en éliminant ce qui n'a pas trait à l'anamnèse. Ce faisant, ils affichent leur compréhension des priorités et des raisons de cette phase et ils agissent en tant que « informational gatekeepers who keep the interview 'on track' and the physician on schedule » (*Ibid.*).

Comme le souligne Davidson lui-même, les interprètes traduisent *pour une raison*, parce qu'il y a un objectif communicatif à atteindre (*Ibid.*) et une analyse socioterminologique bien comprise ne peut pas être « coupée de la pratique sociale, des discours au sein desquels les termes sont utilisés, des visées pragmatiques qu'ils servent » (GAUDIN 1994 : 8). Lorsqu'on analyse les tours des interprètes, on devrait donc peut-être également les juger en fonction de leur capacité de contribuer aux visées de l'interaction en cours, et non pas seulement en fonction de leur proximité aux tours, et aux termes, originaux. Dans le cas de l'anamnèse, qui se structure comme une série de questions du médecin et de réponses du patient (HERITAGE 2010a), la traduction de ces questions et réponses n'est vraisemblablement pas la seule action servant à collecter des informations sur le patient. En fait, plusieurs études sur les entretiens cliniques en présence d'un interprète montrent que celui-ci agit en tant que « co-interviewer » (DAVIDSON 2000), « co-diagnostician » (HSIEH 2007) ou « co-therapist » (BOT et VERREPT 2010) qui coordonne l'interview du patient, lui pose à son tour

des questions et obtient, ce faisant, davantage d'informations. Sans vouloir juger cette pratique, qui paraît assez fréquente dans le domaine médical, nous nous limiterons ici à observer que les médecins ont tendance à déléguer certaines tâches (comme collecter des informations ou fournir des indications) à l'interprète, qui est perçu comme faisant partie d'une équipe et comme collaborateur du personnel soignant.

2. Description des données et de la méthodologie

Notre étude se base sur une conversation qui fait partie d'un plus vaste corpus d'entretiens cliniques. Il s'agit d'une vingtaine d'interactions, dont certaines ont été enregistrées dans deux provinces de la région Emilie-Romagne et impliquent des patients francophones, tandis que d'autres ont été enregistrées 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.

Comme la plupart des entretiens que nous avons enregistrés et transcrits,¹ cette conversation se déroule dans le service d'obstétrique et de gynécologie avec une médecin (M), une patiente (P) et une interprète (I) de sexe féminin. Aussi bien la patiente que l'interprète sont « africaines », mais P est une ivoirienne qui a longtemps vécu au Burkina Faso, alors que I est une tunisienne de langue maternelle arabe. Toutes deux utilisent le français comme langue véhiculaire et aussi bien leur degré de connaissance de cette langue seconde que leur provenance géographique auront des retombées sur l'interaction en question.

L'approche méthodologique utilisée est celle de l'Analyse Conversationnelle (AC), qui remonte à une publication par trois chercheurs américains (SACKS et al. 1974) et qui a ensuite été reprise par plusieurs chercheurs français (cf. TRAVERSO 1999 ; MONDADA 2007). L'une des thèses de l'AC est que 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. Le concept de base de l'AC est la « paire adjacente », à savoir une paire de tours complémentaires tels que

Ann: Pourquoi ne viens-tu pas me voir un de ces [jours.
Bar: [Je voudrais
vraiment.

Cet exemple tiré (et traduit) de Heritage (2010b : 212) montre qu'il existe une « action première » qui projette une action complémentaire de la part de l'interlocuteur, ainsi qu'une « action seconde » qui se réfère à la première, et que cette paire adjacente manifeste ce que l'interlocuteur (dans notre cas Bar) a compris de l'activité en cours. Si Bar répondait par un

Bar: Je suis désolée. J'ai été débordée ces derniers temps.

elle manifesterait avoir interprété le même énoncé d'une manière différente : non pas comme une invitation, mais comme une plainte de Ann.

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

Le fait de « montrer » sa propre interprétation de l'activité en cours est crucial pour la co-construction de l'interaction. Heritage (1985) parle d'ailleurs de « rendre publique », c'est-à-dire claire pour les interlocuteurs, notre interprétation de cette activité. Ainsi, les actions qui ont lieu dans la conversation non seulement se réfèrent aux actions précédentes, mais, ce faisant, rendent publique une manifestation de compréhension de l'action à laquelle elles se réfèrent.

Il en découle deux considérations importantes pour les études sur l'interprétation. Tout d'abord, puisque l'interaction en présence d'un interprète se produit entre locuteurs de langues différentes, la « manifestation publique » à travers laquelle les interlocuteurs montrent aux uns et aux autres leur propre interprétation des activités en cours devra prendre des formes différentes par rapport à ce qui se passe dans l'interaction monolingue, et ces formes seront vraisemblablement des formes de traduction (GAVIOLI et NIEMANTS 2013 : 238).

Ensuite, la présence de la traduction constitue une véritable richesse pour les études sur l'interaction. Le tour de l'interprète correspond, en fait, à une réponse spéciale au tour qui précède : ce n'est pas une *réponse* à l'énoncé de l'interlocuteur primaire, mais une *version de cet énoncé* (cf. MASON 2006 : 364-365). En l'observant avec les lentilles analytiques de l'AC, on peut donc vérifier à la fois la réception de cet énoncé de la part de l'interprète, c'est-à-dire sa compréhension, et sa production d'une version pour l'autre interlocuteur. C'est ce que les analystes de la conversation appellent *recipient design*, se référant à une « multitude of respects in which the talk by a party in a conversation is constructed or designed in ways which display an orientation and sensitivity to the particular other(s) who are the co-participants » (SACKS et al. 1974 : 727).

Comme le remarquent Heritage et Clayman (2010 : 136), cette orientation vers l'interlocuteur est particulièrement visible dans les questions que le médecin adresse au patient lors de l'anamnèse. En effet, ces actions premières 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 du médecin intervieweur aux circonstances du patient interviewé ; et d'autre part, le type de réponse que le médecin souhaite recevoir afin d'atteindre les objectifs de l'interview.

Or, dans l'interprétation de dialogue en milieu médical, entre les questions du médecin et les réponses du patient il y a la compréhension de l'interprète, qui tout en devant limiter son intrusion dans la conversation, ne peut pas se passer de donner sa propre interprétation de la parole à traduire, prenant ainsi sa place dans l'entretien.

3. Analyse des entretiens

Notre analyse porte sur deux exemples de négociation qui se déroulent pendant l'anamnèse : le premier commence lorsque le médecin italoophone prononce le terme « *menarca* » (litt. ménarche) ; le second débute quand la patiente francophone fait allusion au « paludisme ».

3.1 Premier terme : *menarca*

Au cours de l'anamnèse, le médecin (M) demande à la patiente (P) quand ses règles sont apparues pour la première fois (EX. 1). Alors que M se limite à prononcer le terme médical *menarca* avec intonation montante, l'interprète (I) « reformate » ce premier tour de façon à promouvoir la compréhension de la patiente (cf. le tour synonymique « la première fois que tu as eu les règles »). Malgré cette version « élargie » du tour original (cf. WADENSJO 1998 : 107), la traduction n'est

pas suivie de la réponse de la patiente, qui signale sa réception (cf. « mm hm » au tour 04) mais garde le silence (cf. les pauses aux tours 03, 06, 08). Interprétant ces actions comme des signaux de non-compréhension, I pose donc plusieurs questions de promotion (cf. 05, 07, 09) afin que P réponde, enfin, à la question posée par M au premier tour.

EXEMPLE 1

01 M **menarca** ?
02 I **allora la la première fois que tu as eu la (.) les règles ?**
03 (.)
04 P mm hm
05 I **la première fois (.) à quelle età ?**
06 (.)
07 I **onze ans douze ans treize ans ?**
08 (1)
09 I **les règles (.) le sang ?**
10 P ehm (.) en ce moment j' avais
11 (2)
12 I *allora lei [è sana nega patologia]*
13 P [treize ans comme ça]
14 I treize ?
15 P mm [hm]
16 I [tredici] *più o meno*
17 A ok tredici anni

En analysant les quatre premiers tours de I nous remarquons que l'interprète s'éloigne de la traduction tour-par-tour pour simplifier le terme à traduire (de « premières règles », à « règles », à « sang »). Ces trois synonymes discursifs ont la fonction de rendre la question du médecin, qui est formulée avec un terme technique, dans des mots plus accessibles à la patiente et ils sont proposés par l'interprète en réponse aux hésitations et aux silences de cette patiente, c'est-à-dire co-construits dans l'enchaînement des tours des deux interlocuteurs.

Dans ce premier exemple nous voyons donc que la traduction d'un terme comme *menarca* n'est pas affaire à l'interprète elle-seule, mais un travail collaboratif impliquant à la fois l'émetteur et le destinataire de la parole traduite, qui est un accomplissement pratique des participants et qui pourrait dépendre de leur stratification sociale.

Nous observons, en outre, que les activités de traduction et de promotion du récit s'entrelacent avec une activité de « co-interviewing » (DAVIDSON 2000). N'ayant pas encore obtenu la réponse qu'elle est censée traduire, au tour 12 l'interprète récupère une information qu'elle avait collectée auparavant, pendant l'interview de la patiente que la médecin elle-même l'avait précédemment déléguée à faire. Ce faisant, elle affiche ce rôle de coordinateur de l'interaction bilingue dont parlent Wadensjö (1998) et d'autres auteurs dans son sillage.²

3.2 Second terme : paludisme

Notre deuxième objet d'analyse apparaît environ deux minutes plus tard, lorsque médecin et interprète continuent de co-interviewer la patiente, lui demandant si elle a eu des maladies particulières lorsqu'elle était en Afrique. La patiente répond que non, puis elle précise qu'elle n'a

² Pour un recueil de contributions récentes de certains de ces auteurs, cf. BARALDI et GAVIOLI 2012.

rien eu sauf le « palu ». ³ Ce terme n'est pas immédiatement traduit dans le tour successif, mais négocié dans l'enchaînement des tours qui suivent, où l'interprète, la patiente et le médecin co-construisent une longue séquence de négociation visant à tracer l'histoire médicale de la femme enceinte.

L'analyse conversationnelle de cette séquence montre que l'interprète exerce la responsabilité de communiquer des significations qui sont construites dans l'interaction et qui sont fonctionnelles à l'activité en cours. C'est en vertu de cette responsabilité que l'interprète s'éloigne du modèle de traduction tour-par-tour pour négocier la signification d'un terme qu'elle ne connaît visiblement pas (EX. 2a) et propose enfin de vérifier la traduction du terme sur internet (EX. 2b). Nous en dirons davantage après chaque extrait.

EXEMPLE 2a

01 P non sauf le **palu**
02 I **mm hm (.) ce palu là (.) alors le palu c'est (.) ehm (1)**
cioè tu m'expliques bien qu'est-ce que c'est ehm ?
03 (.)
04 P le le palu c'est (2) huh (1)
05 I **une maladie de de la**
06 P [c'est c'est]
07 I **[de de la] peau ?**
08 P non
09 I **[non]**
10 P [c'est] une maladie de (.) huh (.) qu'est ce que je vais
dire
11 M *paludesomia*
12 (.)
13 I **mm hm (.) infatti adesso mi spiega bene perché non lo riesco**
anche io a
14 (.)
15 P ehm le palu ça fait vomir vu [vomissement]
16 I [vomita] dice vomita
17 P [voilà]
18 I [ehm] (.) *questo palu*
19 P si si si tu as le palu (.) tu (.) tu vomis mais si tu vomis
ça ça finit vite vite
20 I hm
21 P mm hm
22 I c'est ma c'est une maladie ehm (.) ehm une maladie ehm (.)
ehm (.) *perché ehm secondo me sono le nausea però per*
23 P le palu c'est toutes les générations de (.) de l'Afrique
tout tout le monde attrape le palu
24 (.)
25 I *[ah dice che]*
26 P [c'est voilà] c'est le moustique (.) si le moustique te
pique tu as le palu

³ Comme l'écrit Dumont (1990 : 157) « Quand un Africain dit *palu pour « paludisme » (ou « malaria » qui a pratiquement disparu de l'usage), il altère la composition sémique du lexème en éliminant les traits « médical » et « savant », et s'approprie cette dénomination en la faisant coller à la réalité quotidienne ». Une *réalité quotidienne* que la patiente cherchera à décrire dans les tours qui vont suivre, contribuant ainsi à la traduction de ce terme.

27 I ah [dice]
 28 M [dimmi]
 29 I ehm sono allora (.) ehm dice tutti hanno questa cosa in in
 Africa perché
 30 M [perché ?]
 31 I [portano le] le le mosche (.) quando ti punge la mosca
 32 M ah
 33 I cos'è ehm c'è la
 34 (2)
 35 I tipo la
 36 (3)
 37 P puisque [INAUDIBLE]
 38 I [è una cosa infettiva praticamente] ti fa venire il
 vomito dice però è guarita cioè
 39 (.)
 40 M [cioè]
 41 I [tu as] prise des des médecines pour guérir ou ça va (.)
 tout seul (.) cette maladie ?
 42 (.)
 43 P ah (.) si tu vomis ça va toute seule mais si tu ne vomis pas
 il faut que on fait des perfusions
 44 I [c'est]
 45 P [si on fait] des perfusions (.) ça va
 46 I ok
 47 P mm hm
 48 I *si lei praticamente è guarita perché ha vomitato (.) dice se
 vomiti guarisci (.) se non vomiti ti devono fare delle per
 delle perforazioni delle (.) delle ehm*
 49 M [ah]
 50 I [tipo] antidoto
 51 M palud (.) com'è che l'ha chiamata ? [palu]
 52 I [palu] palu
 53 M palu
 54 P palu
 55 I palu cioè s si può andare su google e vedere
 56 M huh

Dans les 10 premiers tours de cet extrait, I cherche à comprendre la signification du terme qu'elle ne connaît pas en négociant avec P de quoi il s'agit. Suite aux silences et aux hésitations de la patiente, l'interprète propose une définition (cf. « une maladie de la peau » aux tours 05-07), qui est toutefois rejetée (cf. le « non » de P au tour 08). La séquence dyadique interprète-patient est interrompue par la voix de la médecine, là où M se réinsère dans la conversation proposant sa propre traduction : « paludesomia », se composant du préfixe « *palude* » – probablement par assonance avec le français « palu(disme) » – et du suffixe d'étymologie grecque « *somia* » – souvent utilisé dans le domaine médical pour se référer au corps.

La production de ce terme, qui n'est d'ailleurs pas attesté, montre que malgré la barrière linguistique qui la sépare de la patiente, la spécialiste cherche à faire ce qu'elle est censée faire dans toute consultation médicale, c'est-à-dire traduire les mots du monde vécu en termes organiques, biologiques ou cliniques (cf. BALLIU 2010). Ce faisant elle projette la réaction de l'interprète, qui manifeste publiquement sa difficulté terminologique à la médecin, jusqu'à présent exclue de la

conversation en français, et qui l'implique ainsi dans une séquence de négociation à trois participants :

- 1) la patiente, qui cherche à expliquer en quoi consiste la maladie avec des tours descriptifs (cf. 15, 19, 23, 26, 43 et 45) et des réponses minimales (cf. 17, 21, 47 et 54) d'où se dégage la voix du monde vécu ;
- 2) l'interprète, qui recommence à traduire ce que dit la patiente pour inclure la médecin dans la conversation (cf. l'utilisation du verbe « dire » aux tours 25, 27 et 29), en cherchant à faire le lien entre deux langues et deux mondes qu'elle ne maîtrise visiblement pas (cf. les hésitations et les erreurs dans la traduction de mots – comme « moustique » – et de termes – comme « perfusion ») ;
- 3) la médecin, qui sollicite la traduction, pose des questions d'éclaircissement et manifeste sa réception (cf. « *dimmi* », « *perché* » et « *ah* » aux tours 28, 30 et 32).

Malgré leur effort conjoint, les trois interlocuteurs n'arrivent pas à partager la signification du terme en question, donc l'interprète finit par proposer de vérifier sur *Google*. La médecin accepte cette proposition, qui inaugure l'extrait suivant.

EXEMPLE 2b

57 I *allora (.) vai su allora google*
58 M mm hm
59 (.)
60 I *su (.) vai su (.) allora metti strumenti di lingue qua (.)
per lingue (.) qua qua sì a destra strumenti per lingue (.)
ok metti cerca palu come si scrive ?*
61 P palu [disme]
62 I [pal] (.) paludisme
63 P mm hm
64 I paludisme
65 (1)
66 I me
67 (.)
68 M sme
69 (.)
70 I *sì (.) poi ehm allora italiano vai (.) seleziona traduci (.)
no no traduci e cerca*
71 M hm
72 (2)
73 I [malaria]
74 M [malaria]

La continuation de l'exemple 2 se structure comme une séquence d'indications au travers desquelles l'interprète dirige la recherche du terme sur la toile, et plus précisément dans les outils de traduction de *Google*. Les deux autres interlocuteurs participent également à la séquence, donnant leur contribution à l'écriture du terme à traduire (cf. le tour 61 de P et le 68 de M) ou affichant leur réception des tours de I (cf. le tour 63 de P et le 71 de M). La séquence se termine par une superposition de I et de M, qui réagissent simultanément à la traduction proposée par le moteur de recherche en exclamant « *malaria* ».

Tout en admettant que ce type de négociation ne peut pas être la norme dans les entretiens cliniques, où une idée d'optimisation veut que l'interprète connaisse déjà la signification des termes à traduire, deux ordres de réflexions se dégagent de ce cas limite.

D'une part, le fait que face à une lacune qui peut toujours se présenter lors d'une interaction bilingue, l'interprète peut assumer la responsabilité de la communication en gérant le problème terminologique avec les interlocuteurs. C'est en vertu de sa responsabilité communicative que l'interprète (a) s'éloigne du modèle du conduit pour négocier avec la patiente, d'abord, et avec le médecin, ensuite, la signification du terme à traduire et (b) n'hésite pas à admettre publiquement sa non-compréhension de ce terme, suggérant l'utilisation de la traduction automatique.

D'autre part, les difficultés manifestées par cette interprète tunisienne stimulent à réfléchir sur les implications d'un choix qui s'avère assez fréquent dans le domaine médical, surtout en période de crise économique : celui d'utiliser des interprètes arabophones, dont le français n'est que la langue seconde, pour traduire des patients francophones. Nos exemples ont montré qu'une interprète en provenance du Maghreb n'a pas nécessairement un niveau de français suffisant aux objectifs de l'entretien clinique et ne connaît pas forcément des maladies qui se propagent dans d'autres régions d'Afrique. Donc si les institutions profitent de la bonne volonté d'interprètes qui, faute de mieux, se prêtent à traduire dans des langues moins connues, ces mêmes institutions devraient peut-être les soutenir dans cet effort supplémentaire, en organisant des formations spécifiques et/ou des mises à jour terminologiques.

A cette fin, il serait utile que les interprètes disposent de fiches terminologiques décrivant les termes dans la complexité de leur utilisation sociale, là où les « premières règles » peuvent être tout simplement du « sang », et où le « paludisme » peut être appelé « palu ». Sans négliger l'apport des fiches statiques (cf. par exemple BADOCCO 2006 ou SETTERS 2012), nous croyons que le défi de la variation peut être mieux relevé en élaborant des fiches terminologiques dynamiques à même de

registrare la multiforme ricchezza dei lessici di specialità inevitabilmente prodotta dalla formazione e dalla circolazione sociale delle conoscenze specialistiche, e in particolare le serie sinonimiche funzionali alla stratificazione degli utenti, con l'obiettivo di rendere accessibile l'informazione terminologica a strati sempre più larghi. (BERTACCINI et al. 2006: 13)

Une fiche dynamique est un outil de recherche linguistique et encyclopédique qui se modèle en fonction des exigences de plusieurs catégories d'utilisateurs (donc non seulement les terminologues, mais aussi les interprètes de dialogue et les médiateurs interculturels), en leur montrant un éventail de solutions possibles avec leurs indications d'usage et en leur cachant des informations qui ne sont pas pertinentes pour leur catégorie. Prenons encore le cas du terme « palu » : s'il est vrai que la source de la définition et du contexte sont indispensables pour préciser une unité terminologique, il est vrai aussi qu'elles ne sont pas très utiles lorsqu'il est question de traduire ce terme ; elles pourraient donc être omises dans le modèle de fiche pour les interprètes, qui auront tout de même la possibilité d'y remonter s'ils le souhaitent.

4. Considérations finales

Notre exploration a montré que la traduction de la terminologie médicale s'avère un accomplissement collaboratif, qui s'insère dans l'alternance des tours de parole et qui implique à la fois l'émetteur du terme à traduire, le destinataire du terme traduit et le professionnel bilingue qui coordonne le passage de l'un à l'autre. Comme le dit Ballardini, « une interprétation irréprochable au niveau terminologique n'atteindra pas son but si le patient allophone n'est pas en mesure d'en saisir le sens. » (2006 : 46). Les termes deviennent ainsi des moments de négociation entre

l'interprète et les deux autres interlocuteurs, la marque d'un phénomène complexe qui se lie à la pratique sociale de l'entretien.

Le fait que cet entretien se déroule dans le domaine médical requiert de l'interprète une compétence spécifique en la matière, consistant non seulement à connaître la terminologie scientifique et ses stratifications, mais aussi à comprendre *les raisons* de la communication dont il est responsable. Et si *communiquer* signifie, comme le rappelle Aston (1988 : 46), « partager » des informations et des points de vue, traduction et coordination peuvent toutes deux servir à mettre les interlocuteurs dans les conditions de se comprendre, de « partager » justement, ce qui se passe dans l'interaction.

C'est dans un but de partage que l'interprète fait des reformulations et des simplifications qui s'apparentent à celles du vulgarisateur scientifique. Dans les deux cas, il y a l'exigence démocratique de dépasser le jargon spécialisé afin de communiquer un message, il y a une rhétorique qui consiste à « dire autrement », il y a le noble idéal d'un réel partage des savoirs. En somme, il y a « l'importance foncière du rôle de l'Autre, qu'il soit lecteur modèle ou interlocuteur réel, dans la mise en mots de l'instance vulgarisatrice » (PEDERZOLI et REGGIANI 2011 : 148). Et l'*Autre*, dans notre cas, c'est le destinataire pour qui l'interprète formate ses tours de parole, c'est celui *pour* lequel et *avec* lequel il accomplit la traduction.

Puisque cette traduction se fait dans le contexte d'une institution qui a ses règles et ses variations, il serait éclairant d'en faire une analyse quantitative, mettant notre corpus au service de la recherche en terminologie et en traductologie (cf. VAN CAMPENHOUDT et TEMMERMAN 2011). Une simple analyse des listes de mots témoignerait de la fréquence de termes qui ont à faire avec la grossesse et permettrait d'observer comment ces termes sont négociés dans l'interaction avec les femmes et les familles immigrées. On pourrait ainsi contribuer à dépasser deux des limites de la socioterminologie que Gardin *et al.* dénonçaient il y a déjà à peu près vingt ans (1994), à savoir le fait qu'elle ait négligé les usages liés à des institutions (en privilégiant des secteurs scientifiques) ainsi que la dimension orale (en lui préférant l'écrit). Même si l'oralité de la parole pose toujours des problèmes plus importants de collecte des données (GALAZZI 2002 et 2004 ; NIEMANTS 2012), et si le développement des études informatisées d'interprétation est ralenti par la difficulté de transcrire et de comparer les données orales (STRANIERO SERGIO et FALBO 2012), un jour les corpus rendront accessibles des variations dont on ignorait l'existence, en montrant à quel point la terminologie est un produit social qui se construit dans le contexte de l'interaction et de l'institution où elle se déroule.

Références

- AAVV (2004) « A National Code of Ethics for Interpreters in health care (NCIHC). The National Council on Interpreting in Health Care ». Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ncihc.org/assets/documents/NCIHC%20National%20Code%20of%20Ethics.pdf>
- 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.
- BADOCCO, Lisa, *Dire, fare, tradurre. Terminologie tecniche per la mediazione linguistica inglese-italiano*, Milano, Hoepli, 2006.
- BALLARDINI, Elio, « Pour un enseignement universitaire de l'interprétation en milieu médical », *Etudes de Linguistique Appliquée*, n. 141, 2006, p. 43-50.
- BALLIU, Christian, « Le traducteur, le médecin et le patient », *Meta* n. LV, 1, 2010, p. 15-22.

- 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.), p. 297-396.
- BERTACCINI, Franco, PRANDI, Michele, SINTUZZI, Samantha, TOGNI, Silvia, « Tra lessico naturale e lessici di specialità : La sinonimia », in BOMBI, Raffaella, CIFOLETTI, Guido, FUSCO, Fabiana, INNOCENTE, Lucia, ORIOLES, Vincenzo (éds.), *Studi linguistici in onore di Roberto Gusmani*, Alessandria, Edizioni dell'Orso, 2006, disponible à l'adresse suivante : <http://www.disclit.unige.it/certem/arc/doc01.pdf>
- BOLDEN, Galina, « Toward understanding practices of medical interpreting: Interpreters' involvement in history taking », *Discourse Studies*, n. 2, 4, 2000, p. 387-419.
- BOT, Hanneke, VERREPT, Hans, « Role issues in the Low Countries, interpreting in mental health care in the Netherlands and Belgium ». Colloque *The Critical Link 6*, Juillet 2010, Aston University, Birmingham, UK.
- BURGER, Marcel, « La synonymie comme stratégie de discours : Aspects de la construction collaborative de la synonymie dans l'interaction », in CAPPELLO, Sergio, CONENNA, Mirella, DUFLET, Jean-Paul (éds.), *La synonymie au-delà du lexique*, Udine, Forum, 2012, p. 83-110.
- CAPPELLO, Sergio, CONENNA, Mirella, DUFLET, Jean-Paul, (éds.), *La synonymie au-delà du lexique*, Udine, FORUM, 2012.
- DAVIDSON, Brad, « The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse », *Journal of Sociolinguistics*, n. 4, 3, 2000, p. 378-405.
- DUMONT, Pierre, *Le français langue africaine*, Paris, L'Harmattan, 1990.
- GALAZZI, Enrica, *Le son à l'école*, Brescia, La Scuola, 2002.
- GALAZZI, Enrica, « La physiologie du son entre médecine et sciences du langage : L'écriture de la parole », in DOTOLI, Giovanni (éd.), *Ecriture et anatomie : Médecine, art, littérature*, Brindisi, Schena Editore, 2004, p. 53-77.
- GAMBIER, Yves, « Travail et vocabulaire spécialisés : prolégomènes à une socio-terminologie », *Meta* n. 36, 1, 1991, p. 145-155.
- GARDIN, Bernard, GUESPIN, Louis, GAUDIN, François, *Aspects terminologiques des pratiques langagières au travail*, *Langage & Travail*, Cahier n. 7, 1994.
- GAUDIN, François, « La socioterminologie : Présentation et perspectives », *Langage & Travail*, Cahier n. 7, 1994, p. 6-15.
- GAUDIN, François, *Socioterminologie. Une approche sociolinguistique de la terminologie*, Bruxelles, De Boeck & Larcier, 2003.
- GAUDIN, François, « La socioterminologie », *Langages* n. 39, 157, 2005, p. 80-92.
- GAVIOLI, Laura, (éd.), *La mediazione linguistico-culturale : Una prospettiva interazionista*, Perugia, Guerra Edizioni, 2009.
- 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.), *Entre linguistique et anthropologie : Observations de terrain, modèles d'analyse et expériences d'écriture*, Berne, Peter Lang, 2013, p. 233-248.
- GROSSEN, Michèle, SALAZAR-ORVIG, Anne, (éds.), *L'entretien clinique en pratiques. Analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène*, Paris, Belin, 2006.
- HERITAGE, John, « Questioning in medicine », in FREED, Alice, EHRLICH, Susan (éds.), *'Why Do You Ask?': The function of questions in institutional discourse*, Oxford, Oxford University Press, 2010a, p. 42-68.
- HERITAGE, John, « Conversation Analysis : Practices and Methods », in SILVERMAN, David (éd.), *Qualitative Sociology*, London, Sage, 2010b, p. 208-230.
- HERITAGE, John, MAYNARD, Douglas, *Communication in medical care*, Cambridge, Cambridge University Press, 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.
- HSIEH, Elaine, « Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters », *Social Science & Medicine*, n. 64, 2007, p. 924-937.
- JACOBI, Daniel, *Diffusion et vulgarisation*, Paris, Les Belles Lettres, 1986.
- MACK, Gabriele, RUSSO, Maria-Chiara (éds.), *Interpretazione di trattativa : La mediazione linguistico-culturale nel contesto formativo e professionale*, Milano, Hoepli, 2005.
- MASON, Ian (éd.) *Dialogue interpreting*. Special Issue, *The Translator*, n. 5, 2, 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.
- MISHLER, Elliot G., *The discourse of medicine. Dialectics of medical interviews*, Norwood NJ, Ablex, 1984.
- 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.
- NIEMANTS, Natacha S.A., « The transcription of interpreting data », *Interpreting*, n. 14, 2, 2012, p. 165-191.
- NIEMANTS, Natacha S.A., *L'interprétation de dialogue en milieu médical. Du jeu de rôle à l'exercice d'une responsabilité*, Roma, Aracne, 2015.
- PASQUANDREA, Sergio, « Managing multiple actions through multimodality. Doctors' involvement in interpreter-mediated interactions », *Language in Society*, n. 40, 4, 2011, p. 455-481.
- PEDERZOLI, Roberta, REGGIANI, Licia « Introduction à la troisième partie : La vulgarisation en tant que traduction intralinguistique », in CALLARI GALLI, Matilde, LONDEI, Danielle (éds.), *Traduire les savoirs*, Berne, Peter Lang, 2011, p. 143-148.
- PRANDI, Michele, « Segni e termini : Descrizione e normalizzazione », *Publiforum* n. 9, 2009, disponible à l'adresse suivante : http://www.publiforum.farum.it/ezone_articles.php?art_id=104
- REDDY, Michael, [1979] « The conduit metaphor : A case of frame conflict in our language about language », in ORTONY, Andrew (éd.), *Metaphor and thought*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993, p. 164-201.
- SETTERS, William, « Terminologie des tumeurs cancéreuses cérébrales », *La Banque des Mots* n. 84, 2012, p. 29-38.
- SLODZIAN, Monique, « Outils linguistiques et communicationnels d'aide à la médiation médicale », *Langage & Travail*, Cahier n. 7, 1994, p. 36-41.
- STRANIERO SERGIO, Francesco, FALBO, Caterina, « Studying interpreting through corpora. An introduction », in STRANIERO SERGIO, Francesco, FALBO, Caterina (éds.), *Breaking ground in corpus-based interpreting studies*, Frankfurt, Peter Lang, 2012, 9-52.
- 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.
- VALERO GARCES, Carmen, « Doctor-patient consultations in diadic and triadic exchanges », *Interpreting*, n. 7, 2, 2005, p. 193-210.
- VAN CAMPENHOUDT, Marc, TEMMERMAN, Rita, « Les corpus et la recherche en terminologie et en traductologie », *Meta* n. LVI, 2, 2011, p. 223-225.
- WADENSJÖ, Cecilia, *Interpreting as Interaction*, London/New York, Longman, 1998.