

# **La voix des patient.e.s en santé reproductive : pour une interprétation des (non)-dits**

Natacha Niemants, Università di Bologna

---

Citation: Niemants, Natacha (2019), "La voix des patient.e.s en santé reproductive : pour une interprétation des (non)-dits", in Nadine Celotti, Caterina Falbo (éds.), *La parole des sans-voix. Questionnements linguistiques et enjeux sociétaux*, *mediAzioni* 26, <http://mediazioni.sitlec.unibo.it>, ISSN 1974-4382.

---

## **1. La co-construction des conversations en santé reproductive**

Selon l'OMS, la santé reproductive est un état de bien-être sur le plan physique, mental et social dans lequel les individus qui le souhaitent peuvent procréer. Cet état est généralement co-construit par deux personnes, pour la plupart dans l'intimité physique et conversationnelle du couple, où il n'est généralement pas possible d'entrer, et par moments dans la sphère de la communication institutionnelle (Drew, Heritage 1992), où certaines questions privées peuvent émerger de l'interaction avec les professionnel.le.s de santé. Cela se produit lors des consultations médicales où les deux partenaires interagissent – individuellement ou ensemble – avec deux catégories de soignant.e.s : ceux.celles qui s'occupent de la santé sexuelle et reproductive de la femme (gynécologues et sages-femmes) ; et ceux.celles qui abordent la même question du côté de l'homme (andrologues).

Les consultations avec ces figures professionnelles sont autant de formes de communication institutionnelle où les participant.e.s négocient leurs connaissances sur le système reproducteur. D'un côté, les soignant.e.s ont des connaissances qui dérivent de leurs études en médecine et qui leur donnent l'autorité épistémique pour diagnostiquer et traiter des pathologies (Raymond

2014 : 426) ; de l'autre côté, les soigné.e.s ont des connaissances qui dérivent de leur expérience directe des maladies et qui leur donnent l'autorité pour raconter leur histoire et leurs symptômes (*ibid.*)<sup>1</sup>. Il existe donc deux « territoires of knowledge » (Heritage 2011) qui entrent en contact dans la salle de consultation, où la « voice of medicine » (Mishler 1984) des soignant.e.s et la « voice of the lifeworld » (*ibid.*) des soigné.e.s peuvent avoir plus ou moins d'espace interactionnel, et où des personnes tierces peuvent également prendre leur place. Pour que les patient.e.s expriment leur monde vécu, par exemple en racontant la manière dont ils.elles vivent leur sexualité et la grossesse qui peut en découler, il s'avère crucial qu'ils.elles participent activement aux consultations en santé reproductive et que leur voix entre dans la construction d'un « terrain commun » (Clark, Brennan 1991) à tous les participant.e.s, et surtout aux soignant.e.s ayant l'autorité pour faire le diagnostic d'un trouble, ou pour rassurer s'il n'y en a pas.

Cette co-construction s'avère plus complexe en cas d'interactions plurilingue, et ce pour au moins deux raisons. En partant du constat que les participant.e.s ne sont pas des récepteurs passifs d'énoncés significatifs, mais des agents actifs dans la construction du sens, cette dernière peut s'avérer difficile lorsque il y a une asymétrie de connaissances linguistiques, d'autant plus si cette dernière s'entrelace avec une asymétrie de connaissances médicales. De surcroît, l'interaction en présence d'un.e interprète ne construit pas une conversation avec un seul terrain commun, mais plutôt deux systèmes conversationnels entre l'interprète et chacun.e des deux autres participant.e.s (cf. Zorzi 2004: 79), ce qui invite à réfléchir sur quand et comment les mettre en partage afin de réduire les asymétries entre soignant.e.s et soigné.e.s.

Après avoir fourni quelques repères théoriques aidant à observer les interactions plurilingues dans le domaine médical (1.1.), et présenté des données et des études montrant ce qui est dit en consultation et la façon dont cela est fait (2.),

---

<sup>1</sup> Cassel (1976) souligne la distinction entre l'anglais *illness* et *disease* : la première correspondrait à ce que les soigné.e.s ont en allant consulter les soignant.e.s, donc à leur point de vue personnel sur leur malaise, alors que la seconde est ce qu'ils.elles ont en revenant du cabinet, c'est-à-dire après le diagnostic formulé sur la base des symptômes et des signes de troubles à un organe.

nous montrerons des non-dits qui se dégagent de deux corpus impliquant d'une part des gynécologues et des sages-femmes (3.1.) et, d'autre part, des andrologues (3.2.), donc trois professionnel.le.s travaillant dans deux domaines médicaux différents, mais ayant témoigné d'une préoccupation commune pour la participation des patient.e.s allophones à la consultation.

### **1.1. La paire question-réponse et la place du tiers traduisant**

L'Analyse Conversationnelle (AC) a mis en évidence plusieurs caractéristiques récurrentes de l'interaction monolingue et plurilingue en milieu médical, dont certaines s'avèrent utiles pour rendre compte de la spécificité des interactions en santé reproductive et surtout dans le domaine andrologique, où la plupart des troubles ont une cause psychologique (cf. section 3.2.), et où l'accès au monde vécu du patient est donc particulièrement important pour formuler un diagnostic.

Pour les analystes de la conversation à la Sacks *et al.* (1974), comme par exemple Traverso (1999, 2016), chaque tour de parole se compose d'unités constitutives que les locuteur.trice.s perçoivent comme des entités complètes et compréhensibles. Après chaque point de complétude, les participant.e.s peuvent prendre la parole suivant les règles d'allocation, dont l'identification n'aboutit toutefois pas à une délimitation formelle des tours, car leur définition demeure « *un accomplissement pratique des membres* »<sup>2</sup> (Mondada 2007 : 10), le fruit d'un travail conjugué où l'interprétation de la structuration de ces unités se fait dans le développement temporel et séquentiel de la conversation.

Cette séquentialité est particulièrement visible dans le cas des paires adjacentes, où la première partie projette la seconde. Si l'on songe à la paire question-réponse (Q-R), qui caractérise certaines phases de la consultation (Boyd, Heritage 2006 ; Heritage 2010), les questions des soignant.e.s projettent les réponses des patient.e.s, qui dans R affichent leur compréhension de la question. Au niveau séquentiel, cela ne signifie pas que R sera produite dans le tour

---

<sup>2</sup> Italique dans l'original.

successif, car les patient.e.s pourraient ne pas avoir compris et demander de répéter, ou bien détourner la conversation sur un autre sujet. Cela signifie plutôt que l'absence éventuelle d'une réponse sera interprétée comme significative, puisque la première partie de la paire Q-R n'a pas été suivie de la seconde. Comme le remarquent Heritage et Clayman (2010 : 136), les questions des soignant.e.s ne se limitent pas à projeter les réponses des soigné.e.s, mais la façon dont elles sont « formatées » montre également l'attention des soignant.e.s aux circonstances des soigné.e.s (*recipient design*), ainsi que le type de réponse que les soignant.e.s souhaitent recevoir afin d'atteindre les objectifs de la consultation (par exemple des affirmations/négations, ou bien des réponses plus détaillées). Dans le troisième tour qui suit la paire Q-R, les soignant.e.s peuvent éventuellement résumer, expliciter ou développer la réponse, en produisant un objet conversationnel que les analystes appellent « formulation » (Heritage, Watson 1979), à savoir un tour de parole qui fait avancer le propos « by shifting its focus, redeveloping its gist, making something explicit that was previously implicit in the prior utterance » (Heritage 1985 : 104). Les formulations ont été repérées dans plusieurs types de conversations en santé somatique et mentale (cf. Beach, Nixon 2001 ; Garafanga, Britten 2004 ; Antaki *et al.* 2005 ; Hutchby 2005), où tant la séquence Q-R-F que les cycles inaugurées par le tour F (souvent suivi d'une confirmation, puis d'un changement de sujet), peuvent s'avérer fonctionnelles à la compréhension et au développement de l'interaction.

Les séquences de paires Q-R (ou de triplettes Q-R-F) se compliquent lors d'une consultation bilingue, car entre les questions et les réponses il existe la compréhension d'un tiers traduisant. Bolden (2000) a été l'une des premières à souligner l'importance de la compréhension des interprètes (I), en montrant que leurs actions sont premièrement influencées par leur compréhension de l'activité en cours et secondairement par la traduction à accomplir. Cette analyste fait la distinction entre ce qu'elle appelle « directly interpreted interaction » (Bolden 2000 : 391) et « mediated interaction » (*ibid.*), suggérant que l'interprète choisit la forme la plus appropriée dans une certaine séquence ou phase de la consultation, en fonction des objectifs de l'interaction où il.elle prête son service. Si l'on en croit Raymond (2014 : 438), cette stratégie permettrait à l'interprète d'accomplir ce qu'il nomme *epistemic brokering*, à savoir « the interactional steps

taken by interpreters to ensure that linguistically discordant doctors and patients/parents are *socially* aligned at each step in the ongoing interaction by facilitating the establishment of common ground »<sup>3</sup> (*ibid.*: 427). Autrement dit, en négociant et reformatant les connaissances des soignant.e.s *en fonction* des soigné.e.s, ainsi que les connaissances des soigné.e.s *en fonction* des soignant.e.s, l'interprète peut faciliter la co-construction d'un terrain partagé et contribuer à réduire l'asymétrie entre les deux autres participant.e.s.

Parallèlement à la publication de Bolden, et à son tour dans le sillage tracé par les études pionnières de Wadensjö (1998), Davidson (2002) a proposé un modèle « collaboratif » d'alternance des tours de parole qui décrit l'interprétation comme une activité conjointe, en prévoyant une place où l'interprète peut négocier sa propre compréhension. Dans le cas de la paire Q-R, cela signifie que si les soignant.e.s produisent une question dans leur langue et que les interprètes ne sont pas sûr.e.s de leur compréhension, ces dernier.e.s peuvent amorcer une séquence où, dans la langue des soignant.e.s, ils.elles demandent des éclaircissements, reformulent, répètent, bref négocient leur compréhension et la signification qui sera ensuite transmise aux soigné.e.s. En les appelant séquences « optionnelles », Davidson explicite que la compréhension de l'interprète peut être également immédiate, selon un modèle qui, rapporté aux séquences de Q-R qui nous intéressent ici, serait Q-I-R-I-Q. Davidson prévoit toutefois une place pour la fonction de « coordination » (Wadensjö 1998 ; Baraldi, Gavioli 2012) de l'interprète qui, parlant les deux langues, se trouve dans la position privilégiée de naviguer dans les « epistemic landscapes » de tous les participant.e.s (Heritage, Raymond 2012) et de contrôler le déroulement de la consultation (Merlini, Favaron 2003 ; Mason, Ren 2012).

L'AC a ainsi offert des catégories analytiques pour un nombre croissant d'études descriptives sur la co-construction des conversations en présence d'un.e interprète<sup>4</sup>, dont une grande partie s'est concentrée sur des consultations

---

<sup>3</sup> Italique dans l'original.

<sup>4</sup> Pour un aperçu nous signalons les publications collectives de Gavioli (2009) ; Baraldi, Gavioli (2012) ; Dal Fovo, Niemants (2015) ; Ticca, Traverso (2015) ; Biagini *et al.* (2017), ainsi que les contributions de Lee, Llewellyn-Jones (2014) et Turner, Merrison (2016).

bilingues collectées dans plusieurs contextes médicaux (entre beaucoup d'autres, cf. Angelelli 2004 ; Hsieh 2007 ; Merlini 2009 ; Pasquandrea 2011 ; Amato 2012 ; Raymond 2014 ; Gavioli 2015). Nous constatons, toutefois, un manque d'études sur ce qui reste de non-dit dans les interactions en santé reproductive, soit parce que les patient.e.s (se) taisent, soit parce que le tiers qui pourrait traduire ne le fait pas (cf. le « gatekeeping » de Davidson 2000). Notre essai vise donc à combler cet écart, en analysant quelques « silences interactifs » (Bruneau, Achaz 1973) dans des consultations bilingues authentiques, c'est-à-dire « l'absence de parole (ou d'une parole particulière) là où elle pourrait légitimement survenir » (Bilmes, July 1996), et en réfléchissant sur ce que (se) taire veut dire (Barbet, Honoré 2013 ; Mushin, Gardner 2009). Plus particulièrement, nous retrouverons quatre « formes du silence » (Puccinelli Orlandi 1996) qui ont déjà fait l'objet de questionnements linguistiques : « le silence observé dans sa nature de pause » (Celotti 2001 : 93), qui pour l'AC joue un rôle majeur dans l'organisation séquentielle des tours de parole (Sacks *et al.* 1974) ; « le silence observé en tant qu'événement communicatif » (Celotti 2001 : 93), là où répondre par le silence devient un « acte de langage » (cf. Mihailà 1977) ; « le silence observé selon les variations culturelles et sociales » (Celotti 2001 : 93), notamment dans l'interaction entre homme et femme, où le silence n'est pas nécessairement un manque de pouvoir (cf. Kurzon 1992) ; « le silence observé comme parole tue » (Celotti 2001 : 93), par exemple au moment où quelqu'un « se sert du silence non seulement pour ne pas dire, mais aussi pour dire qu'il ne dit pas » (Mizzau 1987 : 46).

## **2. Collecte, transcription et étude de ce qui est dit en consultation**

Les données présentées viennent du corpus AIM (pour un aperçu cf. Niemants 2018a), et plus précisément de deux sous-corpus que nous avons nous-même, du moins en partie, personnellement transcrits<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Soit lors de nos recherches doctorales, soit lors de deux projets compétitifs dirigés par Claudio Baraldi : *Analisi della comunicazione con i pazienti migranti e promozione del miglioramento nei servizi sanitari*, financé par le programme compétitif FAR 2014 et clôturé par un séminaire international qui s'est tenu à Modène le 13 décembre 2016 ; *L'interazione medico-paziente in*

## 2.1. Le(s) sous-corpus sur la santé de la femme

Grâce à la collaboration entre certains membres du centre AIM et les unités de santé locale de plusieurs provinces de la région Emilie-Romagne, beaucoup de données ont été collectées dans le contexte du parcours naissance, un service obstétrique offert par les institutions locales aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. C'est le cas des interactions qui appartiennent à deux sous-corpus respectivement transcrits avec EXMARaLDA (<https://exmaralda.org>) et ELAN (<https://tla.mpi.nl/tools/tla-tools/elan/>), qu'il est aujourd'hui possible d'analyser à travers les outils d'interrogation de ces deux logiciels (cf. *ibid.*).

De ces deux sous-corpus, contenant aussi bien des conversations directes entre le personnel soignant et une patientèle en mesure de communiquer suffisamment bien dans la langue du pays d'accueil, que des interactions en présence de médiatrices (dorénavant MEDf) dont la tâche principale consiste à traduire et à permettre la compréhension dans l'interaction bilingue, nous ne retiendrons, ici, que les 14 premières consultations avec les sages-femmes collectés en 2011 (langues impliquées : italien et français) et en 2015 (langues impliquées : italien, anglais, arabe et twi)<sup>6</sup>.

Indépendamment de l'année d'enregistrement, les objectifs de ces premières consultations demeurent les mêmes : ouvrir le dossier de grossesse de la patiente, mesurer son poids et sa tension, collecter des informations sur ses antécédents personnels et familiaux afin d'établir s'il s'agit d'une grossesse physiologique (qui sera donc suivie par la sage-femme elle-même) ou à risque (et donc confiée à un.e gynécologue), informer sur les tests de dépistage prénatal et fixer les rendez-vous de suivi. Les sages-femmes se doivent de remplir un questionnaire anamnestique incluant aussi bien des questions polaires qui

---

*ambito andrologico : meccanismi di partecipazione e comunicazione centrata sul paziente*, financé par le programme compétitif FAR 2017 et encore en cours.

<sup>6</sup> Le twi ou tchi ou asante est un dialecte akan parlé au Ghana. S'agissant d'une langue essentiellement orale, peu de personnes savent l'écrire, ce qui complique la transcription des interactions et ce qui explique la raison pour laquelle notre exemple 2 sera translittéré en alphabet latin, alors que le 4 n'affichera que la traduction italienne de ce qui est dit en twi.

projetent une réponse affirmative ou négative (par exemple : travail à risque ? Oui/Non), que des questions demandant par contre à la sage-femme de collecter plus de détails (par exemple : contraception ? Oui/Non, si Oui laquelle ? Pour combien de temps ?, etc.).

Plusieurs études ont montré que les médiatrices peuvent contribuer de différentes manières à la négociation de ces réponses, entre autres en témoignant de leur écoute active et en stimulant les patientes à s'exprimer à travers des tours régulateurs (Gavioli 2012), en produisant des expansions des questions des soignant.e.s (Baraldi 2012), en formatant leur restitution tant des questions que des réponses de manière à les rendre plus adaptées aux deux autres interlocuteurs, par exemple plus compréhensibles pour les soignés, ou plus complètes pour les soignants (Niemants 2018b). Mais comme on le verra, les MEDf ont également un rôle à jouer dans l'interprétation du silence, qui loin d'être une absence ou un vide dans l'interaction peut remplir plusieurs fonctions et positions de la parole en interaction (cf. Saville-Troike 1994), notamment celle de répondre à la question posée dans le tour qui précède.

## **2.2. Le sous-corpus sur la santé de l'homme**

Ce sous-corpus est le fruit d'une collaboration récente entre deux départements de l'Université de Modène et Reggio Emilia : le département d'Etudes Linguistiques et Culturelles (DSLCL) et le département de Sciences Biomédicales, Métaboliques et Neurosciences (DBN). Alors que dans le projet FAR 2014 (cf. note 3), les membres du DSLCL menaient la recherche et devaient restituer les résultats aux institutions de santé impliquées (entre autre en sensibilisant les gynécologues et les sages-femmes aux mécanismes de l'interaction avec des patientes étrangères), dans le projet FAR 2017 on cherche à concilier l'approche qualitative typique des sciences humaines et des socio-linguistes du DSLCL<sup>7</sup>, et

---

<sup>7</sup> Claudio Baraldi, Federico Corradini, Laura Gavioli et nous qui écrivons, puisque tout en ayant changé d'affiliation nous continuons à travailler sur ce corpus en tant que membre du centre AIM.



l'approche quantitative typique des sciences dures et des andrologues du DBN<sup>8</sup>. Le trait d'union entre ces deux perspectives est représenté par le logiciel de transcription ELAN, qui outre à lier automatiquement la transcription écrite à l'oral qui lui correspond et à permettre ainsi de faire des analyses linguistiques de la parole en interaction, stocke plusieurs informations quantitatives, dont le nombre et la durée des segments attribués à chaque participant.e. Ces chiffres peuvent être aisément exportés dans une feuille de calcul permettant aux andrologues de faire des analyses statistiques qui offrent *une autre* représentation des mêmes données primaires, à savoir 30 interactions ainsi réparties : 5 avec MEDf, 11 avec barrière linguistique mais sans MEDf et 14 interactions de contrôle entre les deux andrologues impliqués (un homme et une femme) et des patients italophones.

Toutes les interactions de ce sous-corpus sont des premières consultations dont l'objectif est de cerner le problème de patients parlant – outre qu'italien – anglais, arabe, twi et un mélange de urdu et punjabi, et de fixer les tests et les rendez-vous de suivi. Plus précisément, les deux andrologues se penchent sur les troubles de l'érection et les problèmes d'infertilité, et prescrivent généralement deux types de tests : une prise de sang visant à vérifier les niveaux de certaines hormones et un spermogramme visant à vérifier le nombre, la mobilité et les formes typiques des spermatozoïdes.

De ces 30 premières visites, nous avons principalement observé les 17 consacrées aux problèmes d'infertilité, car ce sont celles qui thématisent l'absence de grossesse et qui prévoient systématiquement un espace conversationnel pour la partenaire. Celle-ci peut n'être qu'évoquée par les soignant.e.s et les soignés dans la première phase de la consultation, là où l'andrologue pose d'abord des questions générales sur le couple et sur la femme, avant de passer aux questions concernant le patient. Ou bien, la partenaire peut être un corps en interaction (Mondada 2014 ; Ticca, Traverso 2015), qui par sa présence physique et verbale contribue – de pair avec la médiatrice – au déroulement d'une interaction co-construite. Des recherches en cours montrent plusieurs façons dont ces partenaires peuvent entrer dans l'interaction

---

<sup>8</sup> Antonio Granata, Michela Locaso, Vincenzo Rochira, Daniele Santi et Giorgia Spaggiari.

soignant.e-soigné et fournissent ainsi de la matière à réflexion sur les conséquences possibles de leur présence aux consultations. S'il est vrai, par exemple, qu'elles peuvent aider à brosser un tableau complet de la santé reproductive du couple, en faisant émerger des connaissances qui se rangent de l'autre côté de la question (par exemple sur la régularité des cycles menstruels), il est vrai aussi qu'elles risquent d'enlever du temps et de l'espace conversationnel aux patients en répondant à leur place, et cela dans des phases initiales de premières consultations qui visent à faire émerger la voix du monde vécu des patients.

Si l'on entend la « voix » au sens de Blommaert (2005 : 68), à savoir comme « the ways in which people manage to make themselves understood or fail to do so » (cf. aussi Mason, Ren 2012), les patient.e.s allophones courent alors le risque d'être doublement sans voix dans la consultation bilingue en santé reproductive. Non seulement ils.elles ne parlent pas la langue des institutions et doivent donc avoir recours à un tiers pour (se faire) comprendre, mais les partenaires peuvent répondre à leur place et partager, comme on le verra, des connaissances différentes par rapport à celles des patient.e.s mêmes.

### **3. Une analyse des non-dits**

Contrairement aux études sur les consultations médicales plurilingues et pluriculturelles qui ne mettent l'accent que sur ce qui est dit par les participant.e.s, nous nous concentrerons sur des non-dits qui risquent de ne jamais entrer dans la construction d'un terrain partagé. En partant du constat que, en cas de barrière linguistique, les médiatrices sont les seules ayant pleinement accès à tout ce qui est dit par les participant.e.s à l'interaction, et qu'il est difficile pour les soignant.e.s de contrôler tout ce qu'elles restituent, ou filtrent, en langue étrangère, nous montrerons qu'une écoute attentive de leurs contributions peut tout de même permettre aux soignant.e.s d'intercepter des non-dits, qui peuvent ensuite être *interprétés* – c'est-à-dire remplis de sens avant même que traduits (Seleskovitch, Lederer 2001) – avec l'aide des médiatrices elles-mêmes.

### 3.1. Quelques non-dits du côté de la femme

Dans cette section, nous analyserons ce qui reste de non-dit là où les sages-femmes (ou les médiatrices) ont atteint un point de complétude et les patientes pourraient prendre la parole, mais ne le font pas, ou bien elles le font mais ne sont pas traduites.

L'exemple 1 affiche un phénomène que nous retrouverons également dans le corpus andrologique : suite à une séquence dyadique médiatrice-patiente dont la soignante ne parlant pas la langue étrangère est temporairement exclue, MEDf reprend à parler en italien, en s'adressant donc à la soignante, par un *niente*, littéralement « rien ». Plus précisément, cette dyadique entre la médiatrice et la patiente ivoirienne porte sur les maladies éventuellement contractées par la femme avant de tomber enceinte. Les deux interlocutrices, qui toutes deux utilisent le français comme langue véhiculaire, montrent quelques difficultés à co-construire une signification qui n'est pas restituée à la sage-femme (OBSf), à savoir que la patiente a eu le paludisme. MEDf se limite en effet à prononcer un « okay rien » (tour 43) qui, malgré la tentative de OBSf d'en savoir davantage (tour 45), ne fait pas émerger l'information précédemment négociée avec la patiente en français. En fait, le paludisme est par erreur ramené aux vomissements de la grossesse et donc traité par la médiatrice comme non pertinent pour l'anamnèse, et la sage-femme passe à la question suivante du questionnaire anamnestique.

#### Exemple 1

01 MEDf ehm tu tu tu prends pas des médecines ehm pour ?  
02 (1,0)  
03 PATf pour  
04 MEDf si t'as pas  
05 PATf quoi prendre les  
06 MEDf si t'as pas (.) de problèmes ? quand même  
07 PATf non non si ehm (.) avais tous un problème  
08 MEDf okay t'as pas fait des opérations ?  
09 PATf de (.) maladies  
10 MEDf avant  
11 PATf non non  
12 MEDf mm  
13 PATf non non  
14 MEDf ehm  
15 PATf si c'est c'est problème de chose palu

16 MEDf de  
17 PATf de palu (.) palu  
18 MEDf mm hm  
19 PATf palu (.) maladie de palu  
20 (1,0)  
21 MEDf alors j'ai pas compris là (.) ehm du du palu ?  
22 PATf ehm (.) paludisme  
23 MEDf mm hm pa- paludismo  
24 PATf oue  
25 (.)  
26 MEDf cos'è ?  
27 PATf quand tu vomis ehm je ne je ne  
28 MEDf maintenant ? (.) maintenant ?  
29 PATf ehm mais  
30 MEDf avec la grossesse ça ?  
31 PATf avec la grossesse je vomis  
32 (.)  
33 MEDf c'est  
34 PATf à chaque matin à chaque  
35 MEDf mais  
36 PATf matin  
37 MEDf après non avant non ?  
38 PATf non avant non  
39 MEDf ah okay  
40 PATf non  
41 MEDf okay c'est c'est assez récent  
42 PATf ehm  
**43 MEDf okay niente**  
44 (.)  
45 OBSf dimmi  
46 MEDf no no parlava del vomito  
47 OBSf ah  
48 MEDf però è una cosa del  
49 OBSf menarca ?

C'est donc MEDf qui décide de la pertinence des significations négociées avec la patiente et qui, par son « okay rien », ne traduit pas nécessairement une réponse négative de PATf (comme la soignante italophone montre le croire en passant à une autre question), mais affiche plutôt sa propre *interprétation* de ce qui vient d'être partagé dans la dyadique en langue étrangère, à savoir que ce n'est rien de pertinent pour les objectifs de la consultation. La conséquence en est que l'information négociée dans la dyadique n'émerge pas – ou du moins pas à ce moment-ci – sur un terrain commun aux participant.e.s, puisqu'elle n'est pas partagée avec les soignant.e.s, les seul.e.s pouvant effectivement juger de la pertinence de cet antécédent médical dans le cadre d'une grossesse. Il arrive parfois que des informations filtrées à un certain moment de la consultation (cf. le « gatekeeping » à la Davidson 2000) émergent par la suite, mais il se peut

aussi qu'elles restent sous silence, et que seule la médiatrice y ait accès (cf. section 3.2.).

Comme le montre l'exemple 2, ce plein accès de la médiatrice à la parole en interaction des allophones peut représenter une grande ressource pour les soignant.e.s qui n'arrivent pas à communiquer directement avec les patient.e.s. Non seulement la médiatrice peut écouter directement ce que ces patientes disent en langue étrangère et de quelle façon elles le font, mais elle a un accès de première main (ou de première écoute) au *timing* de l'interaction, c'est-à-dire aux points de complétude entre un tour et l'autre, là où quelqu'un pourrait prendre la parole et le fait (par exemple pour répondre à une question), ou ne le fait pas (par exemple parce qu'il.elle ne sait ou ne veut pas répondre). En vertu de cet accès direct à l'emplacement des énoncés et des silences en interaction, la médiatrice est donc la première – parfois la seule – en mesure d'interpréter pourquoi quelque chose est dit, ou non-dit, au moment où cela est rendu pertinent par le tour de parole qui précède, le cas échéant la question de la sage-femme qui demande quand est-ce que la patiente enceinte a cessé de prendre la pilule. Par l'observation des silences successifs aux questions (traduites) de la soignante dans cette consultation emblématique ouvrant plusieurs des questionnements tracés par Celotti (2001 : 93), nous invitons à une analyse du *tacere* de la patiente, dans le double sens de se taire au moment où elle serait censée parler (cf. silence comme événement communicatif), et de taire quelque chose au moment où elle serait censée la partager avec les autres participants (cf. silence comme parole tue).

## Exemple 2

01 OBSf      okay (.) è quando l'ha smessa ?  
02 MEDf      da bein na w) gyai nom?  
          MEDf-T    *quando hai smesso di bere la medicina ?*  
03 HUSm      se w) locke y3 na  
          HUSm-T    *bè quando si è bloccato*  
04 (0,9)  
05 MEDf      aa nti [na w) nom aa]  
          MEDf-T    *quindi continuavi a bere*  
06 HUSm      [w) nom na] w) de a locke  
          HUSm-T    *lo prendeva e si è bloccata*  
07 (0,7)  
08 MEDf      ah (.) quando ha scoperto la gravidanza ha smesso  
09 (1,0)

- 10 OBSf quindi ha cont- è rimasta incinta mentre [prende  
[la pil]lola ?]
- 11 MEDf [(??)] [(??)]
- 12 HUSm [[sì] sì] sì::
- 13 (0,6)
- 14 PATf w) se me [gyim no?]**  
**PATf-T dice quando ero incinta ?**
- 15 MEDf [w) se w) p3 se w) hunu se] wa hu se 3bia se w) num a  
w) gyai 3 bia bosome o bosomee miensa 3 na w) gyimy3  
anase w) kunu se w) num yaa kopim gyinsein 3nfa ho se  
w) num w) gyim y3  
*MEDf-T vuole sapere sai per esempio se lo bevi smetti per un  
mese o tre mesi e sei rimasta incinta oppure tuo marito  
dice che hai bevuto fino a quando sei rimasta oppure  
può essere che lo bevi quando eri incinta*
- 16 PATf mm hm**
- 17 MEDf se saa [na 3 y3 ye ana se w) gyai y3?]  
*MEDf-T è successo così o hai smesso ?*
- 18 HUSm [w) gyai y3] 3 w) se w) ma y3 hunu se w) gyai y3 3 na  
w) gyim y3 anaa because na w) y3 aware na ma ma w)  
ahunu se ma w) awi3  
*HUSm-T hai smesso ? devi farci sapere se hai smesso e sei  
rimasta incinta perché era consapevole ti dissi che  
avevo finito di fare figli*
- 19 PATf w)n so w) kasa oo**  
**PATf-T tu parli tanto**
- 20 HUSm w) y3 aware [me nim se w) fa aduro] se w)n fa aduro w)  
ma y3 hunu wa ha[ka na doctor] ntwuro  
*HUSm-T ne eri consapevole sapevo che prendevi la medicina se  
non prendevi la medicina dillo qua così la dottoressa  
lo scrive*
- 21 MEDf [uh uh]  
[okay]
- 22 (1,1)**
- 23 HUSm [eh hein]
- 24 MEDf [allora] lasciamo questo pezzo (.) [(non la:)]**
- 25 OBSf [perché ?]
- 26 MEDf lo saltiamo lo facciamo dopo**
- 27 OBSf va bene (.) facciamo dopo (.) quanti figli ha avuto?

L'extrait ci-dessus, se déroulant à la seizième minute d'une première consultation durant plus d'une heure et demie, nous montre non seulement que le mari (HUSm) répond à la place de la patiente enceinte, qui n'intervient qu'au tour 14 pour demander un éclaircissement sur la question qui lui a été adressée au premier tour. Il nous montre aussi que la patiente ne répond toujours pas à trois autres points de complétude où elle pourrait le faire, à savoir : après l'éclaircissement de MEDf au tour 15 ; après la reformulation de la question de la part de MEDf au tour 17 ; après l'invitation à répondre de la part de HUSm au tour 18, lorsqu'elle prend, enfin, la parole pour dire que son mari parle beaucoup,

en thématissant ainsi une différence individuelle qui est parfois le reflet d'une variation socio-culturelle dans l'interaction homme-femme (tour 19)<sup>9</sup>. Malgré l'insistance du mari, et un autre point de complétude dont elle aurait pu profiter au tour 22, la patiente, qui pourtant connaît la réponse à la question<sup>10</sup> de OBSf, reste silencieuse, et c'est là que la médiatrice affiche son *interprétation* – dans sa signification première de compréhension – de cette non-participation à la conversation, et propose à la sage-femme, qui paraît lui faire confiance (tour 27), de reprendre la question par la suite. Ce n'est qu'environ une demi-heure plus tard, lorsque le mari sort du cabinet pendant l'examen physique de sa femme, que la médiatrice *interprète* – cette fois-ci dans le sens de *traduit* – les réponses-silences de la patiente, en expliquant à la sage-femme que PATf ne voulait pas parler de contraception en présence du mari, puisqu'elle a cessé de prendre la pilule à l'insu de ce dernier, trois mois avant de tomber enceinte :

MEDf okay allora torniamo indietro dove ti ho detto di  
lasciar stare .hh lei dice che ha smesso di assumere  
la pillola tre mesi prima che rimanesse incinta

Ayant perçu la réticence de la patiente à aborder le sujet de la contraception (autrement dit, qu'elle se sert du silence pour dire qu'elle ne dit pas), ainsi que le soupçon du mari quant à l'interruption volontaire de la pilule de la part de sa femme, MEDf décide de les faire émerger à un autre moment, là où – en l'absence du mari – elle peut donner voix à tous les dits et non-dits de la patiente. Le soupçon d'interruption volontaire est d'ailleurs confirmé par le mari avant de sortir du cabinet, comme le raconte MEDf elle-même à la sage-femme par la suite :

MEDf prima di uscire mi ha detto guarda (.) .hh non è che  
mia moglie ha fatto la furba ha smesso di perché lei  
ha messo di prendere la pillola lei è rimasta incinta

---

<sup>9</sup> Un peu comme l'héroïne du récit *Douce* de Dostoïevski, « la parole à travers laquelle la femme, longtemps reléguée dans le silence, commence à s'exprimer, ne peut pas toujours, ni tout de suite, s'articuler de manière pleine et directe. Cette parole est souvent oblique. Le non-dit transpire à travers un dit qui est le prétexte, le symptôme d'une revendication juste mais confuse, n'ayant pas encore trouvé une articulation cohérente » (Mizzau 1987 : 43).

<sup>10</sup> Pour le dire avec les mots de Kurzon (1992 : 93), « The silent addressee knows the answer to the question, but is silent possibly because s/he is psychologically inhibited (e.g. shyness), or is prevented for some modalistic reason from speaking, and is therefore hiding information ».

lui non vuole lui non vuole avere più bambini con lei  
perché sai sai che sono seguiti dal servizio sociale  
c'hanno tutta una situazione un po' complicata li ho  
seguito io

La médiatrice s'avère donc, ici, une figure de système importante, qui outre à avoir un accès direct aux (non-)dits des participant.e.s à la consultation en cours, a souvent l'occasion de les rencontrer à d'autres moments du même (ou d'autres) parcours de soins et assistance. Elle a ainsi accès à des informations contextuelles qui peuvent lui permettre de mieux donner un sens à la parole et aux silences en interaction – le cas échéant les silences de la patiente et l'interprétation que son mari en fait – et de les faire émerger au moment qu'elle considère le plus pertinent pour construire un terrain partagé. Et s'il est vrai qu'il faut « interpréter pour traduire » (Seleskovitch, Lederer 2001), cette interprétation s'avère d'autant plus nécessaire dans le cas des silences en interaction, dont les formes et les fonctions s'entrelacent, et dont la désambiguïsation peut donc s'avérer cruciale.

### 3.2. Quelques non-dits du côté de l'homme

Après avoir montré les risques des non-dits du côté de la femme, où si OBSf n'avait pas relancé le sujet du paludisme dans la suite de l'exemple 1 et MEDf n'avait pas interprété la réticence de la patiente à parler de contraception (exemple 2), deux informations importantes pour l'anamnèse et le suivi seraient passées sous silence<sup>11</sup>, nous analysons ce qui reste de non-dit dans le corpus andrologique.

L'exemple 3 affiche le même phénomène que nous avons repéré dans l'exemple 1 : suite à une séquence dyadique médiatrice-patient dont le soignant ne parlant pas la langue étrangère est temporairement exclu, MEDf reprend à parler en italien par un *niente*. Plus précisément, la question (traduite) de l'andrologue n'est

---

<sup>11</sup> Des femmes ayant eu le paludisme ou étant tombées enceintes tout en prenant la pilule auraient une suite de parcours différente, donc des non-dits à ces niveaux pourraient entraîner des conséquences néfastes pour la grossesse.



pas immédiatement suivie de la réponse (traduite) du patient pakistanais, car MEDf et PATm co-costruisent, en langue étrangère, une signification qui pourrait être restituée, à savoir qu'en 2016 le patient a fait une intervention à l'estomac dans le même hôpital. En réalité, MEDf ne traduit pas l'information négociée dans cette séquence dyadique et elle se limite à prononcer un « non rien » (tour 08) qui établit une certaine réciprocité par rapport à la question de l'andrologue, et que ce dernier montre donc d'interpréter comme une réponse négative à la question qu'il avait posée sur les testicules. Autrement dit, ANDm comprend que PATm n'as pas eu besoin d'interventions chirurgicales lorsqu'il était enfant et il poursuit son anamnèse, inconscient du fait qu'une partie de la réponse a été filtrée (un autre exemple de « gatekeeping » à la Davidson 2000).

### Exemple 3

- 01 ANDm tutto nella norma (.) e quindi anche i testicoli erano  
scesi da soli non c'è stato bisogno di interventi  
chirurgici quand'era bambino
- 02 MEDf koi operation hoia hove tohede  
*MEDf-T hai fatto qualche intervento*
- 03 PATm mera 2016 vich operation hoia he is hospital vich  
*PATm-T nel 2016 ho fatto intervento in questo ospedale*
- 04 MEDf kisdā  
*MEDf-T cosa*
- 05 PATm mera medhe da operation hoia  
*PATm-T ho fatto intervento di stomaco*
- 06 MEDf nei midhe da nei bathroom vali jaga da  
*MEDf-T non parlo di stomaco fatto intervento ai testicoli o  
pisello*
- 07 PATm [koi problem nei]  
*PATm-T niente problema*
- 08 MEDf no niente**
- 09 ANDm ehm okay (.) e::hm (0,7) traumi a livello dei testicoli  
cioè botte da andare in ospedale

C'est encore une fois MEDf qui décide de la pertinence des significations négociées avec le patient et qui, par son « non rien » à l'intonation ambiguë, ne traduit pas nécessairement une réponse négative de PATf (comme le soignant italo-phonique montre le croire en passant à une autre question), mais affiche peut-être aussi sa propre *interprétation* de ce qui vient d'être négocié en langue étrangère, à savoir que ce n'est rien de pertinent pour les objectifs de la consultation. La conséquence en est que le soignant ne saura jamais rien d'une intervention à l'estomac qui a pourtant été évoquée par le patient allophone, puisqu'elle n'est pas entrée dans la construction d'un terrain commun à tous les

participants et seule la médiatrice y a eu accès. Une façon délicate de reprendre le contrôle de l'interaction pourrait être, pour le soignant, de produire une formulation comme « aucune intervention okay » ou « aucune intervention aux testicules okay » (au lieu du « ehm okay » au tour 09). Ce faisant, il expliciterait sa compréhension de la traduction de R et clôturerait une séquence Q-R-F avant de passer à la question suivante, comme il le fait d'ailleurs assez fréquemment dans les interactions avec barrière linguistique mais sans MEDf du même sous-corpus (Niemants à paraître). Il donnerait ainsi la possibilité à MEDf de confirmer qu'il n'y a effectivement rien au niveau des testicules (la formulation de la compréhension pouvant en effet projeter une confirmation, cf. Beach, Dixon 2001), et éventuellement de préciser qu'il y a par contre eu une intervention à l'estomac.

L'exemple 3 nous montre également un autre phénomène assez récurrent dans le peu d'interactions avec tiers traduisant collectées en andrologie : le fait que les médiatrices ont tendance à ne pas produire des versions aussi précises et directes que l'original des soignant.e.s et que des termes tels que 'testicules' (cf. tours 01-02 ci-dessus) ou 'sexe' (cf. tours 01-02 ci-dessous) sont assez systématiquement évités dans la version en langue étrangère, soit-elle le pakistanaï, l'arabe, l'anglais ou le twi de l'exemple 4, où nous ne disposons que de la traduction italienne de ce qui est dit dans cette langue essentiellement orale, que la médiatrice impliquée (MEDf) n'était pas en mesure de transcrire et dont une seconde médiatrice (MAV) nous a fourni une deuxième version.

#### Exemple 4

01 ANDf        *invece voglia di fare l'amore c'è ? (.) desiderio sessuale*

02 MEDf        *((tour de parole en twi))*  
           MEDf-T    *ha chiesto se tu hai voglia di dormire con tua moglie*  
           MAV        *sai che vuoi dormire con tua moglie c'è ? c'è ?*

03 PATm        *((tour de parole en twi, légèrement en chevauchement avec le tour qui précède et qui suit))*  
           PATm-T    *di avere questo desiderio di dormire ?*  
           MAV        *cioè di avere il desiderio sessuale ?*

04 MEDf        *((tour de parole en twi en chevauchement avec le précédent))*  
           MEDf-T    *sì di avere il desiderio*  
           MAV        *per esempio voglia dormire con lei c'è ?*

05 (.)

06 ANDf        *okay*

07 PATm (sure)  
08 ANDf va bene (.) problemi particolari di salute ne ha mai  
avuti?

Alors que l'andrologue (femme) demande explicitement si le patient désire avoir des rapports sexuels avec sa partenaire (n'étant pas présente à la consultation), la médiatrice reformule la question en substituant deux expressions italiennes qui font directement référence à l'acte sexuel (cf. *fare l'amore* et *desiderio sessuale* au tour 01) par un verbe plus vague qui, tant en italien qu'en twi, peut également signifier le sommeil (cf. *dormire* au tour 02). D'après ce que MAV nous a dit, ce verbe est aisément reconduit à la sexualité lorsqu'il est accompagné de la préposition « avec » et ce serait d'ailleurs la seule façon possible d'exprimer le désir sexuel en twi. Tout en admettant, donc, que la référence à la femme qui suit le verbe 'dormir' facilite son interprétation, et que les participants ont visiblement l'air de se comprendre (probablement aussi à travers une communication non verbale qui porte ANDf à accuser réception sans même attendre la traduction de MEDf, cf, tour 06), la demande d'éclaircissement du patient au tour 03, ainsi que le fait que le 'dormir' (au sens de sommeil) fasse également l'objet d'une autre question assez récurrente en phase d'anamnèse (ici posée environ une minute avant), nous amènent à réfléchir sur cette forme de non-dit, ou du moins à problématiser le fait que les médiatrices disent certaines choses autrement et parfois peu systématiquement. En effet, les termes 'envie', 'désir', 'sentiments/sensations' (pour l'anglais 'feelings') s'alternent aussi deux minutes plus tard – lorsque la même question de ANDf est reprise – dans la traduction que MEDf nous a faite de tours que nous ne montrons pas. Même en nous bornant à l'extrait présenté ci-dessus et aux deux différentes versions (MEDf vs. MAV) de ce qui a été dit en twi aux tours 02-04, il s'avère que la médiatrice s'exprime de toute façon moins directement que le patient : alors que PATm parle de « sexual desire » en recourant à l'anglais, MEDf s'en tient au verbe « dormir » en parlant twi. Et si l'on en croit la version de MAV, la médiatrice répète trois fois un « c'è » (tours 02, 04) qui se réfère implicitement au désir sexuel sans pour autant le nommer, en ajoutant ainsi ses propres stratégies d'évitement à celles que les patients ont déjà tendance à utiliser dans les consultations portant sur la sexualité<sup>12</sup>, ce qui pourrait amplifier le caractère

---

<sup>12</sup> Des stratégies d'évitement, de décalage et de dépersonnalisation ont été également repérées chez les soignant.e.s et soigné.e.s dans des consultations gynécologiques portant sur la sexualité

vague des propos et entraver, au lieu de promouvoir, la co-construction d'une compréhension partagée là où des sujets délicats, ou des termes tabous, sont évoqués.

S'il est vrai que, contrairement à l'exemple 2, nous ne disposons pas de commentaires montrant les possibles conséquences de ce qui n'a pas été dit, ou a été dit autrement, dans les exemples 3 et 4, nous avons tout de même notre vision d'analyste. Nous pouvons observer ce qui est repris à d'autres moments de l'interaction et ce qui reste, par contre, sous silence et, à la lumière de ce qui se dégage du côté de la femme, tirer la sonnette d'alarme par rapport aux risques de certains non-dits, qui nous paraissent d'autant plus grands dans un contexte médical où, comme l'expliquent souvent nos deux andrologues à leurs patients

ANDm i problemi di erezione (.) come il suo che sia a raggiungerla o mantenerla che sia nella maggior parte dei casi più o meno nell'ottanta per cento dei casi riconoscono un problema psicologico

et où l'objectif de la première consultation est, outre à exclure ce 20% de problèmes organiques à travers l'examen physique et la prescription des analyses à faire, celui d'entendre la voix des patients par rapport à ce 80% qui ne peut s'exprimer que dans la parole, et le silence, en interaction. Or, ces pourcentages ne s'appliquent qu'aux troubles de l'érection et la composante psychologique n'est pas aussi importante en cas de problèmes d'infertilité, mais il n'en reste pas moins que l'accès au monde vécu des patients (et de leurs partenaires) demeure crucial pour formuler un diagnostic et décider de la suite du parcours.

#### **4. La transparence de l'interprétation**

Dans cette contribution, nous avons présenté quatre extraits de premières consultations dans deux contextes où les professionnel.le.s de santé avaient témoigné d'une préoccupation commune pour la participation des patient.e.s

---

(Weijts *et al.* 1993), outre que dans les 11 consultations avec barrière linguistique mais sans MEDf du même sous-corpus sur la santé de l'homme (cf. section 2.2. et Niemants, à paraître).

allophones à l'interaction. Nous avons montré que s'il est vrai que les médiatrices peuvent avoir la compétence linguistique qui leur permet de communiquer avec les participant.e.s et d'interpréter les paroles et les silences dans les deux langues impliquées, il est vrai aussi qu'elles peuvent (incon)sciemment filtrer des informations étant jugées comme non pertinentes pour les objectifs de la consultation ou étant difficiles à restituer en langue étrangère. Que ce soit parce que le terme technique n'est pas connu ou n'existe pas (comme cela se produit en arabe, où les médiatrices recourent parfois au français), parce qu'il n'est pas possible d'aborder certains sujets tabous de façon directe (comme cela se produit en twi, où la médiatrice admet utiliser volontairement des périphrases), ou pour d'autres raisons que nous n'avons pas l'espace d'investiguer ici, certains dires restent sous silence et cela peut représenter un risque, pour la consultation en cours comme pour la suite du parcours de soins.

Sans vouloir entrer dans le fond des raisons de leurs non-dits, nous nous limitons à constater que les médiatrices manquent parfois de prêter leurs voix, aussi bien à des soigné.e.s, qui pourtant expriment leur monde vécu, qu'à des soignant.e.s qui, n'y ayant pas accès, ne peuvent pas répondre avec la voix de la médecine, par exemple pour rassurer les soigné.e.s qu'il n'y a rien de préoccupant. Elles ratent donc parfois des occasions pour réduire l'asymétrie de connaissances entre soignant.e.s et soigné.e.s et pour mettre en valeur ce qui se dégage des deux côtés<sup>13</sup>, comme le fait la médiatrice de l'exemple 2, qui parvient à désambiguïser les silences de la patiente et l'interprétation que son mari en donne.

Pour limiter ce risque, il s'avère selon nous crucial que les participant.e.s à la consultation bilingue soient transparent.e.s par rapport à leurs *interprétations* des (non-)dits qui pourraient entrer dans la construction d'un terrain partagé. Dans le cas des médiatrices, cette transparence est d'autant plus importante puisque leur interprétation se fait des deux côtés (côté soignant.e et côté soigné.e) et se situe à deux niveaux : celui de l'activité mentale consistant à donner un sens à ce qui est dit ou tu, et celui de l'activité professionnelle consistant à traduire ce qu'elles

---

<sup>13</sup> Cf. les conclusions de Raymond (2014 : 442) et de Baraldi (2018 : 25).

ont compris. Autrement dit, les médiatrices peuvent être plus ou moins transparentes par rapport à ce qu'elles comprennent ou ne comprennent pas de ce qui est communiqué par les autres participant.e.s (par exemple en affichant leur compréhension d'une réticence à parler de certains sujets, ou au contraire leur difficulté de compréhension d'un terme inconnu). Et elles peuvent être plus ou moins transparentes par rapport à ce qu'elles traduisent, ou ne traduisent pas, de ce qu'elles ont compris côté soigné.e et côté soignant.e (par exemple en désambiguïsant leurs 'non rien' et en faisant du moins allusion à une intervention à l'estomac, dont les soignant.e.s jugeront la pertinence et demanderont éventuellement les détails).

En conclusion, la transparence des médiatrices à ces deux niveaux – et des deux côtés – nous semble la condition *sine qua non* pour co-construire un terrain partagé où tous les participant.e.s, conscient.e.s de ce qui émerge dans l'interaction et de ce qui reste (temporairement ou définitivement) non-dit, sont réellement en mesure de faire entendre leur voix.

### Références bibliographiques

Angellelli, C. (2004) *Medical interpreting and cross-cultural communication*, Cambridge : Cambridge University Press.

Amato, A. (2012) *L'interprete nel contesto medico*, Bologna : CLUEB.

Antaki, C., R. Barnes, I. Leudar (2005) « Diagnostic formulations in psychotherapy », *Discourse Studies* 7 (6) : 627-647.

Baraldi, C., L. Gavioli (eds) (2012) *Coordinating participation in dialogue interpreting*, Amsterdam/Philadelphia : John Benjamins.

Baraldi, C. (2012) « Interpreting as dialogic mediation: the relevance of expansions », in C. Baraldi, L. Gavioli (eds) *Coordinating Participation in Dialogue Interpreting*, Amsterdam/Philadelphia : John Benjamins, 297-326.

Baraldi, C. (2018) « Interpreting as mediation of migrants' agency and institutional support. A case analysis », *Journal of Pragmatics* 125 : 13-27.

Barbet, D., J. Honoré (2013) « Ce que se taire veut dire. Expressions et usages politiques du silence », *Mots* 103 : 7-21.

Beach, W., C. Nixon (2001) « Revealing moments : formulating understandings of adverse experiences in a health appraisal interview », *Social Science and Medecine* 52 : 25-44.

Biagini, M., E. Davitti, A. Sandrelli (eds) (2017) *Participation in Interpreter-mediated Interaction: Shifting along a Multidimensional Continuum*. Special issue of *Journal of Pragmatics* 107.

Bilmes, J., L. July (1996) « Le silence constitué. La vie dans un monde de plénitude de sens », *Réseaux* 14 (80) : 129-142.

Blommaert, J. (2005) *Discourse. A critical introduction*, Cambridge : CUP.

Bolden, G. (2000) « Toward understanding practices of medical interpreting: Interpreters' involvement in history taking », *Discourse Studies* 2 (4) : 387-419.

Boyd, E., J. Heritage (2006) « Taking the patient's medical history: Questioning during comprehensive history taking », in J. Heritage, D. Maynard (eds) *Communication in Medical Care: Interactions between Primary Care Physicians and Patients*, Cambridge : Cambridge University Press, 151-184.

Bruneau, T., F. Achaz (1973) « Le silence dans la communication », *Communication et langages* 20 : 5-14.

Cassell, E.J. (1976) « Illness and disease », *The Hastings Center Report* 6 (2) : 27-37.

Celotti, N. (2001) « La linguistique à l'écoute des silences », in M. Margarito, E. Galazzi, M. Lebhar Politi (éds.) *Oralità nella parola e nella scrittura. Oralité dans la parole et dans l'écriture*, Torino : Edizioni Libreria Cortina, 91-105.

Clark, H., S. Brennan (1991) « Grounding in communication », in L. Resnick, J. Levine, S. Teasley (eds) *Perspectives on Socially Shared Cognition*, Washington : American Psychological Association, 127-148.

Dal Fovo, E., N. Niemants (eds) (2015) *Dialogue Interpreting*, thematic issue of the *The Interpreters' Newsletter* 20.

Davidson, B. (2000) « The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse », *Journal of Sociolinguistics* 4 (3) : 378-405.

Davidson, B. (2002) « A model for the construction of conversational common ground in interpreted discourse », *Journal of Pragmatics* 34 : 1273-1300.

Drew, P., J. Heritage (eds) (1992) *Talk at Work*, Cambridge : Cambridge University Press.

Garafanga, J., N. Britten (2004) « Formulations in general practice consultations », *Text* 24 (2) : 147-170.

Heritage, J., D. Maynard (2006) *Communication in Medical Care: Interactions between Primary Care Physicians and Patients*, Cambridge : Cambridge University Press.

Hsieh, E. (2007) « Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters », *Social Science & Medicine* 64 : 924-937.

Gavioli, L. (a cura di) (2009) *La mediazione linguistico-culturale: Una prospettiva interazionista*, Perugia : Guerra Edizioni.

Gavioli, L. (2012) « Minimal responses in interpreter-mediated medical talk », in C. Baraldi, L. Gavioli (eds) *Coordinating Participation in Dialogue Interpreting*, Amsterdam/Philadelphia : John Benjamins, 201-228.



Gavioli, L. (2015) « On the distribution of responsibilities in creating critical issues in interpreter-mediated medical consultations: The case of 'le spieghi(amo)' », *Journal of Pragmatics* 76 : 169-180.

Heritage, J. (1985) « Analyzing news interviews: Aspects of the production of talk for an overhearing audience », in T. A. van Dijk (ed.) *Handbook of Discourse Analysis* (Vol. 3), London : Academic Press, 95–117.

Heritage, J. (2010) « Questioning in medicine », in A. Freed, S. Ehrlich (eds) *“Why Do You Ask?” : The Function of Questions in Institutional Discourse*, New York : Oxford University Press, 42-68.

Heritage, J. (2011) « Territories of knowledge, territories of experience: Empathic moments in interaction », in T. Stivers, L. Mondada, J. Steensig (eds) *The Morality of Knowledge in Conversation*, Cambridge : Cambridge University Press, 159-183.

Heritage, J., S. Clayman (2010) *Talk in Action*, Chichester : Wiley-Blackwell.

Heritage, J., G. Raymond (2012) « Navigating epistemic landscapes: Acquiescence, agency and resistance in responses to polar questions », in J. P. De Ruiter (eds) *Questions: Formal, Functional and Interactional Perspectives*, Cambridge : Cambridge University Press, 179-192.

Heritage, J., R. Watson (1979) « Formulations as conversational objects », in G. Psathas (eds) *Everyday Language*, New York : Irvington Press, 123-162.

Hutchby, I. (2005) « Active listening: Formulations and the elicitation of feelings-talk in child counselling », *Research on Language and Social Interaction* 38 (3) : 303-329.

Kurzon, D. (1992) « When silence may mean power », *Journal of Pragmatics* 18 : 92-95.

Lee, R., P. Llewellyn-Jones (2014) *Redefining the Role of the Community Interpreter : The Concept of Role-space*, Carlton-le-Moorland, UK : SLI Press.

Mason, I., W. Ren (2012) « Power in face-to-face interpreting events », in C. Angelelli (ed.), *The Sociological Turn in Translation and Interpreting Studies*, special issue of *Translation and Interpreting Studies* 7 (2) : 234–253.

Merlini, R., R. Favaron (2003) « Community interpreting : re-conciliation through power management », *The Interpreters' Newsletter* 12 : 205-229.

Merlini, R. (2009) « Interpreters in emergency wards. An empirical study of doctor-interpreter-patient interaction », in R. De Pedro Ricoy, I. Perez, C. Wilson (eds) *Interpreting and Translation in Public Service Settings*, Manchester : St. Jerome, 89-114.

Mihailà, R. (1977) « Le silence en tant qu'acte de langage », *Revue Roumaine de Linguistique* : 417-421.

Mishler, E. G. (1984) *The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews*, Norwood, NJ : Ablex.

Mizzau, M. (1987) « Silence à deux voix », *Langages* 85 : 41-53.

Mondada, L. (2007) « L'interprétation online par les co-participants de la structuration du tour in fieri en TCUs : Evidences multimodales », *TRANEL* 48 : 7-38.

Mondada, L. (éd.) (2014) *Corps en interaction : Participation, spatialité, mobilité*. Lyon : ENS éditions.

Mushin, I., R. Gardner (2009) « Silence is talk : conversational silence in Australian Aboriginal talk-in-interaction », *Journal of Pragmatics* 41 : 2033-2052.

Niemants, N. (2018a) « Des enregistrements aux corpus: transcription et extraction de données d'interprétation en milieu médical », *META* 63 (3) : 665-694.

Niemants, N. (2018b) « Savoir pour interpréter : une étude de cas en contexte médical », in A. Lavieri, D. Londei (éds.) *Traduire l'autre*, Bern : Peter Lang, 189-211.

Niemants, N. (à paraître) « La participation des migrant.e.s à la consultation médicale : former le professionnel.le.s de la santé reproductive à une communication plus inclusive », *ELA*.

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

Puccinelli Orlandi, E. (1996) *Les formes du silence*, Paris : Editions des Cendres.

Raymond, C.W. (2014) « Epistemic brokering in the interpreter-mediated medical visit : negotiating 'patient's side' and 'doctor's side' knowledge », *Research on Language and Social Interaction* 47 (4) : 426-446.

Sacks, H., E. Schegloff, G. Jefferson (1974) « A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation », *Language* 50 : 696-735.

Saville-Troike, M. (1994) « Silence », in R. Asher, J. Simpson (eds) *The Encyclopedia of Language and Linguistics*, Oxford : Pergamon, 3945-3947.

Seleskovitch, D., M. Lederer (2001) *Interpréter pour traduire*, Paris : Didier.

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

Traverso, V. (1999) *L'analyse des conversations*, Paris : Armand Colin.

Traverso, V. (2016) *Décrire le français parlé en interaction*, Paris : Ophrys.

Turner, G., Merrison A. (2016) « Doing 'understanding' in dialogue interpreting », *Interpreting* 18 (2) : 137-171.

Wadensjö, C. (1998) *Interpreting as Interaction*, London/New York : Longman.

Weijts, W, H. Houtkoop, P. Mullen (1993) « Talking delicacy : speaking about sexuality during gynecological consultations », *Sociology of Health and Illness* 15 (3) : 295-314.

Zorzi, D. (2004) « Studi conversazionali e interpretazione », in G. Bersani Berselli, G. Mack, D. Zorzi (a cura di) *Linguistica e interpretazione*, Bologna : CLUEB. 73-90.