Document generated on 07/12/2025 5:21 p.m.

Phronesis

Le récit de la migration en santé avec des personnes demandeuses d'asile en France. Réflexions sur la formation des soignants et des interprètes

Migration storytelling in healthcare with asylum seekers in France. Reflections on the training of caregivers and interpreters

Anna Claudia Ticca, Patricia Lambert and Véronique Traverso

Volume 9, Number 2, 2020

De l'observation à l'intervention : les usages de l'analyse interactionnelle en formation

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1071696ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1071696ar

See table of contents

Publisher(s)

Université de Sherbrooke
Champ social éditions

ISSN

1925-4873 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Ticca, A. C., Lambert, P. & Traverso, V. (2020). Le récit de la migration en santé avec des personnes demandeuses d'asile en France. Réflexions sur la formation des soignants et des interprètes. *Phronesis*, *9*(2), 77–92. https://doi.org/10.7202/1071696ar

Article abstract

Our contribution is part of the REMILAS project, a research on interactions between asylum seekers and health professionals, with or without interpreters. Here we observe the emergence, expected or not by professionals, of snippets of migration narratives. Our study combines multimodal analysis of interactions (Sidnell & Stivers, 2012) with a critical sociolinguistic perspective (Boutet & Heller, 2007) so as to inform the development of training methods. Our empirical focus will be on interactional moments where the doctor, searching for the information needed to write an expert medical certificate, repeatedly urges the applicant to make certain responses required in it.

Tous droits réservés © Université de Sherbrooke, 2020

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

REVUE Phronesis

Volume IX, numéro 2 | 2020

Le récit de la migration en santé avec des personnes demandeuses d'asile en France. Réflexions sur la formation des soignants et des interprètes

Anna Claudia TICCA*, Patricia LAMBERT* et Véronique TRAVERSO**

École normale supérieure de Lyon, France
anna.ticca@ens-lyon.fr
patricia.lambert@ens-lyon.fr

Centre national de la recherche scientifique, Institut français du Proche-Orient, Beyrouth, Liban
vztraverso@gmail.com

Mots-clés : *analyse des interactions, asile, ethnographie, formation, interprétariat, migration, récit, santé*

Résumé : *Notre contribution émane du projet REMILAS[1], une recherche sur les interactions entre demandeurs d'asile et soignants, avec ou sans interprètes. On y observe l'émergence, attendue ou non par les professionnels, de bribes de récit de migration. Nous abordons les récits à partir d'une analyse interactionnelle multimodale (Sidnell et Stivers, 2012) intégrée à une perspective sociolinguistique critique (Boutet et Heller, 2007). Nous analysons des moments où le médecin sollicite le requérant afin d'obtenir des informations nécessaires pour rédiger un certificat d'expertise médicale. Nous proposons une réflexion sur l'utilisation les résultats de la recherche pour la formation des professionnels accompagnant les migrants.*

Title : Migration storytelling in healthcare with asylum seekers in France. Reflections on the training of caregivers and interpreters

Keywords : *Asylum, Ethnography, Health, Interaction analysis, Interpreting, Migration, Storytelling, Training*

Abstract : *Our contribution is part of the REMILAS project, a research on interactions between asylum seekers and health professionals, with or without interpreters. Here we observe the emergence, expected or not by professionals, of snippets of migration narratives. Our study combines multimodal analysis of interactions (Sidnell & Stivers, 2012) with a critical sociolinguistic perspective (Boutet & Heller, 2007) so as to inform the development of training methods. Our empirical focus will be on interactional moments where the doctor, searching for the information needed to write an expert medical certificate, repeatedly urges the applicant to make certain responses required in it.*

Notre étude émane de la recherche REMILAS qui explore les modalités d'interaction en contexte médical et social avec des personnes demandeuses d'asile. Dans de nombreuses situations qui jalonnent la carrière des demandeurs d'asile (Becker, 1985), le récit émerge

1. Réfugiés, Migrants et leur LAngues face aux services de Santé (http://www.icar.cnrs.fr/sites/projet-remilas/)

Introduction

notamment dès lors qu'est abordé le sujet des expériences migratoires. L'histoire personnelle, le parcours, les rencontres, les accidents et les violences physiques et psychiques avant l'arrivée dans le(s) pays d'accueil, ainsi que les expériences vécues à l'arrivée, deviennent inévitablement les sujets qui animent les conversations des personnes en mobilité souvent forcée, quels que soient le moment et le contexte. À partir de l'analyse d'extraits d'une interaction filmée dans le cadre d'une expertise médicale pour un requérant d'asile, cet article vise à montrer comment l'étude de ces situations d'interactions conduit à identifier des pratiques professionnelles et des solutions concrètes qui peuvent être avantageusement réinvesties dans la formation des médecins et des interprètes qui travaillent au contact des migrants. Occasion de (co-) construction de savoirs tant pour les personnes formées que pour les formateurs et / ou les chercheurs (Desgagné et al., 2001), la formation représente un moment d'échange permettant la mise en circulation de connaissances et d'expertises diverses, qui contribuent à dessiner et à comprendre la complexité de l'agir dans le cadre d'un métier ou d'une profession.

Notre réflexion s'organise en trois temps. Nous considérons, de manière générale, les enjeux politiques et sociaux des récits dans le cadre de la demande d'asile, pour ensuite nous concentrer sur les spécificités des productions des personnes que nous avons rencontrées dans le cadre de la recherche. Nous nous focalisons sur les "deuxièmes" récits, produits pour l'appel au tribunal après que la demande d'asile a été rejetée (1.). À partir de cette contextualisation, nous présentons des extraits d'une interaction entre un médecin expert, un demandeur d'asile et un interprète, où des narrations sont produites ou sont attendues. L'analyse du déroulement séquentiel de ces moments d'interaction ainsi que de l'organisation des tours de parole et de leur contenu nous permettra de montrer les conditions contextuelles qui conduisent à la production des éléments constitutifs des narrations (2.). Nous développons enfin une troisième section, dans laquelle nous montrons des manières possibles de réinvestir les résultats obtenus pour la formation de soignants et d'interprètes intervenant dans ces types de situations (3.).

L'importance du récit dans les procédures de demande d'asile

Le récit d'asile est une composante exigée de la demande du statut de réfugié en France. Il doit relever d'un genre spécifique, régi par des critères explicites ou tacites auxquels doit se plier le requérant pour faire valoir ses droits. Élément central du dossier évalué par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) et principal critère de sélection des réfugiés, ce récit fait l'objet de différentes étapes d'élaboration narrative, dans des situations diverses et avec de multiples interlocuteurs (D'Halluin, 2012; Isnard, 2011; Mantovan, 2011). Après la constitution du dossier et l'envoi de celui-ci, l'entretien à l'OFPRA donne lieu soit à un accord, soit à un refus du statut de réfugié. En cas de refus, le requérant peut formuler un recours auprès de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA). En cas d'un nouveau rejet, il peut formuler une demande de réexamen. Le récit d'asile est réutilisé et transformé au cours de ces différentes étapes mais il déborde également ce cadre strict de la procédure.

On voit donc que le récit occupe une place centrale dans les procédures de demande d'asile, dans une succession de contextes. Ces narrations sont sollicitées / produites à plusieurs reprises tout au long du parcours administratif des requérants, et font l'objet d'évaluations, selon des critères souvent opaques pour eux. En effet, les attentes concernant ce que le récit doit transmettre ainsi que la manière dont il sera interprété ne sont pas toujours partagées par les participants. Cela peut tenir à des raisons qui relèvent notamment des normes institutionnelles et des bagages culturels différents de chacun, ce qui amène à la mise en place de différents cadres interprétatifs de l'événement social (Jacquemet, 2009). Sur ce point, on pourrait élargir la réflexion et s'interroger sur la construction (politique) des catégories telles que « migrant », « demandeur d'asile », « refugié », circulant actuellement en Europe (Canut et Guellouz, 2018; Chambon et Le Goff, 2016) et sur leur impact sur le processus d'évaluation dont les récits des individus sont l'objet. Ce passage par « l'épreuve du rite d'institution » (Bourdieu, 1982) a fait l'objet de nombreuses études d'inspiration sociologique, qui montrent que l'« opacité » du cadre interprétatif institutionnel mentionnée ci-dessus entretient un rapport étroit et ambigu avec une tendance à la mise en conformité du récit sur la base des attentes institutionnelles (Fassin et D'Halluin, 2005).

La « mise en intrigue » de l'expérience de vie (Ricoeur, 1983) de la personne en demande de protection est en effet orientée vers l'élaboration d'une histoire standardisée, généralisée, qui dessine le profil idéal d'un demandeur d'asile recherché par l'administration de l'État, ayant les caractéristiques et expériences qui légitiment sa protection institutionnelle. Dans le même temps, il est demandé que le récit soit précis et personnel, avec des détails qui le caractérisent en tant que récit singulier et unique (versus construit ad hoc ou inventé). Ce récit se

présente sous la forme d'un document écrit et il fait également l'objet d'une narration lors de l'entretien avec les fonctionnaires de l'OFPRA.

Les situations que nous avons enregistrées concernent des entretiens de médecins bénévoles avec des personnes qui préparent un recours à la CNDA car leur première demande d'asile auprès de l'OFPRA a été déboutée (voir aussi Chambon et al. à paraître). Dans ce cadre, l'objet de la rencontre n'est pas de produire un récit prototypique, avec des caractéristiques structurelles et temporelles spécifiques[2] (De Fina, 2003; Labov, 1972; Revaz et Filliettaz, 2006), mais d'établir des preuves des menaces et violences (physiques et psychiques) subies ou d'apporter de nouveaux éléments capables de renforcer la crédibilité du récit écrit présenté dans le dossier de recours. L'objectif premier de la rencontre n'est toutefois pas non plus de réviser ce récit in extenso.

Aussi, ce sont le plus souvent des bribes de narrations sous des formes diverses – fragmentées, synthétisées, allusives – qui émergent ici et là au cours de l'interaction. Dans certaines situations, nous observons des moments où les agents institutionnels cherchent à reconstruire l'histoire des demandeurs d'asile tout en essayant de la faire correspondre aux attentes institutionnelles. La constitution du dossier de recours permet, à ceux qui en ont la possibilité (Fassin et D'Halluin, 2005), d'intégrer des informations nouvelles qui puissent corroborer et clarifier les faits présentés en première instance, certifiées par l'expertise médicale des professionnels de santé de l'association[3]. Dans le contexte particulier que nous étudions, une des complexités du travail du soignant est de vérifier et d'établir la correspondance et la compatibilité entre les traces des violences psychophysiques que portent la personne et l'histoire racontée dans le récit écrit qu'elle a déposé pour sa demande d'asile[4]. Il s'agit d'une opération délicate, qui doit conduire le demandeur d'asile à évoquer encore une fois son parcours devant le médecin expert, en détaillant les expériences les plus douloureuses et traumatisantes, en étant très factuel, précis et logique, comme on va le voir (D'Halluin, 2019). Les médecins experts structurent la quête et la collecte d'information au cours de l'entretien autour d'activités spécifiques. Celles-ci visent, d'une part, à reconstruire les évènements saillants qui ont conduit le requérant à partir de son pays. Elles cherchent, d'autre part, à faire produire des preuves tangibles des violences subies. Elles se déroulent enfin selon une structure précise: lecture et compréhension du dossier, questions pour clarifier la cohérence du récit (faits liés au parcours et aux blessures psycho-physiques), inspection relative à l'état psychique, vérification des traces de blessures physiques, rédaction d'un certificat d'expertise (parfois réalisée en même temps que la visite, parfois remise à un moment ultérieur)[5]. Les médecins peuvent rédiger le certificat au fur et à mesure qu'ils collectent les informations, ou alors après l'entretien. Dans les deux cas, pendant la visite, ils associent à leur enquête verbale une activité d'écriture (prise des notes ou rédaction du certificat). Ce déroulement implique une organisation qui peut paraître contre-intuitive à la personne migrante, par exemple lorsqu'il faut expliquer la blessure sans la montrer car l'examen viendra après (voir aussi Chambon et alii., à paraître; Ticca, à paraître).

Dans notre analyse de ces situations d'interaction dans lesquelles des traits du récit émergent – et où lui-même semble attendu, voire sollicité – nous allons considérer deux aspects principaux: d'une part, la manière dont les informations sont demandées, traduites et reçues par les participants. Nous montrerons que ces productions sont le résultat d'un travail conversationnel complexe et laborieux qui engage tous les participants présents dans l'échange, y compris l'interprète. L'idée est de mettre en évidence comment ces productions sont prises en compte, évaluées, interprétées afin de donner une nouvelle cohérence à l'expérience de vie du requérant, qui puisse répondre au mieux aux critères (supposés et anticipés) de la CNDA, l'instance à laquelle le certificat d'expertise délivrée sera adressé. D'autre part, de manière réflexive, nous essayerons de montrer comment l'observation in situ d'une expérience particulière permet de comprendre le cadre institutionnel dans lequel cette expérience a lieu.

Analyse du corpus

Notre démarche analytique se fonde sur l'observation et la description des détails de l'activité verbale et non verbale (multimodalité) des participants tels qu'ils se construisent de manière séquentielle au cours d'une interaction (Sacks, Schegloff et Jefferson, 1974). Cette approche interactionnelle multimodale (Sidnell et Stivers, 2012) est intégrée à une approche ethnographique. L'ensemble de la démarche comporte non seulement les échanges plus ou moins informels avec les acteurs du terrain lors de la collecte des données, mais aussi des discussions avec des chercheurs de différentes disciplines, aussi bien que des soignants et des interprètes (voir section III.).

La compréhension du cadre institutionnel dans lequel les interactions ont lieu, de leurs enjeux, des attentes des différents participants impliqués, alimente également nos analyses. De cette manière, les analyses interactionnelles sont informées par des connaissances contextuelles permettant d'éclairer, par hypothèse, le comportement des participants observés en situation. Dans cette perspective interactionniste, le récit est observé dans sa dimension émergente, en mettant l'accent sur les processus d'initiation (déclenchement) et de co-production

2. De Fina (2003:14) définit les récit prototypiques comme « narratives that tell past events, revolve around unexpected episodes, ruptures or disturbances of normal states of affaires or social rules and convey a specific message and interpretation about those events and/or characters involved in them ».
3. Voici un extrait du statut de l'association: « […] Recevoir les demandeurs d'asile rejetés par l'OFPRA afin d'établir un certificat relevant des éléments significatifs d'antécédents de traitements cruels, inhumains ou dégradants […] ».
4. Cette demande est le fruit d'un travail collaboratif entre requérants, assistants sociaux, interprètes, avocats.
5. Le déroulement de la visite selon ces critères a été établi de manière collégiale par les médecins de l'association. Il ne suit donc pas de directive institutionnelle externe à l'association.

de cette activité, où les participants s'orientent vers une prise de parole structurée, avec une production de tours de parole plus ou moins étendus, qui peuvent être accompagnés, par exemple, par des microsignaux (verbaux en non verbaux) manifestant une adhésion et des évaluations concernant l'activité proposée (Jefferson, 1978 ; Mandelbaum, 1987 ; Sacks, 1972). Bien que ces narrations fassent référence à des expériences personnelles, elles ne présentent pas forcément toutes les caractéristiques du récit canonique, telles que la présence d'un protagoniste, une mise en intrigue, une fin et une organisation temporelle précise (Labov, 1972). En ce qui concerne les interactions en santé médiées par interprète, elles ont fait l'objet de nombreuses études qui ont contribué à rendre compte de l'activité et du rôle des tiers dans les consultations (voir, parmi d'autres, Baraldi et Gavioli, 2012 ; Pöchhacker et Shlesinger, 2007 ; Ticca et Traverso, 2015). Ce travail s'inscrit dans cette lignée d'études, qui considère l'interprétation comme une entreprise qui s'accomplit en et dans l'interaction (Wadensjö, 1998).

L'extrait analysé dans cette section fait partie d'un corpus de 21 interactions enregistrées en vidéo dans une association de médecins bénévoles en faveur du droit d'asile. Les langues pratiquées lors des interactions sont diverses, ainsi que l'âge des personnes. Les interprètes sont généralement convoqués par l'association, au moment où le rendez-vous avec les requérants est pris et lorsque la question de la langue se pose. Il s'agit d'une interaction en présence d'un interprète (INT) avec un demandeur d'asile d'origine kosovare (ELT)[6]. Ici le médecin (DOC) sollicite des informations sur l'expérience et l'état actuel du requérant, qui lui permettront d'établir le certificat d'expertise pour la CNDA. Notre observation est guidée par des éléments constitutifs du travail du professionnel, notamment la sollicitation d'informations nouvelles, la mise en mots de l'expérience du migrant et le processus de catégorisation des informations selon des critères propres au cadre de l'interaction et à sa finalité, c'est-à-dire la mise en forme des informations pour l'élaboration de l'attestation officielle. Cette situation nous montre la difficulté du requérant à satisfaire les attentes du médecin, qui se manifeste par des réponses traitées comme inadaptées et impersonnelles. Comme nous l'avons dit, dans les situations que nous étudions, nous ne retrouvons pas de récit canonique, mais seulement certains éléments constitutifs d'un récit, tels que les références temporelles ou l'évocation d'un moment crucial, bouleversant la vie de la personne et distinguant un avant et un après. C'est pourquoi nous nous concentrons sur des caractéristiques qui relèvent du récit. Nous observons aussi par quelles actions le médecin cherche à susciter une narration, sans y parvenir facilement. La production (de bribes) de récits dans les rencontres enregistrées est très fréquente. L'interaction retenue pour cette étude montre un cas particulier, dans lequel le récit n'est produit que suite à plusieurs sollicitations de la part du médecin.

Analyse des échanges avec le requérant en présence d'un interprète

Comme dans toutes les consultations de ce type[7], le médecin commence par retracer l'histoire du requérant en lisant le récit produit pour l'OFPRA, dont il a une copie sous les yeux. Au cours de sa lecture, il pose des questions sur des faits spécifiques concernant la vie de la personne (date d'arrivée en France, date du mariage, date du début de menaces reçues, durée et type de celles-ci, etc.). Cette manière de faire montre l'importance accordée à ces informations qui, par conséquent, doivent être vérifiées et ratifiées par les interlocuteurs.

Elton (ELT), un homme dans la trentaine, est menacé de mort depuis 2010 par les membres de la famille de sa conjointe, qu'il a épousée contre leur volonté. C'est pour cette raison que le couple a quitté le Kosovo en 2015 et cherché asile d'abord en Allemagne puis en France. Une fois ces aspects discutés et notés sur l'ordinateur[8], le médecin passe à une autre phase de l'entretien. C'est à partir de là (minute 42 sur 98) que nous commençons notre analyse détaillée.

1_REMILAS_D2_2_H_XP_IP_M1_00.42.30-00.43.40

01 DOCet alors (0.8) comment ça va\

02 (1)

03 IPA thote thote si shkon

il dit il dit ça va

04 ELT °mire°

bien

05 IPA °bien°

6. La langue de communication des deux interlocuteurs est l'albanais. En début d'interaction, le médecin demande aux participants si leur compréhension mutuelle est garantie, ce qu'ils confirment.
7. Cette observation empirique que nous avons faite a été confirmée par les médecins de l'association.
8. Les médecins peuvent rédiger le certificat en direct lors des entretiens.

06 DOC bien\ tsk (1.5) euh : M. (6.5). tsk h. en fait je suis en train de me

07 dire que (2.8) le : votre dossier n'est pas du tout fait pour moi médecin/

08 (1.5)

09 IPA thote qe : °em° [xxx

il dit que

10 DOC [vous m'avez

11 (1.2)

12 IPA thote qe jam duke kuptuar qe dosja juaj nuk nuk eshte per nje mjek si

13 puna ime\

il dit que je suis en train de comprendre que votre dossier n'est pas pour un médecin comme moi

14 (1.2)

15 DOC vous n'avez pas été blessé/

16 (0.5)

17 DOC[physiquement

18 IPA [se ju thote nuk jeni plagosur

parce que vous dit-il vous n'êtes pas blessé

19 (0.2)

20 IPA fizikisht

physiquement

21 (1.4)

22 DOC hein/

23 (0.7)

24 ELT fizikisht/

physiquement

25 IPA hum

26 ELT shpirterisht jam thuaja

spirituellement je suis

27 IPA hm

28 IPA si [mais je (le) suis émotionnellement

29 ELT [shume

30 beaucoup

31 (1.3)

32 DOC d'accord

33 (6.2)

34 DOCtsk. h donc (0.6) physiquement/ (0.5) pas d`problème

35 IPA thote fizikisht nuk ke probleme domethene nga ana fizike

il dit physiquement tu n'as pas de problèmes donc du côté physique

36 (1.4)

37 ELT nu : k kam

je n'en ai pas

38 IPA non\

39 (0.8)

40 ELT nga ana fizike qe : kam kaluar nje (0.4) stres

du côté physique que : j'ai passé un stress

41 (0.6)

42 IPA hum domethene vetem nga ana mendore

hum donc seulement du côté mental

43 ELT [po

oui

44 IPA dhe emocionale po

et émotionnel oui

45 ELT ((hochement de tête))

46 IPA don- donc c'est juste mentalement et émotionnellement\

Tout d'abord, avec sa question en ligne 01, marquée par une longue pause intra-tour de parole, le médecin se détache des informations à sa disposition contenues dans le dossier et pose une question sur l'état psychophysique du requérant. La réponse d'ELT au « comment ça va » (l. 04) est reprise par le médecin (« bien », l. 06) qui enchaîne en produisant un commentaire métacommunicatif sur le dossier du requérant (l. 06-07), considéré comme ne relevant pas de son domaine d'expertise (i.e. il n'y a pas de blessures à évaluer).

Il s'agit d'un premier commentaire désaffiliatif [9] du médecin, qui peut aussi être analysé comme une action 'provocatrice'[10], visant à susciter une réaction d'ELT. En l'absence de traduction (pause l. 14), le médecin pose une seconde question (l.15), qu'il développe sous forme incrémentale (l. 17). Ce format séquentiel est reproduit par INT (l. 18, 20). L'incrément (« physiquement », l. 17, 20), spécifiant une blessure physique, conduit ELT, à partir de la ligne 26, à évoquer un autre type de blessure. Plus précisément, à la ligne 24, il répète le mot « physiquement » et, suite à la confirmation de l'interprète, il précise le caractère de son malaise, dans une

9. Selon la définition de Stivers (2008 : 6), un comportement affiliatif manifeste l'appui et l'approbation de la position exprimée par le locuteur.
10. Il s'agit d'une interprétation formulée lors des échanges avec les chercheurs non linguistes mais experts dans le domaine, qui considèrent le comportement peu affiliatif du médecin comme une ressource pour obtenir des réponses plus étendues de la part du requérant.

construction syntaxique (« spirituellement je suis », l. 26) qui s'appuie sur l'adjectif manquant (« blessé », produit par le médecin ligne 15). Cette information, rapportée par l'interprète à la ligne 28, n'est visiblement pas prise en compte par le médecin, qui reformule l'information obtenue en soulignant l'absence de problème au niveau physique (l. 34). Cette reformulation, traduite ensuite en albanais, est suivie par une expansion du requérant (l. 40). Si on regarde la traduction de ce tour (l. 46 « don- donc c'est juste mentalement et émotionnellement\ »), elle ne reprend pas le caractère physique du malaise évoqué par ELT (l. 40, « du côté physique que : j'ai passé un stress »), mais le réduit à un seul problème de type mental et émotionnel[11]. De plus, elle ne reprend pas la référence temporelle (« j'ai passé »), qui aurait pu donner au médecin la possibilité d'enchaîner sur des aspects référant au passé du requérant, potentiellement déclencheurs d'une narration plus exhaustive. Dans les tours suivants, présentés dans l'extrait 2 ci-dessous, le médecin va reprendre le mot « stress » utilisé par ELT en albanais (extrait 1, l. 40) et qui n'a pas été repris par l'interprète dans sa traduction, et il va parcourir la nouvelle ligne d'action proposée par ELT (c'est-à-dire évoquer les blessures émotionnelles).

2_REMILAS_D2_2_H_XP_IP_M1_00.44.21-00.45.50

01 DOC ((tape à l'ordinateur)) est-ce que vous pouvez m'en dire un peu plus sur

02 ce que vous appelez le stress

03 (0.5)

04 IPA a mund te me thoni pak me shume thote (0.3) per ate qe ju e quani stres/

est-ce que vous pouvez me dire un peu plus dit-il pour ce que vous appelez stress

05 (1.1)

06 ELT stres eshte (2.3) kam familjen °kam°

c'est un stress j'ai ma famille j'ai

07 IPA hum hum

(0.9)

08 ELT edhe (1.6) une gjithmone kam (0.3) PREJ prej dy mijë e dhjetë

et moi j'ai toujours j'ai DEPUIS depuis deux mille dix

09 IPA hum hum

10 ELT hic mire nuk kam qene me shendet

je n'étais pas bien du tout avec ma santé

11 IPA hum

12 ELT shume

trop

13 (1.3)

14 ELT ne dy mijë e dhjetë (0.6) prej ngacmimeve te tyne prej stresit [prej asi

en deux mille dix à cause de leurs menaces à cause du stress [à cause de ça

15 IPA [hm

16 (2.2)

11. Cette information est négociée entre INT et ELT avant d'être traduite au médecin en ligne 46.

17 ELT dhembin kryt shume

la tête me fait mal

18 (0.6)

19 IPA hm ke dhimbje koke hum

hm tu as mal à la tête

20 ELT ndoshta kjo mbon nervoz [xxx ∫:

peut-être c'est ça qui me rend nerveux

21 IPA [hm

22 ELT [((inaudible))

23 IPA [en fait il dit que c'est sa famille voilà qui: (0.6) [qui le stresse

24 ELT [gjumi

[le sommeil

25 IPA et puis après il dit euh. h qu'avant il n'a jamais eu de problème: s de

26 santé de soucis/ (0.6) mais à partir de deux mille dix où toute cette

27 histoire a commencé il a beaucoup de maux de tête

28 (0.4)

29 ELT gjume s': kam (0.4)

le sommeil je n'ai pas

30 (0.4)

31 ELT [gjume shume [pak nga ora dy po] flejt tash

[de sommeil très peu je m'endors vers deux] heures maintenant

32 IPA [il: [il dort très très peu]

33 (1.1)

34 IPA y a peu près deux heures et ça aussi euh (0.5) c'est pa: s (0.3) très

35 (tôt; top)

36 (4) ((DOC tape à l'ordinateur))

37 DOC ((tousse)) oui mais (1). H expliquez-moi (.) qu'est-ce qui vous stresse

38 IPA thote cfare ju streson thote

il dit qu'est-ce qui vous stresse dit-il

39 ELT une stresohem gjithmone se: une prej dy mijë e dhjetë une veç me

40 probleme\

je me stresse toujours parce que : moi depuis deux mille dix moi que des problèmes

41 (1)

42 IPA parce que il dit [moi depuis deux mille seize[12] y a que des problèmes =

43 ELT [asihere nuk kesh :

[jamais je n'ai été même pas

44 ELT = i lumtur as °xxx°

heureux

45 (0.5)

46 IPA il n'a pas pu être heureux il n'a jamais pu être heureux

((lignes 47-56 omises))

La question du médecin l. 01-02 (« est-ce que vous pouvez m'en dire un peu plus sur ce que vous appelez le stress »), par laquelle il cherche à obtenir une explicitation par le requérant de ce qu'il entend par « stress » est intéressante parce qu'elle enchaîne sur la parole du migrant et non sur celle de l'interprète. Elle manifeste l'existence d'un circuit de communication directe entre le médecin et le requérant ainsi que l'attention du médecin à ce qui se passe entre les deux interlocuteurs albanophones[13]. La réponse qui suit (l. 06-35) mérite d'être analysée dans le détail puisqu'elle contient des références au passé du requérant ainsi que des renvois anaphoriques dont l'antécédent n'est pas identifiable dans le discours produit dans l'ici et le maintenant. Ce discours évoque un récit produit précédemment dans la visite mais également ailleurs (ex. le récit de l'OFPRA), repris ici par fragments (voir l. 08, 10, 14). Ce procédé est courant dans les extraits sélectionnés. En mobilisant des informations partagées (le récit), le requérant répond aux questions du médecin sans les expliciter davantage. Bien que la réponse du requérant corresponde à la question posée – elle fournit des symptômes relativement précis sur ce qui relève du stress, comme les maux de tête, la nervosité, le manque du sommeil, traduits par l'interprète en lignes 23, 25-27 et 32-35 – cette mise en mots n'est pas considérée comme appropriée par DOC, qui explicite sa difficulté à obtenir les informations recherchées, lui permettant de catégoriser le malaise du patient comme « stress » (l. 01 « est-ce que vous pouvez m'en dire un peu plus sur ce que vous appelez le stress ») et d'en identifier sa cause (l. 37 « oui mais. H expliquez-moi qu'est-ce qui vous stresse »). En outre, l'évocation d'une date importante dans l'histoire de migration du requérant fait du (contenu du) récit une ressource utilisée pour répondre au médecin. Nous retrouvons cette référence temporelle à la date de deux mille dix qui indique un tournant majeur dans la vie du locuteur, mentionnée deux fois (l. 08, 39-40), pour répondre à la question du médecin concernant le mot « stress » (l. 08 « et moi j'ai toujours j'ai DEPUIS depuis deux mille dix » ; l. 39-40 « je me stresse toujours parce que : moi depuis deux mille dix moi que des problèmes »). Dans la suite de l'échange, ELT décrit sa vie depuis 2010, tout en soulignant son impossibilité à être heureux (voir l. 39-46 dans l'extrait 2 ci-dessus). Encore une fois, ces nouvelles informations sont traitées comme inadéquates par le médecin, qui manifeste sa recherche de plus de détails et de précisions :

3_REMILAS_D2_2_H_XP_IP_M1_00.46.14-00.46.41

57 DOC. H alors (3.4 tape à l'ordinateur) *moi je sais je pourrais écrire des

58 tas de choses (0.2) d'après ce que j'ai compris de votre histoire

DOC *SE TOURNE VERS ELT -- >>

59 (1.3)

60 IPA une mund te shkruaj thote shume gjera thote nga ajo qe duk- lexoj nga

61 historia juaj

12. La traduction par l'interprète de la date ici ne correspond pas au tour original, ligne 39)
13. La littérature a attesté ce même phénomène dans d'autres situations en contexte médical (Pasquandrea, 2011).

je peux écrire dit-il beaucoup de choses de ce qu'il paraî- que je lis de votre histoire

62 (1.7)

63 IPA [xxx ((en regardant ELT))

64 DOC[je pourrais taper ((en souriant et mimant l'écriture dans l'air))

65 IM (1.1)#1

66 DOC mais (0.4) moi j'ai besoin (0.6) et la CNDA a besoin (0.8) que les

67 IM choses soient dites avec (0.8) v : os#2 mots

68 IPA po une kam nevoje thote se dhe rekuri thote ka nevoje qe ju ti thoni gjerat me fjalet tuaja

mais j'ai besoin dit-il car le recours le dit aussi il a besoin que vous disiez les choses avec vos propres mots

Fig. 1. L. 65, image #1

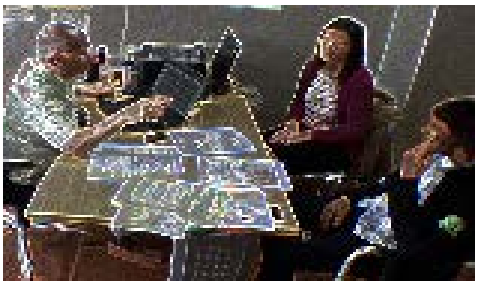

Fig. 2. L. 67, image #2

Cette séquence permet d'observer in situ la manière dont le médecin formule le cadre de l'interaction : obtenir / produire des détails, qui bloquent les « tas de choses » (l. 58) qu'il pourrait imaginer parce qu'ils donneraient une description précise de l'état du patient, des détails qu'il voudrait transcrire et rapporter (« vos mots »).

En effet, DOC énonce, en l'explicitant, ce que sont ses attentes, conformes à celles de la CNDA, vis-à-vis de l'activité communicative du requérant. D'abord, il abandonne momentanément l'écriture à l'ordinateur, réoriente son corps et son regard vers son interlocuteur et produit un méta commentaire qui introduit sa nouvelle demande[14] (l. 57-58). Puis, suite à la traduction de INT (l. 60-61), le médecin reprend le même argument (l. 64, qu'il pourrait écrire), activité qu'il mime en levant la main (Im. #1), mais qu'il a besoin des mots du requérant (l. 66-67), pour que ce ne soient pas des paroles en l'air, et que ce soient des paroles convaincantes. Prosodiquement, ce tour de parole est caractérisé par un débit lent, avec des longues pauses dans l'énonciation permettant au médecin de souligner les éléments importants de son tour (son besoin à lui et celui de la CNDA, l. 66). En ce qui concerne le comportement visuel, l'orientation du corps

14. Dans une perspective interactionnelle, il s'agit d'une pré-séquence (Schegloff, 2007).

et le geste de pointage adressé au requérant (Im. #2) ont l'effet, nous semble-t-il, de contribuer à la construction d'une responsabilisation d'ELT dans la prise en charge de ses déclarations, qui doivent être faites « avec (0.8) v: os mots ». Il s'agit donc d'une séquence désaffiliative du soignant, défiant implicitement le requérant d'exprimer son expérience et ses ressentis, contrairement à ce qu'il a fait jusqu'au présent. Toutefois, jusqu'à ce moment de l'interaction, les différentes sollicitations produites afin d'obtenir l'information pertinente n'ont pas eu l'effet attendu. Ces séquences d'interaction semblent montrer que le médecin attend un fait nouveau, ou des détails précis, qui soient soutenus par une narration capable d'en établir la vraisemblance. La difficulté à l'obtenir semble être liée aussi aux types de relances qu'il utilise, qui, mis à part pour le mot « stress », ne reprennent pas les éléments avancés par le requérant. Ce sont là des obstacles et des freins communicatifs à fort enjeu, que nous approfondissons dans le paragraphe suivant, orienté vers la formation.

Aspects concernant les séquences 'question – réponse'

Les séquences question – réponse conduisent à s'interroger sur l'impact du format de la question sur la réponse obtenue (cf. le principe de dépendance conditionnelle, Schegloff, 1968). L'exemple de l'interaction étudiée ci-dessus nous montre une situation problématique dans laquelle le professionnel a des difficultés à obtenir des productions verbales qu'il attend. Ce type de données nous paraît particulièrement pertinent pour sensibiliser les soignants au lien entre le format de la question et la réponse qu'elle obtient, ainsi qu'à la manière de reprendre les contenus des réponses apportées par les requérants dans la poursuite de l'échange.

À titre d'exemple, la première question ouverte analysée dans l'extrait 2 « est-ce que vous pouvez m'en dire un peu plus sur ce que vous appelez le stress », traduite mot à mot par l'interprète, reçoit une réponse qui est ensuite traitée comme inappropriée. ELT évoque d'abord sa famille, ensuite la temporalité de l'apparition du stress (l'année 2010) et des problèmes de santé – liés aux menaces reçues – notamment les maux de tête et le manque de sommeil. La relance suivante du médecin (« expliquez-moi (.) qu'est-ce qui vous stresse »), qui ne contient en soi aucune référence à la réponse obtenue, reçoit encore une fois une réponse référant à l'année 2010 comme moment crucial dans l'apparition du problème. Ce n'est que plusieurs minutes plus tard que ELT finira par produire une narration qui sera traitée comme appropriée.

Les difficultés mentionnées semblent être liées à la complexité et à l'ambiguïté de la question. En effet, décrire le stress, concept abstrait, implique une activité cognitive exigeante de même qu'évoquer les situations qui en sont à l'origine. Par ailleurs, le médecin est peut-être en attente de descriptions qui correspondent à des caractéristiques voire des symptômes du stress sur le plan médical, qui ne correspondent pas avec les éléments apportés par le requérant. Enfin, dans ce contexte, l'évocation de situations délicates, douloureuses et potentiellement traumatiques, telles que l'exil, la précarité, le refus de l'asile, etc. (D'Halluin, 2012; Garnier & Idris, 2015) pourraient rendre encore plus difficile l'essai de description du stress par le requérant. Si à cela on ajoute le fait qu'a priori les patients n'aiment pas devoir évoquer une nouvelle fois ce qui a été déjà consigné sur papier et en fournir une nouvelle version (D'Halluin, 2019), sachant que l'interlocuteur est déjà au courant de son contenu, les formes de réponse d'ELT aux questions du médecin n'ont rien de surprenant. À ces considérations, corroborées par la littérature, nous en ajoutons d'autres, notamment en ce qui concerne la difficulté apparente de s'adapter à l'organisation de l'information mise en place dans ces visites. En effet, la recherche d'information est organisée de manière à séparer les évènements factuels et précis, développés dans une première phase de la visite, de tout ce qui relève du ressenti psychologique, qui occupe une phase successive. Il nous semble que cette modalité pourrait avoir un impact sur la compréhension des attentes sous-jacentes aux demandes des médecins. Si on revient sur l'évocation de la date 2010, époque qui constitue manifestement aux yeux du requérant un tournant dans sa vie, un moment passé dont les locuteurs ont déjà largement parlé précédemment dans la visite, une narration est indirectement sollicitée, sans pourtant y accorder la place nécessaire pour la développer. Ce n'est que suite à la dernière question du médecin analysée qu'une narration, tardive, de la situation générale et personnelle au Kosovo est mentionnée.

Bien que les actions du médecin visent à comprendre ce que le requérant a raconté, ou pas, à l'OFPRA et surtout à obtenir de lui de l'information nouvelle, les modalités mises en place pour obtenir l'information cherchée ne semblent pas être adaptées. En effet, si on reprend le cas analysé dans la section précédente, lui demander de s'exprimer avec ses propres mots n'aide visiblement pas le requérant à comprendre quelles sont les attentes du médecin (i.e. reconstruction de l'état psychique et émotionnel du patient et recherche des traces de trauma compatibles avec les faits racontés). Les difficultés rencontrées par le requérant dans cette situation semblent indiquer que le problème soulevé par le médecin réside davantage dans la manière de formuler la question que dans la réponse même.

Aspects liés à l'interaction médiée par interprète

L'interaction en présence d'un interprète peut faire l'objet de plusieurs interrogations, concernant la qualité de sa traduction (i.e. sa correspondance avec les tours originaux), sa place dans la construction de la relation soignant-patients et dans l'organisation de la participation, etc. Dans les cas présentés dans cette étude, l'interprète se trouve en position de médiateur entre la position le médecin, qui insiste et provoque le requérant afin d'obtenir l'information demandée, et le requérant, qui est moins actif qu'attendu. À travers les marques de discours rapporté utilisés à plusieurs reprises dans la traduction des tours délicats du médecin (ex. 2, l. 38 « il dit qu'est-ce

qui vous stresse dit-il »), l'interprète semble vouloir se distancier des propos qu'elle tient, en attribuant son appartenance au médecin (Dubslaff & Martinsen, 2005). Ces indices linguistiques nous permettent d'identifier des moments délicats et, de manière réflexive, de comprendre comment ils sont traités et traduits par l'interprète (Bot, 2005)[15]. Nous avons analysé ci-dessus certains tours de traduction présentant une réorganisation de l'information avec des omissions par rapport aux tours originaux, souvent appelés « rendus résumés » (Wadensjö, 1998). Concernant l'exemple montré dans l'extrait 1, où ELT dit avoir passé un stress, en l'associant à l'aspect physique (l. 40 « du côté physique que : j'ai passé un stress »), quelques commentaires nous semblent pertinents. Ce passage met en évidence la complexité de la tâche des interprètes qui doivent choisir de produire des traductions qui peuvent, selon les cas, soit respecter le choix lexical des locuteurs et les reprendre fidèlement, soit les reformuler.

Cette seconde option n'est pas toujours souhaitée par les médecins, qui manifestent, soit explicitement lors des entretiens, soit implicitement comme dans le cas présent, une orientation vers l'adhérence ou fidélité de la traduction à la production originale. Ces situations constituent des défis pour les interprètes, qui selon le code déontologique et leurs propres déclarations[16], devraient reproduire le discours original sans modifications, ni sémantiques, ni pragmatiques (voir le référentiel des interprètes en France[17]).

En général, ces observations offrent aux interprètes l'occasion de prendre conscience des éléments qui entrent en jeu dans le travail d'interprétation, qui peuvent parfois les conduire à s'éloigner des comportements normés. Cette prise de conscience permet d'une part de repenser sa pratique en termes d'activité co-construite, ayant des dynamiques localement négociées qui demandent des réponses adaptées et qui peuvent conduire à adopter une posture non canonique vis-à-vis du cadre normatif de l'interprétation. D'autre part, elle permet de repenser et de réfléchir sur le sens même que des notions telles que la fidélité et la neutralité acquièrent dans l'interprétation en situation d'interaction face à face. Ici, le sens se construit dans le flux de l'action, telle qu'elle est comprise et interprétée par les participants. Dans ce cadre, le participant-interprète recueille et transfère l'action, tout en contribuant à en construire le sens. Dans la section suivante nous abordons plus spécifiquement la question de la formation des professionnels.

Analyse des interactions en formation

Dans cette section nous illustrons d'abord une modalité de travail collaboratif avec les professionnels de la santé que nous avons mise en place dans le cadre du projet REMILAS (3.1). Nous présentons ensuite le contexte des formations dans lesquelles nous intervenons et une sélection de contenus pour la formation des professionnels de la santé et des interprètes (3.2).

Une modalité de travail collaboratif et formatif avec les professionnels de la santé : les data session et auto-confrontations collectives

L'équipe du projet organise des séances de type data session (DS), consistant dans des discussions autour du visionnage d'extraits, avec la participation de professionnels de la santé concernés ainsi que d'autres chercheurs non linguistes mais experts dans le domaine (sociologues, psychologues, psychiatres). Dans la pratique, l'activité proposée prévoit le visionnage d'un ou plusieurs extraits de vidéo, la lecture des transcriptions des données correspondantes et une discussion collective non structurée, qui croise, en parallèle, les commentaires / questionnements des chercheurs et des professionnels. Cette démarche a une double visée : elle permet aux participants soignants de se confronter à leur propre pratique ainsi qu'à celle de leurs collègues (c'est une forme de séance d'auto-confrontation collective, Clot et al., 2000). Elle permet aussi aux chercheurs de comprendre la logique du déroulement des consultations, leur structure et leur(s) finalité(s) et, grâce aux discours que les professionnels tiennent sur ce qu'ils font dans l'interaction visionnée, au fil de son déroulement, de comprendre les motivations sous-jacentes aux actions et aux procédures mises en place dans les activités interactionnelles. Le regard des soignants ainsi que celui des chercheurs sont donc mis au service de la compréhension mutuelle des situations observées.

Si l'approche interactionnelle nous aide à révéler la manière dont les faits interactionnels sont accomplis, les raisons de ces accomplissements et les enjeux liés à la constitution d'un certificat respectant certains critères ne nous sont pas forcément transparents, ni même accessibles. Les échanges suscités par le visionnage des données nous permettent de resituer les analyses et réflexions dans un contexte plus large, et de forger, grâce aux échanges avec les professionnels du soin, des outils interprétatifs complémentaires aux outils issus du cadre épistémologique de départ.

15. Quant aux indices non verbaux, ils montrent également la manière de l'interprète de se positionner vis-à-vis de l'énoncé à traduire ainsi que vis-à-vis du comportement énonciatif du locuteur primaire (sur ce même thème, voir Ticca & Traverso, 2017 ; Ticca, 2018 ; Piccoli, 2019).
16. Ces commentaires ont été recueillis dans le cadre des formations.
17. Voir la Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France du 2012 signé par les associations principales de cette catégorie professionnelle, https://www.unaf.fr/IMG/pdf/charte-signee-scan19-12-2012.pdf.

En même temps, notre regard analytique permet aux soignants de se sensibiliser, par exemple, à la place de l'organisation des énoncés dans l'interaction, et du comportement multimodal en général, dans l'interaction. À titre d'exemple, lors d'une séance de travail [18], la question de l'adresse en présence d'interprète a été abordée. Les médecins présents ont affirmé avoir la tendance à s'adresser exclusivement au requérant (à la deuxième personne), de faire comme si l'interprète « n'était pas là », et de ne regarder que le patient. Certains ont également admis que, bien que la tendance soit celle de ne s'adresser qu'à la personne, parfois, « inconsciemment », il se « détournent » vers l'interprète. Or, en regardant les vidéos, nous avons observé que, verbalement et avec leur regard et orientation du corps, les médecins traitent l'interprète en tant que participant à part entière, en le sélectionnant comme destinataire de leur discours. Ce décalage entre le comportement représenté et le comportement observé a ensuite permis de réfléchir collectivement sur les micro-détails multimodaux et sur leur importance dans la distribution de la parole dans les rencontres avec les interprètes. Plus généralement, l'explicitation des objectifs et du déroulement de ce dispositif d'enquête, qui s'éloigne de ce qui est normalement attendu dans une consultation médicale (i.e. le soin), pourrait faciliter, pour les patients ainsi que les interprètes, leur compréhension des activités menées par les professionnels. Malgré le temps consacré à ces activités au début des visites, certains aspects semblent rester confus pour les interprètes et pour les requérants (voir Chambon et al. à paraître). Enfin, dans cette interaction, la manière qu'a le médecin d'amener le requérant à produire le récit d'une expérience émotionnelle, qualifiée de provocatrice (voir note 14), est un indice, parmi d'autres, de la complexité de la tâche des médecins dans ce type d'interactions.

Les observations résumées ici sont donc le résultat d'un travail collectif, composite et complexe, de visionnage systématique et réitéré de séquences d'interaction, de déconstruction et reconstruction minutieuse du travail d'enquête des soignants, de compréhension des éléments qui entrent en jeu dans la construction du sens fait en présence des interprètes, qui se concrétise par la mise en commun des connaissances propres à chacun des participants (professionnels de santé, interprètes, chercheurs) lors des data sessions. Ce format de travail collaboratif initié dans le cadre de la recherche a d'ailleurs inspiré des modalités de travail mises en œuvre au sein des dispositifs dédiés en première intention à la formation de professionnels dont les compétences langagières font partie intégrante de l'activité de travail (Filliettaz & Lambert, 2019). Bien que cette modalité de travail n'ait pas été conçue comme outil de formation, elle représente en fait un type de formation prometteuse, transposable à d'autres contextes formatifs, comme nous l'explicitons dans la section suivante.

Les modules de formation en santé aux soignants et interprètes

Dans le cadre des activités avec notre partenaire dans le projet REMILAS, l'Orspere-Samdarra[19] (OS dorénavant), nous intervenons dans des formations existantes, que l'OS a mises en place à destination de soignants et interprètes[20]. La durée de chaque module – auquel participent soignants et interprètes – est limitée à trois heures. Le visionnage d'extraits d'interactions anonymisés et leur analyse avec les outils de la linguistique interactionnelle sont proposés aux participants (voir aussi Ticca, 2018). Le déroulement de l'activité consiste, plus spécifiquement, dans une première illustration de l'approche interactionniste et de ses outils analytiques, suivie par la projection répétée d'extraits vidéo, présentant des phénomènes mentionnés par les soignants ou les interprètes comme délicats ou problématiques. Pour familiariser un public non expérimenté à l'analyse des interactions, nous nous focalisons notamment sur des séquences question-réponse (ou « paires adjacentes »), qui, en plus d'être facilement identifiables, sont fréquentes dans la pratique médicale. Dans les configurations participatives complexes, comme celles en présence d'un tiers, le format des échanges triadiques est souvent conçu comme un simple passage de contenus d'un locuteur à l'autre selon le schéma [A vers B, B vers C, C vers B, B vers A], B représentant le traducteur. Les réflexions que nous menons visent, entre autres, à montrer que, dans la réalité des pratiques, les contenus ne transitent pas de manière régulière d'un participant à l'autre, mais sont construits et négociés au fil des échanges.

Dans ces séquences, la focale porte soit sur la traduction produite par l'interprète d'un des éléments constitutifs de la paire adjacente (c'est-à-dire la question ou la réponse), soit sur la production originale de la question ou de la réponse. Les participants à la formation sont invités à réagir au visionnage de l'extrait tout en respectant la consigne de se focaliser sur la séquence qui fait l'objet de l'analyse, en évitant tout jugement ou commentaire ayant une connotation normative sur le comportement des locuteurs. L'activité peut se faire en collectif, laissant du temps pour l'analyse, ou en groupe, en prévoyant ensuite un temps de mise en commun. En fin de séance, la chercheure propose sa propre analyse, non pas comme la seule correcte ou légitime, mais en tant que proposition d'analyse « équipée » par les outils de la linguistique interactionnelle (et réalisée avec plus de temps).

Un des aspects mis en évidence dans ces réflexions collectives est la prise en compte du travail à effectuer par les interprètes lorsqu'ils se trouvent à traduire des énoncées complexes, qui sont en effet parfois simplifiées. Dans le cas observé, la non-réutilisation du mot « stress » produit par le patient se révèle un choix inadapté de la part de l'interprète (comme son utilisation par le médecin le montre) La restitution précise des mots qui relèvent de la sphère émotionnelle est considérée par les soignants ainsi que les interprétés comme essentielle. Par ailleurs, ces questions interrogent certains soignants en santé mentale notamment, qui remettent en question la per-

18. Séance de travail collectif du 25 septembre 2017.
19. http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html
20. En général, les participants aux formations n'ont pas été filmés dans le cadre de REMILAS.

tinence de travailler avec des interprètes, et par conséquence avec un public allophone[21]. Plus généralement, sans présumer de leurs effets sur les pratiques des professionnels, ces sessions permettent aux participants de se retrouver ou de se projeter dans les situations observées, de leur donner du sens, de découvrir le processus de construction des évènements langagiers considérés auparavant comme aléatoires ou « accidentels » (voir, entre autres, Antaki, 2011 ; Filliettaz, 2013 ; Pekarek Doehler et al., 2017 ; Trébert et Filliettaz, 2017).

Conclusion

Notre démarche propose de mettre notre approche analytique à disposition des acteurs de terrain afin de promouvoir une explicitation et une co-construction des savoirs. En effet, l'expérience de collecte et d'analyse des données, enrichie par l'échange avec les professionnels, permet de discuter avec eux de nos lectures et interprétations respectives des situations. Cette modalité de travail contribue à construire de manière critique une compréhension des réalisations locales et situées des pratiques professionnelles et d'en expliquer les conséquences pour les différents acteurs. Les séances de travail collectif chercheurs-professionnels représentent donc un moment où recherche et formation se rencontrent, avec la création de conditions interactionnelles qui promeuvent des contenus qui n'émergeraient pas autrement, et où l'expertise de chacun est légitime. Toutefois, la mise à disposition de notre regard et de nos outils analytiques dans des séances de formation représente un défi. D'abord, nous faisons face à la difficulté de faire entrer les personnes en formation dans une des dimensions les plus micro de leur quotidien professionnel, ce qui peut être vécu comme complexe et artificiel, également en raison des limites temporelles de nos formations. En même temps, les contenus et modalités de formations sont en général reçus positivement en raison de leur caractère empirique, permettant, entre autres, une distanciation par rapport à la pratique individuelle, ce qui conduit à une légitimation de certains comportements des professionnels.

À titre d'exemple, suite à une formation, une interprète dit avoir pu accepter un décalage entre la norme comportementale qu'elle avait apprise et la pratique en situation, en assumant finalement une prise de distance vis-à-vis de la norme. En effet, les données « écologiques » permettent d'accéder aux contingences du moment qui impactent la manière d'agir des participants, et, par conséquent, d'expliquer et de « justifier » toute action (canonique ou pas) des locuteurs.

Dans le type de situation analysé dans la section II, c'est-à-dire dans le cadre de la production d'un certificat à intégrer au dossier de recours auprès de la CNDA, l'activité interactionnelle de reconstruction et de recherche de faits nouveaux manifeste un décalage entre les participants dans la compréhension du sens de l'activité même, ou alors de la manière de la conduire. L'inégalité des ressources interprétatives (concernant le cadre, le déroulement, les objectifs de la consultation) amplifiée par l'asymétrie linguistique, semble être une des composantes de ce décalage, qui a pour effet de construire une asymétrie qui ne favorise pas la capacité d'action du requérant. Bien qu'une telle asymétrie ne soit pas une condition statique et rigide – au cours d'une même interaction, les asymétries (épistémiques) sont constamment (re) négociées et parfois renversées – l'accès partiel au sens de l'activité menée par le professionnel a sans doute un impact sur la co-construction de cette activité. Et c'est justement ce lien entre construction locale et structuration sociale que notre approche peut contribuer à montrer et à expliquer.

Le caractère émergent, local et toujours situé des faits conversationnels observés ne permet pas de produire des recettes comportementales. À ce propos, Filliettaz (2012, p. 70) souligne la difficulté propre aux analyses interactionnelles de généraliser ce que les chercheurs, sur la base d'un corpus toujours limité, peuvent interpréter comme trace commune à un grand nombre de situations. Notre objectif n'est donc pas de prescrire des pratiques pour prévenir l'émergence d'évènements problématiques. Nous cherchons plutôt à favoriser une prise de conscience de certains phénomènes chez le public visé (soignants et interprètes notamment) et à montrer l'impact, facilitateur ou complexifiant, de certaines actions multimodales et de certains tours de traduction sur le déroulement des activités et, plus généralement, sur la rencontre.

Bibliographie :

Asmis, E. (2004). L'enseignement de la philosophie épicurienne. Dans J.-M. Pailler & P. Payen (Dir.), *Que reste-t-il de l'éducation classique ?* (p. 211-218). Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.

Balaudé, J.-F. (1994). Épicure. Lettres, maximes, sentences. Traduction, introduction et commentaires par Jean-François Balaudé. Paris : Librairie Générale Française.

Antaki, C. (Dir.). (2011). Applied Conversation Analysis. Basingstoke : Palgrave Macmillian.

Baraldi, C. et Gavioli, L. (Dir.). (2012). Coordinating Participation in Dialogue Interpreting. Amsterdam/Philadelphia : J. Benjamins.

Bourdieu, P. (1982). Ce que parler veut dire. Paris : Fayard.

Boutet, J. et Heller, M. (2007). Enjeux sociaux de la sociolinguistique : pour une sociolinguistique critique. *Langage et société, 121-122 (3),* 305-318.

21. Commentaires recueillis lors des formations en 2019.

Becker, H. S. (1985). Outsiders : Études de sociologie de la déviance. Paris : Éditions Métailié.

Bot, H. (2005). Dialogue interpreting as a specific case of reported speech. *Interpreting, 7 (2),* 237-261.

Canut, C. et Guellouz, M. (2018). Introduction. Langage et migration : état des lieux. *Langage et société, 165 (3),* 9-30.

Chambon, N. et Le Goff, G. (2016). Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie. *Revue française des affaires sociales, 2,* 123-140.

Chambon, N., Lambert, P., Ticca, A. C. et Traverso, V. (à paraître). Le patient, le médecin et l'interprète dans les consultations médicales d'expertise pour la demande d'asile. Dans L. Le Ferrec et M. Veniard (dir.), *Discours, langues, migrations.*

Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., et Scheller L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, 2 (1),* 1-8.

De Fina, A. (2003). Identity in narrative : A study of immigrant discourse. Amsterdam / Philadelphia : J. Benjamins.

Desgagné, S., Bednarz, N., Lebuis, P., Poirier, L et Couture, C. (2001). L'approche collaborative de recherche en éducation : un nouveau rapport à établir entre recherche et formation. *Revue des sciences de l'éducation, 27 (1),* 33-64.

D'Halluin, E., (2012). Les épreuves de l'asile. Paris : Éditions de l'EHESS.

D'Halluin, E. (2012). Les épreuves de l'asile. Associations et réfugiés face aux politiques du soupçon. Paris : EHESS.

D'Halluin, E. (2019). Comment prouver sa condition de réfugié ? Usages du récit et de l'expertise médicale dans la procédure d'asile. Dans V. Traverso et H. Zeroug-Vial (Dir.), Récits, situations et interprétations (p. 14-23). Actes de la journée d'étude « Récits, situations et interprétations », Lyon : Le Vinatier.

Dubslaff, F. et Martinsen, B. (2005). Exploring untrained interpreters' use of direct versus indirect speech. *Interpreting, 7 (2),* 211-236.

Fassin, D. et d'Halluin, E. (2005). The truth in the body. Medical certificates as ultimate evidence for asylum-seekers. *American Anthropologist, 107 (4),* 597-608.

Filliettaz, L. (2012). Interactions tutorales et formation des formateurs. *Travail & Apprentissages, 9,* 62-83.

Filliettaz, L. (2013). Affording learning environments in workplace contexts : an interactional and multimodal perspective. *International Journal of Lifelong Education, 32 (1),* 107-122.

Filliettaz, L. et Lambert, P. (2019). La formation professionnelle, un point aveugle de la linguistique sociale ? *Langage et société, 168 (3),* 15-47.

Garnier, H. et Idris, I. (2015). Souffrance identitaire à l'épreuve du trauma de l'exil et des traumatismes migratoires. *Le Journal des psychologues, 326 (3),* 64-69.

Isnard, H. (2011), Le récit du réfugié est-il une fiction ? *Topique, 114 (1),* 107-114.

Labov, W. (1972), Sociolinguistic Patterns. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.

Mandelbaum, J. (1989). Interpersonal activities in conversational storytelling. *Western Journal of Speech Communication, 53 (2),* 114-126.

Mantovan, G. (2011). Les récits de vie des demandeurs d'asile tamouls. *Hommes & migrations, 1291,* 40-50.

Pasquandrea, S. (2011). Managing multiple actions through multimodality. Doctors' involvement in interpreter-mediated interactions. *Language in Society, 40 (4),* 455-481.

Pekarek Doehler, S., Bangerter, A., de Weck, G., Filliettaz, L., González-Martínez, E. et Petitjean, C. (Dir.). (2017). Interactional competences in institutional settings : From school to the workplace. Basingstoke : Palgrave Macmillan.

Piccoli, V. (2019). (Re) transmettre la souffrance émotionnelle : une analyse interactionnelle de consultations entre soignants, demandeurs d'asile et interprètes en France. *Langage et société, 167 (2),* 175-198.

Pöchhacker, F. et Shlesinger, M. (dir.). (2007). Healthcare interpreting. studies in interaction. Amsterdam/Philadelphia : J. Benjamins.

Revaz, F. et Filliettaz, L. (2006). Actualités du récit dans le champ de la linguistique des discours oraux. Le cas des narrations en situation d'entretien. Protée, 32 (2-3), 53-66.

Ricoeur, P. (1983). Temps et Récit, Tome I, L'intrigue et le récit historique. Paris : Seuil.

Sacks, H. (1972). An initial investigation of the usability of conversational data for doing sociology. Dans D. Sudnow (Dir.), *Studies in Social Interaction* (p. 31-74). New York : Free Press.

Sacks, H. (1992). Lectures on Conversation. Oxford : Blackwell.

Sacks, H., Schegloff, E. A. et Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language, 50,* 696-736.

Schegloff, E. A. (2007). Sequence organization in interaction : A primer in conversation analysis. Cambridge : Cambridge University Press.

Sidnell, J. et Stivers, T. (dir.). (2012). Handbook of conversation analysis. Oxford : Wiley-Blackwell.

Stivers, T. (2008). Stance, alignment, and affiliation during storytelling : When nodding is a token of affiliation. *ROLSI, 41 (1),* 31-57.

Ticca, A. C. (2018). The interpreter's activity between complexity and simplification in psychotherapy sessions. Dans L. Anderson, L. Gavioli et F. Zanettin (Dir.), *Interpreting for Language Learners : A volume of teaching/learning activities* (p. 57-71). Bologna : Studi AItLA.

Ticca, A. C. (à paraître). Les traces physiques dans la re-construction du récit d'asile. Dans N. Chambon et V. Traverso (dir.), Raconter, relater, traduire : paroles de la migration. Paris : Lambert Lucas.

Ticca, A. C. et Traverso V. (2015). Territoires corporels, ressenti et paroles d'action : des moments délicats de la consultation médicale avec interprète. *Langage et société, 153 (3),* 45-74.

Ticca, A.C. et Traverso, V. (2017). Parole, voix et corps : lorsque l'interprète et le soignant s'alignent dans les consultations avec migrants. *L'autre – clinique, culture et société – Des interprètes pour mieux soigner, 18 (3),* 304-314.

Traverso, V. (2019). La recherche REMILAS, réalisations et projets. Dans V. Traverso et H. Zeroug-Vial Dir.), *Récits, situations et interprétations* (p. 5-13). Actes de la journée d'étude « Récits, situations et interprétation ». Lyon : Le Vinatier.

Trébert, D. et Filliettaz, L. (2017). L'analyse des interactions, une ressource pour l'activité du formateur-concepteur : le cas de la formation continue des tuteurs en éducation de l'enfance. *Dossiers des sciences de l'éducation, 38,* 29-47.

Wadensjö, C. (1998). Interpreting as interaction. London : Longman.

Annexe : Conventions de transcription (dernière page, après bibliographie)

ENS	Dans la colonne des pseudonymes, l'usage des caractères grisés indique que la ligne est consacrée à une description de gestes
* *	Dans la transcription indique le début et la fin de tout geste co-verbal de l'usager décrit à la ligne suivante
(( ))	Description d'un comportement non verbal
-->>	Indique qu'un mouvement continue après la fin de l'extrait
#	Situe l'emplacement d'une image tirée de la bande vidéo

[ ]	début et fin du chevauchement	xxx	segment inaudible
par-	troncation	/ \	intonation montante/ descendante\
:	allongement	.h	aspiration
(.)	pauses non chronométrées (<0.2s)	(il va)	transcription incertaine
(2.2)	pauses chronométrées (en sec.)	°bon°	voix basse ou très basse (°°bon°°)
&	continuation du tour de parole	ALORS	volume augmenté ou autre marque d'insistance
((rire))	phénomènes non transcrits, commentaires	[...]	coupure due au transcripteur