Revue TDFLE

N° 85 | 2025
La gestion de l'apport culturel par les technologies en didactique du FLE : enjeux, défis et perspectives

La formation universitaire en interprétation en milieu de santé : quelles « compétences culturelles » pour les interprètes ?

Nora GATTIGLIA *Chercheur PostDoc*
'' *University of Genoa*

Édition électronique :
URL :
https://revue-tdfle.fr/articles/revue-85/448-la-formation-universitaire-en-interpretation-en-milieu-de-sante-quelles-competences-culturelles-pour-les-interpretes
DOI : numerev_2572
Date de publication : 04/07/2025

CertiScience© *Certifié évalué par les pairs*

Cette publication est sous licence **CC BY-NC-ND** (Attribution - No commercial - No derivatives).

Pour **citer cette publication** : GATTIGLIA, N. (2025) La formation universitaire en interprétation en milieu de santé : quelles « compétences culturelles » pour les interprètes ?. *Revue TDFLE*, (85). https://doi.org/10.34745/numerev_2572

Malgré l’importance de la communication soignant-soigné, un dispositif de traduction et d’interprétation est rarement activé dans les services de santé italiens. Dans cet article, je me pencherai sur une figure professionnelle cruciale pour l’exercice du droit à la santé et pour le bon fonctionnement des services, les interprètes de service public. En particulier, l’article se centre sur la formation universitaire des interprètes en milieu de santé, et notamment sur les ressources et les activités pédagogiques outillées par le numérique qui permettent d’acquérir des compétences culturelles en ce domaine. La première partie de l’article discutera la notion problématique de « culture » dans le milieu de santé pour avancer, à l’aide des travaux sur le terrain, une notion située de « différence culturelle ». Cette notion mettra en valeur les différences produites dans l’interaction qui découlent des divers rôles sociaux des interactants (professionnel de santé et patient) et du cadre communicatif institutionnel qui entoure et produit l’interaction (l’établissement de santé). Ensuite, seront présentées les ressources déjà existantes pour l’enseignement-apprentissage de l’interprétation : malgré la richesse de ces matériaux, nourris par les acquis de la recherche, on note l’absence du français dans les langues de travail, ce qui pose un défi pour les formateurs. Ce manque sera partiellement comblé par la troisième et dernière partie de l’article, qui sera consacrée à l’élaboration d’activités pédagogiques capables de développer des compétences interculturelles en milieu de santé, et notamment de jeux de rôle : l’article montrera des manières de développer de jeux de rôle crédibles à partir des ressources numériques, notamment les données authentiques issues de la toile.

Abstract

Despite the importance of communication between healthcare providers and patients, translation and interpreting services are rarely present in Italian health services. This article focusses on public service interpreters, a professional figure whose presence is crucial to the exercise of the right to health and to the everyday work of services. In particular, the article focusses on the university training of interpreters in healthcare settings, and in particular on the digital resources and activities that enable them to acquire cultural skills in this field. The first part of the article will discuss the problematic notion of “culture” in the healthcare environment and, with the help of fieldwork, put forward a situated notion of “cultural difference”. This notion will highlight the differences produced in the interaction as a result of the difference in the social roles of the interactants (healthcare professional and patient) and of the specific institutional communicative framework that surrounds and produces the interaction (the healthcare organisation). The existing learning resources for interpreting will be presented. Despite the richness of these materials, based on research findings, the absence of French in the working languages constitutes a challenge for trainers in this language: this lack will be addressed by this article in the third part, which will be devoted to the development of credible learning activities such as role-plays based on digital resources, and in

particular on authentic data from the web.

Keywords

Healthcare interpreting – mediation – cultural competence – health communication – interpreters' training

---

Mots-clés :
Médiation, Interprétation en milieu de santé, Compétences culturelles, Communication en santé, Didactique de l'interprétation, Healthcare interpreting, Cultural competence, Health communication, Interpreters' training

---

1. La formation universitaire en interprétation en milieu de santé : une introduction

De nombreuses études ont souligné l'importance de l'interprétation en milieu médical, en mettant l'accent sur l'impact des barrières linguistiques-culturelles dans l'exercice du droit à la santé (Krystallidou *et al*. 2024 ; Ahmadinia *et al*., 2022 ; Lebano *et al*., 2020), avec des conséquences importantes sur la vie des patients (Squires, 2017 ; Karliner, 2017 ; Cox et Lázaro Gutiérrez, 2016). Face à la pénurie des ressources consacrées à la communication interlinguistique dans les services de santé européens (Lázaro Gutiérrez *et al*., 2022), on a récemment proposé de considérer la langue comme un déterminant social de la santé (Federici, 2022), à savoir un facteur de nature socio-économique qui touche au bien-être de la personne et à ses possibilités de recevoir des soins appropriés (Marmot, 2005). Dans le même sens et dans un contexte italien, la médiation interlinguistique et interculturelle a été décrite comme une stratégie nécessaire pour garantir les droits fondamentaux de la personne (Poggeschi, 2015). L'emploi du mot « médiation » au lieu du mot « interprétation » est nécessaire dans le cadre des services italiens : à la différence de ce qui se passe en France, dans le monde anglophone et en Europe du Nord, la figure professionnelle chargée de la communication interlinguistique dans les services de santé en Italie et dans quelques autres pays, comme l'Espagne ou la Belgique, est le médiateur (inter)linguistique et (inter)culturel (pour une discussion des dénominations, v. Tonioli, 2016). La différence entre interprétation et médiation a déjà fait l'objet de nombreux travaux (Pöchhacker, 2008 ; Katan et Taibi, 1999 [2021]) ainsi que la différence entre interprètes et médiateurs (Arumí Ribas, 2017). En partant d'une étude récente de Natacha Niemants et Eleonora Bernardi (2022), le tableau suivant fait le point sur les différences qui existent en Italie entre les deux figures professionnelles, les interprètes et les médiateurs :

Tableau 1, Différences entre les profils professionnels des interprètes et des médiateurs

en Italie (modifiée à partir de Niemants et Bernardi, 2022).

	Interprètes	**Médiateurs**
Expérience de migration	Non	Oui
L1	Italien	Autre
Langues de travail (outre l'italien)	Langues européennes / russe	Langues extra-européennes
Education et formation	Universitaire	Cours régionaux (300-500h) Formation sur le terrain
Thèmes abordés lors de la formation	Techniques d'interprétation Langues de spécialité	Fonctionnement du système de santé publique Aspects juridiques-administratifs
Milieux d'activité	Conférence Affaires	Services publics

Comme le montre le tableau, les trajectoires de vie et de formation de deux figures professionnelles semblent éloignées, sinon divergentes. En ce qui concerne la formation, on note du côté des médiateurs un manque d'homogénéisation parmi des cours régionaux dont la durée est variable ; en revanche, la formation des interprètes est caractérisée par un focus sur la dimension linguistique et traductive, comme dans l'étude des caractéristiques des langues de spécialité et des techniques de traduction, mais les aspects liés au fonctionnement concret du système de santé ne sont pas normalement abordés dans les diplômes universitaires. Pourtant, toutes ces dimensions (linguistique et traductive d'une part, procédurale et systémique de l'autre) semblent nécessaires dans la formation des interprètes, surtout dans un système complexe comme les services de santé. Un profil professionnel capable d'articuler des compétences doubles (Morelli, 2017), à la fois linguistiques, traductives et procédurales, semble donc fournir une réponse appropriée aux défis de la communication dans ce domaine ; en harmonie avec une vision hybride de l'interprétation-médiation (Gattiglia et Morelli, 2022), la formation universitaire des interprètes pourrait intégrer des connaissances systémiques et des connaissances procédurales, à partir de la classe de licence L-12 en médiation (inter)linguistique, qui prépare en principe au master en interprétation de conférence (classe LM-94). Les matériaux didactiques présentés dans cet article ont justement été élaborés dans un contexte universitaire, à l'Université de Gênes, lors d'activités diverses en termes de public et de nombre d'heures : deux cours optionnels en interprétation téléphonique pour les étudiants de master en interprétation de conférence (20 heures, 2016-2018) ; trois séminaires interprofessionnels pour les étudiants de master et de licence, rassemblant des étudiants en interprétation, médecine et obstétrique (10 heures chacun, 2020-2023) ; un cours de licence en interprétation (20 heures, 2022/2023) ; et un séminaire pour les étudiants de master et de licence en interprétation (6 heures, 2023/24). En partant des ressources développées dans le cadre de ces expériences, j'aborderai dans ce qui suit la question des compétences culturelles de l'interprète employé dans des établissements de santé italiens et français, et de leur enseignement.

1.1 Définir la dimension culturelle dans l'enseignement de l'interprétation en milieu de santé

Selon Claudio Baraldi et Laura Gavioli, une vulgate assez diffuse, même auprès des professionnels, voudrait que les interprètes s'occupent de la « langue », entendue comme la traduction « littérale » des mots, et les médiateurs de la « culture » (Baraldi et Gavioli, 2016). Cette distinction quelque peu banalisante entre un pan de la communication purement « linguistique » et un autre pan uniquement « culturel » a été réfutée par de nombreux auteurs qui prônent pour une intégration des deux dimensions dans la profession des interprètes (Angelelli, 2004, 2012 ; Davitti, 2013). Pour procéder à cette intégration, il reste justement la question de savoir ce qui constitue des « compétences interculturelles » dans le milieu de santé. Dans les études sur la médiation, on met notamment la notion de « culture » en relation avec les implicites présents dans le discours (Katan, 2015 ; Tonioli, 2016) et le langage paraverbal et non-verbal (Raga Gimeno *et al*., 2020) ; dans la même direction vont les études linguistiques menées depuis une perspective interactionnelle, qui associent la culture aux comportements relevant de la politesse et des conceptualisations de la relation (Kerbrat-Orecchioni, 1994). D'autres auteurs élargissent le cadre en parlant plus en général de différences dans la « vision du monde » des interactants (Wadensjö, 1998 ; Penn et Watermeyer, 2012), à savoir les mécanismes qui permettent de « faire sens » dans une communication donnée. Comment enseigner (à penser) les différences culturelles en interprétation ? Une possibilité est de travailler sur les régularités, entendues comme des différences supposément stables et stabilisées entre les deux cultures de référence, et donc sur des prototypes de comportements « anomaux ». Les risques de cette démarche sont évidents, le prototype pouvant rapidement tourner en stéréotype en raison du découpage des « cultures » impliquées dans la communication. Si la notion de « culture » est employée pour indiquer des entités assez diverses (pays, ethnies, communautés religieuses ou linguistiques…), la variabilité interne à celles-ci peut être importante (Traverso, 2002). En outre, cette approche n'est pas tenable du point de vue de l'enseignement d'une langue internationale comme le français, dans lequel on ne saurait trouver des correspondances entre « culture », langue et nation ; toute tentative dans ce sens produirait des généralisations abusives. En effet, la conceptualisation de la culture comme un ensemble de traits définis, greffés au sujet en raison de son appartenance nationale, religieuse, ethnique (Mantovani, 2004) semble peu productive dans un contexte pédagogique, sinon dangereuse en termes de conséquences sur la pratique interprétative : elle produit l'illusion de pouvoir agir sur la base d'une liste fermée de stratégies communicatives[1] que l'on imagine exister dans un vacuum sociohistorique qui ne correspond nullement à la réalité de la situation communicative réelle (Wadensjö, 1998 ; Angelelli, 2008). Cette vision statique des différences culturelles a été réfutée à l'aide d'une vaste étude empirique sur la médiation culturelle en Italie, menée par Claudio Baraldi et Laura Gavioli (2019). En analysant 600 interactions en des langues diverses dans des établissements de soins italiens, avec ou sans un médiateur, les auteurs démontrent que la nature des différences culturelles qui pourraient se manifester dans l'interaction n'est jamais prévisible en amont. Aucune liste préalable n'est possible d'éléments culturels

« étrangers » ; signalées par les malentendus et les échecs dans la communication, les différences culturelles se manifestent dans l'interaction en raison des choix communicatifs des interlocuteurs : elles sont relativement imprévisibles, en ce qu'elles dépendent des caractéristiques propres à chaque interaction : les besoins, les attentes et les buts des participants, mais aussi les conditions spatiales et temporelles de l'échange. On peut ajouter à cette liste les normes procédurales qui régissent les démarches communicatives et des soins constituant une catégorie majeure d'obstacles à la compréhension de la part de l'usager et, de ce fait, à la communication efficace. L'importance des compétences procédurales est justement mise en lumière par C. Baraldi et L. Gavioli. Parmi les principaux déclencheurs de malentendus dans la communication en milieu de santé, on retrouve justement les démarches, les normes, les critères de qualité, d'efficacité et d'adhésion aux traitements – en somme, les idées tout à fait « culturelles » circulant dans l'établissement de santé autour de ce qui constitue un « bon » parcours de soins, un « bon » professionnel de santé et un « bon » patient. Il s'agit de la « culture institutionnelle » du système de santé local, avec laquelle l'interprète aurait tout l'intérêt à se familiariser : la connaissance de la structure de la communication médicale (Robinson, 1998) et des démarches de la consultation permettent à l'interprète de comprendre et d'anticiper le déroulement de l'interaction. L'anticipation procédurale se fonde donc sur une connaissance profonde de la manière dont les interactions sont produites dans l'établissement de santé ; elle constitue une compétence communicationnelle spécifique qui ne fait pourtant pas partie du curriculum universitaire des interprètes. Cependant, la culture institutionnelle ne se limite pas aux procédures, mais concerne également l'univers éthique et axiologique des professionnels de santé. L'institution est définie en sociologie comme « une organisation de rôles distincts et hiérarchisés auxquels les membres doivent se conformer » (Fillieule, 2020, p. 98 ; l'auteur cite Gerth et Mills, 1954) ; cela implique une intériorisation des rôles sociaux qui passe par l'établissement de liens avec les pairs, l'acquisition de ressources définissables comme un savoir-faire et un savoir-être, et l'acquisition d'une idéologie (Fillieule, 2020) au sens d'Althusser, à savoir le « système des idées et des normes qui dominent l'esprit d'un homme ou d'un groupe social » (Althusser, 1970, p. 22). Dans ce sens, la différence principale entre interactant profane et interactant institutionnel réside justement dans les croyances, les connaissances et les valeurs de deux groupes sociaux : lorsque les interactants se situent dans des univers de sens différents, les possibilités d'un malentendu se multiplient, en amont des différences linguistiques et des provenances géographiques. Les compétences culturelles nécessaires pour porter à bien une communication intra- ou interlinguistique en milieu de santé seraient donc dans l'ordre d'une connaissance profonde des enjeux institutionnels et profanes. La formation (inter)culturelle des interprètes peut donc se centrer non sur des catégories nationales, ethniques ou religieuses, mais sur les agents sociaux appréhendés dans leurs rôles institutionnels. Ainsi, l'interprète en milieu de santé dans la paire linguistique italien-français pourra maîtriser la connaissance des schémas procéduraux, des normes éthiques et de l'axiologie propres aux systèmes de santé, et de l'autre côté les préoccupations, les besoins, les attentes que les patients peuvent mobiliser justement en tant qu'interlocuteurs profanes. Pour ce faire, les étudiants devront se familiariser avec ce type de communication par le biais d'activités,

qui visent les compétences (inter)culturelles institutionnelles. Dans ce qui suit, je propose d'utiliser les outils et les environnements numériques pour créer des activités pédagogiques. D'abord, je présenterai un état de l'art des ressources pédagogiques déjà existantes qui s'appuient sur les outils numériques ; ensuite, je me focaliserai sur une activité spécifique, le jeu de rôle dans ses deux versions, scénarisée et non scénarisée : les exemples fournis à cet effet montreront comment on peut intégrer la dimension interculturelle propre à la communication dans les services de santé à partir de l'utilisation de la toile comme corpus.

2. Ressources outillées par le numérique dans l'enseignement-apprentissage de l'interprétation

Les technologies numériques employées dans la pédagogie de l'interprétation peuvent être divisées en deux grandes familles : d'une part, les technologies caractérisées par une interaction forte avec l'usager (jeux sérieux, journaux réflexifs de groupe, etc.) ; de l'autre, les technologies qui prévoient une interaction faible entre usager et outil numérique, comme dans le cas des recherches en ligne et de l'utilisation des corpus dans la préparation des glossaires, mais aussi des cours ou des exercices en auto-apprentissage accessibles depuis des systèmes de gestion du contenu. Dans des années récentes, des nombreux exemples de ce type ont été élaborés dans le cadre des projets européens axés sur l'interprétation de service public : les activités pédagogiques sont créées à partir des acquis de la recherche de terrain, systématisées et rendues disponibles depuis des plateformes à accès libre, qui s'adressent notamment aux formateurs. Le tableau suivant donne un aperçu des projets et des ressources existantes, en spécifiant le domaine d'interprétation[2] pris en compte par le projet, les langues employées et le type d'activités ou de ressources pédagogiques crées.

Tableau 2, Ressources pédagogiques issues des projets européens sur l'interprétation de service public

Projet	Milieu d'activité	Langues	Activités et ressources Pédagogiques
Interprétation de dialogue (affaires + service public)			
Erasmus+ Shift in Orality (2015-2018)	Affaires Service public	EN, ES, IT	Analyse interactions enregistrées/transcrites Jeux de rôle Vidéos illustratifs
Interprétation de service public			
Erasmus+ DIALOGOS (2022-2025)	Milieu de santé Police Protection internationale	EN, ES + EL, IT	Études de cas (enregistrements vidéo, transcriptions) Glossaire Jeux de rôle
Justice SOS-Vics (2011)	Service public (violence de genre)	EN, ES, FR, IT, RO, RU	Enregistrements audio Glossaire Jeux de rôle
JUSTISIGNS (2013-2016)	Juridique Police	EN, langues signées	Glossaire
JUSTISIGNS2 (2020-2022)	Juridique Police (violence de genre)	EN, langues signées	Guide avec activités pédagogiques (activités réflexives, jeux de rôle)
Erasmus+ ReACTMe (2019-2022)	Milieu de santé	EN, ES, IT, RO	Exercices terminologiques Études de cas Jeux de rôle
Interprétation humanitaire			
Erasmus+ Inter4Ref	Service public	EN	Vidéos + exercices
Erasmus+ ReTrans (2022-2024)	École Protection internationale Santé	D, EN	Vidéocasts et podcasts (EN/D) Jeux sérieux (EN)

À l'exception du projet Shift in Orality, dont la plateforme Moodle n'est plus entretenue, ces projets mettent à la disposition des formateurs des ressources pédagogiques validées par la recherche. L'anglais est la langue véhiculaire employée dans tous les projets : même si les sites sont plurilingues, les activités pédagogiques sont souvent créées uniquement dans cette langue. À l'exception du projet SOS-VICs (dont les ressources en français sont pourtant limitées à de très brefs enregistrements audios), on note l'absence presque totale du français[3]. Pour ce qui est des technologies, seul le projet ReTrans propose des activités outillées (les jeux sérieux) ; dans les autres cas, les technologies numériques sont utilisées essentiellement comme un environnement qui permet d'y déposer des matériaux et de les partager. Une remarque ultérieure concerne la prééminence du jeu de rôle parmi les activités pédagogiques proposées. Il s'agit, en effet, de l'activité pédagogique de choix en interprétation (Falbo, 2020 ; KadriÄ, 2017), permettant d'acquérir des compétences variées (linguistiques-culturelles, traductives, interpersonnelles, décisionnelles, éthiques, autoréflexives...) qui sont mobilisées lors de la performance interprétative. Dans le jeu de rôle, une conversation professionnel-usager est mise en scène, avec deux acteurs qui jouent les rôles du professionnel et de l'usager qui parlent deux langues différentes ; la communication entre les deux est garantie par un interprète, à savoir un étudiant qui

pourra ainsi s'expérimenter dans des taches de traduction et de coordination de l'échange (Wadensjö, 1998). En reproduisant une situation de communication réelle, le jeu de rôle permet une immersion globale dans la situation communicative, même si cela se passe dans l'espace protégé de la dimension pédagogique. Quelques auteurs ont justement critiqué la nature hybride ou ambivalente du jeu de rôle, qui devrait reproduire de manière fidèle la réalité professionnelle alors qu'il s'agit d'une mise en scène fictive (Niemants, 2015 ; Niemants et Stokoe, 2017). Dans le paragraphe suivant, je discuterai la notion d'« authenticité » en ce qui concerne le jeu de rôle, et la manière dont les technologies numériques peuvent étayer cette notion. En particulier, je présenterai des jeux de rôle crées à partir des matériaux et des données authentiques qui se trouvent sur la toile. Les artefacts (fiches de triage, réglette de la douleur...) représentent une première catégorie de matériaux authentiques qui peuvent enrichir les jeux de rôle en montrant les objets utilisés dans les établissements de santé, mais aussi les différences entre les parcours de soins en France et en Italie. Il s'agit par exemple des matériaux de promotion de la littératie en santé dédiés aux citoyens français (bandes dessinées, jeux sérieux...[4]) qui expliquent les normes procédurales des établissements de santé français. Une seconde source d'authenticité est représentée par les données discursives et conversationnelles. Les forums de patients ou d'autres sources de conversations ou de témoignages sur les thèmes de santé sont des réservoirs de données authentiques qui peuvent être intégrées dans le jeu de rôle, scénarisé ou non. De cette manière, à travers des récits de vie ou des transcriptions de conversations authentiques, le jeu de rôle pourra adresser les questionnements, les malentendus, les dilemmes éthiques qui caractérisent la communication en milieu de santé : la perspective « interculturelle » concernera les deux cultures de l'usager et de l'institution. Dans cet article, je prends en considération cette seconde catégorie, à savoir les données discursives, et leur intégration dans les jeux de rôle de deux manières différentes : d'abord, je présenterai un jeu de rôle scénarisé dans lequel les données discursives servent à mettre en lumière la différence entre la langue du patient, caractérisée par un registre plus spontané et un vocabulaire hybride qui alterne des termes de spécialité et des expressions familières ; ensuite, je décrirai des jeux de rôle construits autour de sujets sensibles et des moments de conflit ou d'incompréhension entre soignant et soigné.

3. Le jeu de rôle et la voix du patient

La formation des interprètes notamment de dialogue s'appuie normalement sur le jeu de rôle comme activité pédagogique principale. Il s'agit normalement d'une représentation qui se déroule en salle de cours entre deux acteurs qui parlent deux langues différentes (dans le meilleur des cas, il s'agit de locuteurs natifs) et qui font semblant de ne pas se comprendre. Le degré d'authenticité de la mise en scène varie en fonction de l'identité des acteurs, qui peuvent être deux formateurs, un formateur et un étudiant, des professionnels... et donc des personnes capables d'articuler à des savoirs linguistiques des connaissances procédurales et déontologiques propres à leur milieu de travail. Pourtant, l'authenticité de l'échange ne dépend pas seulement de l'identité des acteurs. La situation de communication du jeu de rôle est également

importante afin que les étudiants (qui assistent à la mise en scène ou qui interprètent l'échange) y croient. Surtout dans les jeux de rôle scénarisés, la vraisemblance de la mise en scène peut être compromise si les acteurs se tiennent aux dialogues écrits, sans s'adapter aux choix interprétatifs de l'étudiant et à ses erreurs (Niemants, 2015), même lorsque celles-ci amèneront à l'échec communicatif. Cette source d'inauthenticité peut être éliminée en partageant des instructions claires avec les acteurs, y compris la nécessité de se détacher du scénario. Cependant, comme le notent Natacha Niemants et Elizabeth Stokoe (2017), le jeu de rôle est toujours traversé par une inauthenticité de fond, due à l'existence d'une « activité encadrante » (la leçon d'interprétation) qui tend à prévaloir sur l'« activité encadrée » (la situation de communication représentée dans le jeu de rôle) : pour le dire autrement, les étudiants auront tendance à choisir des stratégies communicatives qu'ils jugent conformes aux attentes du formateur dans un souci d'être évalués de manière positive. Dans le jeu de rôle, les étudiants semblent se conformer au rôle social d'« étudiant universitaire en interprétation » et non déjà à celui d'« interprète en milieu de santé », comme l'a remarqué N. Niemants (2015), qui a mis en évidence les différences importantes entre les stratégies de professionnels et celles des étudiants. Pourtant, les comportements des étudiants peuvent aussi découler d'une intériorisation acritique de normes déontologiques et de critères de qualité qui ne sont pas adaptés à l'interprétation en milieu de santé (Gattiglia, 2023) ; ces risques peuvent donc être palliés en établissant un cadre éthique et déontologique situé pour les étudiants (Kalina, 2015). En outre, la communication authentique propre à un milieu professionnel donné peut dépasser les compétences effectives des étudiants en termes de compréhension et de compétences traductives (Niemants et Stokoe, 2017) : les étudiants peuvent avoir besoin d'entrer en contact avec les normes et les codes en vigueur dans une communauté professionnelle d'une manière graduelle (Niemants et Cirillo, 2017). De plus, le jeu de rôle peut s'inscrire efficacement dans une approche pédagogique capable de problématiser les différences entre pratique professionnelle et activité en salle de cours de différentes manières (Niemants et Stokoe, 2017). Pour toutes ces raisons, le jeu de rôle, scénarisé ou non scénarisé, me semble garder son efficacité comme outil de pénétration dans un milieu professionnel qui resterait, au cas contraire, inaccessible pour les étudiants en interprétation ; pour les mêmes raisons, le jeu de rôle peut servir d'outil de développement des compétences culturelles au sens décrit plus haut, surtout si cette activité est développée à partir de données authentiques. Cela n'est pas simple, étant donné que les corpus disponibles pour le milieu de santé et pour la langue française sont rares[5]. Les corpus et les bases de données conçus pour la formation des interprètes se centrent souvent sur le discours interprété, et de manière presque exclusive sur l'interprétation de conférence (Bendazzoli, 2018), à quelques exceptions près (Niemants, 2013, 2015 ; pour la paire anglais-italien, Dal Fovo, 2018). La nature délicate des échanges et la difficulté conséquente de repérer des données en situation comportent une pénurie de données authentiques. Pour préparer son scénario ou le cadre plus général du jeu de rôle, le formateur peut s'appuyer sur des extraits déjà parus dans des publications scientifiques, mais il s'agit d'un nombre limité d'extraits qui ne se prêtent pas toujours à être scénarisés. Une autre possibilité consiste à utiliser les environnements numériques fréquentés par les usagers, comme les forums des patients ou les nombreux podcasts

produits par les services de santé où l'on peut trouver des témoignages ou des entretiens. L'intégration des narrations des patients corrobore l'authenticité du jeu de rôle ; aussi, les témoignages permettent d'adresser de nombreux aspects de la communication : d'abord, la dimension lexicale et notamment la phraséologie utilisée à la première personne pour parler de sa maladie et de son parcours de soins ; la dimension affective, qui touche aux stratégies de nomination employées, mais qui peut également être thématisée dans les données authentiques là où l'usager parle des émotions éprouvées face à la maladie ou dans son rapport avec les soignants ; la dimension culturelle relative aux connaissances, aux croyances et aux préférences en ce qui concerne les traitements et les procédures de l'établissement de santé. L'extrait du scénario suivant montre l'intégration d'un billet publié sur le forum de Doctissimo (www.doctissimo.fr), un forum d'usagers francophones particulièrement actifs (Bradford, 2017). Le billet reporte l'expérience d'infarctus du myocarde d'une internaute : dans le scénario du jeu de rôle, les tours de parole de la patiente reprennent exactement le billet, surtout dans les parties consacrées à l'anamnèse et à l'histoire de maladie de la patiente. Les tours de parole du médecin ont été introduits pour créer des pauses dans la narration et construire ainsi un dialogue qui sera interprété plus aisément :

> P : J'étais une grosse fumeuse… Mais je n'ai eu aucun des symptômes typiques… Pas de douleurs dans la gorge, pas plus que dans le bras gauche, d'ailleurs ! Je me suis dit que *je faisais une otite*. *Je trainais mes symptômes* depuis cinq jours, quand mon mari m'a dit : « Écoute, *il faut que tu ailles chez le toubib* ». Il avait peur que les symptômes pouvaient [sic] venir du cœur.
>
> […]
>
> M. : E a quel punto è andata in ospedale?
>
> P : Non, c'était une sensation très désagréable qui s'atténuait avec la *station debout*, mais était intenable *en position couché*… Bref, le cinquième jour, je vais chez ma médecin et je lui raconte que ça fait cinq jours que j'ai une otite. Elle regarde mon oreille et me dit : « Vous n'avez pas d'otite, répétez-moi vos symptômes ». Elle m'allonge, me dit de ne plus bouger et appelle *le SAMU* pour une *suspicion d'infarctus* !
>
> M. : La sua dottoressa le ha salvato la vita…
>
> P : Oui, je sais. Aux urgences, le médecin qui est venu me voir après avoir fini son boulot dans la *salle d'angioplastie* m'a dit : « *Vous veniez demain, vous repartiez dans une jolie boîte !* ». J'étais choquée.
>
> M. : Quindi le hanno fatto un'angioplastica?
>
> P : Oui, une *angioplastie percutanée*. J'ai un *stent actif* maintenant. *Ma coronaire droite était* complètement *bouchée* : le fait d'avoir attendu cinq jours avant de me décider a fait que la pointe de mon cœur *n'a pas été irriguée correctement* et

qu'elle ne fonctionne plus !

M. : E adesso è sotto terapia?

P : Oui. En mai-juin, j'ai fait une *rééducation cardio* durant un mois. Je prends maintenant *des bêtabloquants, un hypotenseur, l'aspirine* (je devrai la prendre à vie), *un antiplaquettaire*, le *Plavix*, et *les statines*[6].

Dans le billet du blog, l'expérience de la patiente était racontée de manière monologale ; le même billet est ensuite élaboré pour créer un dialogue soignant-soignée qui garde l'authenticité du vécu de la patiente sous de nombreux angles. Outre les différents professionnels intervenant dans le récit, qui montrent les étapes d'un parcours de soins et le fonctionnement du système de santé français (la médecin généraliste, le SAMU, le chirurgien cardiaque), l'extrait présente plusieurs points d'intérêt linguistiques : on remarque l'alternance des registres, entre discours familier (« aller chez le toubib », « vous veniez demain, vous repartiez dans une jolie boîte », « faire son boulot ») et termes médicaux (« angioplastie percutanée », « stent actif ») ; parmi les termes, on trouve les marques des médicaments, qui ne correspondent pas toujours aux noms et aux médicaments utilisés en Italie, ce qui en fait un élément culturel au sens plein, comme d'ailleurs c'est le cas des realia (« SAMU », « salle d'angioplastie »). Dans l'extrait, on trouve également la phraséologie de spécialité (« faire une maladie », « coronaire droite bouchée », « irriguer ») ainsi que des expressions plus idiolectales (« traîner ses symptômes »). Cependant, un aspect qui n'est pas touché dans le scénario est le positionnement de la patiente vis-à-vis sa condition, les traitements ou les procédures proposés par les professionnels de santé. Si l'intervention d'urgence ne permet pas de négociation entre soignant et soigné à l'égard de la démarche à suivre, dans les consultations médicales non urgentes la définition d'un accord sur les thérapies ou les procédures restent l'objectif principal de la communication. La discussion autour des décisions thérapeutiques peut déboucher en conflit, justement en raison des perspectives différentes des locuteurs comme le notent Baraldi et Gavioli (2019) dans l'étude citée plus haut, les normes procédurales et les systèmes de valeurs entre professionnel et usager peuvent constituer une différence culturelle majeure. En tant qu'occasion de conflit potentiel, la négociation de l'accord thérapeutique représente un défi pour l'interprète. Dans la formation, on peut aborder cette difficulté en travaillant sur des thèmes sensibles, comme la contraception, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ou le suivi de grossesse. Le choix de privilégier le domaine de la gynécologie-obstétrique se justifie en raison de la richesse des matériaux existants, ainsi que du nombre élevé d'usagers allophones dans ce service en Italie. Une source de données authentiques qui peut être utilisée dans la création des jeux de rôle est le podcast « Au cœur du planning[7] », que le Planning familial de Marseille a créé pour faire connaître ses activités. Les épisodes alternent témoignages des conseillères d'accueil et enregistrements audio des consultations téléphoniques et présentielles : on peut ainsi avoir accès à des conversations réelles (anonymisées) entre opératrices et usagères qui ont été sélectionnées en amont en fonction de leur représentativité, les enregistrements audios servant à fournir des informations sur le déroulement des procédures les plus fréquentes. Dans l'extrait

suivant, une femme de 22 ans se renseigne sur la possibilité d'accéder à une IVG en anonymat. Les démarches administratives relatives à la demande sont indiquées en italique dans l'extrait, ainsi que la raison pour laquelle l'usagère préférerait l'anonymat et qui relève de l'organisation du système de Sécurité sociale français :

> Usagère : Et aussi j'ai une question particulière, en fait je suis majeure, donc je vais avoir 22 ans bientôt et j'aimerais savoir si *c'est possible de tout faire en anonymat* ?
>
> Conseillère d'accueil : Tout faire en anonymat, d'accord. Alors c'est tout à fait possible. Dans ce cas-là, il faudra passer par l'hôpital parce que l'hôpital c'est le seul endroit où on peut garantir complètement l'anonymat. Ils ont un numéro spécifique qui fait qu'*on n'est pas obligé de prendre votre carte vitale et on vous assurera pas de retour de courrier*. D'accord ?
>
> Usagère : Oui.
>
> Conseillère d'accueil : C'est important pour vous l'anonymat ?
>
> Usagère : Oui, parce que *je suis sur la Sécurité sociale de mes parents*, et j'aimerais vraiment le garder pour moi, donc…

Cet extrait montre l'importance des connaissances autour du système de santé et de Sécurité sociale pour une traduction efficace. Il s'agit bien de connaissances culturelles, les démarches pour obtenir une IVG n'étant pas les mêmes en France et en Italie. Ce type de savoir est très rarement adressé dans les diplômes universitaires en interprétation : comme le montre le tableau 1 plus haut, les connaissances systémiques sont absentes de la formation des interprètes. Ce manque contribue à confirmer l'image des interprètes comme des experts de « langue » et non déjà de « culture », et à creuser le fossé par rapport à la formation des médiateurs qui travaillent dans les services de santé italiens. Natacha Niemants et Eleonora Bernardi (2022) mettent justement l'accent sur cet aspect dans leur discussion des différences qui existent entre interprètes et médiateurs :

> Les deux profils sont donc essentiellement opposés : le premier a une perspective globale sur le système de santé, mais [les médiateurs] ne sont pas formés à certaines techniques spécifiques qui pourraient leur permettre de gérer une communication interprétée ; le second a développé des techniques spécifiques de communication et de traduction, mais [les interprètes] ne connaissent rien, ou très peu, de l'environnement des soins de santé dans lequel ils vont travailler. (Niemants et Bernardi, 2022 : 402 ; c'est moi qui traduis)

Outre les connaissances systémiques qui sont mobilisées, l'extrait permet d'anticiper quelques difficultés de type affectif et émotif, propres au milieu de santé. Les

conseillères (et conseillers) d'accueil du Planning familial sont formées à l'écoute, mais les interactions en milieu de santé ne sont pas toujours iréniques. Des malentendus ou même des différends entre opérateur et usager peuvent se produire, notamment autour de thèmes que les locuteurs jugent délicats ou controversés. C'est bien dans le conflit et dans l'incompréhension que des habitudes communicatives différentes deviennent évidentes (Traverso, 2002 ; l'auteure cite Béal, 1993 et Clyne, 1994). La fonction de l'interprète est d'aider les locuteurs à surmonter ces difficultés, afin que la communication puisse aboutir ; d'où l'intérêt d'incorporer des morceaux de conversations « problématiques » dans les jeux de rôle. Bien qu'« Au cœur du planning » ne rapporte pas les conversations qui échouent, les dissensions, les hésitations et les doutes ne manquent pas, et peuvent être exploités à des fins didactiques. Parmi les conversations qui sont reportées dans le podcast, on peut repérer des points interactionnels significatifs et construire des jeux de rôle ciblés, comme le proposent Marta Arumí Ribas et Mireia Vargas-Urpi (2017). En partant d'enregistrements d'interactions en milieu de santé en catalan et chinois, les deux auteures identifient des lieux de difficulté interactionnelle ou éthique – qu'elles appellent « points marquants » (« rich points ») – qui pourraient solliciter l'intervention médiatrice de l'interprète ; ces éléments linguistiques seront ensuite transposés dans un jeu de rôle. Dans leur proposition, M. Arumí Ribas et M. Vargas-Urpi mettent l'accent sur le développement de compétences stratégiques chez les interprètes novices ; selon les auteures, l'intégration des « points marquants » dans le jeu de rôle met en lumière les écarts qui existent entre professionnels de santé et usagers en termes de compréhension de la situation de maladie et des soins. Dans l'extrait suivant, toujours tiré d'un enregistrement du Planning familial, les « points marquants » sont soulignés : il s'agit d'une consultation pour une fille de 16 ans, qui craint d'être enceinte. Dans ce texte, les « points marquants » correspondent aux diverses opinions autour de ce qui est une conduite sexuelle appropriée, caractérisée par des expressions appréciatives et un vocabulaire parfois offensif. J'ai aussi identifié comme un point critique d'un point de vue interactionnel le conflit entre la décision de l'usagère d'interrompre la grossesse et les préceptes religieux. La conversation s'ouvre avec une question de la conseillère d'accueil sur le partenaire de l'usagère.

> Conseillère d'accueil : *Du coup, il vous dit pas*, « *Ben on va se protéger* ou alors faudrait prendre un moyen de contraception » ?
>
> Usagère : Ben, en fait moi, *j'ai vraiment pas envie de me protéger* on va dire, parce que… Bon ben, en parlant entre nous, mais pour moi, je me dis, ben non, *c'est les putes qui mettent des préservatifs*. Mais alors que pas du tout, je sais… Mais par exemple, je sais, mes parents, ils ont pas mis de préservatifs, donc moi je mets pas de préservatif, je sais pas en fait. Mais après, de base, comment dire ? Ben, ils se sont mariés et ensuite il l'a déviergée, tout ça et… mais sauf que moi, j'ai tout fait à l'envers, quoi. *Je me suis pas mariée et tout ça*. Et bon, après je suis plus jeune et tout, mais en fait je suis un peu perdue, on va dire.
>
> Conseillère d'accueil : Donc du coup l'idée c'est de faire un test de grossesse en premier lieu.

Usagère : C’est ça.

Conseillère d’accueil : Et après alors, *si jamais le résultat était positif, qu’est-ce que vous feriez* ?

Usagère : C’est ça là que je me pose comme question. En fait, je me dis, *dans la religion, on a pas le droit d’avorter*, mais après il y a la vie aussi, donc même s’il y a la religion, mais il y a la vie aussi, *à 16 ans tu vas pas avoir un enfant*. Et ça fait que je sais pas du tout.

Ces « points marquants » peuvent être intégrés et développés dans les jeux de rôle scénarisés à l’aide d’une transcription plus ou moins littérale ; une autre possibilité serait de développer les différences que l’on voit en filigrane entre conseillère d’accueil et usagère, ou encore le conflit intérieur de la jeune femme. Dans ce cas, les données authentiques servent de point de départ dans la conception d’un jeu de rôle non scénarisé, caractérisé par un dialogue plus spontané, les acteurs ont une plus grande liberté d’improvisation, qui nécessite d’ailleurs une préparation plus fine (Niemants, 2022). Dans le jeu de rôle non scénarisé, les acteurs (soignant et soigné) reçoivent une fiche de personnage. La fiche détaille les raisons de la consultation et les traits individuels du personnage. La fiche opérateur spécifie la démarche à suivre pour conduire l’interaction, une tache qui revient au professionnel (Orletti, 2000), les questions à poser et les réponses aux possibles questions du patient. Des détails plus personnels peuvent être ajoutés, comme l’état d’âme. En revanche, dans la fiche patient les traits du personnage sont beaucoup plus développés (âge, antécédents familiers, mode de vie, profession, état de santé général, état d’âme), ainsi que les questions qu’il ou elle porte dans la consultation. Les « points marquants », qui constituent autant d’obstacles possibles au bon déroulement de la communication, sont également spécifiés dans la fiche patient : par exemple, consommation de drogues, seuil de la douleur, sentiments d’angoisse ou de pudeur, croyances et besoins de santé spécifiques ; ils sont aussi choisis à partir de situations réelles. Un exemple de fiche de personnage est donné ci-dessous. La situation présentée est celle d’une patiente qui se rend aux urgences suite à un accident de sport. Le parcours de soins hospitaliers se déroule en deux moments, dans deux jeux de rôle différents, qui seront mis en scène en séquence : le triage (jeux de rôle 1a dans la fiche) et la consultation orthopédique (jeux de rôle 1b).

Figure 1, Fiche de personnage (patiente)

FICHE PATIENT 1

RAISONS DE L'ACCÈS AUX URGENCES

La patiente est judoka et elle est mal tombée en s'entrainant. Elle a une cheville enflée et ressens une forte douleur accompagnée par une rougeur et une sensation de chaleur. La cheville est bleue. La douleur est continue mais de temps en temps elle lance. Elle n'arrive pas à appuyer en raison de la douleur.

LA PATIENTE

La patiente a 28 ans. Elle est doctorante en Droit. Elle est en Italie depuis un mois pour un séjour de recherche. Elle va rester en Italie pour trois mois, donc elle ne s'est pas inscrite au Service de Santé National.

Antécédents

Personnels

- Médicaux : aucune pathologie à présent ou dans le passé.
- Chirurgicaux : une opération de l'appendicite à l'âge de 11 ans.
- Gynécologiques : aucune grossesse dans le passé, aucune IVG ni fausse couche.

Familiaux

- Parents vivants.
- Grand-parents : deux grand-pères vivants. Mort de la grand-mère maternelle : cancer du sein ; mort de la grand-mère paternelle : ischémie.

Mode de vie

- Profession : doctorante avec bourse.
- Vie sexuelle : relation monogame avec un partenaire stable.
- Activité sportive : judo agonistique jusqu'à l'âge de 17 ans (ceinture noire). A présent, entrainements de judo deux fois par semaine et course tous les matins.
- Elle ne fume pas. Elle boit de l'alcool deux fois par semaine (du vin, des bières).

État émotionnel

Jeu de rôle 1a. Accès aux urgences

À son arrivée aux urgences, la patiente est tranquille malgré la douleur.

Jeu de rôle 1b. Consultation orthopédique

La douleur augmente pendant l'attente. La patiente demande des antidouleurs, mais elle demande à la mauvaise personne (un aide-soignant). Après quelques temps, un infirmier arrive et lui demande si tout va bien. Elle demande à nouveau des antidouleurs, mais le temps s'écoule et on ne lui apporte aucun médicament. Finalement, elle est visitée par l'orthopédiste. Quand l'orthopédiste lui dit qu'elle doit faire une radiographie et puis attendre les résultats et le diagnostic, elle monte en colère et dispute avec le docteur.

L'ACCUEIL

L'infirmier organisateur d'accueil vous posera des questions sur vos habitudes quotidiennes (alimentation, fume, consommation d'alcool et de drogues), sur votre état de santé et sur la douleur que vous éprouvez. Vous pouvez répondre librement, même en disant « Je ne sais pais » ou en refusant poliment de répondre.

9

Diverses histoires et récits de vie et de maladie, récoltées sur la toile, permettent de structurer un personnage qui n'est pas une silhouette, mais une personne en chair et en os avec des besoins de santé spécifiques. La fiche de personnage et le jeu de rôle non scénarisé sont l'étape finale d'un processus de recherche, collecte, tri et manipulation des données authentiques. Cette pratique permet de minimiser la portion

d'inauthenticité inhérente au jeu de rôle d'une part, et des représentations stéréotypées de l'autre. Lorsqu'on veut aborder des thèmes relevant des différences culturelles et notamment des différences entre soignant et soigné, le risque est toujours de convoquer de situations non plausibles ; aussi, un autre risque est de s'appuyer sur des imaginaires figés et des idées reçues. Un exemple à cet effet est l'extrait 3, portant sur des croyances religieuses à propos de la conduite sexuelle à tenir – des croyances qui ne sont d'ailleurs jamais mises en relation avec une religion spécifique, mais dont on parle en reconnaissant les différentes positions des interactants, y compris l'interprète. Les activités pédagogiques ainsi construites, portant sur les différences entre culture institutionnelle et culture profane, se proposent comme un repère pour les interprètes dans leur pratique professionnelle, quelles que soient les données socio-biographiques des usagers, professionnel et patient.

Conclusion

Dans la formation universitaire des interprètes en milieu de santé, il semble difficile d'aborder le thème des différences culturelles sans recourir à des « découpages » quelque peu abusifs des « cultures », une notion dont la définition n'est pas anodine ; le risque est celui de promouvoir une vision stéréotypée des différences entre le soignant local et l'usager étranger ou allophone. Cette généralisation présuppose d'hypostatiser les comportements communicatifs dans des macro-catégories fixes, ce qui ne correspond pas à la variété et à la variabilité que l'on retrouve dans les échanges réels. En outre, ce type de simplification passe au second plan une caractéristique fondamentale des communications en milieu de santé, et notamment le contact entre une culture institutionnelle et une culture profane (Mishler, 1984). Les activités pédagogiques décrites ici, à savoir les jeux de rôle scénarisés et non scénarisés, peuvent être utilisées justement pour introduire les interprètes novices aux spécificités « culturelles » de la communication médicale. Les limitations de cet article dépendent partiellement de la nécessité de circonscrire l'angle d'attaque à une compétence spécifique, la compétence (inter)culturelle axée sur la dimension française et francophone, cultivée par le biais des technologies. L'opération n'est pas simple, en ce qu'elle va à l'encontre de la nature de la discipline, appartenant à un champ du savoir « peu structuré » (Spiro *et al*., 1991) et caractérisé par deux propriétés principales : la complexité des cadres explicatifs et des modèles d'actions demandés pour faire face à des « situations problématiques », des « cas exceptionnels », des « situations de conflit de valeurs » (Schön, 1983, p. 17 ; c'est moi qui traduis) ; et l'« irrégularité », à savoir la diversité parmi des cas apparemment proches (Spiro *et al*., 1991, p. 25). Dans ce sens, il faut considérer que

> les interprétations-médiations, au pluriel, sont des phénomènes complexes qui doivent être adressés avec une approche globale, et non déjà des événements purement compliqués dont l'analyse serait possible après une décomposition dans des facteurs hiérarchiquement inférieurs. […] [U]ne grande partie des compétences de l'interprète-médiateur ne sont pas discrètes (Gattiglia, 2023, p. 48 ; l'auteure cite Cerruti, 2018).

La proposition de cet article est justement d'articuler la pratique pédagogique de l'interprétation à partir des évidences issues de la recherche de terrain : et donc, de considérer la dimension culturelle dans cet environnement communicatif comme relevant en premier lieu de la rencontre entre culture institutionnelle et culture profane. Ainsi, l'objectif de cet article n'est pas de décrire des activités inédites, mais d'illustrer, à l'aide d'exemples concrets, des exercices qui thématisent cette dimension particulière. Dans cette perspective, les jeux de rôle ne portent pas sur des traits généralisables selon l'appartenance nationale, ethnique ou religieuse des usagers francophones en Italie, mais sur les rôles sociaux des interlocuteurs. Une seconde caractéristique des activités décrites est l'authenticité. La formation des interprètes en milieu de santé se heurte à la difficulté d'accéder à l'environnement professionnel intéressé, les établissements de santé, pour observer la pratique quotidienne des opérateurs. Le jeu de rôle sert alors de porte d'entrée à ce milieu. D'autres activités ou approches pédagogiques cherchent à combler le clivage entre éducation universitaire et pratique professionnelle, comme la formation interprofessionnelle (Krystallidou *et al*., 2018 ; Woll, 2020 ; Gattiglia et Morelli, 2022) et l'analyse de transcriptions (Davitti et Pasquandrea, 2018) ; elles sont néanmoins souvent accompagnées des jeux de rôle, qui permettent aux étudiants de se plonger dans l'interaction. L'activité décrite dans cet article est plus précisément le jeu de rôle construit à partir des données authentiques. J'ai proposé un parcours qui va de la recherche à la sélection des données, et qui se conclut dans leur transformation en des jeux de rôle, scénarisés ou non. Les avantages de cette pratique sont nombreux. D'abord, on peut introduire dans le jeu de rôle une dimension linguistique (lexicale, phraséologique, syntaxique) propre aux idiolectes des usagers et qui marque un écart par rapport à la complexité propre à la langue médicale, française et italienne (Vecchiato et Gerolimich, 2013). À côté de cette dimension plus proprement linguistique, la « voix du patient » peut être employée pour porter au jour une distance communicative « interculturelle » signalée par des malentendus ou des différences autour d'un thème (Traverso, 2002). À partir des données authentiques comme les podcasts du Planning familial, on peut repérer des « points marquants » discursifs : des lieux discursifs où les interlocuteurs ne se comprennent pas, débattent, hésitent, abordent des sujets délicats sur lesquels les positions sont divergentes et qui mobilisent valeurs et croyances… Les données authentiques peuvent être utilisées de deux manières : pour ce qui est des jeux de rôle scénarisés, le formateur peut intégrer des extraits des communications dans le scénario du jeu de rôle ; mais on peut également monter un jeu de rôle non scénarisé. Dans ce second cas, les données authentiques serviront à créer des situations plausibles pour une mise en scène improvisée. La ressource principale pour ce type de jeu de rôle est la fiche de personnage. Dans les jeux de rôle non scénarisés, les acteurs déclinent les instructions reçues par rapport aux besoins et aux histoires de vie des usagers de manière plus personnelle et libre, sans devoir s'appuyer sur le dialogue scénarisé, ce qui contribue à une plus grande perception d'authenticité. Dans les deux cas (jeux de rôle scénarisés et non scénarisés), les activités pédagogiques partent de cas réels pour parler des « différences culturelles » entre opérateur et usager d'une manière non essentialiste, qui évite les généralisations. La visée est celle de s'éloigner des approches « culturalistes » attribuant à des cultures monolithiques une liste de besoins de santé et

de comportements communicatifs qui pénalise l'humanité individuelle des usagers et des professionnels. L'approche « interculturelle » décrite dans cet article cherche justement à ne pas alimenter de telles simplifications et à construire une plus grande authenticité dans le jeu de rôle, en partant des données de la recherche et des données authentiques.

Références bibliographiques

AHMADINIA, Hamed, ERIKSSON-BACKA, Kristina et NIKOU, Shahrokh, "Health-seeking behaviours of immigrants, asylum seekers and refugees in Europe: a systematic review of peer-reviewed articles", *Journal of Documentation*, vol. 78, n° 7, 2022, p. 18-41. https://doi.org/10.1108/JD-10-2020-0168

ALTHUSSER, Louis, *Pour Marx*, Paris, La Découverte, 1970.

ANGELELLI, Claudia V. *Medical interpreting and cross-cultural communication*, Cambridge, Cambridge University Press, 2004.

ANGELELLI, Claudia V., "The role of the interpreter in the healthcare setting", dans Carmen Valero Garcés, & Anne Martin (eds.). *Crossing borders in community interpreting. Definitions and Dilemmas*, Amsterdam, John Benjamins, 2008, p. 147-163.

ANGELELLI, Claudia V., "Challenges in interpreters' coordination of the construction of pain", dans Claudio Baraldi & Laura Gavioli (eds.), *Coordinating participation in dialogue interpreting*, Amsterdam & Philadelphia, John Benjamins, 2012, p. 251–268.

ARUMÍ RIBAS, Marta, "The fuzzy boundary between the roles of interpreter and mediator in the public services in Catalonia: Analysis of interviews and interpreter-mediated interactions in the health and educational context". *Across Languages and Cultures*, vol. 18, n° 2, 2017, p. 195-218. https://doi.org/10.1556/084.2017.18.2.2

ARUMÍ RIBAS, Marta, VARGAS-URPI Mireia, "Strategies in public service interpreting", *Interpreting*, vol. 19, n° 1, 2017, p. 118-141.

BARALDI, Claudio, GAVIOLI, Laura. *La mediazione linguistico-culturale nei servizi sanitari: Interazione ed efficacia comunicativa*. Milano: FrancoAngeli, 2019.

BARALDI, Claudio, GAVIOLI, Laura, "On professional and non-professional interpreting in healthcare services: the case of intercultural mediators", *European Journal of Applied Linguistics*. vol. 4, n°. 1, 2016, p. 33-55. https://doi.org/10.1515/eujal-2015-0026

BENDAZZOLI, Claudio, "Corpus-based interpreting studies: Past, present and future developments of a (wired) cottage industry", dans Mariachiara RUSSO, Claudio BENDAZZOLI & Bart DEFRANCQ (eds.), *Making way in corpus-based interpreting studies*, Singapore, Springer, 2018, p. 1-19.

BRADFORD, Terry J., "Generating and using scripted role-plays in the teaching of

interpreting and language", *The Language Scholar Journal*. Vol. 2, 2017. https://languagescholar.leeds.ac.uk/journal/issue-2/

COX, Antoon, LÁZARO GUTIÉRREZ, Raquel, "Interpreting in the emergency department: How context matters for practice", dans Federici, Federico M. (ed.), *Mediating Emergencies and Conflicts: Frontline translating and Interpreting*. London: Palgrave Macmillan, 2016, p. 35-58.

DAL FOVO, Eugenia, "The use of dialogue interpreting corpora in healthcare interpreter training: taking stock", *The interpreters' newsletter*. Vol. 23, 2018, p. 83-113. doi: 10.13137/2421-714X/22400

DAVITTI, Elena, "Dialogue interpreting as intercultural mediation. Interpreters' use of upgrading moves in parent-teachers meetings", *Interpreting*. Vol. 15, n° 2, 2013, p. 168-199.

DAVITTI, Elena, PASQUANDREA, Sergio, "Integrating authentic data in dialogue interpreting education. A teaching unit proposal", *InTRAlinea Special Issue: Translation and Interpreting for Language Learners (TAIL)*, 2018. https://www.intralinea.org/specials/article/2311

DELGADO LUCHNER, Carmen, KHERBICHE, Leïla, "Without fear or favour? The positionality of ICRC and UNHCR interpreters in the humanitarian field", *Target*. Vol. 30, n° 3, 2018, p. 415-438.

FEDERICI, Federico M., "Translating health risks: Language as a social determinant of health", dans FEDERICI, Federico M. (ed.), *Language as a social determinant of health: Translating and interpreting the COVID-19 pandemic*, London, Palgrave Macmillan, 2022, p. 1-35.

FILLIEULE, Olivier, « Carrière militante », dans Olivier FILLIEULE, Lilian MATHIEU, Lilian & Cécile PÉCHU (dir.), *Dictionnaire des mouvements sociaux*, Paris, SciencesPo-Les Presses, 2020, p. 95-101.

GATTIGLIA, Nora, « La formation universitaire en interprétation à distance en milieu médical : Un terrain propice à l'autoréflexivité », dans Nora GATTIGLIA & Mara MORELLI, *Comunicazione multilinguistica in ambito sanitario. Curare e riflettere tra lingue, culture e mediazioni*, Genova, GUP, 2022, p. 71-92.

GATTIGLIA, Nora, MORELLI, Mara, *Comunicazione multilinguistica in ambito sanitario. Curare e riflettere tra lingue, culture e mediazioni*, Genova, GUP, 2022.

Groupe ICOR, « Grands corpus et linguistique outillée pour l'étude du français en interaction (plateforme CLAPI et corpus CIEL) », *Pratiques*. Vol. 147, n°148, 2010, p. 17-34.

KALINA, Sylvia, "Ethical challenges in different interpreting settings", *MonTI*, vol. 2, p.

63.86.

KARLINER, Leah S., “Three critical steps to enhance delivery of language services in health care”, dans JACOBS, Elizabeth A., DIAMOND, Lisa. *Providing health care in the context of language barriers: International perspectives*, Bristol, Multilingual Matters, 2017, p. 20-34.

KATAN, David, “La mediazione linguistica interculturale: Il mediatore culturale e le sue competenze”, *Lingue Linguaggi*, vol. 16, 2015, p. 365-391.

KATAN, David, TAIBI, Mustapha, *Translating cultures: An Introduction for Translators, Interpreters and Mediators*, London & New York, Routledge, 1999 [2021].

KERBRAT-ORECCHIONI, Catherine, *Les interactions verbales*, Paris, Armand Colin, t. III, 1994.

KRYSTALLIDOU, Demi, TEMIZÖZ, Ozlem, WANG, Fang, DE LOOPER, Melanie, DI MARIA, Emilio, GATTIGLIA, Nora, GIANI, Stefano, HIEKE, Graham, MORGANTI, Wanda, PACE, Cecilia S., SCHOUTEN, Barbara, & BRAUN, Sabine, “Communication in refugee and migrant mental healthcare: A systematic rapid review on the needs, barriers and strategies of seekers and providers of mental health services”, *Health policy,* 139, 104949, 2024. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104949

KRYSTALLIDOU, Demi, VAN DE WALLE, Celine, DEVEUGELE, Myriam, DOUGALI, Evangelia, MERTENS, Fien, TRUWANT, Amélie, VAN PRAET, Ellen, PYPE, Peter, “Training ‘doctor-minded’ interpreters and ‘interpreter-minded’ doctors: The benefits of collaborative practice in interpreter training”, *Interpreting*, 1, 2018, p. 126-144.

LÁZARO GUTIÉRREZ, Raquel, VALERO GARCÉS, Carmen, PENA DIAZ, Carmen, ALCALDE PEÑALVER, Elena, ÁLVARO ARANDA, Cristina, SCHOUTEN, Barbara, DE LOOPER, Melanie, MANKAUSKIENÄ, Dalia, BIERNACKA, Agnieszka, Kalata-ZawÅocka, Aleksandra, COX, Antoon, HOLLEBEKE, Ily, KERREMANS, Koen, HODÁKOVÁ, SoÅa, GATTIGLIA, Nora, Morelli, Mara, UKUŠOVÁ, Jana, BUYSSE, L., TEMIZÖZ, Ozlem, WANG, Fang, MÖSKO, Mike, HANFT-ROBERT, Saskia., “MentalHealth4All: Cartografía y evaluación de los recursos multilingües existentes en salud mental”, *Onomazein*, vol. 13, 2022, p. 84-101.

LEBANO, Adele, HAMED, Sarah, BRADBY, Hannah, GIL-SALMERÓN, Alejandro, DURÁ-FERRANDIS, Estrella, GARCÉS FERRER, Jorge, AZZEDINE, Fabienne, RIZA, Elena, KARNAKI, Pania, ZOTA, Dina, et LINOS, Athena, “Migrants’ and refugees’ health status and healthcare in Europe: A scoping literature review”, *BMC Public Health*, vol. 20, n° 1, 2020. https://doi.org/10.1186/s12889 020-08749-8

MANTOVANI, Giuseppe, *Intercultura. È possibile evitare le guerre culturali?*, Bologna, il Mulino, 2004.

MARMOT, Michael, «Social determinants of health inequalities». *Lancet Mar*, vol. 19-25, n° 365(9464), 2005, p. 1099-104.

MISHLER, Elliott George, *The discourse of medicine: The dialectics of medical interviews*, Norwood, N.J.: Ablex, 1984.

MORELLI, Mara, “Interpreting and mediation: Raising awareness by training”, dans Letizia, CIRILLO & Natacha NIEMANTS (eds.). *Teaching dialogue interpreting. Research-based proposals for higher education*, Amsterdam, John Benjamins, 2017, p. 83-100.

NIEMANTS, Natacha., *L’interprétation de dialogue en milieu médical. Du jeu de rôle à l’exercice d’une responsabilité*, Roma, Aracne, 2015.

NIEMANTS, Natacha, « L’utilisation de corpus d’entretiens cliniques (français / italien) dans la didactique de l’interprétation en milieu médical », dans Cécile Marie DESOUTTER, Dorothee HELLER & Michele SALA (dir.), *Corpora in specialized communication: Korpora in der Fachkommunikation: Les corpus dans la communication spécialisée*, Bergamo, CELSB, 2013, p. 209-235.

NIEMANTS, Natacha, BERNARDI, Eleonora, «Interpretare per i servizi socio-sanitari», dans RUSSO, Mariachiara (a cura di), *Interpretare da e verso l’italiano. Didattica e innovazione per la formazione dell’interprete*, Bologna, Bononia University Press, 2022, p. 395-414.

NIEMANTS, Natacha, CIRILLO, Letizia, “Dialogue interpreting: Research, education and professional practice”, dans Letizia, CIRILLO & Natacha NIEMANTS (eds.), *Teaching dialogue interpreting. Research-based proposals for higher education*, Amsterdam, John Benjamins, 2017, p. 1-25.

NIEMANTS, Natacha, STOKOE, Elizabeth, “Using the Conversation Analytic Role-Play Method in healthcare interpreter education”, dans Letizia, CIRILLO & Natacha NIEMANTS (eds.), *Teaching dialogue interpreting. Research-based proposals for higher education*, Amsterdam, John Benjamins, 2017, p. 294-321.

ORLETTI, Franca, *La conversazione diseguale. Potere e interazione*, Roma, Carocci, 2000.

PENN, Claire, WATERMEYER, Jennifer, “Cultural brokerage and overcoming communication barriers: A case study for aphasia”, dans Claudio BARALDI & Laura GAVIOLI (eds.), *Coordinating participation in dialogue interpreting*, Amsterdam & Philadelphia, John Benjamins, 2012, p. 269-296.

PÖCHHACKER, Franz, “Interpreting as mediation”, dans Carmen Valero-Garces & Anne MARTIN, (eds.), *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and dilemmas*, Amsterdam & Philadelphia, John Benjamins, 2008, p. 9-26.

POGGESCHI, Giovanni, “La mediazione linguistica e culturale come strumento esemplare per la vigenza dei diritti linguistici di prima specie”, *Lingue e Linguaggi*, 16, 2015, p. 435-443.

RAGA GIMENO, Francisco, SALES SALVADOR, Dora, SÁNCHEZ PÉREZ, Marta, “Interlinguistic and intercultural mediation in psychological care interviews with asylum seekers and refugees: Handling emotions in the narration of traumatic experience”, *Cultus. The Journal of Intercultural Mediation and Communication*, vol. 13, 2020, p. 94-122.

ROBINSON, Jeffrey David, “Getting down to business: Talk, gaze, and body orientation during openings of doctor-patient consultations”, *Human Communication Research*, n° 25, 1998, p. 97-123.

SCHÖN, Donald A, *The reflective practitioner: How professionals think in action*, New York, Basic Books, 1983.

SPIRO Rand J., FELTOVICH Paul J., JACOBSON Michael J., COULSON Richard L., “Cognitive flexibility, constructivism, and hypertext: Random access instruction for advanced knowledge acquisition in ill-structured domains”, dans T. M. DUFFY & D. H. JONASSEN (eds.), *Constructivism and the technology of instruction: A conversation*, Hillsdale, NJ & London, Lawrence Erlbaum Associates, 1992, p. 57-75.

SQUIRES, Allison, “The drivers of demand for language services in health care”, dans Elizabeth A. JACOBS, & Lisa DIAMOND (eds.), *Providing health care in the context of language barriers: International perspectives*, Bristol, Multilingual Matters, 2017, p. 1-19.

TONIOLI, Valeria, “Una figura da ri-definire. Il mediatore linguistico e culturale”, in Carlos A. MELERO RODRÍGUEZ (ed.) *Le lingue in Italia, le lingue in Europa: dove siamo, dove andiamo*. Venezia: Edizioni Ca’ Foscari - Digital Publishing, 2016, p. 165-175.

TRAVERSO, Véronique, « Interculturel », dans Dominique MAINGUENEAU & Patrick CHARAUDEAU, *Dictionnaire d’analyse du discours*, Paris, Seuil, 2002, p. 322-324.

VECCHIATO, Sara, GEROLIMICH, Sonia Vanna, « La langue médicale est-elle ‘trop complexe’ ? », *Nouvelles perspectives en sciences sociales*, vol. 9, n° 1, p. 81-122.

WADENSJÖ, Cecilia, *Interpreting as Interaction*, London & New York, Longman, 1998.

WOLL Anne, QUICK Karin K., MAZZEI Cristiano, Selameab Tehout, MILLER Jane L., “Working with Interpreters as a Team in Health Care (WITH Care) curriculum tool kit for oral health professions”, MedEdPORTAL: The journal of teaching and learning resources, 16, 2020, 10894. doi: 10.15766/mep_2374-8265.10894

---

1 Des enquêtes de terrain, bien que limitées à la région italienne de la Ligurie, ont montré une tendance, de la part des professionnels hospitaliers, à demander des listes de ce type, à la recherche de corrélations exactes entre comportement communicatif et appartenance ethnique, religieuse ou nationale du patient (Gattiglia et Morelli, 2022).

2 La dénomination « interprétation humanitaire » utilisée dans le tableau est assez récente. Bien que les dénominations des types d'interprétation de dialogue se basent sur l'environnement communicatif, la dénomination « interprétation humanitaire » met l'accent de manière explicite sur le statut de l'usager non-institutionnel et sur le parcours spécifique de celui-ci dans les institutions du pays d'accueil (Delgado Luchner et Kherbiche, 2018 ; Radicioni, 2019).

3 Sur le site du projet ReACTMe, on trouve la présentation d'un cours interprofessionnel et des lignes guides en français pour l'enseignement de l'interprétation en milieu de santé, mais pour le moment aucune ressource pédagogique n'est disponible en français sur le site.

4 Un exemple de ce type de matériaux est le site https://santebd.org/les-fiches-santebd# (consulté le 06 mars 2025).

5 Une exception à cet effet est le corpus ICOR (2010), qui se compose d'enregistrements audio. Le son est pourtant très faible et les transcriptions ne sont pas toujours disponibles.

6 https://forum.doctissimo.fr/sante/hypertension-problemes-cardiaques/temoignages-infarctus-sujet_157558_1.htm#t344751 (consulté le 31 août 2024). Le texte du billet est rapporté sans modifications.

7 https://shows.acast.com/au-coeur-du-planning (consulté le 31 août 2024). Les conversations sont rapportées sans modifications.