

RÉMILAS

Réfugiés, Migrants, et leurs LANGUES

face aux services de Santé



Actes de la journée d'étude

« Récits, situations et interprétations »

Le vendredi 5 octobre 2018

Au Centre Hospitalier le Vinatier, Bron

Dans le cadre du projet de recherche ANR Remilas



Sommaire

- Sommaire..... 1
- Argumentaire de la journée d'étude 2
- Propos introductifs, Halima Zeroug-Vial..... 3
- « La recherche Remilas, réalisations et projets », Véronique Traverso..... 5
- « Comment prouver sa condition de réfugié ? Usages du récit et de l'expertise médicale dans la procédure d'asile », Estelle d'Halluin..... 14
- « La (co-)construction du récit de soi : interaction, interprétation et traduction », Anna-Claudia Ticca et Nicolas Chambon 24
- « Des effets de la violence politique sur l'interprète. Traduction et exil », Elise Pestre 34
- Annexe : Programme de la journée d'étude..... 44
- Annexe : Liste indicative des publications Remilas 45



● Argumentaire de la journée d'étude

Cette journée d'étude s'inscrit dans le cadre du projet REMILAS (Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé) financé par l'Agence Nationale de la Recherche, porté par le laboratoire ICAR (ENS Lyon) et en partenariat avec l'Orspere-Samdarra (CH Le Vinatier).

L'objectif de la journée est de s'interroger sur la diversité des types de récit que sont amenés à produire les migrants et les demandeurs d'asile, qu'ils soient saisis comme des « récits administratifs » ou des matériaux cliniques. Nous nous intéresserons aux différents espaces où peuvent s'objectiver, se distribuer et s'administrer des récits. En santé en effet, mettre en récit un évènement potentiellement traumatique peut participer du travail thérapeutique, et cela ne se confond pas forcément avec d'autres récits, notamment administratifs. Qu'est-ce qui différencie ces récits ? Nous interrogerons la manière dont l'actualisation des récits sur des scènes différentes, avec des horizons d'attentes possiblement antagonistes, génère des enchevêtrements plus ou moins heureux de fragments de ces différents récits.

Les migrants sont généralement accompagnés et assistés dans leur récit. Comment les médiateurs ou les interprètes prennent-ils part à ce travail et quelle place occupent-ils sur ces différentes scènes ? De qui, de quoi se font-ils les interlocuteurs ? Comment, par leurs interprétations/traductions, participent-ils de cet enchevêtrement des récits ? Nous nous intéresserons également à ce qui excède ces cadres de saisie (juridique, administratif, médical, thérapeutique ...), à ce qui apparaît comme autant de restes, de détails, d'éléments de singularité ou d'humanité qui échappent à ces ordres. Comment leur ménager une place, comment y prêter attention sans les arraisonner à notre tour ?

La matinée sera consacrée à des présentations de chercheurs invités et de l'équipe REMILAS, et fera une place aux échanges. L'après-midi, plusieurs ateliers seront ouverts au public, qui sera amené à regarder des extraits vidéo de consultations en santé et à prêter attention au travail en partie invisible, et auquel la vidéo permet justement d'accéder, des différents participants (soignants, interprètes, migrants, etc.).



Propos introductifs, Halima Zeroug-Vial

Halima Zeroug-Vial, psychiatre, directrice de l'Orspere-Samdarra.

Bienvenue à cette journée d'étude Remilas intitulée « Récits, situations et interprétations », organisée conjointement par l'Orspere-Samdarra et le laboratoire ICAR de l'ENS à Lyon.

Cette journée est à la fois un retour sur la recherche Remilas (Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé) financée par l'Agence nationale de la recherche (ANR) et qui sera présentée par Véronique Traverso, mais elle sera aussi l'occasion de donner une place à d'autres projets de recherche.

Nous sommes très heureux de vous accueillir dans cet amphithéâtre, mis à disposition par le Centre Hospitalier du Vinatier, que nous remercions.

Nous remercions également l'ensemble des intervenants qui ont accepté de venir parler à cette journée ainsi que les équipes qui ont permis au projet Remilas de prendre appui sur les pratiques de terrain autour des complexités des interactions en santé dans un contexte de plurilinguisme. Je remercie tout particulièrement l'équipe mobile psychiatrie de Chambéry, qui a beaucoup donné de son temps et de son énergie et qui animera l'un des ateliers cet après-midi.

L'Orspere-Samdarra avait organisé en 2012 une journée d'étude intitulée : « Récits et paroles de migrants en quête d'asile ». Dans le cadre du projet de recherche Remilas, nous organisons aujourd'hui une journée d'étude sur la thématique du récit car la demande d'asile est marquée par une injonction, celle de se raconter, celle de faire état de persécution et de produire un récit. Pour les soignants, c'est aussi un aspect du travail clinique de recueillir le récit d'une personne dans toute sa singularité, alors que cette personne a déjà été amenée à raconter son histoire dans des contextes multiples et divers. La question qui se pose est la différenciation entre tous ces récits. Comment la construction de ces récits sur des scènes différentes, avec des horizons d'attentes possiblement antagonistes, génère des enchevêtrements plus ou moins complexes ? Comment, également, des médiateurs ou des interprètes prennent-ils part à ce travail de récit sur ces différentes scènes, qu'elles soient sociales, médicales ou juridiques ? Comment, par leurs interprétations ou traductions, participent-ils de cet enchevêtrement des récits ?



L'ensemble de ces aspects sera abordé pendant la journée, à travers des interventions plénières le matin et des ateliers cet après-midi.



● « La recherche Remilas, réalisations et projets », Véronique Traverso

Véronique Traverso, Directrice de recherche au CNRS – Laboratoire Interactions, Corpus, Apprentissages, Représentations (ICAR) et Institut Français du Proche-Orient (IFPO).

La première journée d'étude du projet de recherche Remilas a eu lieu un an presque exactement (le 6 octobre 2017) avant celle qui se tient aujourd'hui sur le thème du récit. Elle s'intitulait « Migration et interprétations : des dispositifs et des pratiques ». Elle avait été l'occasion de faire un premier retour sur le travail effectué dans le cadre du projet et de souligner l'importance de la collaboration des professionnels de santé qui s'étaient engagés à nos côtés. Au cours de l'année écoulée, nos travaux se sont développés dans plusieurs directions, et ils nous ont conduits à jeter les bases de prolongements et d'extension des objectifs initiaux. Dans ce qui suit, après avoir rappelé la problématique du projet Remilas et ses méthodes de travail, j'aborderai trois axes de réflexion qui nous ont particulièrement occupés et qui ont conduit à des réalisations et de nouveaux projets initiés à partir de nos premiers résultats. Il s'agit du projet sur le récit, de la formation, et des expériences de valorisation des résultats du projet à destination du grand public.

La problématique de Remilas

La recherche Remilas porte sur les situations de soin engageant les personnes migrantes, des situations qui sont donc le plus souvent à la fois pluriculturelles et plurilingues. La problématique majeure des études concerne la façon dont les professionnels (des domaines de la santé, de la santé mentale, du soutien social et psychosocial) gèrent ces situations qui sont souvent complexes et délicates, avec ou sans l'aide d'un interprète. Pour étudier comment les choses se passent, le projet repose sur des méthodologies croisées appliquées sur plusieurs types de données : des enregistrements audio/vidéo de consultations (nous disposons d'une centaine d'heures d'enregistrements réalisés dans des lieux de soin et des types de consultations variés) ; des entretiens avec des soignants et des patients ; des entretiens d'auto-confrontation avec certains soignants.

Nous pouvons souligner que la variété des données collectées, qui répond à des exigences de représentativité et favorise les possibilités de généralisation des résultats d'analyse, ainsi que leur nature (notamment le fait qu'une grande partie soit constituée de données



« authentiques », des *naturally-occurring interactions*) impliquent un travail de terrain et de constitution des corpus assez long, comportant une succession d'étapes.

Le travail de terrain et la collecte

Ces deux premières étapes de la démarche sont essentielles, puisqu'en dépend la qualité des données. Loin de poser de simples questions techniques de prise de son ou d'emplacement des caméras, elles dépendent d'une collaboration réussie entre les professionnels de terrain et les chercheurs et impliquent le respect de précautions juridiques qui sont discutées avec les différents établissements concernés. Après ce travail préparatoire, la collecte elle-même a lieu. Dans notre cas, elle s'est déroulée entre octobre 2016 et juillet 2017 pour les interactions et tout au long de 2017-2018 pour les entretiens. Elle s'est accompagnée de tout un traitement des données (organisation des enregistrements comportant le plus souvent plusieurs prises de vue et une ou plusieurs prises de son), et de leur archivage, pour en permettre une consultation aisée.

La transcription des données

La transcription, représentation par écrit de ce qui se dit dans les enregistrements, est indispensable pour les analyses. Même si elle ne remplace jamais les données primaires, et que les analyses repassent toujours par les films et bandes audio, la transcription doit être la plus fidèle et précise possible. Elle doit toujours indiquer qui parle (toute parole transcrite doit être rapportée au locuteur qui l'a produite, ce qui peut être assez difficile à établir dans les situations plurilocuteurs) et donner une idée du rythme de l'interaction (par la notation des silences notamment). C'est la raison pour laquelle cette étape de la recherche est toujours relativement longue à réaliser. Pour Remilas, elle s'est accompagnée de la nécessité de traduire les paroles produites dans d'autres langues que le français. Cette phase de constitution du corpus vient d'être finalisée.

La phase d'analyse

Les analyses ont commencé très rapidement dès les premières données collectées et mises en forme. Outre la pluridisciplinarité du projet qui permet des approches diversifiées dans les études effectuées par les chercheurs de l'équipe Remilas (linguistique interactionnelle, analyse de discours, micro-sociologie, analyses multimodales, psychologie et psychiatrie, etc.¹), une

¹ Voir dans la bibliographie, une sélection de publications liées à REMILAS.



grande attention a été portée à l'organisation régulière de séances d'analyse collective (*data sessions*). Elles ont non seulement pris la forme de data sessions pluridisciplinaires au sein de l'équipe de chercheurs du projet (psychologues, psychiatres, sociologues, linguistes), mais elles ont également fait intervenir des chercheurs extérieurs, utilisant ou non les mêmes méthodologies, ainsi que – et c'était là une des ambitions du projet dès son lancement – des professionnels de santé, notamment ceux qui ont été enregistrés (équipe Mobile Psychiatrie Précarité de Savoie, équipe de médecins du MEDA, équipe de la PASS de Savoie). Certaines de ces sessions ont donc constitué également des formes d'entretiens d'auto-confrontation collectifs.

Les analyses de données ont aussi été conduites dans le cadre de recherches de master, et ont également pris la forme d'un séminaire mensuel dans le cadre du Master Sciences sociales coordonné par P. Lambert à l'ENS de Lyon. Cinq mémoires de master ont ainsi été soutenus jusqu'à juin 2018 (plusieurs autres sont en cours pour l'année 2018-2019)².

Les analyses ont porté sur des aspects et des phénomènes de dimensions assez générales ou de granularité plus fine, ce qui était également un des objectifs du projet, pour permettre des regards croisés. Citons parmi les questions étudiées la place et rôle de l'interprète dans l'interaction en santé et santé mentale, les ressources qui sont mises en œuvre pour mener la consultation en présence de l'interprète, les phénomènes liés à cette situation, comme la mise en place de « parties », voire de coalitions entre certains des participants (soignant / interprète, interprète / patient), ou les formes linguistiques et discursives utilisées pour favoriser l'intercompréhension (par exemple l'emploi des pronoms, les reformulations, etc.), ou encore les ressources utilisées pour prendre ou donner la parole (qu'elles soient explicites "pouvez-vous traduire", ou réalisées de façon non verbale, par la voix, des postures ou des gestes). Les études ont également porté sur les actions récurrentes dans ces contextes, la façon dont elles sont réalisées et traitées (par exemple les demandes du patient), sur l'expression et la gestion des émotions dans l'interaction avec interprète, sur les spécificités de l'interprétation par téléphone, etc.

² Voir en annexe la liste des mémoires soutenus.



Parmi les problématiques plus générales abordées se trouvent les questions de migration, santé mentale et précarité, les dimensions politiques de la "psychologisation" de l'accueil des migrants, les politiques d'accueil et les acteurs sociaux, etc.

Une des thématiques sur laquelle nous avons fait converger les recherches dès la deuxième année du projet, objet de la journée d'aujourd'hui, est celle du récit.

Le projet « Récit »

La question du récit a émergé tout naturellement de l'analyse des données REMILAS et des entretiens qui ont été faits avec les soignants et les migrants au cours du projet. Tout à la fois, il s'agit là d'un lieu commun du travail sur la migration, tant le récit, les récits, occupent une place importante dans la relation des migrants, réfugiés et demandeurs d'asile aux pays où ils se trouvent et entament des démarches, et tant ils sont porteurs d'enjeux vitaux pour la trajectoire de vie qui va être la leur. Les travaux sont aujourd'hui nombreux sur les contraintes et injonctions présidant à la production des récits des réfugiés dans les cadres institutionnels notamment de la demande d'asile, sur le contexte de suspicion et de doute permanent dans lequel ces récits sont exigés et écoutés dans ces contextes, et sur la question de l'intime conviction des personnes chargées de statuer sur les demandes. Plusieurs études ont aussi montré la complexité des modes de production de ces récits, souvent collectifs, construits par ajouts et modifications successifs, s'éloignant peu à peu des faits réellement vécus, parfois achetés, généralement composés pour tenter de correspondre aux critères supposés d'évaluation auxquels ils vont être soumis, et aux exigences de précisions et de vraisemblance qu'on leur impose, le plus souvent impossible à atteindre, etc. D'autres recherches ont aussi souligné l'impact que peuvent avoir ces demandes répétées de récits de faits traumatiques sur les personnes déjà fragilisées et précaires (entre autres Rousseau et Foxen, 2006 ; Mestre, 2006 ; D'Halluin, 2007, 2012 ; Pestre, 2010 ; Belorgey, 2014, Zeroug-Vial *et al.*, 2015, Laacher, 2018). D'autres études se sont aussi attachées à la relation du chercheur (souvent sociologue) aux récits de migrations obtenus dans le cadre d'entretiens (entre autres Chambon, 2008 ; Nossik, 2011 ; Spire, 2014 ; Maitilasso, 2016), ou bien l'impact des récits produits dans le cadre de consultations en santé mentale sur le soignant (Pestre, 2008, 2010). Ces études, dont seules quelques-unes sont citées ici, constituent un arrière-plan extrêmement riche pour nos réflexions.



Nos propres recherches se caractérisent par la mise en place d'approches pluridisciplinaires, basées sur des données vidéo enregistrées qui peuvent dès lors être soumises à des analyses détaillées, et elles adoptent une conception étendue du récit. En effet, il est frappant dans les données de constater la très grande variété de récits attestés. À côté des récits de la migration – récits des événements conduisant à partir, du parcours, des persécutions, des événements traumatiques –, les personnes enregistrées racontent et re-racontent aussi des moments, des incidents, des faits ordinaires ou exceptionnels, rapportent des bribes d'histoire, évoquent leur quotidien d'aujourd'hui, les personnes qu'elles rencontrent, les difficultés des démarches, les attentes, les projets, comme chacun d'entre nous, au fond. C'est tout un univers de récits que nous découvrons, très divers quant aux modes d'évocation d'événements ou de situations passés (des récits canoniques comportant une mise en intrigue, des chroniques énumérant simplement des faits chronologiques, des récits laconiques, minimaux, voire presque silencieux, des récits volubiles ou intarissables, des récits de faits récurrents, des récits sur le mode de la plainte, des récits d'indignation, des récits de découragement, des récits d'aujourd'hui, des récits de la vie d'avant ...).

Le travail en cours dans le cadre de Remilas vise à étudier ces récits, sous des angles et à des granularités variés : non seulement le récit à la lumière du cadre qui en contraint la production et la nature (dans notre cas la consultation en santé, santé mentale et assistance sociale), mais aussi les récits, leurs formes, la façon dont ils disent le cadre institutionnel, la façon dont ils s'immiscent dans ses interstices pour dire et faire parfois autre chose, la façon dont ils sont co-construits dans les situations entre les différents partenaires engagés dans l'échange, la façon dont il sont produits, traduits, entendus, répondus, les voix qu'ils font entendre, les lieux et les temps qu'ils évoquent. C'est dans le cadre de ces réflexions que s'inscrit la journée d'étude d'aujourd'hui, et que nous travaillons à la préparation d'un ouvrage collectif.

Les formations

Un autre aspect très important de la recherche Remilas qu'il convient de souligner concerne les formations. Des formations sur l'interprétariat en santé mentale sont organisées depuis longtemps par l'Orspere-Samdarra. Les chercheurs, les données et les résultats du projet Remilas y ont rapidement été associés, et toute une réflexion s'est mise en place sur la façon dont la spécificité des données et des approches mises en œuvre dans le projet pouvait



constituer un apport novateur pour les formations et les supports de formation. Ces réflexions ont pris plusieurs formes :

- Une étude préliminaire à la conception d'une formation basée sur les résultats de la recherche et des données collectées au sein de REMILAS (obtention d'un budget de recherche du LabEx ASLAN, et mise en route de l'étude en octobre 2018, Chambon 2017) ;
- Expérimentation de l'utilisation d'extraits de données REMILAS dans le cadre de formations en français de personnes migrantes (Piccoli & Jouin, 2018).
- Recherche sur la réalisation d'un outil de formation en ligne à destination des interprètes et des migrants (projet ODIMEDI, financé par l'IDEX de Lyon-Pulsalys (porté par Emilie Jouin-Chardon et Nicolas Chambon). Le projet démarre en 2019.

Les recherches de Remilas ont donc permis d'initier de nouveaux projets à fort enjeu social.

Différentes formes de valorisation

Dès son début, le projet Remilas avait parmi ses principes de ne pas se cantonner dans le champ académique. Un premier axe de réalisation à destination du monde social a concerné les formations et la réalisation de supports et d'outils pour la formation ; un autre s'est orienté vers le grand public.

En 2017, nous avons imaginé une performance participative appelée « Une communication impossible ? » Cette performance était basée sur l'observation de situations que nous rencontrons dans le cadre des consultations filmées, et elle consistait à mettre les « visiteurs » pendant un court moment, dans une situation similaire, dont ils ne peuvent pas mesurer complètement les enjeux, et qui les met face à une personne dont ils ne comprennent pas la langue. L'idée était, à travers cette mise en situation, de questionner la notion d'impossible dans le domaine de l'interaction sociale et de la communication, en cherchant à montrer que, même si « on ne peut pas ne pas communiquer » pour reprendre Watzlawick dans ses recherches en psychologie, certaines situations confrontent à des sentiments de désarroi, d'impuissance ou de stress parce qu'on ne perçoit pas l'objectif de la situation en raison de l'absence de langue commune. Pour cette réalisation, l'équipe Remilas a travaillé avec une metteuse en scène, Séverine Puel, et la troupe de théâtre de l'ENS.



Cette année, nous avons repris ce projet en y incluant des migrants, et une plasticienne, Marie-Pierre Morel-Lab, s'est également jointe à l'équipe pour proposer, suite à la situation en face à face et à un moment de debriefing avec les chercheurs, un parcours où interviennent les « graphonages » (conçus à partir des alphabets de langues variées), ainsi présentés :

« J'ai beaucoup voyagé, moitié dessin-moitié langage, je suis le graphonage
Par-delà le labyrinthe, inventez un espace, donnez-moi une place, faites de moi un message³. »



³ Voir une présentation de la performance en suivant le lien : <https://aslan.universite-lyon.fr/remilart-une-performance-artistique-valorisant-les-recherches-sur-l-intercomprehension-migrants-medecins-58052.kjsp>



L'autre projet sur lequel nous travaillons est la réalisation d'un film documentaire centré sur l'interprétariat en santé que nous allons mener avec un réalisateur, Antoine Dubos, avec et autour de l'Équipe Mobile de Psychiatrie Précarité de Savoie et les interprètes de l'ADDCAES. Des premiers financements ont été obtenus auprès du LabEx ASLAN et du Conseil Scientifique de la Recherche du Centre Hospitalier Le Vinatier pour le démarrage et les premiers repérages.

Conclusion

Le projet de recherche Remilas se développe grâce à une forte dynamique collective. Nous continuons à travailler avec les réseaux qui se sont construits et à les enrichir. A titre d'exemple, une extension du projet Remilas s'est mise en place en collaboration avec le département de psychiatrie de l'Université St-Joseph de Beyrouth sur le thème de la communication entre les soignants libanais et les migrants, notamment les déplacés syriens.

Nous pouvons aujourd'hui nous accorder pour affirmer que les pays européens et notamment la France vivent moins une crise migratoire qu'une crise de l'accueil. L'augmentation du nombre de migrants ne peut que se poursuivre dans la mesure où les facteurs de la mobilité ne sont pas près de disparaître : écarts entre les niveaux de développement humain, crises politiques et environnementales... De ce fait, il importe de ne pas proposer seulement des actions répondant aux besoins urgents. Les structures sanitaires doivent être en mesure de pouvoir accueillir les personnes dans leur singularité. Le savoir technique en santé n'étant pas suffisant, les médiations humaines sont appelées à se développer, en particulier pour les personnes en situation de précarité et/ou de migration. Aussi les nouvelles formes d'intervention en santé (« aller vers », groupe de support ...) favorisent le recours à des tiers médiateurs. Nous allons donc continuer à nous intéresser, à travers nos futures enquêtes, aux pratiques de médiations sociales, sanitaires, linguistiques... qu'elles soient formalisées ou non.

Bibliographie

Belorgey, J.-M. (2005). Du récit de persécution. *Plein Droit*, 64. Repéré à <http://www.gisti.org/doc/plein-droit/64/index.html>.

Chambon, N. (2008). Narration et situation : « Faire récit » et œuvrer à la publicisation d'une « histoire » sans papiers. *Les cahiers SAPP*, 1-8.



D'Halluin, E. (2006). La mobilisation du clinicien dans les procédures d'asile en France : pratiques et dilemmes. *Évolution psychiatrique*, 71, 521–534.

D'Halluin, E. (2007). Travailler sa voix ou comment rendre sa demande d'asile audible. *Revue Asylon(s)*, 2, Terrains d'ASILES. Repéré à <http://www.reseau-terra.eu/article660.html>.

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

Laacher, S. (2018). *Croire à l'incroyable. Un sociologue à la Cour nationale du droit d'asile*. Paris : Gallimard.

Maitilasso, A. (2014). Raconte-moi ta migration. *Cahiers d'études africaines*, 213-214. Repéré à <http://journals.openedition.org/etudesafricaines/17655>

Mestre, C. (2006). La rédaction d'un certificat médical pour un demandeur d'asile : enjeux thérapeutique et social. *Évolution psychiatrique*, 71, 535–544.

Nossik, S. (2011). Les récits de vie comme corpus sociolinguistique : une approche discursive et interactionnelle. *Corpus 10*. Repéré à <http://corpus.revues.org/2045>

Pestre, É. (2008). Anna, un sujet en quête d'asile. Les effets psychiques du système politique sur le réfugié et son thérapeute. *L'information psychiatrique*, 6(84), 569-576. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-6-page-569.htm>

Pestre, É. (2010). *La vie Psychique des réfugiés*. Paris : Petite bibliothèque Payot.

Rousseau, C. et Foxen, P. (2006). Le mythe du réfugié menteur : un mensonge indispensable ? *Évolution psychiatrique*, 71, 505–520.

Spire, A. (2014). Migrations mises en récit ou quand l'espace ne cesse de se (re)construire. *Hommes & migrations*, 1306. Repéré <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/2810>

Zeroug-Vial, H., Chambon, N. et Fouché, M. (2015). Enjeux cliniques et éthiques autour du titre de séjour pour raison médicale : faut-il rédiger des rapports médicaux ? *L'information psychiatrique*, 2015/2(91), 140-144. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-2-page-140.htm>.



● « Comment prouver sa condition de réfugié ? Usages du récit et de l'expertise médicale dans la procédure d'asile », Estelle d'Halluin

Estelle d'Halluin, maître de conférence en sociologie, CENS, Université de Nantes.

Ce titre ne renvoie pas à une communication qui prétendrait pouvoir dévoiler les ficelles d'une requête permettant d'aboutir à l'octroi du statut de réfugié quand ce dernier est aujourd'hui refusé dans au moins six ou sept cas sur dix. Le titre de cette communication évoque plutôt l'injonction à laquelle sont soumis les demandeurs d'asile, à leur arrivée sur le territoire national, quand ils cherchent à obtenir de l'État français une protection internationale.

En effet, au cours du 20^{ème} siècle, le « droit d'avoir des droits » – pour reprendre l'expression d'Hannah Arendt (1982) – a été progressivement reconnu pour les minorités menacées de persécution dans leur pays d'origine. Dans les démocraties du Nord, les États signataires de la Convention de Genève de 1951 demeurent souverains en matière d'évaluation des demandes de protection internationale : ils ont mis en place des procédures bureaucratiques d'évaluation individualisées.

Pour bénéficier du statut de réfugié, les étrangers doivent livrer le récit des menaces qui les ont conduits à fuir leur pays d'origine, associer à celui-ci tout élément pouvant attester de sa véracité. La charge de la preuve s'est considérablement accrue pour les demandeurs d'asile dans un contexte de contrôle des flux migratoires (Noiriel, 1991). De ce fait, ces derniers – et leurs conseils – recourent de manière croissante à l'expertise médicale pour attester les séquelles physiques ou psychologiques de violence depuis les années 1990 (Fassin et d'Halluin, 2005 ; Fassin et d'Halluin, 2007). Cette injonction à se raconter et à s'exposer contraste singulièrement avec la reconnaissance de la prévalence du psychotraumatisme au sein de cette population et des risques de retraumatisation bien documentés dans le champ de la santé mentale. Elle témoigne en creux de la tension constante entre logique de contrôle des flux migratoires et de promotion de la santé publique.

Les normes présidant à la production du récit de demande d'asile

Des normes présidant à la production du récit de demande d'asile peuvent être dégagées tant à l'examen des interactions au sein de permanences associatives où les demandeurs d'asile sont accompagnés dans l'élaboration de leur dossier d'asile qu'à la lecture des conseils qui se



sont multipliés sur des pages Internet ou des livrets d'associations défendant la cause des étrangers. Le récit d'asile est bien souvent l'objet d'une coproduction du sujet requérant, d'un tiers l'accompagnant dans ses démarches, voire d'un interprète.

Dans les interactions s'opère un travail pour « mettre en cohérence » un récit produit sur une trajectoire d'exil, pour reprendre l'expression des auteurs d'En quête d'asile (Franguiadakis et al., 2004, p. 156). Il sera modelé pour tenter d'en faire « un discours légitime » (d'Halluin, 2004).

Il s'agit selon « un mode d'anticipation des critères des agents de l'OFPRA et de la CNDA », de « faire cadrer la situation avec la convention de Genève », de transformer un discours jugé « trop général » au profit d'une singularisation du discours et d'un souci du détail. Le but est également d'éliminer tout ce qui peut paraître contradictoire et suspect du dossier, d'épouser les normes de compréhension du monde imputées aux juges et d'assurer « un rapport de concordance » entre les éléments internes et externes au récit.

En premier lieu, une partie du travail rhétorique est intimement liée au cadrage imposé par les textes juridiques de référence et par leurs interprétations. Les intervenants sociaux mettent ainsi à profit leurs connaissances acquises au cours de la formation et les réunions afin de retravailler les propos du requérant selon les motifs de la convention de Genève. Pour le requérant, la distinction faite entre ces catégories du droit peut apparaître artificielle (Laacher, 2005, p. 110) ou constituer un motif secondaire de son discours.

En deuxième lieu, évoquer son mode de vie antérieur, détailler chaque scène de son parcours ponctué de menaces de persécution, décrire les lieux et les acteurs, autant de consignes données dans les permanences juridiques et visibles sur des guidelines⁴. L'injonction à raconter son parcours entraîne bien souvent un dialogue inquisitif dans le cadre des entretiens menés par les conseils juridiques des demandeurs d'asile. Le souci de la précision relève du « paradigme de l'indice », modèle épistémologique développé vers la fin du XIX^{ème} siècle et analysé par Carlo Ginzburg (1980). Chez le requérant, les acteurs associatifs interpellent toutes

⁴ Pour exemple, les conseils donnés sur une page du site PAJOL dès 2004 : « Chaque fois qu'un demandeur d'asile raconte un fait qu'il a vécu pour prouver qu'il ne pouvait pas rester dans son pays, il doit essayer de donner une date (heure, jour, mois, année), un lieu (région, ville ou village, rue) et de décrire l'événement un peu comme s'il avait été filmé. Il ne faut, par exemple, pas hésiter à indiquer le nombre de personnes impliquées dans un événement, leur apparence (âge, vêtements, éventuellement armement, etc.), ce qu'elles ont dit, leur identité ou leur fonction. » Repéré à <http://pajol.eu.org/article448.html> (dernière consultation le jeudi 4 octobre 2018).



les dimensions de la mémoire : visuelle avec la description des lieux ; auditive, avec la mémoire des conversations, des bruits ...

En définitive, la construction des récits avec les demandeurs d'asile reproduit le « récit judiciaire » décrit par Jérôme Bruner (2005, p. 62) à propos des juges et des avocats : celui-ci doit ressembler le moins possible à une « histoire ». Ils tentent même de les présenter comme des antihistoires : leurs récits sont factuels, d'une logique implacable, dépouillés de toute bizarrerie ; seul compte le témoignage des yeux. Nous y préférons ce qui est ordinaire, ce qui semble ne pas avoir été « fabriqué ». [...] Les récits judiciaires s'efforcent de présenter le monde comme allant de soi. Cette recherche éperdue de détails et de cohérence, de « faits » et de logique, s'effectue souvent au détriment de l'expression des émotions ou des réflexions, du foisonnement surgissant pourtant souvent lors des réminiscences au cours des échanges ayant présidé à la rédaction de ces récits.

Ensuite, reste à associer les différents éléments recueillis. Comme les auteurs d'*En quête d'asile* l'avaient souligné en 2004 en s'inspirant de l'œuvre de Paul Ricoeur (1983), la nécessaire « mise en intrigue » est centrée autour de la figure d'un « sujet menacé » (Franguiadakis et al., 2004, p. 163). Pour ce faire, est bien souvent privilégié l'ordre chronologique – sans doute, car il est aussi un ordre logique (Bourdieu, 1986, p. 81) – et l'écriture se conforme en définitive au modèle narratif d'une tragédie antique dont les ressorts de l'action complexe ont été décrits par Aristote : il s'agit de mettre en exergue ce grand renversement qui a bouleversé la vie du demandeur et l'a conduit à fuir.

Enfin, rien ne doit être laissé au hasard. Car cette histoire prend sens dans un horizon bureaucratique d'où la transcendance est exclue. Même si les exilés et les acteurs associatifs se revendiquent parfois d'une religion ou croient à des forces surnaturelles, les ressorts explicatifs des actions décrites dans le récit doivent être trouvés dans une logique rationnelle.

Parfois, il s'agit aussi de mettre en correspondance le sujet avec sa figure altérisée, produit d'une culture particulière. C'est ce que montre en détail Michelle McKinley (1997) dans son analyse du suivi mené par un avocat nord-américain auprès d'une jeune demandeuse d'asile zimbabwéenne qui a fui un mariage forcé. Elle montre comment l'avocat impose progressivement sur le discours de la jeune femme une interprétation univoque et dépourvue de toute ambivalence. À une femme négociant dans sa vie quotidienne un rapport d'asymétrie



douloureux succède la figure d'une victime écrasée par la violence de la domination masculine patriarcale. Des conceptions sur le fonctionnement de sociétés lointaines qui, sans avoir toujours été mises à l'épreuve, n'en constituent pas moins un horizon d'attente.

Un récit articulé aux grands récits collectifs

Le récit n'est pas uniquement évalué à l'aune de sa cohérence intérieure, il l'est aussi par rapport aux autres discours qui l'entourent. Ceux matérialisés dans des versions antérieures, mais aussi aux fragments biographiques présents sur d'autres documents : carte du parti, coupures de presse, certificat médical ... dont les conditions de production doivent être explorées.

Cette histoire personnelle doit également s'articuler au « grand récit collectif ». Si celui-ci est précisément évincé de l'entretien au profit d'une singularisation de la parole, l'histoire sociale, religieuse et politique du ou des groupes d'affiliation (ethnie, syndicat, parti ...) n'en constitue pas moins un prisme à travers lequel l'acteur associatif doit examiner le récit individuel. Aussi, le discours porté par le demandeur d'asile est tributaire des représentations collectives, auxquelles il doit correspondre, représentations plus ou moins fiables, véhiculées sur les lieux par des enquêtes, des rapports, des « fiches pays » diffusées au sein des bureaucraties ou par les médias. Les écarts relatifs aux savoirs diffusés au sein du monde associatif et plus largement dans l'espace public, donnent là encore lieu à des interrogations et à la nécessité d'une justification du requérant. Si l'histoire nationale n'est à cet égard que peu explorée, l'histoire locale moins connue doit être, elle, restituée en lien avec celle du requérant. La mise en cohérence se fait donc aussi bien entre les composantes internes du dossier qu'avec celles, invisibles, d'un savoir diffus dans les institutions.

À ce récit ont été adjoints de manière croissante ces dernières années des certificats médicaux visant à attester des séquelles physiques et/ou psychologiques de violence. Dans un cadre juridico-administratif où la parole produite par le requérant est mise en doute par les institutions, le corps devient le lieu où éprouver la vérité du sujet — ou plutôt le lieu où celle-ci est éprouvée par un tiers supposé neutre et savant, médecin (Fassin et d'Halluin, 2005), psychiatre ou psychologue (Fassin et d'Halluin, 2007).

Dans un article sur la gestion de l'indicible, Mickael Pollak (1986, p. 52) soulignait que « tout se passe comme si la cohérence et la continuité étaient communément admises comme les signes



distinctifs d'une identité assurée. » La manière dont sont co-produits les récits confirme cette hypothèse. En conséquence, toute discordance, toute discontinuité, tout vide inexpliqué dans le parcours deviennent l'objet d'un processus de justification qui ne peut se faire qu'au prix d'une exploration minutieuse non seulement de l'histoire prémigratoire du requérant, mais également de tous les discours et de tous les objets produits pour alimenter le dossier. Les agents de la société d'accueil à qui ils sont familiers deviennent des « passeurs d'histoire » propres à rendre plus audible la requête d'une personne étrangère à cette tradition, des « cultural brokers⁵ ». Leur activité consiste en une opération de traduction. L'adaptation aux exigences formelles de la bureaucratie et la conversion de la requête dans le langage des catégories juridiques du droit d'asile n'en constituent qu'une des facettes. Une autre repose sur la transposition du compte rendu d'une expérience et d'une revendication de protection dans les formes culturellement admises du récit de soi et de la justification.

Le corps pour preuve

Le demandeur d'asile devra de nouveau se raconter dans d'autres scènes dans l'espoir de consolider son dossier de demande d'asile. Cabinets de médecins généralistes, centres de santé, services de médecine légale ... dans ces divers lieux, et non sans susciter de nombreux débats éthico-politiques (Fassin et d'Halluin 2005), des médecins, des psychiatres ou des psychologues ont pu être interpellés par des demandeurs d'asile et leurs conseils pour attester de la compatibilité de violences endurées et des empreintes qu'elles ont laissées sur leurs corps ou dans leur psychisme.

Effet thérapeutique ou risque de retraumatisation ?

Dans les archives associatives des années 1980, l'hypothèse d'une « valeur thérapeutique » du certificat pouvait être pointée. Cet argument est aujourd'hui encore avancé, même s'il se voit bien souvent contesté au regard de l'accélération des délais de procédure et de la cadence imposée lors des consultations d'expertise.

Quand il est défendu, le certificat est parfois présenté comme un objet doté d'une « efficacité symbolique ». Cette conception est étayée pour certains professionnels par les enseignements qu'ils ont suivis en victimologie : cet acte donnerait le sentiment à la victime que son expérience

⁵ ... non sans risque de se transformer aussi en « gate keepers », en concentrant leur travail sur les personnes qu'ils jugent les plus conformes aux figures du réfugié.



et sa plainte font l'objet d'une reconnaissance aux vertus thérapeutiques. Sur le continent américain, l'expertise est parfois valorisée en référence à la tradition du *Testimonio* (Sanford, 2003, p. 239 sq., McKinney, 2007). Cette méthode fut développée dans les années 1970 par les professionnels chiliens de la santé mentale. Ces derniers défendaient l'idée que les victimes de torture qui racontent leur histoire dans le but de documenter politiquement ou légalement la torture connaissent une amélioration de leur condition psychologique. Les témoignages contiennent habituellement des séquences chronologiques et affectives détaillant la détention et l'histoire antérieure au traumatisme de la victime (Cienfuegos and Monelli, 1983). Dans cette tradition, pour le demandeur d'asile, convaincre le médecin pourrait être effectivement un premier pas, peut-être décisif, dans l'obtention d'une forme de reconnaissance. La marque n'est désormais plus seulement sur – ou dans – le corps, mais présente dans un document à valeur légale. Dans cette conception, l'écriture est investie par les acteurs d'un pouvoir propre à rehausser l'estime de soi du patient et à instituer un statut de victime de violence.

Pour autant, les mécanismes de production du certificat n'en restent pas moins contraignants. Les patients aimeraient bien souvent s'en tenir à restituer la première version écrite qu'ils ont élaborée, sans devoir exposer de nouveau ce qu'ils pensaient déjà posé sur un papier combien de fois tendu fébrilement au médecin-expert.

Pour certains psychologues, ou psychiatres plus spécifiquement, la quête des faits sans détour vers laquelle l'expertise s'oriente ne relève pas du même ordre que le processus de réhabilitation, cheminement progressif et tortueux dans les dédales d'une autre réalité, psychique cette fois-ci. Dès 1989, Maren et Marcelo Vinar (1989) ont insisté sur la distinction entre une parole abréactive et une parole curative : l'élaboration du vécu traumatique ne procède pas uniquement en racontant ce qui s'est passé. Ces auteurs soulignent le temps nécessaire pour soigner, le besoin du patient d'interrompre parfois l'analyse pour la reprendre plus tard, la lenteur du dévoilement qui permet d'articuler les différentes plaintes à l'histoire antérieure, de repérer le point où la constellation identificatoire fut touchée. Cette réserve semble bien plus présente dans la littérature produite par les professionnels en France que dans celle de leurs collègues européens parus dans des journaux anglo-saxons. Pour Claire Mestre (2006, p. 539), il existe une différence fondamentale entre le récit de persécution destiné aux institutions et le « récit d'élaboration du traumatisme » : le premier s'efforce de « persuader et de convaincre », le second de « réintroduire l'événement dans une trame de vie



en lui octroyant du sens dans le meilleur des cas. » À ces deux formes de récit correspondent en outre des temporalités distinctes.

Qu'il s'agisse de l'étude historique menée dans un centre médical pour les exilés ou de celle menée plus récemment dans un service de médecine légale d'un centre hospitalier (Le Thellec, 2015), les conclusions semblent se rejoindre. Les deux institutions étudiées ont été soumises à une demande croissante au fil des années.

Le récit de l'histoire du requérant a progressivement été réduit et s'est recentré sur les scènes de violence. Les références à des affiliations collectives (entreprise, syndicat, groupe ethnique, lignée) ou à des ancrages territoriaux diminuent. Les rôles familiaux (situation matrimoniale, parentalité ...) et les relations personnelles sont moins présents. Le récit se construit de scènes de violence en scènes de violence, sans précisions sur les événements ayant marqué les périodes intermédiaires. Autrement dit, l'inscription sociale du sujet s'efface peu à peu au profit d'une figure davantage réduite à un corps assujéti à la violence, laissant présager des consultations d'expertise davantage cadencées (des médecins exerçant depuis longtemps ont témoigné avoir moins de temps, et revoir rarement plusieurs fois leurs patients contrairement aux débuts de leur exercice). Cette évolution résulte également d'une plus stricte division du travail entre les acteurs en charge de l'asile : aux avocats et conseillers juridiques des permanences associatives ou des centres d'accueil pour demandeurs d'asile la production d'un récit détaillé ; aux professionnels de santé l'examen des séquelles et l'exploration de leur compatibilité avec des violences invoquées. D'autres évolutions ressortirent de l'exploration d'un corpus de certificat médical au sein d'une association : la réduction des émotions du patient dans la description de ses doléances ou encore l'effacement de celles des médecins autrefois plus présentes dans la description du déroulement de l'entretien.

Ces évolutions concernent un centre de santé et ne sauraient être généralisées. En effet, une diversité de pratiques prévaut et des écarts certains existent en fonction des situations, des lieux d'exercice, du degré de sollicitation, des échanges autour des normes de rédaction, de la formation des professionnels à la médecine légale.

Des groupes sont toutefois mobilisés à l'échelle internationale pour diffuser un modèle d'expertise. Régulièrement, dans la presse médicale, des médecins, souvent inscrits dans des réseaux militants internationaux (*physicians for human rights*, Amnesty International) sur une



invitation des praticiens à « fournir une documentation critique des mauvais traitements qui peut s'avérer cruciale dans la procédure d'asile » (Lustig et al., 2008). Dans cet esprit, au cours de l'année 2006, Amnesty International section Pays-Bas, le Conseil néerlandais pour les réfugiés et Pharos, un centre de formation sur la santé des migrants, ont lancé une action commune (la « *Care Full Initiative* ») afin d'instituer un examen médical systématique fondé sur le protocole d'Istanbul dans les procédures d'asile des pays de l'Union européenne. Adopté en 1999, ce protocole est un manuel de l'ONU (2001) « pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels inhumains ou dégradants ». Y sont développées des lignes directrices sur la manière d'évaluer et de consigner les traces de torture médicalement constatées. En novembre 2006, les promoteurs du projet *Care Full* rassemblent des professionnels de la médecine et du droit à Amsterdam afin d'élaborer une stratégie pour uniformiser les procédures d'expertise à l'échelle européenne, semble-t-il sans y parvenir à grande échelle. Dans des revues, des articles tendent à promouvoir l'usage de l'outil (Haagensen, 2007).

Plus récemment enfin, un article de Rebekah Park et Janus Oomen (2010) paru dans *Social science and Medecine* défend l'utilisation de la photographie dans la documentation de la torture, usage en cours au sein du groupe d'examen médical d'Amnesty International aux Pays-Bas. Il ne s'agit plus de rendre visible par des mots, mais, comme dans les procédures d'enquête policière sur faits de violence, de compléter les récits de violence par des images (schémas, photos) les objectivant sur un autre support. Aux yeux des auteurs, la photographie allégerait la victime du fardeau d'avoir à témoigner de manière répétée d'expériences traumatiques, aiderait à convaincre et permettrait de standardiser les témoignages de torture au sein de la bureaucratie en charge de l'évaluation de l'asile. À l'introduction de ces méthodes d'objectivation, plusieurs médecins se sont montrés hostiles en France lorsque je les évoquais, inquiets tant des répercussions sur la dynamique de la consultation, du ressenti des personnes photographiées ou de la signification politique d'une parole toujours minorée au profit d'un rapport scientifique technique.

Quelle réception de ces récits ?

Les enquêtes en France ou dans d'autres démocraties occidentales (Good, 2006, Rousseau and Foxen, 2006, Hardy, 2003) tendent à montrer des variations associées au contexte historique, social et diplomatique plus général, aux conditions de travail au sein des administrations et des



cours, à la trajectoire et à la formation des agents ou juges en charge de l'évaluation du récit. Par-delà l'hétérogénéité des pratiques que les institutions peuvent tendent à réduire (contrôle qualité à l'OFPRA...), la production comme l'interprétation du discours produit par les demandeurs d'asile sont marquées par un certain nombre de paradoxes inhérents au système de l'asile en période de récession économique et de sélection tatillonne des candidats à l'asile : si un récit « judiciaire » est valorisé, le fonctionnement de la bureaucratie n'en comporte pas moins deux facettes, rationnelle et émotionnelle. Si l'authenticité du discours est valorisée, le système d'accueil et d'évaluation repose sur de multiples technologies visant à co-construire des récits de soi. Si sont reconnues les possibles séquelles psychologiques associées au parcours d'exil, toujours plus complexe en raison de son allongement, les demandeurs d'asile n'en sont pas moins conviés à devoir s'exposer dans des délais plus raccourcis.

Ces éléments sont extraits et davantage détaillés dans un livre, *Les épreuves de l'asile*, paru en 2012 aux éditions de l'EHESS (d'Halluin, 2012). Ils s'appuient sur une enquête ethnographique amorcée dans les années 2000 en Île-de-France. Une partie de ces recherches a été menée dans un cadre collectif, autour d'un projet financé par la Mire, avec Didier Fassin, Richard Rechtman et Stéphane Latté⁶.

Bibliographie

- Arendt, H. (1982). *Les origines du totalitarisme. L'impérialisme*. Paris : Éditions du Seuil.
- Bourdieu, P. (1986). L'illusion biographique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62-63, 69-72.
- Bruner, J. S. (2005). *Pourquoi nous racontons-nous des histoires ?*. Paris : Pocket.
- Cienfuegos, A. J. et Monelli, C. (1983). The Testimony of political Repression as a Therapeutic Instrument. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 1, 43-51.
- D'Halluin, E. (2004). Comment produire un discours légitime ?. *Plein Droit*, 64, 30-33.
- D'Halluin, E. (2012). *Les épreuves de l'asile. Associations et réfugiés face aux politiques du soupçon*. Paris : EHESS.
- Fassin, D. et D'Halluin, E. (2005). The Truth in the Body. Medical Certificates as ultimate Evidence for Asylum-Seekers. *American Anthropologist*, 107, 4, 597-608.
- Fassin, D. et D'Halluin, E. (2007). Critical Evidence: The Politics of Trauma in French Asylum Policies. *Ethos*, 35, 3, 300-329.

⁶ Mission de *recherche* experimentation.



- Franguiadakis, S., Jaillardon, E. et Belkis, D. (2004). *En quête d'asile. Aide associative et accès au(x) droit(s)*. Paris : L.G.D.J.
- Ginzburg, C. (1980). Signes, traces, pistes. Racines d'un paradigme de l'indice. *Le débat*, 6, 3-44.
- Good, A. (2006). *Anthropology and Expertise in the Asylum Courts*. Abingdon : Routledge-Cavendish.
- Haagensen, J. O. (2007). The role of the Istanbul-protocol in the uphill battle for torture survivors being granted asylum in Europe and ensuring the perpetrators pay. *Torture*, 17, 3, 238.
- Hardy, C. (2003). Refugee Determination. Power and Resistance in System of Foucauldian Power. *Administration and Society*, 35, 4, 462-488.
- Laacher, S. (2005). Éléments pour une sociologie de l'exil. *Politix*, 69, 101-128.
- Le Thellec, A. (2015). *Etude d'un centre de médecine légale. Sur l'évolution des pratiques professionnelles*. Mémoire de Master 1, Université de Nantes.
- Lustig, S. L., Kureshi, S., Delucchi, K. L., Iacopino, V. et Morse, S. C. (2008). Asylum Grant Rates Following Medical Evaluations of Maltreatment among Political Asylum Applicants in the United States. *Journal of Immigrant Minority Health*, 10, 7-15.
- Mckinley, M. (1997). Life Stories, Disclosure and the Law. *Political and Legal Anthropology Review*, 20, 2, 70-82.
- Mckinney, K. (2007). 'Breaking the Conspiracy of Silence': Testimony, Traumatic Memory and Psychotherapy with the Survivors of Political Violence. *Ethos*, 35, 3, 265-299.
- Mestre, C. (2006). La rédaction d'un certificat médical pour un demandeur d'asile : enjeux thérapeutiques et social. *L'évolution psychiatrique*, 71, 535-544.
- Noiriel, G. (1991). *La tyrannie du national : le droit d'asile en Europe, 1793-1993*, Paris, Calmann-Lévy.
- Pollak, M. (1986). La gestion de l'indicible. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62-63, 30-53.
- Ricoeur, P. (1983). *Temps et récit I: L'intrigue et le récit historique*, Paris, Éditions du Seuil.
- Rousseau, C. et Foxen, P. (2006). Le mythe du réfugié menteur : un mensonge indispensable ? *L'Évolution psychiatrique*, 71, 3, 505-520.
- Sanford, V. (2003). *Buried Secrets : Truth and Human Rights in Guatemala*. xviii, 313.
- Vinar, M. et Vinar, M. (1989). *Exil et torture*. 184.



● « La (co-)construction du récit de soi : interaction, interprétation et traduction », Anna-Claudia Ticca et Nicolas Chambon

Anna-Claudia Ticca, linguiste, laboratoire Icar (ENS Lyon), projet Remilas.

Dans cette intervention, j'illustrerai la méthodologie, l'approche analytique au récit ainsi que les différents types de narrations que nous avons documentés dans les données recueillies dans le cadre du projet Remilas. Je terminerai cet exposé avec l'analyse d'un extrait d'interaction issue du corpus des enregistrements audiovisuels.

Le récit et l'approche interactionnelle

Le récit est un objet d'étude qui a été abordé par différentes disciplines - la philosophie, la sociologie, l'anthropologie, la linguistique, l'analyse du discours -. L'approche interactionniste que nous proposons (Sidnell et Stivers, 2013) offre un regard « micro » aux interactions sociales, à travers lequel nous allons observer le récit dans sa dimension interactionnelle, collaborative, en considérant sa production et son organisation locale telle qu'elles sont mises en place par les locuteurs au moment où le récit émerge.

Les études dans cette perspective s'intéressent à rechercher les indices, les éléments qui permettent à l'analyste, et aux participants mêmes de l'interaction, de comprendre que nous sommes face à un récit (Sacks, 1972). Ce sont des marques formelles qui nous montrent la présence d'un récit (comme des expressions de temps, de lieux, etc.), ainsi que la description d'évènements récurrents, dans un temps et dans un espace spécifiques, ou bien d'un évènement ponctuel qui a eu lieu et qui a provoqué un changement, un bouleversement particulier.

Un autre aspect qui fait l'objet de notre observation concerne les « déclencheurs » du récit, c'est-à-dire les éléments et les conditions particulières qui donnent lieu à la production d'un récit. En effet, le récit peut être sollicité par une question spécifique ou bien être produit spontanément, par initiative d'un locuteur. Dans ce dernier cas, nous pouvons donc nous demander quels sont les éléments, les conditions qui amènent la personne à produire un récit.

Un autre aspect d'intérêt analytique est le type d'actions (sociales) qui se réalisent à travers la production d'un récit. Nous savons, par exemple, que les narrations peuvent être produites pour se justifier de quelque chose, pour accuser quelqu'un, ou encore pour se plaindre



(Schegloff, 1997). Ainsi, il est intéressant d'étudier comment et pourquoi le récit est mobilisé dans des moments précis de l'interaction et comment les autres participants se positionnent par rapport à l'émergence de ce récit (Mandelbaum, 1989, 2013 ; Sacks, 1992 ; Stivers 2008).

Les types de récit

Les récits produits par les personnes migrantes que nous rencontrons dans nos données sont assez différents. Ces différences sont attribuables aux types de rencontre (consultation médicale, séance de psychiatrie, entretiens avec l'assistante sociale, etc.) et au moment du parcours de migration de la personne. Ils peuvent concerner l'expérience de migration, ou bien des événements de la vie quotidienne et personnelle actuelle, ou encore des récits médicaux (comme par exemple sur l'état de la santé physique ou psychique). Ces récits peuvent également s'imbriquer entre eux, et nous pouvons trouver des récits de différents types dans une même narration, ce qui les rend difficile à classer et identifier.

Dans notre étude, nous cherchons à mettre en relation la situation « macro » dans laquelle la narration est produite, c'est à dire l'état dans le parcours de la personne migrante en matière de dispositif d'accueil et le type de rencontre, avec la situation « micro », c'est à dire l'activité interactionnelle située dans laquelle le récit est produit. Nous essayons ensuite d'identifier la relation entre le *contenu* du récit et son *format* de production. À titre d'exemple, un récit produit dans un CADA, avec une assistante sociale en préparation de l'entretien à l'Ofpra ne sera pas le même qu'un récit produit lors d'une consultation avec le médecin, ceci en termes du *contenu* de la narration et de la manière – le *format* – dont il sera présenté.

Analyse d'extrait

L'extrait choisi est une consultation avec une psychiatre, une infirmière, une patiente tchétchène russophone et un interprète qui participe aux séances avec cette patiente depuis trois ans. La consultation a été vidéo-enregistrée dans les locaux d'un centre psychologique dans la région lyonnaise.

La patiente présente une pathologie traumatique assez sévère. Une relation conflictuelle avec sa fille émerge également, d'une manière plus ou moins explicite, tout au long de la séance. Quant aux nombreux récits produits, la patiente, Leila, alterne entre des narrations de moments récurrents de l'expérience de vie en France et des références à son expérience de migration.



Avant le début de cet extrait, Leila se plaint de la manière dont sa fille se comporte avec elle (maltraitance verbale et émotionnelle). La psychiatre lui demande alors de réfléchir sur les raisons derrière ce comportement :

REMILAS_BR_170314_PA2_1_F_RU_IP

Participants

PYA psychologue, Anne
 IFB infirmière, Béatrice
 IPC interprète, Claude
 LEI patiente, Leila

01 PSY	et à votre avis pourquoi elle en est là	
02 INT	i pačemu da *taki st'epeni ta dašlo (0.3) vaše e- vaše mnenije et pourquoi s'est arrivé à *ce stade-là (0.3) votre euh votre avis	question ouverte qui sollicite la recherche d'une cause ('pourquoi')
03	[(inaud.)]	
04 PAT	[kogda mi] v faje ž'ili quand on vivait au foyer	
05 INT	quand nous étions dans ce fo[yer]	
06 PAT	[ana] Očen' stradala š[to nam ne] & elle souffrait BEAUCOUP qu'on nous ne	'quand' + forme verbal au passé
07 INT	[elle a]	
08 PAT	&dajut doku[mentì h:] donne pas les papiers	
09 INT	[elle a] souffert: euh faute d'avoir des papiers:	
10	[dējà:]	
11 PSY	[hm (inaud.)]	
12 IFB	c'est ça\	
13 PSY	c'est ça je crois madame di[kaeva]	formulation de réception et accord - alignement et affiliation
14 INT	[(vot) ja dumaû] (.) [xxx] (voilà) je pense	

- Narration faisant référence à un état prolongé / continu de souffrance
- Création d'un scénario, avec des participants et des événements

L'extrait débute avec une question ouverte de la psychiatre qui demande à la patiente de rechercher la cause de ses ressentis. La patiente ouvre sa réponse avec « *quand on vivait dans le foyer* », traduit par INT « *quand nous étions dans ces foyers* ». Nous remarquons ici l'utilisation d'un marqueur temporel « *quand* » et de formes verbales au passé. C'est le début d'un récit. L'utilisation des verbes à l'imparfait, donc d'une forme imparfective (« *elle souffrait* ») donne l'idée d'une récurrence et d'une répétition dans le temps des événements évoqués concernant la fille de Leila. Cette forme, produite en russe, n'est pas rendue telle quelle par INT qui utilise dans sa traduction en français une forme perfective (ligne 09), ce qui limite dans le temps l'état émotionnel de la fille évoqué par Leila.



Dans les lignes 11 à 14, il y a une convergence opposée entre la psychiatre et l'infirmière, et la patiente. Les deux premières, acceptent l'explication de la patiente et s'orientent vers la clôture de ce moment de narration. Cela est visible aussi par les mouvements de leurs corps. La transcription et les images ci-dessous (lignes 12-14, images 1-3) montrent bien le recul du buste de la psychiatre (en face à gauche dans les images) qui indique la clôture de cet espace de narration :

```

12 IFB      c'est ça\#1
13 PSY      c'est ça je crois madame di[kaeva          ] #2
14 INT      [(vot) ja dumaû] (.) [ xxx]
              (voilà) je pense
15 PAT      [          ja daž'e]#3 (.) [u sats]iala prasila
              je même (.) à l'assistant social demandais

```



#1



#2



#3

Quant à la patiente, elle ne s'aligne pas à cette orientation clôturante. Au contraire, elle continue sa narration, avec une alternance des formes verbales et l'utilisation du temps du discours direct (lignes 15-26).

```

12 IFB      c'est ça\#1
13 PSY      c'est ça je crois madame di[kaeva          ] #2
14 INT      [(vot) ja dumaû] (.) [ xxx]
              (voilà) je pense
15 PAT      [          ja daž'e]#3 (.) [u sats]iala prasila
              je même (.) à l'assistant social demandais
16 INT      l'assistant social [plusieurs fois je lui avais demandé]
17 PAT      [          kakoj nibud' šans] dait'e mn'e
              n'importe quelle chance donnez-moi
18          [štob` ja ]
              pour que je
19 INT      [donnez-moi ] la moin[dre chance pour          ] que je puisse devenir indépendante
20 PAT      [samastajatel'na ž'ila] ((pleure))
              indépendamment vive
22 PSY      hm:
23 PAT      <((en pleurant)) etava šansa tož'e n'e da[vali ]>
              cette chance-là non plus on la donnait pas
24 INT      [et puis] même cette [xxxxxx]
25          j'ai:
26 PAT      [zdes' takova nel'z'a gavarili] ((pleure))
              (ils disaient ; on disait) qu'ici c'était (pas possible ; interdit)
27 INT      j'ai j'ai pas eu ce ce .h cette chance
28          (1.4)

```

reprise de la narration

alternance de formes verbales

discours direct

Il s'agit ici d'un autre type de narration, dans laquelle un évènement spécifique et précis, limité dans le temps, est évoqué. Une charge émotionnelle de la patiente est aussi visible.



Nous ne voyons pas toujours la correspondance dans l'utilisation des temps verbaux par l'interprète, ce qui peut avoir un impact sur la manière dont la psychiatre reçoit l'information, puisqu'elle n'a accès qu'à ce qui est dit par l'interprète.

Dans la suite, la patiente occupe l'espace interactionnel (laissé vide par les co-participants, ligne 28) et continue sa narration, en évoquant des événements passés malheureux et répétitifs :

28	(1.4)	
29	PAT	((renifle)) i ana mn'e (0.2) u men'a spraš'ivala\ mam\ pa čemu <i>et elle me (0.2) elle me demandait\ maman\ pourquoi</i>
30		nam [ne dajut dokumenti h:] nouvelle reprise de la narration <i>on nous donne pas les papiers</i>
31	INT	[et me demandait ma fille] pourquoi: une année de plus on a pas de papiers\
32		(0.3)
33	PSY	hm
34	PAT	i ja jei skazala\ utilisation de formes verbales évoquant des événements malheureux et répétitifs <i>et moi je lui ai dit</i>
35	INT	et moi je lui ai raconté
36	PAT	ani ne ver'at što mi is čečni prie[Xali h:] <i>ils ne croient pas que nous de Tchétchénie sommes arrivés</i>
37	INT	[ils m]ettent en cause le fait que
38		on:: que nous arrivions de Tchétchénie
39		(0.5)
40	PAT	i ana gavarit (.) mam ne perež'ivaj gavarit alla ž'e znaet a tkuda mi <i>et elle dit (.) maman ne t'en fais pas elle me dit Allah lui il sait d'où nous</i>
41		prie[Xali] ((pleure)) <i>sommes (venus ; arrivés)</i>
42	INT	[elle a] dit faut pas que: euh elle me répondait hein faut pas que tu
43		fasses des soucis .h allah il sait mieux que d'autres d'où on vient
44		(2.6)
45	PAT	°a š'as° što\ (.) u nijo (.) ničevo v ž'izni (.) kak ana Xočet <i>et maintenant quoi\ (.) pour elle (.) rien dans la vie (.) comme elle veut</i>
46		[n'e palučilas'] <i>(ne marche pas ; n'est pas réussi)</i>
47	INT	[et maintenant] y a: tout c` qu'elle voulait obtenir bon de toute façon elle a
48		obtenu rien du tout hein .h i` y a que des choses qui de travers dans sa vie

En ce qui concerne le contenu de la narration, nous observons ici de manière très résumée qu'initialement la patiente rapporte le dialogue mère-fille (lignes 29-43) dans lequel émerge un portrait plutôt positif de sa fille, qui lui offre un support émotionnel. Toutefois, vers la fin de l'extrait, la patiente revient dans un temps présent, où la situation rapportée concernant sa fille acquière des traits négatifs (lignes 45-46).

L'analyse minutieuse, d'une part, de l'alternance dans l'utilisation de temps verbaux et de sa traduction et, de l'autre part, du comportement non verbal des participants, nous permet de comprendre comment ces aspects « multimodaux » (verbales et non verbales) participent à la construction du sens dans ces consultations.

En général, dans le cours de la consultation la patiente révèle, de manière répétitive, une tendance à se plaindre, manifestée par la forme du récit. Les différentes tentatives de la psychiatre de réorienter cette tendance avec des questions visant à faire réfléchir la patiente sur l'origine du comportement de sa fille (qui partage avec la patiente la souffrance de la



migration et de l'exil et qui fait l'objet de la plainte) n'aboutissent pas à un renversement de dite tendance.

Pour résumer, le récit est utilisé ici comme un moyen pour se plaindre et l'ouverture des séquences questions-réponses, opérées par la psychiatre, représente un moyen pour contraster, voir réorienter l'action de la patiente vers une réflexion davantage constructive, positive.

Identifier l'action sociale imbriquée dans une narration devient donc centrale pour répondre de manière adaptée aux patient.e.s et, si c'est le cas, pour réorienter l'action interactionnelle vers un territoire plus favorable.

Bibliographie

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

Mandelbaum, J. (2013). Storytelling in conversation, *The Handbook of Conversation Analysis* (Jack Sidnell, Tanya Stivers, eds). Wiley-Blackwell, 492-508.

Sacks (1972), 'An Initial Investigation of the Usability of Conversational Data for Doing Sociology', in D. Sudnow (ed.) *Studies in Social Interaction*, Free Press, New York, pp. 31-74

Sacks, H. (1992). Stories take more than one utterance: Story prefaces. *Lectures on Conversation*, Vol. 2, 222-229.

Schegloff, E. A. (1997). 'Narrative Analysis ': Thirty Years Later. *Journal of Narrative and Life History*, 7 (1-4), 97-106 .

Sidnell, J. et Stivers, T. (eds) (2013). *The Handbook of Conversation Analysis*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Stivers, T. (2008). Stance, alignment, and affiliation during storytelling: when nodding is a token of affiliation. *Research on Language and Social Interaction (ROLSI)* 41 (1), 31-57.



Nicolas Chambon, sociologue, Orspere-Samdarra, projet Remilas.

Mon intervention évoquera de manière synthétique la façon dont cette question du récit est appréhendée en santé - le projet Remilas portant sur l'interprétariat en santé - et ainsi donner quelques éléments de contexte en amont des interventions qui vont suivre et les ateliers de cet après-midi.

Dans le cadre de la procédure d'asile, les requérants sont amenés à produire un type de récit assez particulier à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) puisqu'ils doivent se présenter comme étant « victime de ». Depuis la réforme de l'asile de 2015 et la détection des vulnérabilités dans une perspective administrativo-juridique (une personne considérée vulnérable peut être prioritaire pour avoir un hébergement), l'évaluation du récit et de la présentation de soi dépasse le cadre même de la considération des persécutions et intègre donc des éléments sociaux et médicaux.

Si la personne est déboutée de sa demande, elle peut faire un recours devant la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), généralement avec des preuves supplémentaires et à l'appui d'un récit en partie dissemblable. Toutefois, l'injonction à se raconter ne termine pas après le passage à l'Ofpra et à la CNDA, notamment pour les personnes déboutées de l'asile, qui font soit l'objet d'un réexamen pour cette même procédure ou demandent un autre type de titre de séjour, comme par exemple un titre de séjour pour raison de santé.

Ces récits sont amenés à être produits dans un contexte d'irrégularisation et de précarisation très marquée. La norme, encore aujourd'hui, est d'être débouté, quand bien même il y a une augmentation du nombre de personnes qui obtiennent le statut de réfugié. Les taux Ofpra + CNDA étaient de 36% en 2017 alors qu'ils étaient autour de 20/25% il y a une dizaine d'années. Le nombre de personnes en situation irrégulière continue d'augmenter. En 2014, 11000 personnes étaient bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État en Rhône-Alpes. Elles étaient 17500 en 2016. Ces personnes en situation irrégulière sont des personnes que nous pouvons retrouver dans les dispositifs d'accueil à bas seuils, notamment les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ou auprès des équipes mobiles psychiatriques précarité (EMPP).

C'est une réelle problématique sur le territoire français et particulièrement en Auvergne-Rhône-Alpes. Nous sommes aussi dans un contexte de précarisation, dû à la complexité des



procédures administratives mais aussi lié aux conditions d'accueil et à la difficulté d'avoir accès à un logement pour de nombreux requérants et requérantes. Même si les demandeurs d'asile ont un hébergement, avoir le statut de réfugié ou être débouté revient à sortir de ces lieux d'hébergement. Le public migrant, parfois allophone, se retrouve très fréquemment avec des problématiques sociales et administratives, comme nous avons pu le voir dans l'enquête Remilas, dont le corpus comporte une EMPP et des PASS.

Des récits co-construits

Lorsque nous écoutons l'histoire de la personne, nous nous rendons compte que le récit porte l'empreinte des procédures. Ce récit est co-construit : eu égard aux horizons d'attente des dispositifs qui reçoivent ce récit, par l'accompagnement d'intervenants qui connaissent et ont une expertise de cet horizon d'attente. C'est l'histoire « de l'asile », que l'on raconte, que l'on se raconte, suscitant l'incompréhension d'intervenants, notamment en santé, qui peuvent douter de la sincérité du propos devant un caractère qui apparaît stéréotypé. La co-construction, le formatage du récit, peuvent susciter une certaine gêne.

Dans le cadre de ces procédures, les récits des personnes sont évalués par des agents. Les personnes déboutées d'asile sont aussi, d'une certaine manière, déboutées de leur histoire. Basculer sur une autre demande, c'est aussi chercher ce qui, dans ses histoires, dans ses projets, peut valoir régularisation. C'est un effort assez important pour les personnes que j'ai pu suivre dans le cadre de mes recherches.

À ceci s'ajoutent ce que nous pourrions appeler les « récits de la débrouille » ; beaucoup de personnes sont dans une logique de survie. Il y a des « stratégies », qui peuvent plus ou moins se dire dans des espaces qui ne sont pas a priori dédiés pour cela. Il faut « se débrouiller » pour pouvoir se loger, pour avoir un peu d'argent, travailler, faire des rencontres qui sortent du quotidien. Ce type de « récits de la débrouille » n'est pas forcément entendable et entendu par les intervenants, puisque, précisément, il y a certaines choses qui peuvent poser problème, notamment dans une perspective qui pourrait être qualifiée de républicaine. Nous pouvons notamment penser au rapport à la communauté. Cela mène à un paradoxe pour les personnes, qui doivent à la fois se conformer à une catégorie sociale - objet d'intervention, demandeurs d'asile, réfugié, être de tel ou tel pays - tout en étant singulier, puisqu'il faut se présenter en tant que personne à part entière.



De nombreuses personnes migrantes, pour beaucoup issues de l'asile, vont se retrouver dans des dispositifs sanitaires, du fait de pathologies, d'une grande souffrance, et nous pouvons également faire référence aux dispositifs de santé mentale et aux certificats médicaux pour les parcours administratifs. Ce que nous voyons, ce que nous entendons, c'est une gêne par rapport à la prépondérance du récit administratif. Les interprètes, qui peuvent accompagner les personnes dans le cadre du récit à l'Ofpra et CNDA, vont être gênés de la manière dont cela va être présenté, devant le médecin, devant la psychologue, devant l'intervenant social ; et de la manière dont ces récits vont différer.

Dans ces espaces de santé, notamment en santé mentale, il y a aussi un enjeu à ce que les personnes se racontent leurs propres histoires, s'émancipent de ce récit administratif, refroidi et objectivé, dont nous avons l'impression qu'ils en ont été dépossédés. La propre histoire des personnes est pathologisée, certifiée, et se pose la question de l'accompagnement et du souci de la personne dans une perspective thérapeutique. Il y a un entrelacement de dimensions subjectives et objectives, ce qui peut être contradictoire avec ce qu'attendent les soignants.

Se raconter en personne

La narrativité comprend toujours une partie fictionnelle et nous entendons souvent des soignants en difficulté par rapport à une chose qui n'aurait pas été dite, cet élément arrivant après un an, voire deux ans de suivi. D'une certaine manière, c'est souvent un moment où la personne se réapproprie sa propre histoire.

Dans l'espace de la consultation, le savoir de l'histoire de vie est évidemment inégalement distribué. L'interprète peut savoir des éléments de l'histoire de vie que l'intervenant en santé ignore. Dans les consultations, l'expertise, la connaissance de cette histoire, appartient à la personne concernée. Il peut cependant y avoir un état de trouble, lié au fait que l'interprète peut avoir des éléments sur la vie de la personne que l'intervenant en santé peut ignorer. Se pose la question de la distillation de ce savoir, lié à la personne elle-même mais aussi à une connaissance générique de la procédure, de la communauté, de proches ...

L'histoire de vie, la manière dont la personne est amenée à évoluer, peut créer du trouble pour les interprètes, notamment dans les interventions en santé à l'inverse des interventions dans le domaine judiciaire où les choses sont beaucoup plus nettes.



Interaction, interprétation et traduction

Dans le cadre du projet Remilas, nous allons nous intéresser à des opérations, des situations où il y a de l'interprétation, de la traduction, en analysant les situations et les pratiques des uns et des autres, notamment des interprètes. Le recouvrement de différents types de récit est saillant dans le matériau filmique. Nous pouvons comprendre la construction des petits récits, pas forcément grandis par la perspective administrative et judiciaire de l'asile, mais dans un contexte où il y a du pathos. En opposition avec le domaine judiciaire de l'interprète où tout doit être épuré, les consultations de santé peuvent être ponctuées de pleurs, de cris, de violence. Dans ce contexte, l'interprète doit aussi pouvoir appréhender, traduire, interpréter, pour chacun des acteurs présents dans la situation.



● « Des effets de la violence politique sur l'interprète. Traduction et exil », Elise Pestre

Elise Pestre, Maître de conférences en psychologie, psychanalyste. Centre de Recherches Psychanalyse Médecine et Société (CRPMS), Université Paris Diderot, ANR-LIMINAL.

C'est depuis mon expérience de chercheuse et de clinicienne dans les campements d'exilés en France et au Liban que je me pencherai ici sur la figure de l'interprète et sa « tâche du traducteur », comme le formulait Walter Benjamin (1923), à laquelle il est acculé à l'occasion de sa pratique auprès de personnes exilées, en situation de frontière. Lors d'expériences renouvelées dans « ces hors-lieux »⁷, nous avons pu, avec des étudiants en psychologie, rencontrer une dizaine d'interprètes qui exerçaient dans ladite « jungle » de Calais, la « bulle », Porte de La Chapelle à proximité de Paris, ou encore au Liban, où se sont constitués des milliers de campements informels, qui abritent pour la majorité des exilés syriens, mais aussi palestiniens.

Les interprètes que nous avons rencontrés avaient des profils très divers : des professionnels diplômés d'interprétariat, rémunérés pour ce travail, mais aussi d'autres, non formés, devenus médiateurs ou « interprètes de terrain » suite à leur propre trajectoire d'exil et à leur apprentissage du français. Certains d'entre eux étaient bénévoles. Mon exposé se fonde sur l'analyse d'entretiens que nous avons conduits auprès de ces interprètes aux profils divers, dans des territoires variés, matériaux qui ont permis d'accéder à une exploration précieuse des vécus et ressentis de ces interprètes qui traduisent des sujets réfugiés. Malgré la disparité des régions et territoires, tous ont témoigné de vécus proches, récurrences qui se manifestaient à travers l'expression d'une praxis identifiée comme difficile. La pratique du traducteur en tant qu'elle est universelle émerge ainsi pleinement : où qu'il exerce son activité, le traducteur s'engage fondamentalement dans une position de « passeur de rives⁸ », favorisant la traversée d'une rive linguistique et langagière à une autre, « position traductive » parfois risquée qui consiste à « féconder le propre par la médiation de l'Étranger⁹ » (Berman, 1984, p. 16).

⁷ Ce terme fait référence à Michel Agier.

⁸ Je reprends ici la proposition de P.-L. Assoun sur le sujet exilé pour évoquer l'activité du traducteur : « L'exilé est être du littoral, à la limite de la terre et de la mer, donc un « passeur de rives », fût-ce par la force des choses ».

⁹



L'expérience de la traduction, comme l'a défini Antoine Berman (1984), incarne en effet l'« épreuve de l'étranger » par excellence.

En outre, cette analyse se nourrit de ma pratique de supervision de professionnels (psychologues et interprètes) qui exercent dans le champ de la clinique de l'exil et de l'asile.

La pratique de la traduction, imprégnée de violences protéiformes

Dans la pratique d'interprétariat auprès d'exilés et à l'image des personnes ou patients qu'ils traduisent, les interprètes apparaissent parfois eux aussi bloqués et enfermés dans « l'épaisseur des frontières¹⁰ », frontières ici tout autant réelles - physiques, matérielles - qu'imaginaires : d'ordre social, psychique et linguistique.

Je me suis au départ focalisée sur des « séances psy » où l'interprète traduisait un patient et/ou un psychiatre et/ou un psychologue car ces séances apparaissent paradigmatiques des récits de violence et du poids du trauma à traduire, qui surgit particulièrement à l'occasion de la relation psychothérapeutique via les liens transférentiels qui s'établissent dans ce site singulier. Il est apparu qu'à l'occasion de ces séances des retentissements déstabilisants pour les interprètes se produisaient fréquemment, rendant symptomatique cette pratique de traducteur du « psy ». Il est fréquent que les propos du sujet exilé, qui doivent être traduits par les interprètes soient imprégnés d'affects, et que parfois une violence manifeste émerge, véhiculée par de l'agressivité ou encore une violence plus refoulée, moins formulée, mais qui imbibe néanmoins le lien transférentiel et se propage chez tous les acteurs de la séance. Le sujet à traduire, imprégné psychiquement par un excès d'émotions non symbolisées qui circulent en lui, relatif à son passé et/ ou à sa situation actuelle devient dès lors difficile à traduire.

Par la suite, dans le cadre d'un travail de recherche au Liban, nous avons ouvert avec d'autres psychologues chercheuses¹¹ l'analyse d'entretiens à des interprètes qui exerçaient toujours auprès de sujets exilés mais dans un cadre institutionnel de « recrutement d'exilés », selon l'expression consacrée par les professionnels sur place. Là, les personnes exilées, hébergées dans des campements étaient interviewées dans le cadre de leur demande d'asile et de leur

¹⁰ Ce terme fait référence à Clara Lecadet.

¹¹ Cynthia Fiani, Carmen Azar et Maria Azar sont des étudiantes (de Paris Diderot et de l'Université Saint Joseph, à Beyrouth) avec qui nous avons réalisé une étude sur les interprètes au Liban qui exercent auprès de sujets exilés.



éventuel départ pour l'étranger par des équipes qui se rendaient sur place. Si elles étaient « recrutées » (comme les interprètes le formulaient, reprenant le discours institutionnel) elles partiraient à l'étranger, au Canada par exemple. Dans ce contexte, ces professionnels interprètes diplômés étaient confrontés à des entretiens très éprouvants, difficiles à vivre et à traduire, non seulement matériellement (« recruter » dans une tente, etc.) mais surtout, là encore, mise à l'épreuve à un niveau psychique du fait des matériaux bruts omniprésents dans les récits (pleurs, peurs, angoisses, etc.).

Nous nous sommes ainsi intéressées à la traduction de ces récits imprégnés de violences plurielles et protéiformes, manifestes et latentes, chez celles et ceux qui ont souvent été exposés à la cruauté humaine. Je mentionnerai ici quelques pistes de recherche qui ont émergé au niveau des subjectivités des interprètes.

La problématique fondamentale qui semble se poser chez les interprètes depuis cette praxis auprès de sujets exilés pourrait être ainsi formulée : comment être en mesure de traduire ce qui est de l'ordre du réel ? Rappelons que le réel, pour Lacan, renvoie précisément à l'impossible à dire, à ce qui est de l'ordre de l'insaisissable, du non bordé psychiquement par le sujet exilé. Or, ce vécu innommable va pouvoir générer une angoisse, généralement diffuse, qui va néanmoins infiltrer ses paroles, sa langue, et se manifester par des affects puissants, envahissants, comme la honte ou l'humiliation qui pour autant ne seront pas désignés comme tels. Comment ce vécu non symbolisé qui inonde la psyché du sujet exilé et sa langue va-t-il impacter le sujet traduisant ? Comment traduire ce qui est insupportable à dire et à traduire ? D'autres questions cliniques émergent en cascade : comment conserver une posture de neutralité quand l'interprète s'identifie parfois massivement au vécu du demandeur d'asile ou du réfugié, du fait de son *empathie traduisante* ? Que nous soyons exilé ou traducteur, le *non symbolisé* et ce qui est de l'ordre de l'innommable est précisément ce que nous ne pouvons que vouloir faire taire.

Le « je », ou la voix de l'autre

Du fait du désencrage rencontré dans sa pratique, nous avons observé que lorsque l'interprète semblait égaré entre les rivages, celui-ci donnait à entendre une posture traductive qui s'enrayait où il apparaissait gagné par un empêchement à la traduction. L'identité du sujet, qui



se constitue depuis des facettes multiples, subjectives et professionnelles, semble ici vaciller, le traducteur entrant parfois dans un désarroi profond, voire dans la sidération.

Ce qui apparaît, c'est que la posture même d'interprète serait propice aux vacillements identitaires observés. L'interprète ne fait-il pas en effet l'objet d'une *injonction à devenir un autre*, trait tout à fait singulier de la pratique de traducteur, du fait de l'emploi de son propre « je » - pronom personnel qui marque la singularité de chacun - quand il traduit ?

Parler à la première personne, à la place d'un autre, est singulier. Une interprète, à ce propos, s'est par exemple exclamée : « *Quand je traduis, je ne suis plus Madja, je suis X.* » Or, cette bascule identitaire aurait le pouvoir de l'engager dans une expérience troublante qui est celle de devenir l'autre, potentiellement, et de revêtir sa peau langagière. Rappelons-le, il ne s'agit pas de n'importe quelle peau, mais de celles de personnes exilées, qui ont vécu des expériences de cruauté parfois extrêmes, tortures et autres trouées de leur corps propre. Cet endossement soudain à revêtir l'identité de l'autre via ce pronom personnel « je » va générer des effets puissants d'identification par le biais du langage mais aussi par l'imitation de l'autre, à travers son corps, l'intonation de sa voix, les mimiques et les gestes¹².

Je reviens à Walter Benjamin, ce philosophe éclairant, qui parlait du « pouvoir d'imitation » et qui a pu mettre en valeur comment le langage, je le cite, « serait le degré le plus élevé du comportement mimétique et la plus parfaite archive de la ressemblance non sensible : un médium dans lequel ont intégralement migré les anciennes forces de création et de perception mimétique » (Benjamin, 2000). C'est par le biais du langage, son « je », que l'interprète va porter la voix de l'autre, dans une position qui va pouvoir littéralement le propulser dans le vécu dépersonnalisant d'être désormais cet autre. L'interprète peut parfois voir en l'exilé un double, procédé qui précipite des mécanismes de suridentification, à cet autre semblable-étranger. Cet aspect rappelle « l'inquiétante étrangeté » explorée par Freud, où nous percevons le familier comme devenu étranger dans le même temps. Il y a de l'étranger parce que c'est la langue de l'autre que je traduis mais de l'intime car c'est aussi la mienne, celle qui m'est familière. Cela renvoie à la fois à la maison et à son en-dehors. Ces propos rejoignent en un sens ceux d'Agamben qui définissait le « statut d'exception », ici occupé par ces sujets exilés, comme l'exclusion d'un espace qui s'inscrit dans le dedans d'un territoire. Dans ce dispositif

¹² Cette hypothèse a été proposée initialement par la psychologue Cynthia Fiani.



traduisant, le sujet exilé est inclus par la langue mais se voit exclut par la langue de l'autre, qu'il ne comprend pas et qu'il ne parle pas. Cette situation donne une sorte de pouvoir au traducteur, le *pouvoir de traduire*, qui peut le faire basculer vers un régime de toute-puissance qui se résumerait ainsi : « je suis partout : dans toutes les langues, je comprends et parle tout ! » Ce vécu, à la forme totalitaire, peut devenir envahissant et n'est pas nécessairement gratifiant. Cette rencontre de l'étrangement inquiétant chez cet autre semblable-étranger, va pouvoir drainer de l'angoisse, qui sera difficile à vivre et à traduire. Le sentiment d'« inquiétante étrangeté » émerge en effet quand « quelque chose aurait dû rester tapi dans l'ombre¹³ » ou être refoulé, mais qui surgit.

La question du double est ici intéressante à mentionner. Lorsque nous analysons la littérature, dans *les Contes de Hoffmann* par exemple, le double se veut protecteur, mais bascule rapidement du côté du persécuteur. Il est à la fois moi, tout en n'étant pas complètement un autre, séparé. Ce sentiment va par conséquent engager des mouvements de forte identification, d'empathie à l'égard de l'autre et/ou de retrait soudain. À titre d'exemple, une interprète décrivait une patiente qu'elle traduisait et qui ponctuait toujours son récit ainsi : « *Hein tu vois ce que je veux dire, toi* », « *Hein, t'es de la même culture que moi, toi.* » Des fois, elle allait même jusqu'à lui dire : « *Ah mais ça tu ne lui dis pas, ça reste entre nous !* » Dans ces situations, l'interprète est « attrapée » par le sujet à traduire, alors qu'elle doit rester neutre, et ces paroles l'invitent, l'intiment, à s'identifier à son insu de plus en plus à elle. Cette interprète racontait qu'au départ elle avait beaucoup d'empathie pour cette patiente, mais que désormais « elle n'en pouvait plus, elle voulait qu'elle (la patiente) se taise ». Ce qu'elle ressentait était si envahissant qu'elle ne supportait plus de devoir la traduire. Nous percevons ici comment ce rapport à l'autre que nous devons traduire vient révéler aussi le rapport propre que chacun entretient à sa langue maternelle, à ce bain culturel commun dans lequel l'autre, soudainement, nous replonge. Or, l'interprète est nécessairement dans une situation différente de celle de la patiente et ne veut pas être accolée à cette identification de l'autre à une culture désignée ici comme commune et faisant corps, procédé qui l'intime à cette forme d'injonction : « fais tout pour moi car on vient du même pays ! »

¹³ Nous faisons ici référence à Freud.



Traduire un exilé, un futur réfugié, devient donc périlleux et provoque un risque imaginaire majeur : celui d'être submergé, voire absorbé par cet autre-là comme si le moi pouvait devenir celui de l'autre via la traduction, le danger étant d'être dépossédé de son propre « je ». Ces fantômes-là, sous-jacents au lien transférentiel, envahissent parfois le sujet traduisant. Et bien que je fasse ici référence aux facettes les plus pathologiques de la situation de traduction, elles rendent compte à mon sens, de phénomènes plus « normaux » qui se retrouvent à des échelles et des degrés divers à l'occasion de cette praxis.

Un autre interprète a pu formuler : « *Le pire, c'est les consultations de psys !* » précisant : « *Là, il faut que tu te contractures, que tu tiennes bien, que tu restes dans l'empathie, que tu comprends leurs émotions et que tu restes neutre.* » Or, ce qui ressort, c'est qu'il y a souvent des problèmes dans la traduction dus à cette empathie massive. Là où il y a trop de commun avec l'autre, souvent aussi quand la position de l'interprète n'est pas assez élaborée en amont, travaillée subjectivement, notamment du fait d'un trop-plein d'identification avec l'autre.

La suridentification à l'autre à traduire et la perte de neutralité

Parfois des liens autres que professionnels se tissent entre interprète et exilé. Dans les campements d'exilés notamment les interprètes deviennent le véritable le point nodal de la consultation « psy ». Je cite un interprète qui dit : « *Ce qui est marrant, c'est que le psychiatre, le psychologue, ils ne restent pas très longtemps ici, puisque le psychiatre ou le psychologue qui est resté le plus longtemps c'était deux mois et il est même parti avant la fin de son contrat. Donc il vient trois semaines, il y a un psychologue un peu plus longtemps, mais ils ne dépassent pas deux mois. En fait c'est nous [les interprètes] qui suivons l'histoire du premier, du deuxième, du dixième psychiatre. On est le point-focal entre tout ça. Donc, finalement, je comprends bien que le patient se sente plus proche du traducteur que du psychiatre !* »

Dans les préoccupations des interprètes quant à leur pratique, une crainte majeure est la « perte de la neutralité ». La posture de neutralité, identifiée comme fondamentale à cette activité, serait comme possiblement balayée, surtout dans les situations de campements, où la précarité est omniprésente et que tous les individus présents sont comme suspendus dans le temps et l'espace. Un interprète a pu dire : « *Parfois il y a des patients, tellement ils ont vécu des trucs trop difficiles et tout, parfois tu peux pas tenir à 100% dans ton rôle, tu vois ce que je veux dire ? Normalement, notre boulot c'est tu traduis et tu restes neutre donc il faut*



absolument rester neutre entre psy et patient mais il y a des gens qui ont brûlé, frappé, c'est pas facile à traduire tout ça et que tu restes neutre, c'est ça le plus dur et le plus difficile. »

Souvent le fantasme que nous retrouvons dans le rapproché interprète/exilé est qu'il n'y ait plus qu'un ensemble fusionnel, où n'existe plus de séparation aucune entre l'exilé et l'interprète. Et finalement, pour échapper à cette identification majeure, nous l'avons entendu fréquemment, l'évitement, l'arrêt de cette pratique advient, ou encore des agirs se produisent. Là, parfois nous basculons vers une forme d'amitié et nous sortons du cadre qui était au départ instauré.

Le poids des récits difficiles

Un autre point fondamental, qui découle du pouvoir de l'imitation et de l'identification majeure de l'interprète au sujet à traduire, repose sur le poids à porter des récits douloureux qui se mettent à l'habiter jour et nuit ce sujet traduisant. Poids dont il ne va pas souvent pas être en mesure de se délester à l'arrêt de sa journée de travail. Dans ce sens, de nombreux interprètes ont pu dire : « *Il y a tellement, trop de charge émotionnelle !* » Plusieurs d'entre eux ont aussi évoqué une « *charge sentimentale* » qui fait référence à une charge physique que l'interprète devra porter jusque chez lui et qui va aussi se refléter corporellement. Nous avons constaté que les interprètes pouvaient se plaindre de nombreux maux de dos, comme si le poids des histoires pesait sur leur corps. Un interprète dit par exemple : « *C'est un fardeau, qu'on amène chez soi, et qu'on porte. C'est pas seulement qu'on est fatigué après ces journées, c'est que ça vous travaille. Quand je quitte, disons, l'endroit où j'ai fait ces entretiens, je garde pas les soucis là-bas, ça vient avec moi.* » Un autre interprète a rajouté : « *ça se reproduit tout le temps en moi.* » Le « *ça* » exprimé ici par l'interprète est intéressant d'un point de vue psychanalytique puisqu'il fait référence au réservoir pulsionnel, à ce qui n'a justement pas de mots, et qui envahit.

Des signifiants intraduisibles

Parfois, des signifiants restent en quelque sorte intraduisibles, comme si d'un seul coup le processus de la traduction s'enrayait là encore. Je pense ici au terme de « *dougar* ». Le « *Dougar* », c'est quand une personne veut franchir la frontière et arrête les voitures dans la rue pour grimper dessus et passer d'un territoire à un autre. Nous avons vécu une situation d'entretien avec un jeune irakien en grande souffrance dans un campement du Calais ; un



doctorant psychologue occupait le rôle de l'interprète. Puis, à la suite de la retranscription et de la traduction de cet entretien, nous avons réalisé une nouvelle traduction de cette situation, grâce à une autre psychologue interprète arababophone professionnelle (Cynthia Fiani). Nous avons ainsi observé que certains signifiants étaient intraduisibles par l'interprète initial, précisément lorsque les situations étaient trop chargées d'affect ou qu'il y avait trop de désespoir.

Il y a aussi beaucoup de termes, comme « *dougar* », pour lesquels aucune traduction ne semble possible ; ces signifiants restent ainsi tels quels et renvoient, à mon sens, à un noyau d'intraduisible, noué autour du malaise dans la culture actuelle où politique, psychique et social s'imbriquent dans des territoires singuliers. Des travaux actuels de chercheurs questionnent la création de ces termes-là, notamment au sein de l'ANR Liminal. Samson Giorgis a par exemple parlé de « l'appropriation d'un langage transfrontalier comme nécessité de survie. » Il y a donc de nombreuses pistes pour penser ces nouveaux mots, mais de mon point de vue, certains de ces termes intraduisibles s'apparentent à des signifiants à la fois symptomatiques et créatifs, qui se relient à l'émergence d'une langue contemporaine destinée à produire du commun dans ces « hors lieux ».

Il existe également des phénomènes étranges, comme par exemple le fait que bien que je ne parle aucunement la langue arabe, je me sois néanmoins retrouvée, à l'occasion de situations d'interprétariat lors d'entretiens, à capter le sens des propos du sujet exilé. Je cite Cynthia Fiani, qui disait que « ces expériences invitent à penser autrement la barrière de la langue », car paradoxalement, le fait de ne pas parler la même langue que l'exilé devient ici un levier langagier et thérapeutique puissant ; nous entendons peut-être davantage l'intraduisible en jeu qui se met à parler via le poids des affects dans la langue et qui reforme paradoxalement du sens dans la langue. Lorsque nous nous situons en dehors d'une communauté de langue, nous attraperions autre chose que l'interprète, des bribes de souffrance sans mots, puisque nous sommes moins saisis par le poids des signifiés via la relation transférentielle. Ainsi, nous arriverions à saisir au final des éléments de sens de la langue malgré tout du fait de l'établissement de ce lien, tout en étant moins centré que le traducteur sur ce contenu, qui se voit acculé lui à devoir affronter la traduction de signifiants d'un autre, habité d'affects puissants.



Conclusion : l'interprète comme sujet-frontière

La tâche de l'interprète viserait précisément à ne pas se figer d'un côté ou de l'autre d'une langue pour ne pas favoriser ou amplifier le clivage. Car la question demeure celle-ci : comment conserver la capacité à passer d'une langue à l'autre sans basculer totalement du côté, ou de l'autre, d'un pôle identificatoire et linguistique ? Cela reste une interrogation. Je pense qu'il demeure essentiel de questionner et travailler sa posture propre afin de ne pas se figer dans l'un des pôles identificatoires présentés, mais à l'inverse, d'ouvrir des traversées, habiter un transit fécond, accompagnant, en circulant vers les langues maternelles et d'adoption, dans un déplacement opérant. L'idée vise dès lors à favoriser une zone de communication linguistique et langagière, un canal de communication ouvert pour jouer ce rôle de point focal, comme le formulait l'interprète cité auparavant.

L'ensemble des interprètes rencontrés nous a dit : « *Moi je rêve d'avoir une analyse des pratiques, un lieu où je peux parler de ça* », tous étaient d'ailleurs très enthousiastes pour parler de ce vécu-là. Ces professionnels sont en demande de formation continue, d'analyse des pratiques, pour élaborer leurs positions subjectives.

Pour conclure, je dirai que l'interprète incarne le sujet-frontière par excellence. Sujet situé au seuil des langues, aux confins des territoires linguistiques, il ouvre le passage d'une langue à l'autre. Je citerais un interprète qui disait : « *Quand tu vois quelqu'un une dizaine de fois, on commence à sympathiser avec lui [en situation de campement], il raconte ses histoires, mais il y en a qui refusent déjà de raconter, ou veulent te voir en-dehors de cette porte-là mais qui rentrent. Ils cherchent des contacts humains, on est impliqués, ils demandent pleins de chose et on est parfois obligés de faire ça en-dehors.* » Nous retrouvons de nouveau le « ça ». « *On est obligés de faire "ça" en dehors de nos horaires de travaux, genre la nuit* » et nous remarquons ici comment nous nous situons dans une praxis du seuil où la limite est mise au travail et où l'interprète va pouvoir - ou non - franchir cette frontière, qui le conduira à sortir de sa position de neutralité. Il ne s'agit pas de juger qu'agir ainsi, en dehors de sa stricte tâche d'interprète, serait « mal », mais de pointer le fait que ce franchissement peut le mettre en grande difficulté personnelle (et professionnelle). L'interprète est un sujet-frontière qui devra pouvoir disposer d'un étayage institutionnel, psychique et groupal consistant pour « tenir le coup » en traversant l'étranger, qui le conduit nécessairement au propre.



Bibliographie

Assoun, P.-L. (2016). Corps séparé, corps échoué : le sujet de l'exil. *Cliniques Méditerranéennes, Les figures actuelles de la ségrégation*, (94). Érès.

Berman, A. (1984). *L'Épreuve de l'Étranger. Culture et Traduction dans l'Allemagne Romantique*. Gallimard.

Benjamin, W. (1923). La Tâche du Traducteur. Dans *Charles Baudelaire, Tableaux Parisiens. Deutsche Übertragung mit einem Vorwort über die Aufgabe des Übersetzers*. Édition bilingue français-allemand Heidelberg : Verlag von Richard Weißbach.

Benjamin, W. (2000). *Œuvres II*. Gallimard.



● Annexe : Programme de la journée d'étude

8h45 - 9h15 : Accueil des participants

9h15 - 9h30 : Introduction

9h30 - 10h20 : « Comment prouver sa condition de réfugié ? Usages du récit et de l'expertise médicale dans la procédure d'asile »

Estelle d'Halluin, maître de conférences en sociologie, CENS, Université de Nantes

10h20 - 10h40 : Pause

10h45 - 11h30 : « La (co-)construction du récit de soi : interaction, interprétation et traduction »

Anna-Claudia Ticca, linguiste, projet Remilas

Nicolas Chambon, sociologue, projet Remilas

11h30 - 12h20 : « Effets de la violence politique sur l'interprète. Traduction et exil »

Elise Pestre, maître de conférences en psychologie, psychanalyste, CRPMS, Paris XII, ANR-LIMINAL

12h20 - 13h30 : Buffet ouvert à tous

13h30 - 15h30 : Ateliers animés par :

- **Christian Licoppe**, sociologue, Telecom ParisTech
- **Orest Weber**, linguiste, Faculté de biologie et médecine, Université de Lausanne
- **Anne-Sophie Haeringer**, sociologue, projet Remilas, co-animé avec les professionnels de l'EMPP du CHS de la Savoie
- **Vanessa Piccoli**, linguiste, projet Remilas

15h30 - 15h45 : Pause

15h45 - 16h45 : Retours des ateliers et conclusion



● Annexe : Liste indicative des publications Remilas

Chambon, N. (2019). Raconter son histoire comme personne. Les migrants et leurs récits. Le sujet dans la Cité n° 9, *Revue internationale de recherche biographique, Raconter / se raconter Dits et non-dits du récit de soi* (à paraître).

Chambon, N. (2017). L'interprétariat en santé mentale : les enjeux de la formation. *L'Autre*, 2017/3 (18), 362-368.

Chambon, N. (2018). « Aller vers »... d'autres pratiques ? (Édito). *Rhizome*, 68, 1-2.

Chambon, N. (2017). Migration et santé mentale, quelles perspectives de politisation ? *Rhizome*, 63, 90-97.

Chambon, N. (2017). L'interprétariat en santé mentale : les enjeux de la formation. *L'Autre*, 2017/3, (18), 362-368.

Le Goff, G., Maury de Feraudy, J. et Zeroug-Vial, H. (2017). Former des professionnels de santé aux pratiques avec interprète. *La Santé en action*, 448, 21-22.

Petrouchine, R. et Maury de Feraudy, J. (2019). En deçà des mots. L'ineffable dans la profession d'interprète. *VST - Vie sociale et traitements*, 141(1), 63-70.

Piccoli, V. et Jouin, E. (2018). Retour sur un dispositif innovant : utiliser des vidéos de consultations de santé authentiques dans un module d'alphabétisation pour migrants. *Le Langage et l'Homme*, 53/2, Canut et al. (Eds) *Migrants et apprentissage des langues, Pratiques innovantes et nouvelles approches en Europe et au Canada*, 75-84.

Piccoli, V., Ticca A. C. et Traverso, V. (2019, à paraître). 'Go it's Internet here' : Démarches administratives de personnes précaires ou en demande d'asile. *Langage et Société*.

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

Ticca A. C. (2017). Lay interpreters' activities and identities in medical consultations. Dans R. Antonini, L. Cirillo, L. Rossato et I. Torresi (éds), *Non-professional Interpreting and Translation: The State of the Art and Future of an Emerging Field of Research*. John Benjamins.



Ticca, A. C. et Traverso, V. (2017). Participation in bilingual interactions: Translating, interpreting and mediating documents in a French social centre. *Journal of Pragmatics* 107: 129-146.

Ticca, A. C. (2018). The interpreter's activity between complexity and simplification in psychotherapy sessions. Dans L. Anderson, L. Gavioli, F. Zanettin (éds), *TAIL: Translation And Interpreting for Language Learners: A volume of teaching/learning activities*. Studi AltLA, Bologna.

Traverso, V. (2017). Formulations, reformulations et traductions dans l'interaction : le cas de consultations médicales avec des migrants. *Revue Française de Linguistique Appliquée* (numéro spécial sur la linguistique de l'interaction) 2017/2 (Vol. XXII), 147-164.

Traverso, V. (2018). Demander de l'aide à la permanence d'accès aux droits d'un centre social : modalités de construction des requêtes. *Journal of French Language Studies*, 1-24.

Traverso, V. (2019, à paraître). Forms of participation in a mental health care consultation with a non-present interpreter. *Research on Language and Social Interaction*, 52.

Mémoires de master soutenus dans le cadre de Remilas

Benyakhlef, Y. *Pratiques de catégorisation et identités en interaction dans le cadre d'une activité de reconstruction d'un récit d'une migrante*. Mémoire de Master 1.

Blanco, C. *S'orienter et se déplacer dans sa ville d'accueil : essais de cartographie participative avec des personnes demandeuses d'asile et réfugiées*. Mémoire de Master 2.

Dauvergne, E. (2018). *Notes pour une éthique du care dans la production du savoir en milieu institutionnel : étude des effets de lieu et du travail émotionnel à partir d'une recherche de terrain*. Mémoire de Master 1.

Fontagnol, C. *L'étude de la requête en situation exolingue : interactions assistante sociale-migrants*. Mémoire de Master 2

Leavitt, P. *Malentendus entre réfugiés et leurs soignants*. Mémoire de Master 1.



Pour citer ce document : Traverso, V. (dir.) (2019). *Actes de la journée d'étude « Récits, situations et interprétations »*, organisée dans le cadre du projet de recherche ANR Remilas (Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé) le 5 octobre 2018 au Centre hospitalier le Vinatier.

Actes de la journée d'étude

« Récits, situations et interprétations »

Dans le cadre de l'ANR Remilas (Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé)

Journée d'étude organisée le vendredi 5 octobre 2018
au Centre hospitalier le Vinatier (Bron)

Sous la direction de :

Véronique Traverso, directrice de l'ANR Remilas

Halima Zeroug-Vial, directrice de l'Orspere-Samdarra

Avec le soutien de :

L'Agence nationale de la recherche (ANR),
Programme Flash Asile (2016/2019).