

Natacha NIEMANTS¹

L'accueil des patient.e.s francophones dans les institutions de soin en Italie : pour une interprétation des silences

Cette étude exploratoire porte sur les silences dans des consultations médicales avec neuf patient.e.s venant d'Afrique francophone subsaharienne. Nous commencerons par analyser les durées, les positions et les fonctions du silence dans des séquences de questions-réponses. Nous présenterons ensuite une action formative permettant aux professionnel.le.s de la langue et de la santé impliqué.e.s de mieux interpréter les pauses, qui n'ont été que marginalement investiguées dans le domaine de l'interprétation de dialogue. Nous espérons ainsi contribuer à un accueil de patient.e.s allophones qui passe aussi par une recherche et une action sur ce qui est dit et non-dit en consultation.

Mots clés : santé, silence, interprétation de dialogue

This exploratory study focuses on silences in medical consultations with nine patients from sub-Saharan French-speaking Africa. We will begin by analysing the duration, position and function of silence in question-answer sequences. We will then present a training action enabling the language and health professionals involved to better interpret the pauses, which have only been marginally investigated in the field of dialogue interpreting. By so doing we hope to contribute to a reception of allophone patients that also entails research and action on what is said and not said in healthcare interactions.

Keywords : health, silence, dialogue interpreting

Questo studio esplorativo si concentra sui silenzi in nove visite mediche con pazienti dell'Africa francofona subsahariana. Inizieremo analizzando la durata, la posizione e la funzione del silenzio in sequenze di domande e risposte. Presenteremo quindi un'azione formativa che consenta ai/alle

¹ Natacha Niemants est diplômée en interprétation de l'université de Bologne et docteure en Langues et cultures comparées de l'université de Modène et Reggio Emilia. Professeure associée au Département d'Interprétation et Traduction de Forlì, elle enseigne l'interprétation de conférence et de dialogue italien-français. Ses études en linguistique appliquée portent sur l'interprétation dans les soins de santé, la formation des interprètes et l'analyse conversationnelle ; elle est l'auteure de plusieurs publications dont *L'interprétation de dialogue en milieu médical : Du jeu de rôle à l'exercice d'une responsabilité* (Aracne, 2015).

professionisti/e della lingua e della salute coinvolti/e di interpretare meglio le pause, solo marginalmente studiate nel campo dell'interpretazione dialogica. Speriamo così di contribuire a un'accoglienza di pazienti allofoni/e che passa anche per la ricerca e l'azione su ciò che si dice e non dice nelle interazioni in ambito socio-sanitario.

Parole chiave : salute, silenzio, interprétation dialogica

« La vie sociale réelle a besoin du temps et de l'espace, qui sont la matière première des relations instituées, pensées, et représentées entre l'un et l'autre, l'un et les autres, les uns et les autres. » (Augé, 2017 : 20)

Introduction

Contrairement à nombreuses études sur les consultations médicales plurilingues, qui mettent l'accent sur ce que les participant.e.s disent et sur la façon dont cela est fait, cette contribution porte sur « l'absence de parole (ou d'une parole particulière) là où elle pourrait légitimement survenir » (Bilmes et July 1996) et sur ce que « se taire veut dire » (Barbet et Honoré 2013). En partant du constat que, dans les consultations médicales occidentales (Heritage et Maynard 2006), ce sont souvent les médecins qui posent des questions alors que les patient.e.s se limitent généralement à répondre, nous analyserons le silence dans des séquences de questions-réponses, là où les patient.e.s pourraient prendre la parole mais ne le font pas (tout de suite). Nous observerons donc le silence dans sa nature de pause et le rôle crucial qu'il joue dans l'organisation des tours de parole (Sacks, Schegloff et Jefferson, 1974), et plus précisément :

1) le silence qui suit la question des soignant.e.s et qui nous révèle l'hésitation des patient.e.s à répondre (par ex. parce qu'ils/elles ne comprennent pas ou qu'ils/elles ne s'attendent pas à une question précise portant sur une date ou autre unité de mesure) ;

2) le silence qui suit la réponse des patient.e.s et qui désigne l'hésitation dans la réception de cette réponse par les autres

participant.e.s (par ex. parce qu'ils/elles ne comprennent pas ou ne s'attendent pas à ce type de réponse).

Nous commencerons par présenter les durées, les positions et les fonctions des silences dans la communication entre patient.e.s francophones et soignant.e.s italophones interagissant directement ou à l'aide d'un tiers traduisant. Nous proposerons ensuite une intervention formative permettant aux professionnel.le.s de la langue et de la santé impliqué.e.s d'interpréter des « formes du silence » (Puccinelli Orlandi 1996) qui n'ont été que marginalement investiguées dans le domaine de l'« interprétation de dialogue » (Mason 1999, Baraldi et Gavioli 2012), par exemple dans des consultations en santé mentale (Ticca et Traverso 2017).

Si l'on en croit Seleskovitsch et Lederer (2001), interpréter signifie avant tout remplir de sens : on verra que cette première interprétation – qui intéresse à la fois les soignant.e.s et les « interprètes-médiateurs » (Navarro, Benayoun et Humbley 2016) et qui peut porter aussi bien sur la parole que sur les silences en interaction – peut amener à « tolérer » (Mushin et Gardner 2009) certaines pauses dans la conversation, ainsi qu'à prendre le temps d'explicitier l'ordre et l'importance de ce qui est en train d'être dit et fait, en construisant un terrain commun qui est plus difficile à partager dans la conversation bilingue. Interpréter signifie ensuite traduire le sens de ce qui est dit ou non-dit dans une autre langue et on verra que cette deuxième interprétation – ne concernant que les interprètes-médiateurs (d'ores et en avant IM) – peut amener à créer de l'espace pour des significations qui passeraient autrement sous silence.

Notre étude des silences dans quelques consultations avec des patient.e.s venant de l'Afrique francophone subsaharienne deviendrait ainsi une façon de restituer et construire (v. Agresti 2018a) un objet de recherche apparemment vide et inintéressant – puisqu'on ne peut pas le voir ni l'entendre – alors qu'il a plusieurs positions et fonctions de la parole en interaction (Saville-Troike

1994) et qu'il se remplit différemment dans le discours de ceux et celles qui l'interprètent, s'avérant être un objet tout à fait révélateur pour une analyse linguistique appliquée (Condamines et Narcy-Combes 2015), située (Filliettaz 2009) et engagée pour le développement (Agresti 2018b). Il ne s'agirait donc pas d'un simple outil descriptif, mais d'un exemple d'action ancrée dans un problème réel avec lequel nous nous sommes souvent mesurée en tant qu'interprète (l'absence d'une réponse souhaitée), que rien n'empêche d'étendre à d'autres (variétés de) langues et domaines, où le temps et l'espace demeurent la matière première des relations (Augé 2017, en exerque).

1. Analyser la parole et le silence en interaction

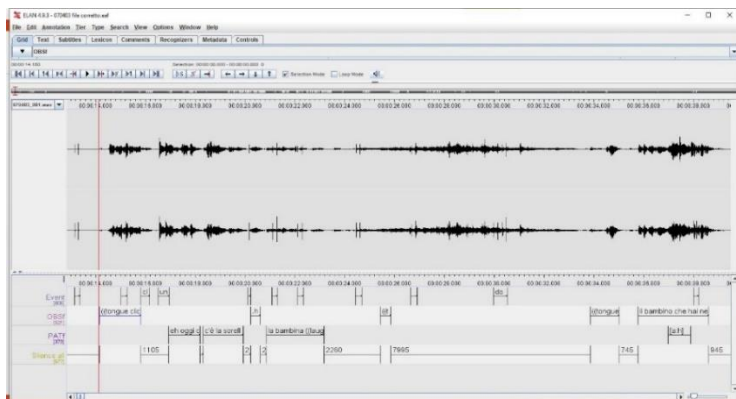
Il y a lieu de se demander si le silence est « un espace de temps entre les paroles – ou peut-être, les paroles sont-elles un espace de temps entre les pauses ? » (Celotti 2001 : 93). La réponse se situe selon nous à la croisée entre positions théoriques et pratiques, là où les chercheur.e.s se doivent de transcrire une oralité autrement très difficile à analyser. Si l'on observe la transcription la plus typique de l'Analyse Conversationnelle (exemple 1a), les paroles sont au premier plan et les pauses, conventionnellement représentées entre parenthèses avec un point indiquant une courte durée (ici inférieure à 0,5 secondes), sont un espace de temps entre les paroles des mêmes locuteurs (v. ligne 9 de la gynécologue), ou de plusieurs locuteurs lorsque c'est une pause inter-réplique (lignes 2, 4, 6, 8).

(1a)

01 GYNF	((claquement de langue)) lo senti muovere il bambino?
02	(1,1)
03 PATF	eh oggi c'è ((rires)) (.) c'è la sorella a casa
04	(.)
05 GYNF	.hh
06	(.)
07 PATF	la bambina ((rires)) e stavo con lei
08	(2,3)
09 GYNF	((raclage)) (8) ((claquement de langue)) però il (0,7) il bambino che hai nel[la pancia]
10 PATF	[a:h]
11 GYNF	lo senti muovere?

Si l'on observe le même extrait transcrit dans un format horizontal (exemple 1b) à l'aide du logiciel ELAN² (qui fonctionne comme dans une partition musicale où le temps est représenté de gauche à droite, et où les lignes correspondent aux locuteurs), le silence nous paraît sous une autre forme : c'est la ligne droite sur laquelle se trouvent, parfois, des paroles.

(1b)



Alors que le format vertical a jusqu'à présent été très utilisé dans la transcription orthographique de données audio, le système à partition semble aujourd'hui le mieux équipé pour transcrire les données vidéos, car plusieurs lignes peuvent être ajoutées pour représenter les multiples dimensions de la communication en rendant compte de leur simultanéité (par exemple qu'au moment où quelqu'un.e dit quelque chose il/elle fait également un geste) et pour calculer les moments où personne ne parle (v. la dernière ligne dans la partition, où le temps est mesuré en millisecondes).

² ELAN (Version 6.4) [Computer software]. (2022). Nijmegen : Max Planck Institute for Psycholinguistics, The Language Archive. Retrieved from <https://archive.mpi.nl/tla/elan> (la version utilisée à l'époque de cette étude était la 4.9.3).

Sans rentrer dans le détail de la transcription et du passage des enregistrements aux corpus d'interactions, nous nous limitons à rappeler ici que toute transcription est chargée de théorie (Ochs 1979), étant le résultat de choix interprétatifs (quoi transcrire) et représentatifs (comment transcrire). Tant les transcripteur.e.s que les chercheur.e.s doivent donc être conscient.e.s de la distinction entre données primaires vs secondaires et du fait que ces dernières ne sont qu'une sélection de ce qui se passe dans l'interaction qu'on se propose d'étudier, qui peut être représentée de différentes manières et changer ainsi notre point d'observation (v. Gallez, 2021).

1.1 La place du silence et du tiers traduisant

Si l'on en croit Celotti (2001), plusieurs « formes du silence » (Puccinelli Orlandi, 1996) ont déjà fait l'objet de questionnements linguistiques, dont nous ne retiendrons ici que « le silence observé dans sa nature de pause » (Celotti, 2001 : 93), en soulignant qu'il peut avoir autant de place et de signification que la parole en interaction (Bilmes et July, 1996), et que ses durées et positions changeantes peuvent dépendre du contexte géographique, situationnel et interactionnel de la conversation (Mushin et Gardner, 2009).

Le rôle majeur du silence dans l'organisation séquentielle des tours de parole est bien visible dans le cas de la paire adjacente question-réponse (Q-R), qui caractérise certaines phases des consultations médicales (Heritage, 2010). Les questions des soignant.e.s projettent en effet les réponses des patient.e.s, qui dans leur réponse affichent leur compréhension de la question. Au niveau séquentiel, cela ne signifie pas que la réponse sera aussitôt produite dans le tour suivant, car les patient.e.s pourraient ne pas avoir compris et demander de répéter, ou bien détourner la conversation sur un autre sujet, ou encore réfléchir quelques instants avant de répondre. Cela signifie plutôt que l'absence et/ou le retard dans la production de la réponse seront remarqués par les médecins, puisque la première partie de la

paire Q-R n'est pas immédiatement suivie de la seconde à laquelle ils/elles s'attendent.

Les séquences de paires Q-R se compliquent lors d'une conversation avec des patient.e.s allophones. Si les soignant.e.s communiquent directement avec eux/elles, en misant sur les ressources linguistiques disponibles des deux côtés, il se peut que des connaissances suffisantes dans des conversations ordinaires s'avèrent insuffisantes pour bien (se) comprendre dans le milieu médical et atteindre ainsi les objectifs de la consultation. Si les soignant.e.s communiquent, par contre, à l'aide d'un IM, entre les questions et les réponses il existe la compréhension de ce tiers traduisant, qui pourrait comprendre et donc traduire immédiatement dans le tour suivant (dans une séquence Q-restitution-R-restitution), ou bien amorcer une « séquence optionnelle » (Davidson 2002 [notre traduction]) dans laquelle demander des éclaircissements et négocier une signification qui ne sera restituée que par la suite, en retardant ainsi la traduction de la question et par conséquent celle de la réponse.

Plusieurs études conversationnelles sur l'interprétation-médiation dans l'interaction ont isolé des actions de « coordination » (Wadensjö 1998), que l'IM produit de pair avec ses restitutions de la parole d'autrui, en montrant ce qu'il ou elle fait pour négocier non seulement sa propre compréhension, mais aussi celle des autres, par exemple en parlant de ce qui est en train d'être dit et fait, ou de la raison pour laquelle cela est le cas (v. Baraldi et Gavioli 2012 : 3-6 à propos du concept de « coordination réflexive » [notre traduction]). En effet, les IM font souvent des « expansions » (Baraldi 2012) des tours qui précèdent, par exemple pour expliciter des significations « sous-déterminées » (Mason 2006 [notre traduction]), ou pour faire avancer la conversation en donnant un sens à l'essentiel des propos (*gist*) des interlocuteurs primaires (v. Heritage et Watson 1979 pour une première

définition du concept conversationnel de « formulation »³). Plus particulièrement, Baraldi (2018 : 254) systématise deux fonctions des reformulations repérées dans son corpus :

Explicating a social worker's explanation means making its gist clear to the immigrant. The analysis shows two subtypes of explications: *rephrasing* and *adding details*. *Developing* the gist of the social worker's explanation means changing the gist and thus changing orientation of the interaction. The analysis shows three subtypes of development: *provision of examples*, *mitigation* and *encouragement (recommendation)*. [italique dans l'original]

Dans un cas comme dans l'autre, conclut Baraldi, l'IM œuvre de concert avec l'assistant.e social.e pour « *construire* des explications dans l'interaction plutôt que pour les *passer* aux migrant.e.s » (2018 : 265 [notre traduction, italique dans l'original]) et cela est fait en rajoutant des détails et des exemples que nous retrouverons dans plusieurs de nos extraits.

2. Les formes du silence dans un corpus pilote

Cette étude exploratoire se base sur un corpus de neuf interactions tirées de trois projets différents, s'étant déroulés entre 2010 et 2017, à savoir : notre thèse de doctorat (deux interactions originaires transcrites avec EXMARALDA⁴ puis importées dans ELAN) ; le projet FAR 2014⁵ auquel nous avons contribué comme post-doctorante (quatre interactions directement transcrites avec ELAN) ; le mémoire de Silvia Vignali⁶ (trois interactions originaires transcrites sur un

³ En anglais on ne distingue pas la simple mise en mots de l'élaboration de tours déjà produits, alors que le français distingue entre les termes *formulation* et *reformulation*, qui nous paraît ici le plus approprié (v. Traverso 2017).

⁴ <https://exmaralda.org/en/>

⁵ *Analisi della comunicazione con i pazienti migranti e promozione del miglioramento nei servizi sanitari*, financé par le programme compétitif FAR 2014, P.I. Claudio Baraldi.

⁶ *Bilingual interaction in healthcare settings: an epirical analysis of intercultural mediators' initiatives / Interazioni bilingue in ambito sanitario:*

fichier word au format vertical que nous avons retranscrites avec ELAN).

La durée totale de ce corpus interrogeable à travers la recherche avancée de ELAN (v. Niemants 2018 pour plus de détails) est de 236 minutes, dont 117 où les patientes communiquent directement avec le personnel soignant (il s'agit de quatre femmes ivoiriennes ou sénégalaises interagissant avec une gynécologue, une sage-femme et une pédiatre) et 119 où la communication entre trois soignantes (deux sages-femmes et une médecin) et cinq patient.e.s (deux hommes venant respectivement du Burkina Faso et de la Guinée Conakry et trois femmes venant du Sénégal ou de la Côte d'Ivoire) est co-construite à l'aide de trois IM (toutes d'origine maghrébine).

2.1 Durée des silences

Cette analyse quantitative a été faite à partir des statistiques de ELAN et nous révèle que le pourcentage de silence par rapport à la durée totale des interactions (allant de 6 à 43 minutes) est bien plus élevé dans les quatre interactions sans IM, où les soignantes communiquent directement avec les patientes : l'on va de 25 % de silence dans l'interaction la plus courte de 6 minutes chez la pédiatre visitant le nouveau-né (n. 4 dans le Tableau 1), à plus de 74 % de silence dans une interaction de 39 minutes entre une femme ivoirienne ou sénégalaise⁷ enceinte et

analisi empirica delle iniziative del mediatore interculturale, Cours en Langue et Cultures Européennes, Université de Modène et Reggio Emilia, superviseur Claudio Baraldi.

⁷ Il est parfois très difficile d'établir la provenance des patient.e.s francophones sur la base de la variété de français qu'ils ou elles parlent, si ce ne sont pas eux ou elles-mêmes qui l'explicitent pendant la consultation. Dans le sillage du volume de Gadet et Ludwig (2015), qui observent le français au contact d'autres langues, nous avons donc ouvert cette étude exploratoire à tous les pays de l'Afrique francophone subsaharienne, d'où viennent la plupart des patient.e.s francophones enregistré.e.s dans le cadre des recherches de l'AIM (Centre Interuniversitaire d'Analyse de l'Interaction et

une sage-femme italienne (n. 2 dans le même Tableau ci-dessous).

Tableau 1 : silences et paroles en interaction sans IM

Sans IM	1	2	3	4
Durée	29 min	39 min	43 min	6 min
% silence	58,6 %	74,3 %	44,2 %	25 %
% parole ⁸ :	41,4 %	25,7 %	55,8 %	75 %
Soignant.e	9 min	< 8 min	> 18 min	4 min
Patient.e	< 3 min	< 2 min	< 9 min	< 1 min

Lorsque l'IM est présente (nous utiliserons désormais toujours le féminin puisqu'il ne s'agit que de femmes) le pourcentage le plus élevé de silence est de moins de 23 % (n. 5 dans le Tableau 2), donc inférieur au pourcentage le plus faible des interactions sans IM, les autres tournant autour de 7 ou 17 %.

Tableau 2 : silences et paroles en interaction avec IM

Avec IM	1	2	3	4	5
Durée	15 min	20 min	15 min	42 min	27 min
% silence	16,6 %	18,5 %	6,6 %	17,4 %	22,9 %
% parole	83,4 %	81,5 %	93,4 %	82,6 %	77,1 %
Soignant.e	> 4 min	> 6 min	> 6 min	< 8 min	< 5 min
IM	< 7 min	< 7 min	< 7 min	22 min	< 15 min
Patient.e	1,5 min	< 3 min	> 1 min	9 min	> 2 min

Les différences affichées ci-dessus pourraient se lier, entre autre, au sexe des participant.e.s, puisque les deux interactions avec IM impliquant des patients hommes (n. 1 et 3 dans le Tableau

de la Médiation, <http://www.aim.unimore.it/>), le reste venant du Maghreb, pour l'instant exclu.

⁸ Ce pourcentage inclut également les énoncés d'autres personnes qui prennent marginalement la parole, comme des collègues entrant dans le cabinet pour parler d'autres patient.e.s ou pour aider dans certains actes médicaux.

2) durent moins longtemps (15 minutes) et affichent moins de silences que les interactions avec des patientes femmes (n. 2, 4 et 5 dans le même Tableau), et ce également lorsque l'IM et la soignante restent les mêmes (15 minutes contre 20 dans les interactions n. 1, 2 et 3). Toute observation du silence « selon les variations culturelles et sociales » (Celotti 2001 : 93) nécessiterait cependant un plus grand corpus que le nôtre, donc nous ne pouvons pas généraliser ce constat.

L'autre limite de notre corpus pilote est qu'il s'agit de données audio, où la distinction entre parole et silence est bien audible, mais où on ne peut malheureusement pas analyser les actions, les expressions et les gestes qui vraisemblablement remplissent une bonne partie de ces silences, comme nous l'indiquent certains bruits de fond (entre autres ceux des outils permettant de mesurer la tension ou de faire d'autres actes médicaux) et certaines formulations de la part des soignant.e.s et/ou des IM, qui parfois expliquent ce qui vient ou est en train d'être fait. Il n'en reste pas moins que seule une moindre partie de ces nombreux silences est meublée par des (descriptions d')actions et procédures et que l'écoute d'une interaction comme la n. 2 sans IM du Tableau 1 a soulevé plusieurs perplexités tant chez nous que chez une collègue experte de variation linguistique avec qui nous l'avons partagée.⁹ En effet, dans cette consultation de 39 minutes affichant plus de 74 % de silences, la visite ne commence qu'à la minute 24 et ne dure que 8 minutes, étant encadrée par les documents que la sage-femme est habituellement tenue de remplir, soit-il à l'ordinateur ou pas, et interrompue par plusieurs coups de téléphone et collègues entrant dans le cabinet qui contribuent au rythme saccadé de l'échange.

⁹ Nous tenons à remercier Nataša Raschi, car même si son nom ne figure pas dans la liste des auteurs et si elle ne partage pas la responsabilité de ce que nous avons écrit, elle a craqué l'allumette ayant allumé notre intérêt pour les silences dans ces interactions avec des patient.e.s francophones et accompagné notre travail avec ses précieuses relectures.

Si une telle interaction peut vraisemblablement s'avérer complexe pour des participant.e.s italophones connaissant les procédures institutionnelles et le parcours de soins dans lequel elle s'insère, qu'en est-il d'une patiente francophone ne connaissant pas (encore) le fonctionnement des institutions de soins en Italie, ni du parcours de naissance dans lequel elle a été insérée ? Afin d'apporter quelques éléments de réponse, nous entrerons dans le détail des silences repérés et nous en observerons quelques positions et fonctions, en appréciant ainsi ce que l'IM fait, outre que traduire, pour accueillir ces patient.e.s allophones.

2.2 Positions et fonctions des silences

Les deux premiers extraits sont tirés d'interactions sans IM et présentés au format vertical, afin de mieux montrer les positions du silence dans la paire Q-R ayant retenu notre attention, à savoir : le silence qui suit la question des soignantes et qui nous révèle l'hésitation des patientes à répondre (exemples 2, 3) ; le silence qui suit la réponse des patientes et qui désigne l'hésitation dans la réception de cette réponse par les soignantes (exemples 4, 5).

L'exemple (2) est la continuation du (1) ci-dessus, où la gynécologue (GYNf) avait demandé à la femme enceinte ivoirienne (PATf) si elle sentait bouger son bébé dans son ventre, et la réponse de la patiente était encadrée par deux silences, l'un affichant son hésitation à répondre¹⁰, l'autre l'hésitation de la soignante dans la réception de sa réponse. Au tour 18, GYNf demande quand la patiente a commencé à sentir le bébé bouger, et encore une fois la question est suivie d'un silence, puis de la réponse de la patiente, que la gynécologue répète avec intonation montante ('?') pour être sûre d'avoir bien

¹⁰ Nous tenons à rappeler ici la réflexion d'un participant au premier colloque du réseau POCLANDE selon qui cette hésitation ne serait pas due à un manque de compréhension de la question, quant au fait que, dans certains pays, parler du bébé avant sa naissance pourrait porter malheur.

analyses qui n'ont pas été faites, dans le cas de (5), elle porte sur un rapport médical que la patiente n'a pas, ou n'a plus.

(4)
 101 GYNf [non sei andata?]
 102 (2,7)
 103 PATf **no:**
 104 (0,9)
 105 GYNf ti sei dimenticata?

(5)
 141 GYNf ma vorrei vedere cosa ha scritto cinque febbraio
 142 (0,6)
 143 PATf **non lo so**
 144 (2,2)
 145 GYNf ti ha dato un foglio?

Dans un cas comme dans l'autre, les questions de la gynécologue concernant des procédures institutionnelles que la patiente ne connaît pas (encore), ce qui vraisemblablement explique ces silences ainsi que le besoin, de la part de la soignante, d'approfondir dans les tours suivants en posant des questions d'éclaircissement (tours 105 et 145).

Les mêmes positions du silence se dégagent de l'analyse des cinq interactions avec IM (MEDf dans les extraits de notre corpus), où c'est cette dernière qui perçoit le silence, tout comme les paroles, en premier, et c'est donc elle qui encourage les patient.e.s à s'exprimer lorsque leur réponse n'est pas produite (faute de quoi elle n'aurait rien à traduire) ou n'est pas adéquate pour les objectifs de la consultation. Nous présenterons à nouveau quatre exemples, ainsi répartis : silences après une question (traduite) des soignant.e.s (exemples 6, 7) ; silences après une réponse (à traduire) des soigné.e.s (exemples 8, 9).

Tout comme dans l'exemple (2) sans IM, dans le (6) une femme médecin comprenant assez bien le français demande à la patiente ivoirienne de placer un événement dans le temps ('quando'), en l'occurrence une radiographie. La traduction de cette question (où MEDf explicite et répète deux fois sa propre version du tour original de DOCf) est suivie d'un silence, puis

d'une hésitation de la part de PATf. Cela projette la réaction de DOCf et MEDf qui, toutes deux, cherchent à vérifier si cela date de quand la patiente était petite (tours 110-111). Suite à la réponse de PATf ('pas trop petite'), MEDf lui fait écho puis propose quelques réponses candidates, aidant la patiente à expliciter un 'quand' qui, de pair avec le 'combien', pose souvent problème dans les interactions avec des patient.e.s venant de l'Afrique subsaharienne.

(6)

106 DOCf **quando** gli hanno fatto i raggi?
107 MEDf **en quel année?** on est en 2017 maintenant
 en quelle année tu es tombée?
108 (1,1)
109 PATf hhh
110 DOCf tu étais [une]
111 MEDf [petite]?
112 PATf pas trop petite
113 MEDf pas trop petite 14 ans, 15 ans, tu avais 15 ans?
114 PATf oui comme ça pas trop petite

Plusieurs minutes plus tard, la même femme médecin pose une autre question par rapport à laquelle ces patient.e.s ont souvent des difficultés, à savoir quels médicaments ils ou elles prennent. Le cas échéant, le silence est vraisemblablement dû au fait que PATf ne prend rien 'actuellement', sauf la pommade et les comprimés ayant été thématiques peu avant (dans des tours que nous ne montrons pas).

(7)

311 DOCf bene **medicine** allor- a parte cosa prende
 prende qualche medicina?
312 MEDf tu peux nous dire les **médicaments** que tu
 es en train de prendre?
313 (0,7)
314 PATf actuellement?
315 MEDf actuellement oui
316 PATf non je ne prends pas des [médicaments]
317 MEDf [**tu ne prends rien**]
318 PATf à part ce que j'ai déjà-
319 MEDf à part la pommade
320 PATf et la pastille pour la [digestion]
321 MEDf [**pour la digestion**] a parte
 le pastiglie per digerire e la crema per il prurito

Dans d'autres cas où il est question de médicaments, les silences avant et après les réponses des patient.e.s sont par contre liés à la difficulté d'en rappeler les noms, comme cela se produit dans la continuation de la même interaction, où l'on déduit que PATf ne rappelle ni le nom de la pommade ni celui des comprimés (à remarquer la production de l'hyperonyme 'médicaments' dans la traduction au tour 324), et où MEDf hésite un peu avant de traduire que la patiente ne s'en souvient pas (sans mentionner la possibilité d'appeler à la maison pour le vérifier), à quoi DOCf répond que cela n'a pas d'importance.

(8)

322		(1,6) ((on entend taper à l'ordinateur))
323	DOCf	neanche le pastiglie si ricorda eh?
324	MEDf	t'as pas vu le nom des comprimés des médicaments ?
325		(0,6)
326	PATf	non mais je peux appeler à la maison et ils me disent le nom
327		(0,8)
328	MEDf	mh no non si ricorda
329	DOCf	vabbè è lo stesso

Dans l'exemple (9), qui encore une fois affiche des silences dans les deux positions ayant retenu notre attention, l'on observe également une typologie de réponse – 'je ne sais pas' – que nous avons fréquemment retrouvée chez les migrant.e.s allophones, tant dans le contexte des soins de santé (v. exemple 5 ci-dessus) que dans le contexte des demandes de protection internationale (v. Niemants 2022). Il importe de remarquer qu'outre le fait de simplifier leur question (tours 135-136), DOCf (la même de l'exemple 6 ayant quelques compétences en français) et MEDf ne se contentent pas de la réponse que ce patient venant du Burkina Faso produit au tour 141. Elles cherchent d'abord à l'encourager pour qu'il en dise davantage (tours 143-144 et 146, où MEDf arrive à utiliser la forme la plus familière de 'urine'), puis MEDf prend l'initiative d'expliquer à quel genre de document elles se réfèrent ('une feuille comme ça', où l'on déduit qu'elle montre vraisemblablement un exemplaire) et de souligner l'importance de le chercher à la maison et de le donner au volontaire qui gère le

centre d'accueil, afin que ce dernier porte toute la documentation nécessaire lors des consultations.

- (9)
- 130 DOCf allora avrebbe anche un'ectasia renale io avevo chiesto **una visita urologica un esame urine e un'urocultura** non ho visto niente li ha fatti?
- 131 MEDf allora la dernière fois que tu as vu ce médecin la dernière fois elle t'a demandé **une visite chez l'urologue**
- 132 (1,0)
- 133 MEDf mh?
- 134 (0,5)
- 135 DOCf **pour la [pipi]**
- 136 MEDf **[les exa]mens des examens du sang**
- 137 PATm oui
- 138 MEDf t'as fait ces choses?
- 139 PATm non
- 140 MEDf pourquoi?
- 141 PATm **je ne sais pas**
- 142 (0,5)
- 143 MEDf [tu ne sais pas]
- 144 DOCf [et de l'urine?] de-
- 145 PATm de?
- 146 MEDf **les examens de pipi? de la pisse?**
- 147 PATm non
- ...
- 157 MEDf elle t'as donné une feuille comme ça le médecin la dernière fois que tu l'as vue?
- 158 (1,1)
- 159 PATm si
- 160 MEDf pour faire ces examens
- 161 (0,8)
- 162 MEDf tu dois chercher dans la
- mai[son si tu as des choses comme ça]
- 163 PATm [oui oui]
- il y en a
- 164 MEDf tu: tu dois les donner au volontaire
- 165 PATm si

MEDf crée donc ici de l'espace afin que l'importance de ce document soit bien perçue par le patient, et elle arrive jusqu'à proposer, peu après, d'appeler le volontaire attendant en dehors du cabinet afin de vérifier s'il avait connaissance de ces examens à faire. Il s'avère ainsi que lors de la consultation précédente, un autre volontaire avait accompagné ce patient et gardé toutes les feuilles de réservation, d'où se dégage la grande difficulté, côté médecins, de suivre des patient.e.s allophones

encadré.e.s dans des projets d'accueil. En effet, non seulement ils/elles ne comprennent souvent pas l'importance de rapports écrits étant éloignés de leur conception de la consultation médicale et de leur 'culture' essentiellement orale, mais ils/elles sont parfois dans l'impossibilité de garder les dossiers que les institutions de soins produisent, tout simplement parce qu'ils/elles n'ont pas de logement fixe et que cette paperasse ne constitue pas une priorité lorsqu'ils/elles n'ont qu'un sac dans lequel transporter le nécessaire (à tel point qu'on leur conseille, dans ce corpus pilote, de demander au médecin traitant de tout garder dans son cabinet et de communiquer directement avec les spécialistes, en cas de besoin).

En récapitulant, lorsque l'IM est présente, les silences sont généralement moins nombreux et moins longs puisque l'IM y réagit, soit en stimulant la production d'une réponse, soit en projetant des éclaircissements d'une réponse qu'elle ne considère pas comme traduisible en tant que telle. Là où les soignant.e.s ont une compétence active ou passive dans la langue des patient.e.s, ces deux actions sont co-construites avec les soignant.e.s eux/elles-mêmes, comme cela a été le cas dans les exemples (6) et (9).

En l'absence d'un.e IM et de compétences linguistiques suffisantes de la part des participant.e.s, comme dans l'extrait (10) ci-dessous se déroulant en fin de consultation, il s'avère toutefois plus compliqué de comprendre et réagir aux silences. Même lorsqu'ils sont interprétés comme des signaux de non-compréhension, il demeure beaucoup plus difficile de mettre en place des actions telles que des reformulations d'une question visant à encourager la patiente à s'exprimer (v. les tentatives de OBSf aux tours 368 et 371), ou de créer de l'espace pour la rassurer sur sa tension (tours 375-383), ou pour lui expliquer le sens de certaines étapes de son parcours naissance (tours 385 et 387).

*L'accueil des patient.e.s francophones dans les institutions de soin en Italie :
pour une interprétation des silences*

(10)
365 OBSf est-ce que tu as quelque:s (0,5) chose à demander ?
366 (0,7)
367 PATf hm [hm]
368 OBSf [quelque] demande?
369 (0,6)
370 PATf comme [hm]
371 OBSf [est-ce que] tu as à dire moi quelque chose?
372 (.)
373 PATf comme ça va bien pour pour la (tension)
374 (0,5)
375 OBSf e::t c'est tout (.) bon
376 (.)
377 PATf si si
378 OBSf mais ta tension elle est très important qui
379 PATf si
380 OBSf qui (.) reste (.) bon [.h]
381 PATf [okay]
382 OBSf et aujourd'hui c'est un petit plus haute
383 PATf okay
384 (0,8)
385 OBSf e::hm (0,9) così (0.6) tu (.) viens ici samedi
au matin [e::t]
386 PATf [okay]
387 OBSf e::t nous pouvons contrôler (.) la
[tension (.) hm ?]
388 PATf [ah (.) oui] okay

Ayant constaté que les soignant.e.s ne peuvent malheureusement pas toujours recourir à l'aide d'un IM (d'autant plus pendant la pandémie de Covid-19 où le nombre des services d'interprétation a dramatiquement chuté) et qu'ils/elles risquent de dilater les interactions avec des pourcentages très élevés de silences (qui en l'absence de reformulations pourraient contribuer au dépaysement des patient.e.s allophones comprenant peu ce qui est dit et fait dans l'interaction), nous proposons une intervention formative aidant à interpréter certaines formes du silence et à promouvoir ainsi la compréhension et l'accueil des patient.e.s francophones dans un système jusque-là inconnu.

3. Les actions qui suivent le silence : peut-on apprendre en observant ?

Tout en admettant que tant les professionnel.le.s de la santé que les professionnel.le.s de la langue apprennent principalement en faisant, c'est-à-dire en participant à des (simulations de) situations qui feront partie de leur quotidien au travail, nous rejoignons un certain nombre d'études qui problématisent la question de l'authenticité des activités formatives (en résumant le débat, une simulation basée sur du matériel authentique n'assure pas l'authenticité de l'activité que l'on en fait) et qui soulignent l'importance de l'observation (Aston 1988) dans la préparation à des métiers où le langage revêt une grande importance (Cohen 1956). Nous sommes d'accord avec Gavioli et Aston (2001) que tant le rôle de participant à une interaction que le rôle d'observateur d'une interaction peuvent contribuer à l'apprentissage. Et nous croyons dans le pouvoir d'une observation permettant d'adopter un point de vue extérieur, de remarquer des stratégies, et d'en suivre le déroulement « au ralenti », comme l'affirment des prestataires confrontés à des extraits de conversations authentiques dans le milieu médical (Baraldi et Gavioli 2019 : 222 [notre traduction]), avant même de tester ces stratégies en participant à des (simulations d') interactions.

Il en découle notre intérêt pour une méthode initialement adressée par Stokoe (2011) à des médiateurs de conflits travaillant dans des centres d'appels, ensuite proposée dans la formation des IM (Niemants et Stokoe 2017, Niemants, Pedersen Belisle Hansen, Stokoe 2023) afin de les préparer à réagir aux propos de vrai.e.s soignant.e.s et soigné.e.s et de réfléchir à des tours problématiques pouvant demander de faire autre chose que traduire. Dans sa version originale, le CARM (acronyme de *Conversation Analytic Role-play Method*) consiste à reproduire l'enregistrement (vidéo ou audio) d'une interaction synchronisée avec sa transcription au format vertical, et à les bloquer en correspondance d'un tour de parole, en

demandant aux professionnel.le.s en formation de décrire ce qui s'est passé jusque-là et de produire le tour suivant. Après avoir écouté plusieurs versions possibles, on montre la suite de l'interaction et l'on discute de ses conséquences interactionnelles, en aidant les professionnel.le.s à prendre conscience du fait que le sens ne se situe pas dans les mots ou dans les énoncés individuels, mais est le fruit d'une co-construction entre qui parle et qui écoute et qui, en réagissant à ce qu'il/elle vient d'entendre, manifeste sa compréhension du tour qui précède.

Cela est d'autant plus vrai dans le cas des silences, étant des 'vides' que chacun.e remplit à sa façon. Comme on l'a observé dans les analyses ci-dessus, pour en comprendre la fonction, il faut vérifier ce que les interlocuteurs/trices en font. D'où notre proposition d'un 'CARM renversé', où le tour bloqué est un silence au lieu d'une parole en interaction, mais où l'on continue de demander aux professionnel.le.s en formation de produire les tours qui suivent, avant de leur montrer la suite de la conversation authentique et de réfléchir ensemble aux stratégies mises en place. Nous en donnerons deux exemples tirés de notre corpus pilote, avant de nous acheminer vers les conclusions.

3.1 Silences et noms

Dans le premier exemple, la question de la femme médecin, traduite par MEDf, porte sur un médicament, dont le nom commercial a été ici substitué par 'Nome' ou 'Nom' et qui est généralement prescrit en cas d'anxiété et d'insomnie.

(11a)

055 DOCf	prende ancora il Nome un milligrammo?
056 MEDf	tu prends ce médicament qui s'appelle Nom?
057	(1,2)

Après avoir fait écouter/lire cette première partie de la paire adjacente, en comparant la question en italien et sa version en français, on demande aux professionnel.le.s en formation de

réfléchir à la fonction du silence au tour 57 et de produire l'action suivante, sans préciser à qui elle doit appartenir (cela pourrait donc être DOCf, MEDf ou le/la patient.e à qui elles s'adressent). On montre ensuite la continuation de l'extrait de conversation, en s'attardant sur la question d'éclaircissement de la part du patient (les noms de médicaments sont souvent difficiles à cerner) et sur la tentative conjointe, de la part de DOCf et MEDf, d'expliquer à quoi le médicament sert, de façon à promouvoir la compréhension du patient, qui dit enfin avoir fini son traitement.

(11b)

058	PATm	Nom?	no
059	MEDf	Nom?	[no]
060	DOCf		[pour] dormir
061	MEDf	eh	pour dormir
062	PATm	non	ça c'est fini

Ce genre d'activité peut être proposé à partir de toute question problématique puisque contenant des noms de médicaments, de personnes (la sage-femme de l'exemple 3 ci-dessus), de lieux ou de maladies. Dans tous ces cas, les questions traduites sont fréquemment suivies de silences, puis de tours où les IM mettent en place plusieurs stratégies pour encourager la production d'une réponse, *in primis* des explications et des exemples (v. Baraldi 2018 ci-dessus) aidant à mieux comprendre ce que l'on entend, par exemple, par 'maladie importante' :

(12)

143	MEDf	quelque	maladie importante?
144		(0,9)	
145	MEDf	du	fois des reins de poumon
146	PATf	les	yeux qui démangent [en bas]
147	MEDf		[les yeux que] démangent
148	PATf	si	

Il s'agit là d'une stratégie assez récurrente dans notre corpus, que nous retrouverons également dans l'autre exemple de 'CARM renversé'.

3.2 Silences et unités de mesure

Ce second exemple affiche une autre typologie de question qui est souvent suivie de silences, à savoir celle qui porte sur des dates ou autres unités de mesure précises. Tout comme dans les exemples (2) et (6) analysés ci-dessus, la question produite par DOCf au tour 270, et immédiatement traduite par MEDf qui en donne deux versions ('cycle' et 'règles'), est suivie d'une courte pause.

(13a)

265	DOCf	poi (.) le mestruazioni come sono?
266	MEDf	les règles comment elles sont?
267		(1,1)
268	MEDf	régulières non régulières abondantes -
269	PATf	très régulier
270	MEDf	[régulier?]
271	DOCf	[quando ha] avuto l'ultima mestruazione?
272	MEDf	le dernier cycle? (.) les dernières règles?
273		(0,6)

Outre le fait qu'il permet de s'attarder sur la production de réponses candidates de la part de MEDf (tour 268), cet extrait problématise une datation qui peut s'avérer tout aussi difficile pour des patientes italophones, et donc permet d'envisager une certaine tolérance par rapport à des moments de silence permettant de récupérer cette information. Après avoir écouté quelques possibles actions suivantes produites par les professionnel.le.s en formation, l'on affiche le reste de la conversation, où il s'avère que la patiente a noté ses règles dans son téléphone et où il lui faut environ 12 secondes pour vérifier si la date dont elle se souvient (tour 276) est la bonne. En fait non, et ce n'est qu'après la question d'éclaircissement de l'IM que l'on arrive à négocier la date à traduire (282) et à écrire sur le rapport médical.

(13b)

274 PATf c'est dans mon téléphone
 275 (3,9)
 276 PATf c'était le premier
 ((PATf cherche pendant 12 secondes et DOCf et MEDf discutent entre-temps de sa situation familiale en italien et à voix basse))
 277 PATf ouais, le trente
 278 (1,8)
 279 PATf le trente
 280 MEDf le trente mars?
 281 PATf si
 282 MEDf trenta marzo
 283 DOCf perfetto

Or, tout en admettant la difficulté, voire l'impossibilité, de mettre en place ces stratégies verbales en français si l'on n'a pas une compétence suffisante dans cette langue, nous estimons que le fait de connaître à l'avance les questions problématiques, et d'observer les stratégies mises en place par les IM ou par d'autres soignant.e.s linguistiquement plus compétent.e.s, peut aider à anticiper les difficultés et encourager à formuler les questions de façon plus simple et explicite, en misant éventuellement sur le non-verbal pour exprimer ce que l'on n'arrive pas à communiquer verbalement. Comme cela est visible dans les extraits vidéo analysés par Niemants, Ticca et Traverso (2021), une même action conversationnelle (en l'occurrence le désalignement par rapport à une recommandation) peut en effet être accomplie à travers des ressources multimodales qui substituent ou accompagnent la parole en interaction. Donc nul n'empêche les soignant.e.s de construire, par des gestes répétés de leurs mains que nous avons déjà observés sur le terrain, la signification de 'règles régulières' que notre IM communique à travers ses mots, au tour 268 ci-dessus.

Conclusion

Dans cet article, l'analyse de quelques consultations avec des patient.e.s francophones nous a montré comment les

participant.e.s, et surtout les IM, interprètent tant la parole que le silence en interaction, dans sa double signification de remplir de sens et de traduire en action suivante. Nous en avons déduit que la co-construction de la paire question-réponse est un accomplissement pratique qui prend du temps et de l'espace conversationnel, surtout lorsqu'il y a une barrière linguistique et qu'on ne partage pas les mêmes attentes vis-à-vis de la consultation. En effet, les patient.e.s ne répondent pas toujours, ou du moins pas tout de suite, aux soignant.e.s et deux typologies de questions se sont avérées problématiques : d'une part celles qui portent sur des noms, par exemple de personnes, de lieux, de traitements, de maladies, ou de procédures institutionnelles ; de l'autre, celles qui portent sur des unités de mesure, non seulement du temps (comme les dates que nous avons observées ici), mais aussi de la quantité (comme cela est le cas pour la posologie de médicaments pouvant s'avérer très problématiques, puisqu'il faut nécessairement communiquer 'quoi', 'quand' et 'combien').

Il ne s'agit que de conclusions préliminaires basées sur l'analyse d'un corpus limité pour ses dimensions (neuf interactions pour un total de 236 minutes), ses variétés linguistiques (Afrique francophone subsaharienne) et ses données primaires (enregistrements audio), mais nous espérons avoir montré la « valeur publique » (Brewer 2013 : 6) d'une telle étude exploratoire, en présentant aussi bien une utilisation directe des durées des silences – pouvant être automatiquement extraits de la transcription faite avec le logiciel ELAN – qu'une utilisation indirecte de ces données quantitatives, de pair avec l'analyse qualitative des transcriptions exportées au format vertical, pour la formation des prestataires de services adressés aux allophones.

Malgré ces incontestables limites, que nous nous proposons de dépasser en élargissant l'étude à des patient.e.s venant d'autres régions francophones, ce corpus pilote s'est avéré un bon point de départ pour transcrire l'alternance audible entre le silence et la parole en interaction, outre le fait d'analyser les durées, les

positions et les fonctions des pauses dans une structure séquentielle bien délimitée. En fait, l'analyse conversationnelle des transcriptions au format vertical nous a déjà beaucoup dit de la place du silence et du tiers traduisant dans la paire question-réponse. Donc tout en regrettant le manque de données vidéos, nous nous devons de reconnaître que la simple observation du troisième tour des médecins, qui par exemple passent à la question suivante, nous montre déjà si, même en l'absence de paroles, les patient.e.s ont répondu d'une autre manière. L'analyse conversationnelle appliquée (Antaki, 2011) nous a en outre offert un outil d'action formative à travers la méthode CARM, qui a été spécifiquement conçue pour des métiers de langage et que nous avons ici renversée pour mieux focaliser les silences qui font également partie de la communication.

L'accueil des patient.e.s francophones dans les institutions de soins en Italie passerait donc par une recherche et une action sur ce qui est dit et non-dit en consultation, dans la conviction – partagée avec Robinson (2003 : 136) – que cette union donne accès à des interprétations plus riches et renforce une analyse linguistique qui retourne, enfin, au terrain d'où elle était partie.

Bibliographie

- AGRESTI Giovanni, 2018a, « Diversité linguistique, progrès scientifique, développement durable : les linguistes font signe », *Repères DoRiF*, 2018, n. 17 - *Diversité linguistique, progrès scientifique et développement durable*, http://www.dorif.it/ezine/ezine_articles.php?id=420
- AGRESTI Giovanni, 2018b, *Diversità linguistica e sviluppo sociale*, Franco Angeli, Milano.
- ANTAKI Charles (dir.), 2011, *Applied Conversation Analysis*, Palgrave, Basingstoke.
- ASTON Guy, 1988, *Learning comity: An approach to the description and pedagogy of interactional speech*, CLUEB, Bologna.
- AUGE Marc, 2017, *L'avenir des terriens*, Albin Michel, Paris.

*L'accueil des patient.e.s francophones dans les institutions de soin en Italie :
pour une interprétation des silences*

- BARALDI Claudio, 2012, « Interpreting as dialogic mediation: the relevance of expansions », in Claudio Baraldi, Laura Gavioli (dir.), *Coordinating participation in dialogue interpreting*, John Benjamins, Amsterdam/Philadelphia, p. 297-326.
- BARALDI Claudio, 2018, « Interpreting as mediation of migrants' agency and institutional support. A case analysis », *Journal of Pragmatics* n. 125, p. 13-27.
- BARALDI Claudio, GAVIOLI Laura, 2012, « Understanding coordination in interpreter-mediated interaction », in Claudio Baraldi, Laura Gavioli (dir.), *Coordinating participation in dialogue interpreting*, John Benjamins, Amsterdam/Philadelphia, p. 1-21.
- BARALDI Claudio, GAVIOLI Laura, 2019, *La mediazione linguistico-culturale nei servizi sanitari. Interazione ed efficacia comunicativa*, Franco Angeli, Milano.
- BARBET Denis, HONORE Jean-Paul, 2013, « Ce que se taire veut dire. Expressions et usages politiques du silence », *Mots* n. 103, p. 7-21.
- BILMES Jack, JULY Luc [traducteur], 1996, « Le silence constitué. La vie dans un monde de plénitude de sens », *Réseaux* n. 14, vol. 80, p. 129-142.
- BREWER John, 2013, *The public value of the social sciences*, Bloomsbury, London et al.
- CELOTTI Nadine, 2001, « La linguistique à l'écoute des silences », in Mariagrazia Margarito, Enrica Galazzi, Monique Lebhar Politi (dir.), *Oralità nella parola e nella scrittura. Oralité dans la parole et dans l'écriture*, Edizioni Libreria Cortina, Torino, p. 91-105.
- COHEN Marcel, 1956, *Pour une sociologie du langage*, Albin Michel, Paris, p. 214-226.
- CONDAMINES Anne, NARCY-COMBES, Jean-Paul, 2015, « La linguistique appliquée comme science située », in Francis Carton, Jean-Paul Narcy-Combes, Marie-Françoise Narcy-Combes, Denyse Toffoli (dir.), *Cultures de recherche en linguistique appliquée*, Riveneuve, Paris, p. 209-229.
- DAVIDSON Brad, 2002, « A model for the construction of conversational common ground in interpreted discourse », *Journal of Pragmatics* n. 34, p. 1273-1300.
- FILLIETTAZ Laurent, 2009, « La linguistique appliquée face aux réalités de la formation professionnelle », *Bulletin suisse de linguistique appliquée* n. 90, p. 1-15.

- GADET Françoise, LUDWIG Ralph, 2015, *Le français au contact d'autres langues*, Ophrys, Paris.
- GAVIOLI Laura, ASTON Guy, 2001, « Enriching reality: language corpora in language pedagogy », *ELT Journal* n. 90, vol. 3, p. 238-246.
- GALLEZ Emmanuelle, 2021, « Un format horizontal pour transcrire et analyser les interactions triadiques interprétées ». *The Interpreters' Newsletter* n. 26, p. 55-75.
- HERITAGE John, 2010, « Questioning in medicine », in Alice Freed, Susan Ehrlich (dir.), *"Why Do You Ask?": The Function of Questions in Institutional Discourse*, Oxford University Press, New York, p. 42-68.
- HERITAGE John, WATSON Rod, 1979, « Formulations as conversational objects », in George Psathas (dir.), *Everyday Language*, Irvington Press, New York, p. 123-162.
- HERITAGE John, MAYNARD Douglas (dir.), 2006, *Communication in medical care*, Cambridge University Press, Cambridge.
- MASON Ian (dir.), 1999, *Dialogue interpreting*, Numéro special de *The Translator* n. 5, vol. 2.
- MASON Ian, 2006, « On mutual accessibility of contextual assumptions in dialogue interpreting », *Journal of Pragmatics* n. 38, p. 359-373.
- MUSHIN Ilana, GARDNER Rod, 2009, « Silence is talk: conversational silence in Australian Aboriginal talk-in-interaction », *Journal of Pragmatics* n. 41, p. 2033-2052.
- NAVARRO Elisabeth, BENAYOUN Jean-Michel, HUMBLEY John, 2016, « Une terminologie de référence pour l'interprétation-médiation », in Michele De Gioia, Marco Marcon (dir.), *Approches linguistiques de la médiation*, Lambert-Lucas, Limoges, p. 696-735.
- NIEMANTS Natacha, 2018, « Des enregistrements aux corpus: transcription et extraction de données d'interprétation en milieu médical », *META* n. 63, vol. 3, p. 665-694.
- NIEMANTS Natacha, 2022, « 'Plus tu racontes, plus on te croit' : ou de l'importance de (bien) répondre aux questions », in Véronique Traverso, Nicholas Chambon (dir.), *Raconter, relater, traduire: paroles de la migration*, Lambert-Lucas, Limoges, p. 27-48.
- NIEMANTS Natacha, STOKOE Elizabeth, 2017, « Using the Conversation Analytic Role-play Method in healthcare interpreter education », in Letizia Cirillo, Natacha Niemants (dir.), *Teaching Dialogue Interpreting. Research-based proposals for higher education*, John Benjamins, Amsterdam/Philadelphia, p. 293-321.

*L'accueil des patient.e.s francophones dans les institutions de soin en Italie :
pour une interprétation des silences*

- NIEMANTS Natacha, TICCA Anna Claudia, TRAVERSO Véronique, 2021, « Patients' disalignment in two different healthcare settings », *Health Communication*, n. 36, vol. 9, p. 1068-1079.
- NIEMANTS Natacha, PEDERSEN BELISLE HANSEN Jessica, STOKOE Elizabeth, 2023, « The Conversation Analytic Role-Play Method: How authentic data meet simulations for interpreter training », in Laura Gavioli, Cecilia Wadensjö (dir.), *Routledge Handbook of Public Service Interpreting*, Routledge, London/New York, p. 342-361.
- OCHS Elinor, 1979, « Transcription as theory », in Elinor Ochs, Bambi B. Schieffelin (dir.), *Developmental Pragmatics*, Academic Press, New York, p. 43-72.
- PUCCINELLI ORLANDI Eni, 1996, *Les formes du silence*, Editions des Cendres, Paris.
- ROBERTS Celia, 2003, « Applied linguistics applied », in Srikant Sarangi, Theo van Leeuwen (dir.), *Applied linguistics and communities of practice*, Continuum, London/New York, p. 132-149.
- SACKS Harvey, SCHEGLOFF Emmanuel, JEFFERSON Gail, 1974, « A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation », *Language* n. 50, p. 696-735.
- SAVILLE-TROIKE Muriel, 1994, « Silence », in R. Asher, J. Simpson (dir.), *The encyclopedia of language and linguistics*, Pergamon, Oxford et al, p. 3945-3947.
- SELESKOVITCH Danica, LEDERER Marianne, 2001, *Interpréter pour traduire*, Didier, Paris.
- STOKOE Elizabeth, 2011, « Simulated interaction and communication skills training: the 'Conversation Analytic Role-play Method' », in Charles Antaki (dir.), *Applied Conversation Analysis*, Palgrave, Basingstoke, p. 119-139.
- TICCA Anna Claudia, TRAVERSO Véronique, 2017, « Parole, voix et corps : convergence entre l'interprète et le soignant dans les consultations avec des migrants », *L'autre* n. 18, vol. 3, p. 302-313.
- TRAVERSO Véronique, 2017, « Formulations, reformulations et traductions dans l'interaction : le cas des consultations médicales avec des migrants », *Revue française de linguistique appliquée*, n. XXII, vol. 2, p. 147-164.