

FAIRE BINÔME. COOPÉRATION ET RAPPORTS DE POUVOIR ENTRE PROFESSIONNELS SOURDS ET ENTENDANTS

Mélanie HENAULT-TESSIER
Sociologue, chargée d'études
SCOP Interpretis



Fondation Malakoff Humanis Handicap



RÉSUMÉ

Cet article pose la question de la coprésence interactionnelle dans un contexte où la communication est le travail et où elle a comme particularités : 1) d'inclure deux professionnels constituant *a priori* les deux parties d'un même dispositif de médiation sociolinguistique et culturelle ; 2) de concerner un professionnel sourd et un professionnel entendant. En s'appuyant sur l'analyse de consultations médicales avec des patients sourds au cours desquelles interviennent un binôme composé d'un intermédiaire sourd et d'un interprète français/LSF, l'article explore – en se centrant sur le point de vue des interprètes – la distribution de leurs rôles et de leurs responsabilités en situation. Il montre que le maintien de cette distribution est le fruit d'un travail collectif mais qu'elle entraîne une reconfiguration relationnelle qui négocie la place jusqu'alors occupée par les interprètes. Des données issues d'entretiens avec des interprètes permettent finalement de montrer que ce processus de repositionnement introduit de manière explicite la problématique des rapports de pouvoir entre sourds et entendants au sein des pratiques interprétatives, ce qui participe aussi de la transformation des pratiques professionnelles des interprètes français/LSF.

Mots-clés :

coopération interprofessionnelle, interactions, médiation linguistique et culturelle, accès aux soins, relations sourd-entendant, rapports de pouvoir.

CONVENTIONS DE TRANSCRIPTION UTILISEES

Les conventions simplifiées utilisées dans cet article sont inspirées de la convention pour la notation des phénomènes verbaux et vocaux¹ ICOR que nous avons complétée avec des éléments de la convention de transcription multimodale proposée par Lorenza Mondada².

Échanges vocaux	En gras.
Échanges en LSF	En gras et en italique.
Gestes et descriptions d'actions	Ils sont délimités entre deux symboles identiques (un symbole par participant) et sont synchronisés avec des séquences de conversation correspondantes.
Soignant ou personnel de l'hôpital Intermédiaireur Interprète Patient, patiente	× # * +
Chevauchements	Insertion de crochets « [» et «] », encadrant le chevauchement dans chaque tour.
Pauses	Les silences sont chronométrés au 10e de seconde et notés entre parenthèses.
Baisse du volume de la voix	Les segments où le volume de la voix est plus bas (chuchoté ou murmuré) sont notés entre ° °
L'action est maintenue au cours des prochains tours de parole	Le symbole du participant est suivi d'une flèche x--->
L'action maintenue se termine	Le symbole du participant est précédé d'une flèche --->x
Tour qui s'étend sur plusieurs lignes et qu'une ligne d'un autre locuteur s'insère	Le symbole « & » est inséré à la fin de la dernière ligne et au début de la reprise de tour.

¹ <http://icar.cnrs.fr/corinte/conventions-de-transcription/>

² https://franzoesistik.philhist.unibas.ch/fileadmin/user_upload/franzoesistik/mondada_multimodal_conventions.pdf

INTRODUCTION

Depuis les premières consultations expérimentales menées à l'hôpital de La Pitié-Salpêtrière à Paris à partir du milieu des années 90 (Dagron, 2008), les interprètes français/Langue des Signes Française (LSF) interviennent régulièrement dans le parcours de soins des patients sourds locuteurs de langue des signes. Professionnels diplômés, leur rôle formel est d'assurer la traduction simultanée des propos de chacun des interlocuteurs en s'orientant vers une restitution fidèle, au plus près de l'intention du locuteur³. Comme pour les interprètes en langue vocale, le recours à des professionnels a pour objectif de « garantir d'une part, aux patients/usagers les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical » (Haute Autorité de Santé, 2017, p. 13).

Dans certaines situations, l'interprétation ne réussit cependant pas à garantir l'égal accès aux soins des patients sourds, c'est le cas des sourds étrangers ou des sourds âgés qui n'ont pas une bonne maîtrise de la LSF. Cela concerne également d'autres patients et d'autres contextes où les asymétries présentes dans la relation de soins nuisent à l'intelligibilité de l'échange. Afin de compenser ces asymétries, les interprètes français/LSF adaptent leurs pratiques linguistiques malgré un cadre formel qui prescrit la fidélité au sens du message et la neutralité de leur interprétation. Ces notions sont des points d'entrée plus que des résultats puisqu'il est désormais entendu que les interprètes participent de manière implicite à l'organisation de l'interaction (Wadensjö, 1998) et que « l'interprétation se joue dans une zone d'acceptabilité dont le curseur est amené à se déplacer » au gré des enjeux rencontrés en situation (Pointurier, 2014, p. 145). Parce qu'il est implicite, ce travail d'adaptation peut néanmoins être problématique. En premier lieu, il ne permet pas au soignant de comprendre les besoins spécifiques de son patient et de s'y adapter. Il mène ensuite à la production d'un discours au sein duquel sont assemblés des savoirs, des subjectivités et des logiques d'action différentes sans que le patient ne soit toujours en mesure d'identifier qui dit quoi et comment. L'intrication de deux processus interactionnels, la consultation et son adaptation,

³ La fidélité au sens du message, le secret professionnel et la neutralité sont inscrits au code d'éthique de l'Association française des interprètes et traducteurs en Langue des Signes (AFILS). En ligne <http://afils.fr/code-ethique/>

tend ainsi à fondre les rôles professionnels, ce qui réduit l'autonomie du patient qui n'a plus accès à toutes les informations lui permettant de juger de la qualité de l'échange et d'agir sur sa réorganisation.

Les adaptations sociolinguistiques et culturelles nécessaires à un égal accès aux soins sont donc aujourd'hui assurées par des professionnels sourds - les *intermédiaires* – dont la responsabilité est d'agir sur « la relation entre une personne et un système » afin de rendre possible leur intercompréhension (Dagron, 2008, p.163). Ils représentent une figure familière au sein d'une institution mal maîtrisée et leur présence rassure « les patients sur le fait qu'ils pourront communiquer et s'exprimer à partir de "là où ils en sont" sur le plan linguistique » (Dodier, 2013, p.168). Ils travaillent en binôme avec un interprète mais disposent de différents droits interactionnels, notamment la réorganisation des tours de paroles, la reformulation ou l'explicitation des contenus et le recours à des ressources variées telles que le dessin, les images ou le calendrier pour construire l'intelligibilité de l'échange. Formant un binôme, l'intermédiaire et l'interprète doivent maintenir leur coopération au cours de l'interaction, ce qui suppose qu'ils soient « au diapason sur la place de chacun » comme le souligne un interprète. Dans un contexte où le binôme est constitué de professionnels « sujets à différentes obligations et contraintes qui leur donnent des possibilités très différentes d'intervenir » (Licoppe & Verdier, 2015, p. 34) mais dont les pratiques et compétences comportent de fortes similitudes, cet article interroge – en maintenant la focale sur les interprètes – les manières de faire binôme lorsque celui-ci est composé d'un professionnel sourd et d'un professionnel entendant.

L'article s'ouvre sur une description de l'étude sur laquelle il s'appuie. Grâce à l'analyse conversationnelle d'un corpus de vidéos de consultations médicales et sociales avec des patients sourds mis en dialogue avec des données d'entretiens réalisés avec des interprètes français/LSF, nous détaillons ensuite en quoi la distribution des rôles et des responsabilités au sein du binôme est à la fois mise en scène et maintenue en situation tout en étant sensible aux contingences. Nous montrons finalement que les rapports historiquement inégalitaires entre sourds et entendants sont en jeu dans cette (re)distribution et que leur prise en compte par les interprètes fait qu'ils constituent un « cadre » orientant leur participation dans l'interaction (Goffman, 1987).

1. FAIRE BINÔME : UNE ENQUÊTE SUR LA COPRESENCE INTERACTIONNELLE

Cet article pose la question de la coprésence interactionnelle dans un contexte où la communication est le travail et où cette coprésence a comme particularités : 1) d'inclure deux professionnels constituant *a priori* les deux parties d'un même dispositif de médiation sociolinguistique et culturelle ; 2) de concerner un professionnel sourd et un professionnel entendant.

Si ces deux professionnels partagent la responsabilité de la bonne marche du dispositif ainsi que l'objectif de lever les verrous communicationnels entre les participants afin de permettre les échanges, ce dispositif repose sur un principe de séparation du travail interprétatif et du travail de médiation sociolinguistique et culturelle ordinairement enchevêtrés dans le processus interprétatif. À partir du travail pionnier de Wadensjö (1998), plusieurs recherches sur la traduction des langues vocales ont en effet mis en évidence le rôle de l'interprète qui n'est ni neutre, ni invisible et qu'il participe au contraire à la coordination de l'interaction (Licoppe & Verdier, 2021 ; Niemants, Baraldi & Gavioli, 2015). L'analyse des processus interprétatifs lors des consultations en psychiatrie (Demailly, 2020) ou lors de rendez-vous administratifs avec des demandeurs d'asile (Chernyshova & Ticca, 2020 ; Piccoli, 2019) a par ailleurs montré que les interprètes tiennent compte des spécificités socioculturelles des participants et y adaptent leur traduction (Baraldi & Gavioli, 2012). C'est aussi le cas des interprètes français/LSF qui, devant les enjeux de santé ou les enjeux éthiques que peuvent soulever les interactions de soins, adaptent leur production afin de lui donner une forme cohérente et intelligible pour le patient sourd. Cette adaptation peut être fine et étroitement liée au processus de traduction « le plus souvent, je le fais mais cela va être succinct, je vais faire une périphrase » (Entretien ILS5) ou être le résultat d'un processus de tri, d'explicitation et de reformulation beaucoup plus élaboré :

Tu vas plus lentement, tu fais en sorte de mettre bien en exergue certains termes, tu évites la dactylogologie. En fonction de la personne, tu passes par le mime, tu demandes à ce que cela soit dessiné. Des fois, tu fais tout ça. Je ne sais pas si je peux dire simplifier, en tout cas épurer certaines choses du discours. Dans les phrases où il y a un gros *blabla* et une information importante, tu fais en sorte de mettre en évidence l'information importante. (Entretien ILS1)

En présence d'un intermédiaire sourd, ce travail de médiation sociolinguistique est pris en charge par ce dernier. Sachant qu'une situation de communication ne peut jamais être résumée « à la simple exécution d'un scénario ou d'un protocole » (Grosjean, 2008, p. 104), les frontières interprofessionnelles, le chevauchement de leurs compétences respectives ainsi que les protocoles formels et informels de leur coopération sont interrogés par les interprètes français/LSF travaillant en binôme avec les intermédiaires sourds. La recherche dont est issu cet article a ainsi été amorcée dans l'objectif d'apporter des éléments de réponse à ces questions. Sa visée pratique est donc indéniable. Elle a par ailleurs pour particularité d'avoir été menée hors les murs, c'est-à-dire hors du cadre académique, au sein du pôle recherche de la SCOP Interpretis⁴ en collaboration avec l'Unité d'Accueil et de Soins pour les Sourds (UASS) du CHU de Toulouse⁵. Elle a bénéficié du soutien de la Fondation Malakoff Humanis Handicap. Il est important de souligner que l'inscription de la recherche au sein d'un service d'interprétation a non seulement orienté le choix de problématique mais également infléchi la perspective adoptée faisant des interprètes le point d'entrée dans une analyse qui met l'accent sur leurs pratiques et leurs préoccupations.

1.1. Méthodologie d'enquête

Notre intérêt pour la *parole-en-interaction* (Mondada, 2008), la distribution située des rôles et des responsabilités dans les environnements de travail et les mécanismes de coopération et de coordination (Heath & Luff, 1994 ; Heath, Svensson, Hindmarsh, Luff, & Lehn, 2002 ; Suchman, 1997) a orienté notre choix méthodologique vers une analyse interactionnelle d'inspiration ethnométhodologique. Nous avons constitué un corpus de quinze vidéos de consultations médicales ou sociales avec des patients sourds. Nous avons accompagné le binôme jusqu'à la salle de consultation, posé et démarré la caméra mais, pour ne pas gêner les examens par une présence supplémentaire dans une salle déjà fortement occupée, nous n'avons pas observé les échanges. La majorité des vidéos concerne des consultations en présence d'un médecin ou d'un soignant non signant, d'un intermédiaire sourd et d'un interprète français/LSF. Deux autres configurations ont été captées : une consultation sans interprète entre un médecin

⁴ <https://www.interpretis.fr/>

⁵ <https://www.chu-toulouse.fr/-l-unite-d-accueil-et-de-soins-pour-sourds-uass->

signant, un patient et un intermédiaire sourd ; et une consultation entre une assistante sociale, un patient et un interprète français/LSF sans intermédiaireur.

Ce corpus est relativement restreint dans le nombre de vidéos mais les consultations étant souvent longues, il représente près de 9 heures d'enregistrement⁶. Les interprètes ont été brièvement interrogés à la suite de chacune des captations afin de recueillir leur avis spontané et de manière non guidée sur le déroulement de l'échange. Les vidéos ont ensuite été annotées à l'aide du logiciel ELAN⁷ puis analysées en gardant à l'esprit la notion de « protocole » issue des *Workplace Studies* (Joseph, 1994 ; Heath & Joseph, 1995). Cette notion permet d'aller au-delà de l'impression chaotique que laissent les interactions professionnelles en insistant sur le fait que les pratiques de coopération et de coordination reposent sur un ensemble d'habitudes partagées et rituelles qui assurent l'orientation commune des participants et la cohérence du travail collectif. Les échanges avec les interprètes ont rapidement révélé que les protocoles mis en place étaient partagés de manière implicite et qu'ils n'avaient jamais été débattus avec les intermédiaires, notamment au prisme des rapports de pouvoir et des inégalités entre professionnels sourds et entendants en jeu dans ces protocoles. La présence récurrente d'un questionnement relatif aux rapports historiquement inégalitaires entre sourds et entendants dans le discours des interprètes nous a amenés à réaliser six entretiens avec des interprètes français/LSF⁸ afin d'explorer en quoi leur prise en compte de ces enjeux sociaux participait de la construction de règles interactionnelles guidant leur participation au cours des consultations avec un intermédiaireur sourd. Le recours à deux méthodes d'enquête et d'analyse a ainsi permis de développer une analyse interactionnelle sur la manière de *faire* binôme tout en explorant les enjeux sociaux spécifiques aux relations professionnelles entre sourds et entendants et la façon dont ils agissent sur les protocoles de coopération et de coordination.

⁶ L'autorisation de filmer a été demandée aux patients sourds en amont de chaque consultation grâce à l'envoi d'une vidéo-LSF. Cette demande a ensuite été systématiquement réitérée en langue des signes et en présentiel en précisant que les patients pouvaient à tout moment demander l'arrêt de l'enregistrement et/ou la suppression de la vidéo. L'autorisation a également été demandée à tout le personnel soignant concerné par ces consultations.

⁷ Logiciel ELAN, Max Planck Institute for Psycholinguistics, The Language Archive, Nijmegen, The Netherlands. En ligne <https://archive.mpi.nl/tla/elan>

⁸ La durée moyenne des entretiens est de 1 h 30.

2. LA DISTRIBUTION DES RÔLES ET RESPONSABILITÉS EN SITUATION

La relation de soins est une relation fortement asymétrique où s'actualise une *asymétrie relationnelle* qui s'explique par le fait qu'elle se noue entre un « expert » et un « profane » (Heath, 1993). Elle va souvent de pair avec une *asymétrie interactionnelle* qui prend sa source dans l'inégale distribution des droits et des obligations entre les participants (Velkovska & Zouinar, 2007). Or, « Savoir comment gérer le soi dans un *setting* donné et connaître les procédures et habitudes institutionnelles, ainsi que les asymétries relationnelles entre experts de la santé et patients » n'est pas chose facile (Roberts *In* Weber, 2017, p.12) ; notamment pour les patients sourds. En l'absence d'une langue commune, nombre d'entre eux n'ont jamais été en prise directe avec les échanges qui les concernent et n'ont conséquemment eu accès qu'à une information transformée, adaptée et simplifiée par un tiers souvent issu du cercle familial. Dans ce contexte, les règles interactionnelles propres à la consultation médicale sont souvent mal maîtrisées et, indépendamment de la présence d'un interprète, une prise de parole par soi-même peut être inconcevable (Mongourdin & Blanchard, 2008). Dans d'autres cas, elle est maladroite et ne respecte pas les règles opérantes en situation, ce qui peut nuire à l'image que se fait le soignant du patient. À ces deux asymétries s'ajoute l'*asymétrie informationnelle*. Les consultations médicales peuvent en effet demeurer tout à fait opaques pour des patients privés des informations sonores qui circulent dans les médias et dans les interactions ordinaires et qui, par ailleurs, rencontrent souvent des difficultés avec l'écrit⁹. Les professionnels de la santé étant encore peu sensibilisés à ces spécificités, ils tiennent pour acquis un bagage de connaissances partagées et n'adaptent pas leurs pratiques interactionnelles aux besoins informationnels de leurs patients sourds.

La présence du binôme intermédiaireur/interprète a pour but de rééquilibrer ces asymétries grâce à une médiation sociolinguistique et culturelle permise par la réorganisation interactionnelle des consultations. Le binôme reconfigure en effet de manière visible l'organisation formelle de ces rencontres institutionnelles, ce qui

⁹ Les difficultés que rencontrent les sourds dans leur rapport à l'écrit peuvent pour partie être expliquées par le parcours éducatif, tant familial que scolaire, des enfants sourds. La maîtrise de l'écrit se développe en effet à travers la langue puisque « les capacités à comprendre les particularités énonciatives de l'écrit, à s'approprier les idées véhiculées par un texte et à travailler sur ce texte sont directement corrélées à la maîtrise d'une première langue orale » quelle que soit cette langue (Perini, 2013, p. 31). Or, les méthodes d'éducation ont longtemps subordonné l'apprentissage de l'écrit à l'apprentissage de la langue française orale. Ce dernier constitue bien souvent pour les personnes sourdes un long et laborieux processus qui place certaines d'entre elles en situation d'échec, ce qui fragilise leur apprentissage de l'écrit (B. Garcia, 2010; B. Garcia & Perini, 2010; Leroy, 2010; Perini, 2013).

ouvre le champ des possibles et permet d'autres prises de parole. Cette réorganisation passe notamment par la rupture de la connivence qui s'installe parfois entre l'interprète et le soignant qui ont des repères communicationnels communs : « On fait un bloc. Du coup, je sens beaucoup plus de pincettes, plus de retenue. Il y a moins de recherche de lien avec l'interprète du fait qu'il est déjà acoquiné avec quelqu'un » (Entretien ILS3). Cette rupture laisse place à d'autres connivences interactionnelles comme celles qui peuvent être créées entre l'intermédiaire et le patient ; entre l'intermédiaire et le soignant ou encore entre le soignant et le patient. Nous verrons dans la suite de cet article que la séparation du travail interprétatif et du travail de médiation sociolinguistique est nécessaire à la multiplication de ces connivences et que, par extension, elle soutient le travail de l'intermédiaire. Sachant que toute interaction s'ajuste aux circonstances, traite les contingences, mobilise et s'adapte aux ressources disponibles (Grosjean, 2008), il convient néanmoins d'interroger comment les participants font émerger cette séparation, la rendent visible et la maintiennent au cours de l'interaction.

2.1. Les présentations : prendre ou ne pas prendre le lead ?

Le premier temps fort de la distribution des rôles et des responsabilités entre l'intermédiaire sourd et l'interprète est le temps qui précède les consultations. Lors de son arrivée dans un service hospitalier, le binôme doit se présenter à l'accueil pour rappeler sa présence et sa participation à la consultation. Cette présentation est la plupart du temps réitérée lorsque le soignant n'est pas familier avec ce dispositif d'accès aux soins. Pour toutes les consultations filmées, l'intermédiaire a lui-même signalé sa présence et pris en charge la présentation du binôme. S'adressant directement en LSF au personnel hospitalier, il place d'entrée de jeu l'interprète dans son rôle de passeur linguistique qui n'intervient pas ou peu en son nom. Pour reprendre la perspective *goffmanienne* sur la mise en scène interactionnelle, ce premier acte communicationnel distribue les rôles entre les actants. Plus encore, il rend perceptible par autrui le « cadre » de participation, c'est-à-dire les principes d'organisation qui guident la situation et les engagements subjectifs des participants (Goffman, 1974). Il arrive néanmoins que cette prise de parole soit négociée en situation par l'interprète qui, au regard des caractéristiques de la situation, considère qu'il est le mieux placé pour intervenir :

Quand je bosse avec l'intermédiaire, si c'est un endroit qu'il pratique ou que l'on a déjà travaillé régulièrement ensemble, ou s'il maîtrise la situation, tacitement, je lui laisse le *lead*. C'est-à-dire que c'est l'intermédiaire qui rentre le premier et je le suis. C'est l'intermédiaire qui va au comptoir d'accueil et c'est lui qui dit : *Bonjour, nous sommes interprètes*. Moi, je traduis et je dis : *dit madame* ou *dit monsieur*. Alors que les premières fois où on a été en prison, l'intermédiaire ne connaissait pas. J'ai pris le *lead* et j'ai tout fait en bimodal¹⁰. J'ai dit *bonjour, nous sommes deux interprètes. Mon collègue est une personne sourde*. (Entretien ILS3)

Cette citation nous permet d'ores et déjà de remarquer que la distribution des rôles et responsabilités entre les deux professionnels composant le binôme est le résultat de l'interprétation par les participants de principes d'organisation généraux et de leur articulation aux spécificités locales des situations. Il faut également souligner que la distribution des rôles prend place dans la salle d'attente où les interprètes laissent volontairement les intermédiaires discuter avec le patient puisqu'« il y a un sourd et il y a un autre sourd, il n'y a pas besoin que je parle donc je ne rentre pas dans le truc » (Entretien ILS2). Les intermédiaires construisent ainsi un lien de proximité avec le patient qui pourra ensuite être maintenu lors de la consultation et réactualisé au cours des consultations suivantes. Afin de monter en granularité dans l'analyse, nous observons dans les deux prochaines sous-parties comment cette distribution des rôles et des responsabilités s'opère à travers l'organisation séquentielle des consultations et ce qu'elle produit sur les relations entre les participants.

2.2. Transfert du travail de coordination

Le premier extrait que nous mobilisons est issu d'une consultation entre un patient sourd et une assistante sociale lors de laquelle intervient un binôme intermédiaire/interprète. La séquence a lieu au début de la consultation alors que le patient vient d'arriver et qu'il s'étonne qu'elle n'ait pas lieu dans la salle habituelle. Au début de cet échange, tous les participants sont assis et regardent le patient qui, lui, est toujours debout.

¹⁰ L'expression « travailler en bimodal » désigne la stratégie interactionnelle utilisée par les interprètes lorsqu'ils ne sont pas en situation d'interprétation et que l'échange les concerne. Cette stratégie consiste à signer en même temps qu'ils parlent afin que tous les participants à l'échange aient accès au propos. Cette stratégie est utilisée par les entendants qui souhaitent ne pas exclure les sourds de leurs échanges lorsqu'ils s'expriment vocalement et, inversement, ne pas exclure les entendants lorsqu'ils s'expriment en langue des signes.

1. Ass. sociale× Et du coup, moi, je prends + le bureau de la psy les+
[+#jeudi pour faire mes rendez-vous+#]
2. Patient+ +regard > table+
+regard>interp., enlève son manteau+
3. Intermédiateur# #regard>interp.#
4. Interprète (en LSF)* [*Moi, tous les jeudis, je prends le bureau # de la psy##*]
5. Intermédiateur #hochement tête #
regard>patient
6. Patient Regard > chaise, pose son manteau sur le dossier
7. Interprète (en LSF) Fige son signe (3.0)
8. Interprète (voix) °J'ai perdu le regard°
9. Patient Regard>interp.
10. Interprète (en LSF) Pointage >assistante sociale
11. Intermédiateur Regard>interp.
12. Assistante sociale [*Alors, du coup*]
13. Interprète (en LSF) [#*Les jeudi*], [*la psy##*]
14. Intermédiateur #regard>patient>interp.#
[°*Attends qu'il s'asseye*°]
15. Interprète (en LSF) Hochements tête
16. Intermédiateur Regard>patient
S'il te plaît, [assis-toi]
17. Interprète (voix) [*Asseyez-vous, d'abord*]
18. Assistante sociale [*Oui*]
19. Patient [*Oui, pardon*], [+*pardon*+]
+S'assied+
20. Interprète (voix) [*Oui, pardon, pardon*]
21. Intermédiateur Regard>interprète
Appel de la main droite
°*Signe plus*
[**doucement**°]
22. Interprète (en LSF) *Hochement tête*
23. Assistante sociale [*Dites-nous si*]
24. Patient Se penche et fouille dans son sac posé au sol

25. Intermédiaireur	Regard>patient
26. Interprète (voix)	°Ça n'a pas été traduit le bureau le jeudi°
27. Assistante sociale	[°C'est pas grave°]
28. Intermédiaireur	[C'est bon ?]
29. Patient	<i>Est-ce que l'on peut #[baisser un # peu le store ?]#</i>
30. Interprète (en LSF)	[Est-ce que l'on peut baisser un peu le store ?]
31. Intermédiaireur	#Regard>store # #Se lève#

Cet extrait permet de montrer que la séparation des rôles et des responsabilités est notamment actualisée à travers le transfert du travail de coordination implicitement réalisé par l'interprète vers l'intermédiaireur qui le prend en charge de manière visible. Les lignes 14, 16 et 21 montrent en effet une forte prise en main de la coordination des tours de paroles par l'intermédiaireur qui les régule afin de les accorder à la disponibilité visuelle du patient ou pour créer chez lui cette disponibilité. Il adapte l'échange aux pratiques communicationnelles du patient qui reposent entièrement sur un regard partagé au sens propre du terme. Sans ce lien visuel, point de communication en langue des signes, ce qui mettrait en péril l'intelligibilité de l'échange. Le travail de coordination fait de la sorte partie intégrante du travail de médiation sociolinguistique d'autant plus qu'il permet de rendre visibles les besoins, les repères et les pratiques spécifiques des patients sourds auprès d'équipes soignantes maîtrisant souvent mal ces problématiques. Le travail de coordination est également réalisé de manière moins intrusive par l'intermédiaireur grâce à un hochement de tête (ligne 5) que nous avons par ailleurs retrouvé sur l'ensemble des vidéos de notre corpus. Ce hochement de tête marque l'engagement de l'intermédiaireur dans l'interaction et, sans avoir accès à son sens précis, il montre son accord avec la situation, ce qui incite les autres participants à poursuivre l'échange.

L'interprète peut se concentrer sur son travail de traduction puisqu'il est déchargé du travail de coordination. Néanmoins, le sentiment d'avoir perdu le lien visuel avec le patient (lignes 7 et 8) et l'intervention de l'intermédiaireur (ligne 14) l'empêchent d'aller au bout de la traduction de l'explication donnée en début d'extrait par l'assistante sociale (ligne 1). Sous la forme d'aparté, l'interprète partage ces

informations avec l'assistante sociale (lignes 18 et 26), ce qui lui permet d'explicitier ses difficultés et de donner à cette dernière la possibilité d'intervenir dans l'échange. Cet exemple en apparence anodin montre en quoi la circulation d'informations ainsi que la langue dans laquelle elles circulent soutient ou freine la participation de certains interlocuteurs. La coordination implicite de l'interprète n'est donc pas totalement effacée par la présence de l'intermédiaire, ce que confirment également les nombreux cas de figure repérés dans notre corpus.

2.3. Réorientation du processus d'adaptation linguistique

Au cours d'une interaction, les interlocuteurs s'engagent dans une construction progressive de l'intelligibilité en adaptant leur discours aux destinataires et à leurs réactions (Sacks, Schegloff, & Jefferson, 1974). L'intelligibilité d'un échange est ainsi une réalisation collective. Lorsqu'un interprète et un intermédiaire interviennent ensemble, le travail discursif et adaptatif habituellement supporté par chacun des interlocuteurs se trouve distribué au sein du binôme : la responsabilité des interprètes est de produire une traduction fidèle du discours source alors que celle des intermédiaires est de l'adapter aux besoins et aux repères de la personne sourde. Le travail en binôme conduit donc à la spécialisation formelle des activités interactionnelles, ce qui, en fonction de son appropriation et de son incarnation par les participants, réorganise l'ordre interactionnel conventionnel et transforme les pratiques professionnelles des interprètes ainsi que leurs habitudes communicationnelles ordinaires et cristallisées. Un extrait issu d'une consultation de suivi de grossesse lors de laquelle est réalisée une échographie permet d'observer comment cette spécialisation interactionnelle se joue en situation.

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. Soignant× | <p>×C'est juste pour regarder le placenta/×</p> <p>×+dépose du gel échographique+×</p> <p style="text-align: right;">×regard vers son écran×--></p> |
| 2. Patiente+ | <p>+regarde > ventre+</p> |
| 3. Interprète (en LSF)* | <p>*#+C'est pour vérifier* le placenta*+#</p> <p>*inclinaison vers la patiente*</p> <p style="text-align: right;">*regard >intermed.*</p> <p style="text-align: right;">*regard >patiente*</p> |
| 4. Patiente | <p>regard> interp.</p> |
| 5. Intermédiaire # | <p>#regard>interp.#</p> <p>hochement tête</p> <p style="text-align: right;">rotation>patiente</p> |

		<i>+Le placenta, c'est l'enveloppe qui est reliée au bébé [par le cordon]+</i>
6. Patiente		+regard>intemed.-->
7. Interprète (en LSF)		[placenta] hochements tête
8. Patiente		<i>Oui, oui</i>
9. Intermédiauteur		<i>Tu te rappelles, à la naissance, [à la fin, on retire le placenta. Le ventre grossit. Le nom c'est le P-L-A-C-E-N-T-A. Il sert à nourrir le bébé. Le bébé est relié au placenta par le cordon ombilical. Quand tu accouches, on coupe le cordon et ensuite on extrait le placenta pour le vérifier. Son nom est P-L-A-C-E-N-T-A. Son signe, c'est ça, en tout cas moi je le signe comme ça. C'est l'enveloppe qui est reliée au cordon]</i>
10. Interprète (voix)		[Vous savez, quand l'enfant naît, il y a le placenta. Comme votre ventre grossit. En français, c'est le placenta, on signe comme ça, °hein°. Et... C'est +pour nourrir+&
11. Soignant		--> *regard >interméd.*
12. Patiente		+ <i>Oui, oui</i> +
13. Interprète (voix)		&il sert à nourrir Ah ! oui, oui il sert à nourrir le bébé, voilà, vous avez le cordon, etc. Et au moment de la naissance, on le coupe. Et après, à la fin, on expulse le placenta. Et c'est ça qu'on va vérifier. Voilà\ En français, ça se dit placenta, on le signe comme ça en français]
14. Intermédiauteur		<i>Il fait la photo parce que c'est important de le vérifier.</i>
15. Interprète (voix)		<i>C'est important de le vérifier</i>
16. Soignant		regard>patiente *Nickel* *signe de la main « tout va bien »*

Dans cet extrait, l'interprète traduit « placenta » en ayant recours à son signe formel et très peu iconique (ligne 3). Dès l'amorce de son signe, il réoriente brièvement son regard vers l'intermédiaire qui entreprend alors d'explicitier ce qu'est un placenta tout en transmettant le signe qui lui est associé (ligne 5). Cet extrait montre tout d'abord que la détection du besoin d'explicitation peut être une tâche partagée par l'intermédiaire et l'interprète et que le regard joue un rôle clé dans la distribution des tours de parole. Cette coordination par le regard permet également à l'interprète de rendre visible le fait qu'il n'adapte pas son discours à la personne sourde et qu'il le fait sciemment. La mise en visibilité de ce choix interprétatif lui permet par ailleurs de montrer qu'il soutient la bonne marche du

dispositif puisque son choix lexical et son action en direction de l'intermédiaire supportent la prise de parole de ce dernier. Comme dans le premier extrait, l'interprète participe implicitement à l'organisation de l'échange tout en laissant à l'intermédiaire la mise en visibilité de cette réorganisation.

La séparation du travail interprétatif et du travail de médiation sociolinguistique est clairement actualisée au cours de cette séquence interactionnelle. Pour autant, l'interprète abandonne-t-il tout travail d'adaptation linguistique ? Cet exemple montre au contraire que l'interprète adresse et adapte sa traduction à l'intermédiaire puisqu'en privilégiant l'économie linguistique, il trie les destinataires de sa traduction et l'oriente vers la personne ayant les connaissances nécessaires pour en comprendre le sens. Cette réorientation du processus d'adaptation a également été décrite comme telle au cours d'un entretien : « Je ne vais pas m'orienter vers l'intermédiaire en le regardant, en lui faisant mon discours à lui, mais par contre je vais, je vais traduire pour son niveau de compréhension à lui. » (Entretien ILS2) Cet exemple met au jour que, dans le cours de l'interaction, le principe de séparation du travail interprétatif et du travail de médiation sociolinguistique et culturelle est incarné par certains interprètes comme une réorientation du processus d'adaptation interactionnelle vers l'intermédiaire. Cette réorientation engendre une reconfiguration relationnelle puisque les interprètes sont privés de leur relation étroite avec le patient sourd. La réorientation du processus d'adaptation interactionnelle et la reconfiguration des liens génèrent des sentiments ambivalents chez plusieurs interprètes pour qui le travail en binôme est à la fois rassurant puisqu'ils sont libérés de la responsabilité de l'intelligibilité de l'échange tout en ayant l'impression de n'être « utilisé *que* comme un outil » (Entretien ILS2), voire d'être un « semi-interprète » (Entretien ILS5). Il arrive également que le principe de séparation soit contesté par des interprètes qui s'opposent implicitement ou explicitement à ce que leur soit enlevé le travail d'adaptation linguistique qu'ils définissent comme étant intrinsèquement lié aux pratiques interprétatives. Ils y résistent la plupart du temps en conservant leurs pratiques habituelles : « Donc pour moi, c'est presque du pilotage automatique et je n'arrive pas à me dire, bon, je fais juste un truc en signes standards, sans rien adapter parce qu'il y a l'intermédiaire avec moi. Ça je n'y arrive pas du tout. » (Entretien ILS5)

3. RAPPORTS DE POUVOIR COMME ARRIÈRE-PLAN INTERACTIONNEL

Adoptant le point de vue de Winkin sur le fait « que le sens n'est pas chez l'acteur mais dans la relation entre acteurs » (1996, p.172), il est intéressant d'interroger ce que cette reconfiguration relationnelle produit comme sens et ce qu'elle *fait* aux interprètes. Le cas d'une consultation pour une ponction lombaire lors de laquelle la distribution des rôles et des responsabilités a été poussée à l'extrême est mobilisé pour analyser la nature et le sens des liens entre les acteurs en présence.

Sur une capture-écran issue de la vidéo de cette consultation (Figure 1), nous observons le positionnement de l'intermédiaire qui s'est accroupie afin de pouvoir maintenir le lien visuel avec la patiente qui est allongée en position latérale. Cette proximité lui permet de préserver leur lien visuel et donc de



Figure 1- capture-écran d'une consultation pour une ponction lombaire.

maintenir la communication. Le médecin est debout face à l'intermédiaire, ce qui rend possibles les échanges de regards avec cette dernière mais coupe son lien avec la patiente. L'interprète s'est quant à elle positionnée de manière à être visible pour l'intermédiaire, ce qui l'empêche elle aussi d'interagir avec la patiente. Nous pouvons remarquer que l'intermédiaire et le médecin sont orientés vers la patiente, ce qui crée une ligne de force centrée sur le soin. L'interprète se situe à l'extérieur, en coulisse du soin, à la pointe du triangle dessiné par la position de chacun des participants. La grammaire interactionnelle de cette situation est explicite sur les rôles et responsabilités de chacun : au médecin la technicité de la relation de soins ; à l'intermédiaire la relation de proximité au patient qui permet le bon déroulement des soins ; à l'interprète la médiation linguistique des interactions vocales et signées entre le médecin et l'intermédiaire. En termes de sens, cette configuration remet en question la place centrale qu'occupent les interprètes depuis les années 70.

3.1. Rééquilibrer les asymétries au sein des interactions

Au cours des années 70, les interprètes français/LSF ont participé au mouvement de revendication connu sous le nom de « Mouvement Sourd » (Kerbourc'h, 2012) qui a apporté des améliorations à la participation sociale des sourds¹¹. Dans le sillage du mouvement pour les droits civiques américains¹², les sourds français s'organisent afin de rompre avec une approche centrée sur leurs incapacités au profit d'approches valorisant les ressources personnelles et collectives de leur communauté. Leur action collective s'organise autour de la valorisation de la LSF et de sa reconnaissance comme langue d'enseignement (*loc. cit.*). Les interprètes, dont la reconnaissance professionnelle passe par « une équité de statut entre leurs deux langues de travail, dignes toutes deux d'un même respect : la LSF et le français » (Quipourt, Gache, 2003, p.113), s'engagent auprès des sourds et soutiennent leurs revendications. L'interprétation étant « une application concrète et immédiate de la reconnaissance de la langue des signes en tant que langue », les interprètes gagnent en visibilité et deviennent le visage public de la LSF et du militantisme linguistique des sourds (*loc. cit.*). Le travail en binôme avec un intermédiaire négocie cette place et cette visibilité, ce qui réintroduit de manière explicite la problématique des rapports de pouvoir entre sourds et entendants au sein des pratiques interprétatives. Les consultations médicales, de même que toutes les situations lors desquelles un interprète intervient avec un intermédiaire, deviennent de la sorte une arène de « juridiction » (Abbott, 1988) où se jouent et s'interrelient la reconnaissance de chacun des groupes professionnels auxquels appartiennent les deux parties du binôme ; la reconnaissance du binôme en tant que *dispositif d'accès aux soins* ; et le rééquilibrage de rapports historiquement asymétriques entre les sourds et les entendants¹³.

¹¹ Nous pouvons notamment citer la création des premières classes bilingues en 1984, la production d'émissions télévisées en LSF et l'apparition d'émissions sous-titrées, la reconnaissance légale en 1991 du droit de choisir une communication bilingue, langue des signes/français grâce à l'amendement « Fabius » de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 ou encore la création des premiers services d'interprètes français/LSF.

¹² Le mouvement pour les droits civiques a pris place aux États-Unis dans les années 1950-1960 (Albrecht et al., 2001 ; Barral, 2008). Il a permis de développer un outillage théorique et conceptuel qui a été repris par des groupes de personnes handicapées, notamment l'Independent Living Movement, pour construire une perspective sociopolitique du handicap et recentrer leurs revendications sur la citoyenneté et l'exercice des droits de la personne (Barral, 2008).

¹³ Au 19^e siècle, les langues gestuelles sont associées à une forme d'expression primitive (Dalle-Nazébi, 2006) et le bannissement des langues gestuelles de l'éducation des sourds est voté en 1880 à l'issue du Congrès international pour l'amélioration du sort des sourds-muets, dit congrès de Milan. À la suite de ce vote, le gouvernement français en proscriit l'usage dans l'éducation des jeunes sourds en 1884. Cette interdiction ébranle la fragile légitimité de la langue des signes et de ses locuteurs, exclut les sourds signants des métiers de l'enseignement et conduit au déploiement d'une politique pédagogique oraliste qui perdure jusqu'en novembre 1976 et qui met les enfants sourds en situation d'échec scolaire (Cuxac, 2000 ; Kerbourc'h, 2012). Plus largement, cette interdiction a contribué

Les entretiens menés avec les interprètes ont montré qu'ils perçoivent la reconfiguration relationnelle et leur passage en coulisse comme un mouvement qui « rétablit un équilibre, dans une situation qui est souvent extrêmement déséquilibrée et au désavantage de la personne sourde. » (Entretien ILS4) Ils prennent donc en compte les inégalités auxquelles a été – et est encore – confrontée la communauté sourde à laquelle appartiennent les patients, ce qui oriente leur engagement dans la consultation et cadre leurs pratiques. La réorientation de la traduction et la participation implicite à l'organisation des tours de parole que nous avons précédemment observées sont ainsi des stratégies interprétatives que peuvent mobiliser les interprètes pour coproduire la visibilité et la crédibilité des intermédiaires. Par extension, la manière dont les interprètes incarnent leur rôle professionnel participe, ou freine, la reconnaissance professionnelle des intermédiaires sourds¹⁴. Le rééquilibrage des rapports de force entre sourds et entendants se joue donc aussi à travers les relations interprofessionnelles qu'entretiennent les deux parties du binôme.

3.2. Des règles interactionnelles à discuter

Les rapports de pouvoir constituent un arrière-plan interactionnel qui, en plus de cadrer les pratiques professionnelles, transforme le sens du travail et les responsabilités des interprètes. En tant qu'arrière-plan interactionnel, ces rapports peuvent à tout moment être réactualisés de manière involontaire, par des logiques d'action professionnelles entrant en contradiction ou parce que les interprètes ont une longueur d'avance grâce un accès immédiat et non médié aux échanges ; pour ne citer que quelques exemples. La possibilité de cette réactualisation est d'autant plus vive que la répartition des rôles et des responsabilités autorise le partage d'activités et certains chevauchements. Le travail de coordination des tours de paroles par l'interprète se situe dans cette zone trouble puisque ce travail peut être mobilisé comme ressource par l'intermédiaire ou être perçu comme une subordination des pratiques des professionnels sourds aux pratiques des interprètes, quand bien même cette coordination aurait été faite pour « *gagner*

au « déni d'attention » publique (Voirol, 2005) dont ont souffert ses locuteurs maintenus en situation d'exclusion par un écosystème – scolaire, professionnel, informationnel, administratif, etc. – inadapté à leurs pratiques communicationnelles.

¹⁴ La reconnaissance impliquant à la fois un devenir visible et « la manifestation expressive (et donc publiquement accessible) d'une attribution de la valeur qui revient aux propriétés intelligibles des personnes » (Honneth, 2005, p.54), la coconstruction de la visibilité et de la crédibilité par les interprètes et les intermédiaires contribue de leur reconnaissance en tant que professionnel sourd.

quelques secondes » (Entretien ILS3). Un autre exemple concerne la conformité aux règles interactionnelles de la consultation médicale qui, du point de vue des interprètes, ne sont pas suffisamment prises en compte par les intermédiaires. Le moment de leur intervention peut ainsi leur sembler « *un peu déplacé parce que tu sens que le soignant n'est pas dans l'écoute et qu'ils peuvent insister sur certains points qui ne paraissent pas importants pour un entendant* » (Entretien ILS1). Les interprètes, qui savent que la logique d'action des intermédiaires est de produire de l'intelligibilité pour le patient sourd et que, pour ce faire, ils n'hésitent pas à réorganiser l'interaction et sa temporalité, s'abstiennent généralement d'intervenir « ... sauf s'il y a un petit temps de pause et tu peux en profiter pour lui dire : *laisse tomber sur ça* » (Entretien ILS1).

Que ce soit pour gagner des secondes, pour préserver la crédibilité du binôme ou parce que l'un des deux professionnels a une meilleure maîtrise d'un terrain que l'autre (cf. section 2.1), il apparaît que les interprètes se dotent de règles – individuelles, non partagées et donc implicites – qui cadrent leurs pratiques et clarifient leurs rôles et leurs responsabilités au sein du binôme. Elles sont un agencement de leur compréhension de la distribution formelle des rôles et des responsabilités au sein du binôme, de leur prise en compte des asymétries historiques entre sourds et entendants et des principes d'action propres au champ interprétatif. Elles forment un protocole sur lequel les interprètes s'appuient pour réguler leur engagement dans l'interaction et rééquilibrer, ou du moins ne pas réactualiser, les asymétries sourd/entendant au sein du binôme. Tout protocole n'étant que « la règle d'un accord possible » (Joseph, 1994, p. 568), les interprètes souhaitent qu'il soit débattu avec les intermédiaires et espèrent que ce débat permettra de créer une meilleure intercompréhension des logiques d'action respectives, de leurs conséquences sur les pratiques professionnelles mutuelles et des enjeux de pouvoir qu'elles peuvent réactualiser.

CONCLUSION

Les deux extraits présentés montrent que la coopération au sein du binôme repose, comme dans de nombreux collectifs, sur un entrelacement d'interactions centrées et diffuses (Winkin, 1996) allant de l'échange direct à un ensemble d'interactions non intrusives s'appuyant, entre autres choses, sur les regards et qui suppose le maintien d'un contrôle mutuel au cours de l'interaction (Heath &

Joseph, 1995, p.266). Au-delà de ces mécanismes interactionnels, ce qu'a également permis de démontrer cette étude est que *faire* binôme est avant tout un processus de coconstruction d'une place mutuelle qui nécessite que les professionnels modulent en permanence leur engagement à la présence de l'autre afin de soutenir sa participation et créer les conditions pour que son activité puisse être socialement dotée de valeur (Guéguen, 2014, p.76). Nous avons ainsi observé que, par leurs choix de stratégies interprétatives, les interprètes créent des ressources que peuvent mobiliser les intermédiaires pour intervenir dans l'échange. Réciproquement, les interprètes s'attendent à ce que les intermédiaires les laissent traduire sans intervenir au moindre décalage ou à chaque froncement de sourcil de façon à ne pas être déstabilisés par des coupures trop fréquentes. Lorsqu'un interprète formule au cours d'un entretien que les interventions abruptes et répétées « *ça change l'image que l'utilisateur sourd a de moi* » (Entretien ILS2), il apparaît clairement que les intermédiaires participent eux aussi à la construction de la reconnaissance professionnelle de leur collègue en veillant notamment à maintenir des conditions favorables au processus de traduction. Cette attention réciproque au rôle et aux responsabilités de chaque professionnel est ce qui en définitive façonne la reconnaissance du binôme en tant que dispositif de médiation sociolinguistique et culturelle.

Ce processus de coconstruction de la reconnaissance professionnelle des membres d'un binôme a cependant comme particularité d'impliquer un professionnel sourd et un professionnel entendant, ce qui y introduit un rapport de force singulier. Alors que les interprètes français/LSF étaient autrefois amenés à se positionner dans ce rapport de force en s'engageant auprès des sourds pour une reconnaissance de la langue des signes, la collaboration interprofessionnelle impose un regard plus réflexif et plus intime sur ce rapport de force qui concerne non seulement l'asymétrie entre deux langues mais aussi entre ses locuteurs dans le contexte de leurs relations de travail. Grâce à des entretiens menés auprès d'interprètes, nous avons pu montrer que leur prise en compte de ce rapport participe de l'organisation de la coopération au sein du binôme à travers la régulation de leur engagement dans l'interaction. Les interprètes se dotent ainsi de règles qui soutiennent la distribution des rôles et responsabilités au sein du binôme mais qui permettent aussi de la négocier ou même de la contourner. Ces négociations et ces contournements relèvent cependant davantage de

« divergences solidaires » (Puig de la Bellacasa, 2003) puisque l'expertise des professionnels sourds est reconnue par les interprètes qui, pour la plupart, conçoivent leur passage en coulisse comme une nouvelle forme et manifestation de leur posture d'allié.

BIBLIOGRAPHIE

- Abbott A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Albrecht, G. L., Ravaud, J.-F., & Stiker, H.-J. (2001). L'émergence des disability studies : état des lieux et perspectives. *Sciences sociales et santé*, 19(4), 43-73.
- Baraldi C., Gavioli L. (éds.) (2012), *Coordinating Participation in Dialogue Interpreting*, Amsterdam/Philadelphia : John Benjamins.
- Barral, C. (2008). Reconfiguration internationale du handicap et loi du 11 février 2005. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 73(3), 95-102.
- Chernyshova, E. & Ticca, A. (2020). L'interprète comme « machine à traduire » et la négociation de la signification en interaction : deux pratiques en tension ? *Rhizome*, 75-76, 67-76.
- Cuxac, C. (2000). *La Langue des Signes Française (LSF). Les voies de l'iconicité*. Paris: Orphrys.
- Dalle-Nazebi, S. (2006). *Chercheurs, Sourds et Langue des signes. Le travail d'un objet et de repères linguistiques en France, du 17^{ème} au 21^{ème} siècle* [Thèse de Sociologie, Université Toulouse II - Le Mirail].
- Demailly, L. (2020). Les pratiques des médiateurs de santé-pairs en santé mentale. *Rhizome*, 75-76, 37-46.
- Dodier, C. (2013). Le rôle des professionnels sourds. Dans C. Querel (éd.), *Surdité et santé mentale. Communiquer au cœur du soin* (pp. 167-174). Paris: Lavoisier.
- Garcia, B. (2010). *Sourds, Surdité, Langue(s) des Signes et Epistémologie des Sciences du Langage. Problématique de la scripturisation et modélisation des bas niveaux en Langue des Signes Française (LSF)*. [Dossier présenté pour l'obtention du diplôme d'Habilitation à Diriger des Recherches, Paris: Université de Paris 8 - Saint-Denis]
- Garcia, B., & Perini, M. (2010). Normes en jeu et jeu des normes dans les deux langues en présence chez les sourds locuteurs de la Langue des Signes Française. *Langage et société*, 131(1), 75-93.
- Goffman, E. (1987). *Façons de parler* (A. Kihm, Trad., 1^{ère} éd.). Paris: Les Editions de Minuit.
- Grosjean, S. (2008). Communication dans un centre de répartition des urgences 911. *Canadian Journal of Communication*, 33(1), 101-120.
- Guéguen, H. (2014). Reconnaissance et légitimité: Analyse du sentiment de légitimité professionnelle à l'aune de la théorie de la reconnaissance. *Vie sociale*, (8), 67-82.
- Heath, C. (1993). Diagnostic et consultation médicale : la préservation de l'asymétrie dans la relation entre patient et médecin. *Soins et Communication*, 65-76.
- Heath, C., & Joseph, I. (1995). Les protocoles de la coopération. Dans I. Joseph & G. Jeannot (éds.), *Métiers du public. Les compétences de l'agent et l'espace de l'utilisateur* (pp. 255-281). Paris: CNRS Editions.
- Heath, C., & Luff, P. (1994). Activité distribuée et organisation de l'interaction. *Sociologie du travail*, 36(4), 523-545.
- Heath, C., Svensson, M. S., Hindmarsh, J., Luff, P., & Lehn, D. vom. (2002). Configuring Awareness. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 11(3-4), 317-347.
- Honneth, A. (2005). Invisibilité : sur l'épistémologie de la « reconnaissance ». *Réseaux*, (129-130), 39-57.
- Joseph, I. (1994). Attention distribuée et attention focalisée. Les protocoles de la coopération au PCC de la ligne A du RER. *Sociologie du travail*, 36(4), 563-585.

- Kerbourc'h, S. (2012). *Mouvement sourd (1970-2006): De la Langue des Signes française à la reconnaissance sociale des sourds*. Paris: L'Harmattan.
- Leroy, E. (2010). *Didactique de la Langue des Signes Française, langue 1, dans les structures d'éducation en langue des signes Attitudes et stratégies pédagogiques de l'enseignant sourd* [Thèse de doctorat, Université Paris 8, Vincennes - Saint-Denis]. <https://octaviana.fr/document/169717364#?c=&m=&s=&cv=>
- Licoppe, C. & Verdier, M. (2015). L'interprétariat par visioconférence au sein des chambres de l'instruction en France : une étude conversationnelle de l'activité d'interprétariat dans un dispositif interactionnel médiatisé. *Langage et société*, 153, 109-131.
- Mondada, L. (2008). Production du savoir et interactions multimodales. Une étude de la modélisation spatiale comme activité située et incarnée. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2(4), 219-266.
- Niemants, N., Baraldi, C. & Gavioli, L. (2015). L'entretien clinique en présence d'un interprète : la traduction comme activité de coordination. *Langage et société*, 153, 31-44.
- Perini, M. (2013). *Que peuvent nous apprendre les productions écrites des sourds ? Analyse de lectures écrites de personnes sourdes pour une contribution à la didactique du français écrit en formation d'adultes* [Thèse de doctorat, Université Paris 8]. <https://hal.science/tel-01710587>
- Piccoli, V. (2019). (Re)transmettre la souffrance émotionnelle : une analyse interactionnelle de consultations entre soignants, demandeurs d'asile et interprètes en France. *Langage et société*, 167, 175-198.
- Pointurier-Pournin, S. (2014). *L'interprétation en Langue des Signes Française : contraintes, tactiques, efforts* [Thèse de doctorat en Linguistique. Université de la Sorbonne nouvelle - Paris III]. <https://theses.hal.science/tel-01077924>
- Puig de la Bellacasa, M. (2003). "Divergences solidaires" autour des politiques féministes des savoirs situés. *Multitudes*, 2(12), 39-47.
- Quipourt C., Gache P. (2003). Interpréter en langue des signes : un acte militant ? *Langue française. La langue des signes. Statuts linguistiques et institutionnels*, (137), 105-113.
- Roberts, C. (2017). Préface. Dans O. Weber, *Migration et communication médicale. Les difficultés de compréhension dans les consultations centrées sur les douleurs chroniques* (pp.11-12). Limoges : Éditions Lambert-Lucas.
- Sacks, H., Schegloff, E., & Jefferson, G. (1974). A Simplest Systematics for the Organization of Turn Taking in Conversation. *Language*, 50(4), 696-735.
- Suchman, L. (1997). Centers of Coordination: A Case and Some Themes. Dans L. B. Resnik, R. Säljö, C. Pontecorvo, & B. Burge (éds.). *Discourse, Tools and Reasoning: Essays on Situated Cognition* (pp. 41-62). Berlin: Springer-Verlag.
- Velkovska, J., & Zouinar, M. (2007). Interaction visiophonique et formes d'asymétries dans la relation de service. *Réseaux*, 5(144), 225-264.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as Interaction*. London and New York: Longman.
- Winkin, Y. (1996). *Anthropologie de la communication*. Paris: Editions du Seuil.

SOURCES

Dagron, J. (2008). *Les silencieux. Chronique de vingt ans de médecine avec les Sourds*. Paris: Presse Pluriel.

Haute Autorité de Santé (2017). *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel des compétences, formations et bonnes pratiques*. HAS/ Service évaluation économique et santé publique. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante

Mongourdin, B., & Blanchard, J. (2008). Surdité, accessibilité linguistique et soins. Dans *Audition publique: Accès aux soins des personnes en situation de handicap. Textes des experts* (Vol. 1, pp. 43-55). http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/ap_acces_aux_soins_handicap_textes_t1.pdf