

## **Langage et contexte : effets de construction dans divers services hospitaliers**

**Andreina D'ONOFRIO\***, **Laurent GAJO\*\***  
& **Maria Eugenia MOLINA\*\*\***

### **1. LIMINAIRE**

A l'instar d'autres institutions, l'hôpital fonctionne selon un rituel spécifique dont les mises en scène sont communément partagées tant par les acteurs sociaux « internes » aux structures (soignants, personnel social et administratif, patients hospitalisés, etc.) que par les usagers « externes » (visiteurs, futurs patients). Ainsi, la vie hospitalière est régulée par une série de codes dont le sens semble transparent pour l'ensemble des acteurs sociaux, qui différencient apparemment sans effort particulier le territoire des soins du territoire civil. Nul, donc, ne paraîtra s'étonner de la présence de blouses blanches dans les couloirs hospitaliers, alors que leur présence dans un autre contexte brouillerait les règles de lecture et remettrait en cause les comportements des acteurs engagés dans pareille situation.

Pourtant, si cette remarque générale semble convenir à une vision globale du champ institutionnel, elle ne paraît guère convenir à une observation de type « micro », s'intéressant non plus à l'ensemble mais à ses parties, et avec un regard dynamique sur les processus en cours et non statique (sur les produits). Ainsi, il faut constater que les mécanismes et les rituels régulant la vie hospitalière sont parfois

---

\* HE-ARC

\*\* Universités de Genève et de Lausanne

\*\*\* Université de Lausanne

flous ; or, plus un système de règles est flou, plus il peut faire émerger des malentendus et des ambiguïtés, voire même des « moments inconfortables » dans le bon fonctionnement du quotidien hospitalier. Au plan linguistique, ces séquences se traduisent notamment par la négociation des rôles (soignant vs patient), mais aussi celle des territoires (thérapeutique vs civil).

De telles négociations ne relèvent d'ailleurs pas seulement de moments d'inconfort ou de malentendu, mais d'un facteur ordinaire de régulation sociale propre à la rencontre entre individus peu familiers les uns aux autres. Une institution comme l'hôpital, par les rôles qu'elle prévoit, les scénarios de prise en charge programmés, propose un cadre qui permet un fonctionnement quasi immédiat et se dispense de certaines négociations, même si les zones de négociation demeurent, variablement selon les services, et offrent des observables intéressants pour le linguiste.

Dans les lignes qui suivent, nous allons examiner le processus de construction ou d'activation du contexte interactionnel dans divers services hospitaliers ou parahospitaliers, en mettant en évidence le caractère central du langage dans ce processus.

## 2. CONTEXTUALISATION, COMMUNICATION ET ORIENTATION DE L'ACTIVITE

Nous pouvons partir de l'hypothèse que le territoire hospitalier se distingue considérablement du territoire social, avec lequel il est en rupture. Pour les soins à domicile, on peut parler dans ce sens-là de **territoire moins (pré)défini**, pouvant constituer une sorte d'intersection. A l'inverse, pour les hospitalisations en psychiatrie, souvent longues et répétées, on pourrait reprendre la désignation d'*institution totale* (Goffman, 1968). Toutefois, ce type de prise en charge transforme souvent l'hôpital en lieu de vie, avec une fonction de coordination entre les territoires thérapeutique et social.

La définition du contexte est donc prioritaire pour comprendre les dynamiques à l'oeuvre dans un lieu de soins, pour identifier les potentialités (utilisées ou non), les incontournables, les malentendus. Pour entrer immédiatement dans le coeur du problème, nous tenons à

poser deux définitions du contexte (cf. par exemple Cicourel, 1987; cf. aussi Gajo & Mondada, 2000, pour plus de détails) :

– **définition externe**

Le contexte est vu dans sa matérialité, son objectivité, comme quelque chose de donné indépendamment des actions qui s'y déroulent ; nous pouvons parler de *domaine*, en tant que lieu déterminé par des règles symboliques ou déclarées ; les acteurs s'y repèrent par rapport à leur statut et sont susceptibles d'accomplir certaines tâches (prescrites).

– **définition interne**

Le contexte est vu, subjectivement, à travers les actions qui s'y déroulent, il est construit ou activé par les acteurs en présence, de façon conjointe, partagée ou non ; nous pouvons parler de *cadre*, par lequel les acteurs, identifiables en termes de rôles, donnent du sens à leurs tâches tout en les réalisant (tâches réelles).

Certaines interactions se caractérisent par une grande **convergence** entre le domaine et le cadre (on parlera de contexte activé), d'autres par une grande **divergence** (on parlera de contexte construit). Dans le premier cas, l'on configure l'interaction selon un scénario immédiatement disponible, prototypique, ce qui se prête particulièrement au traitement de situations d'urgence. En revanche, l'on peut imaginer que l'intervention aux soins à domicile relèvera plus facilement du deuxième cas.

Déterminer le cadre et son lien au domaine représente un enjeu capital pour la compréhension de l'interaction et des tâches soignantes. Cette démarche exige le repérage d'indices, nommés par Gumperz (1992) « **indices de contextualisation** ». Ces indices sont pour la plupart verbaux, car la coordination des actions de soins passe beaucoup par le discours. Les repérer aide le chercheur à mieux comprendre une pratique, le professionnel à mieux l'évaluer et le praticien à mieux la gérer et l'interpréter.

Nous allons montrer quelques exemples de ces indices qui, parfois subtilement, configurent, par le discours, le contexte dans des rapports variables avec le domaine.

Premièrement, les **adverbes déictiques** (renvoyant directement au contexte effectif) peuvent se révéler riches d'enjeux. Par exemple, dans un de nos prélèvements aux soins à domicile<sup>1</sup>, le patient dit à l'infirmière *c'est vous le chef ici*. Il est bien évident que «ici» renvoie au contexte spécifique du soin, ou alors au domaine hospitalier (en l'occurrence absent), mais cela peut aussi donner lieu à ambiguïté. Dans un autre exemple, relevé dans un service d'admission en psychiatrie, le patient s'exprime de la manière suivante:

P           accepter ce qui se passe autour . parce que moi je ne suis pas  
                  tellement habitué à faire des concessions . mais bon **ici** j'en fais ça  
                  vient automatiquement ici . j'en fais parce que mais en général je  
                  fais pas de concessions [...] <sup>2</sup>  
(E-ADM2.1)

L'adverbe déictique sert à baliser clairement le territoire et à l'opposer à son extériorité. Par la même occasion, il montre que ce territoire implique des comportements évidents qui, pourtant, sont exclus du territoire ordinaire. On retrouve l'idée de contexte activé à travers l'adverbe *automatiquement*.

Deuxièmement, nous pouvons nous intéresser à la **réciprocité** des questions et des réponses et, dans ce cadre-là, à l'homogénéité (ou l'hétérogénéité) des **registres** de langage. Toujours aux soins à domicile et dans le même prélèvement que ci-dessus, le patient répond de la façon suivante à l'infirmière:

<sup>1</sup> Les données de cet article sont issues du projet DORE 101035 (FNS, CTI et fonds privés : Services psychiatriques du Jura Bernois et de Bienne-Seeland, Hôpital du Jura Bernois et Service d'aide et de soins à domicile de Tavannes et de Sonceboz/Petit-Val).

<sup>2</sup> Conventions de transcription

/\	intonation, montante et descendante
LE	accent d'insistance
:	allongement de la syllabe
. . . . . (3 sec.)	pauses plus ou moins longues
[	chevauchement ou enchaînement rapide
X	segment non compris
(le?)	transcription incertaine

Inf      comment va votre moral  
 P      [...] pour vous aussi/  
 (P-SAD1.1)

La question de l'infirmière n'attend pas forcément la réciproque du patient, contrairement à une conversation ordinaire où il s'agirait d'un échange de civilités. En renvoyant sa question à l'infirmière, le patient contextualise ainsi l'interaction dans un cadre social plus que thérapeutique ou hospitalier.

Inf      vous aimez ce shampoing  
 P      j'aime tout de vous  
 (P-SAD1.1)

Ici, la réponse est tout simplement en rupture avec la question. La possible ironie ou le probable humour de cette réponse ne concourent pas à la clarification du contexte et peuvent entretenir des ambiguïtés plus ou moins persistantes.

Troisièmement, il est souvent significatif de se pencher sur les **énoncés de politesse ou de justification**, plus ou moins ritualisés, variables d'un territoire à l'autre et susceptibles d'assumer diverses fonctions. Ainsi, l'on trouve à l'hôpital des énoncés rituels comme *j'ose juste vous demander* ou *je vous emprunte votre bras*. Ces énoncés sont toutefois plus présents en cas de problème, et peuvent appeler une contrepartie intéressante des patients, comme dans la séquence suivante:

Inf      ya votre veine qui a cassé ... ya votre veine qui a cassé j'dois  
 repiquer encore un tube . **j'suis désolée** [...] ouais ouais elle se  
referme ya pas de problème (8 sec.) elles sont toutes fines hein/  
 [...]  
 P      ouais il est **même pas bleu encore** . **c'est pas si grave** j'crois  
 (P-ACC1.3)

La bévue de l'infirmière appelle des excuses, une réduction de la gravité de l'erreur et une justification. Dans un contexte social ordinaire, une reconnaissance d'erreur et des excuses impliquent automatiquement un *feedback* (renforcement) positif de la part de l'interlocuteur, comme c'est le cas ici. Mais, dans une relation professionnelle, ce renforcement peut mettre le bénéficiaire en position de force

(le patient démontre d'ailleurs explicitement son expertise ici) et jouer dangereusement avec l'asymétrie constitutive de ce type de relations.

Par ailleurs, le rituel de politesse peut constituer un indice fort du scénario propre à une certaine tâche et/ou à un certain contexte, comme ci-dessous:

- 96Inf    voilà\ ... voilà (10 sec.) c'est **un peu** froid je désinfecte hein  
 97P      c'est **pas tellement** froid **ça va**  
 [...]
   
100Inf    j'veus avertis quand même  
 101P      oui  
 102Inf    je pique  
 103P      **c'est très gentil**  
           (P-ACC1.3)

Dans cet échange, le patient semble traiter le rituel de politesse de l'infirmière comme relevant du territoire social ordinaire, alors qu'il relève d'un scénario hospitalier. La simple **verbalisation** de certains actes de soins, rendue obligatoire dans l'éthique professionnelle, assume une fonction de préparation et donc, au sens large, de politesse. Elle n'appelle pas de réaction verbale du patient. Pourtant, dans un élan de bienveillance, le patient réagit et renforce positivement les précautions de l'infirmière. Après explicitation du rituel par l'infirmière en 100 (*quand même* renvoie à l'idée de contexte activé présentée plus haut), le patient commente encore (103) en semblant inscrire les règles de l'interaction dans un contexte social ordinaire. On peut avoir affaire dans ce cas-là à un profil particulier de patients, que nous pourrions qualifier d'experts ou de stoïques et qui semblent pouvoir et/ou vouloir se déjouer des rituels propres à la prise en charge hospitalière.

Nous pourrions nous pencher sur bien d'autres indices, comme les instances énonciatives («je» vs «on» vs «nous»), mais nous contentons de ceux-ci pour le moment. Nous souhaitons toutefois illustrer plus extensivement ces problèmes de contextualisation à travers l'analyse d'une séquence plus longue, tirée des soins à domicile, où le contexte est davantage construit qu'activé:

- 1Inf      (8 sec.) voilà ... est-ce-que c'est mieux/ allé après quand on a mis plus de crème

- 2P        ah oui c'est mieux c'est BEAUCOUP mieux  
 3Inf      d'accord  
 4P        c'est ça qui manque  
 5Inf      ben alors là c'est formidable heureusement que vous l'avez dit .  
            hein sans vos indications ben voilà quoi j'peux rien faire hein/ . et  
            ça continue d'aller bien\  
 6P        oui . ça dépend toujours . de l'infirmière  
 7Inf      oui . mais c'est VOUS qui devez dire à tous les membres de  
            l'équipe qu'il faut mettre BEAUcoup de crème  
 8P        oui oui . OUI il y en a qui en met beaucoup et puis il y en a  
            d'autres qui: qui pensent qu'ils en mettent beaucoup mais qu'ils  
            n'en mettent quand même [pas assez  
 9Inf      [pas assez . mais vous pouvez vous permettre de nous dire/ que ce  
            n'est pas assez [...]  
 10P      j'ai toujours peur de commander  
 11Inf     non c'est VOUS qui avez mal après ce n'est pas nous  
 12P      (en riant) ça c'est vrai  
 13Inf     alors c'est ça qui est important hein/  
 14P      oui ça c'est vrai  
 15Inf     d'accord/ alors je vais fermer la fenêtre  
            (P-SAD1.3)

Aux soins à domicile, le contexte (thérapeutique vs social) est moins prédéfini, ce qui peut donner lieu à divers ajustements. Nous retenons ici la dialectique intéressante de **verbes de modalité** comme «pouvoir» en 5 (*j'peux rien faire*) et «devoir» en 7 (*devez dire*), mais aussi de verbes comme «permettre» en 9 et «commander» en 10.

Si les rôles (droits et devoirs) se négocient, il faut remarquer ici que c'est l'infirmière qui donne le droit à la négociation et semble garder ainsi la position dominante dans cette interaction et donc dans ce contexte. En revanche, si elle prend le droit de fermer la fenêtre (gestion de l'espace privé de la patiente), elle **verbalise son acte** en 15 et le soumet ainsi au contrôle de la patiente. Ce cas de figure se révèle particulièrement intéressant, car il constitue une sorte de **moyen terme entre le typique contexte hospitalier et le typique contexte social**. En effet, si la soignante avait bénéficié de son plein pouvoir, elle n'aurait pas forcément verbalisé son acte mais, en revanche, si elle avait été soumise à l'autorité exclusive de la patiente, elle aurait demandé l'autorisation de fermer la fenêtre. Ces **détails**, souvent imperceptibles dans le feu de l'action, représentent

des enjeux capitaux dans le déroulement de l'interaction et la réussite des soins. De façon générale, la gestion de l'espace et du temps donne lieu à de nombreuses thématisations. Dans le chapitre qui vient, nous analysons certaines scènes de la prise en charge et de l'interaction en milieu hospitalier avec le même souci du détail et une volonté plus systématique de comparer différents services.

### 3. CONTEXTUALISATION, SCENES ET SCENARIOS : COMPARAISON ENTRE LES SERVICES

Dans les lignes qui suivent, nous allons tenter une approche comparative de certains des services de soins observés, à savoir les urgences, les admissions ambulatoires et les soins à domicile (nous aborderons la psychiatrie séparément, dans le chapitre suivant). Nous les appréhenderons en termes d'espace d'action à l'intérieur desquels les partenaires de soins, comme dans un **théâtre défini par un décor**, interprètent des **scènes** et jouent des **rôles** structurés par des **scénarios**.

Selon Goffman (1967), dans toute interaction sociale, chaque individu joue au moins deux rôles : le sien, en tant qu'être social reconnu comme tel, et celui d'interactant lorsqu'il répond à certaines contraintes en lien avec la situation ou le domaine pour lesquels il est concerné. Ces deux rôles n'ont certainement pas la même prégnance dans les différents services (ils se concurrencent fortement dans les soins à domicile et en psychiatrie, par exemple). La réflexion quant au rôle nous fera revenir sur la notion de territoire tout comme sur les relations qu'il nous semble pouvoir établir entre contextes et processus d'hospitalisation.

#### LES URGENCES

Dans le territoire hospitalier, l'infrastructure organise des espaces de soins distincts correspondant à la nature des prestations fournies. Les urgences constituent la voie d'accès prévue pour les problèmes de santé imprévus, incertains et inconnus, réclamant une disponibilité constante du personnel soignant. Sur un plan structurel, dans le service que nous avons observé, l'accès aux urgences est assuré par

deux voies, soit par l'entrée principale de l'hôpital soit via une porte automatique donnant sur l'extérieur, se trouvant dans la zone de stationnement de l'ambulance. L'unité de soins se présente comme une salle (box) contenant deux brancards séparés par des rideaux et par une table faisant office de bureau. Le décor comporte des armoires, mais le matériel technique reste visible. Enfin, la porte donnant sur le couloir est rarement fermée.

Cette configuration tend à conditionner fortement l'engagement de chaque interactant, d'autant que les prises en charge y sont cadrées par une procédure institutionnalisée, particulièrement rigide et répétitive<sup>3</sup>. Celle-ci définit l'enchaînement et la répartition des activités soignantes attribuées aux différents professionnels (**scénario**). Elle constitue un **réfèrent normatif**, qui doit s'activer dans toute prise en charge passant par ce circuit.

128 B bon il y a aussi un : .. des protocoles d'entrée puis ça hein ben on n'y échappe pas trop et heu c'est vrai que parfois en fonction de quand date la : la dernière hospitalisation il y a des examens qui vont de toute façon se refaire et puis heu voilà (E-URG1.2)

---

3	Infirmière	Accueil du patient
	(+médecin si urgence)	Installation
	Infirmière	Ta, pouls, T°, ECG
	Médecin	OM prise de sang
		OM radiographie
	Infirmière	Pose de voie veineuse
		Prise de sang selon routine + OM
	Infirmière	Apporte le sang au laboratoire
	Infirmière	Transport du patient en radiologie
		Retour de radiologie
	Infirmière	Anamnèse infirmière
		Facturation infirmière
	Médecin	Anamnèse médicale
		Ordres médicaux
		Feu vert pour mettre en chambre
	Infirmière	Exécute les OM urgents
		Transport du patient dans le service
		Rapport à l'infirmière du service

Ce scénario de prise en charge **instrumentalise** beaucoup l'interaction entre le soignant et le patient. L'infirmier joue son rôle en enchaînant deux scènes dans la rencontre. La première focalise l'attention sur la coordination des mouvements des patients et du soignant pour et pendant l'utilisation des instruments de mesures diagnostiques (cf. scène I ci-dessous). La deuxième situe l'échange dans un processus d'ajustement des perceptions afin de construire une représentation pertinente du problème de « l'urgence » (cf. scène II ci-dessous).

### *Scène I (P-URG1.2bis)*

- 1Inf1 j'veais vous donner une chemise/... et pis vous allez vous déshabiller\. voilà j'veus laissez faire\  
 2P1 merci  
 3Inf1 alors voilà/ . on va mettre un ... on va couvrir un p'tit peu [que vous soyez plus présentable comme ça  
 4P1 [merci  
 5Inf1 alors on va prendre un p'tit coup la pression/  
 6P1 mh mh  
 7Inf1 (X) les paramètres . la pression les pulsations la température .. on va prendre [tout ça  
 8P1 [ce matin j'avais trente-sept deux  
 9Inf1 mh mh  
 10P1 avec le p'tit . l'appareil bip  
 11Inf1 vous avez déjà eu une prise de sang/ce matin/  
 12P1 oui juste avant

Après une première phase de coordination, on trouve, à partir de 5, des phénomènes d'annonce, qui servent en fait à baliser le scénario (« on va prendre », suivi d'un effet d'énumération en 7). La parole du patient semble réduite à une fonction essentiellement phatique, sauf en 8, où il anticipe certains éléments du scénario, que l'infirmier rendra pertinent dans la deuxième scène, mais qu'il n'intègre pas vraiment dans l'immédiat (« mh mh » en 9).

### *Scène II (P-URG1.2bis)*

- 18Inf1 cent cinquante-sept . nonante-et-un . et quatre-vingt-six de pulsations . [ça vous va/  
 19P1 [ouais . pour moi oui  
 20Inf1 d'accord alors si ça vous va [moi ça me va

- 21P1 [j]les compte pas tous les jours (11 sec.) j'prends depuis samedi  
matin j'ai pris des Nocosi-\* 400
- 22Inf1 mh mh
- 23P1 une le matin une le soir
- 24Inf1 d'accord
- 25P1 et pis euh .. hier et avant-hier j'étais plutôt complètement bloquée  
(dopée?) dans le bas du ventre et pis . [et pis
- 26Inf1 [c'est quand vous urinez ça vous fait mal/
- 27P1 euh . plutôt quand je vais à selles alors [c'était
- 28Inf1 [ouais
- 29P1 y avait plus rien qui allait . j'ai plus eu besoin d'uriner j'ai plus:  
plus pu euh .. [aller à selles
- 30Inf1 [et là vous avez mal/ en ce moment/
- 31P1 pour l'instant ça va bien
- 32Inf1 plus mal (X) vos douleurs là/
- 33P1 j'ai . encore rien mangé aujourd'hui
- 34Inf1 c'est quand vous mangez que ça fait mal/
- 35P1 non mais euh .. quand ça devrait partir
- 36Inf1 ah
- 37P1 c'est: c'est là que ça fait mal
- 38Inf1 d'accord

Dans chacune des deux scènes, la quasi-absence de savoirs partagés met provisoirement le patient en situation de composer son rôle à partir d'un certain nombre de règles que la nature des échanges tout comme l'action en cours font émerger (scène I : changement d'habit en 1, préservation de l'intimité corporelle en 3, examens de routine à partir de 7 ; scène II : dès le tour 18, ouverture cadrée sur le savoir que seul le patient détient : ses sensations).

Dans les deux cas, mais surtout dans la première scène, l'aspect **routinier** est particulièrement évident (« un p'tit coup » en 5, « on va prendre tout ça » en 7, absence de lien thématique avec les propos du patient de 8 à 11). Si la deuxième scène semble faire plus de place aux propos du patient, elle propose d'emblée une lecture dirigée par un objectif préétabli, à caractère médical. En effet, en 33 et 34, l'information « j'ai encore rien mangé aujourd'hui » est d'emblée utilisée par l'infirmier comme une circonstance de manifestation de la maladie.

Le domaine influe donc considérablement sur le cadre de l'interaction (contexte activé), en déclenchant des tâches prescrites et

en « habillant » automatiquement le nouvel arrivé de sa chemise de patient, ce qui renforce le caractère **rituel** du scénario.

## LES ADMISSIONS AMBULATOIRES

Ce service est un lieu de passage se déclinant, dans le cas de notre terrain, en deux sous-ensembles, les admissions (accueil, examens de routine et orientation vers un service) et les consultations (soins périodiques, examens et préhospitalisation).

Les personnes qu'il accueille sont identifiées comme des « patients électifs », contrairement aux urgences. Cette catégorisation institue un **habitus** : les soins sont programmés et la personne vient sur rendez-vous pour une durée déterminée. Nous allons voir, plus bas, que cet espace de « passage » aux contours plutôt bien définis du point de vue de l'institution hospitalière, est moins lisible, notamment en raison du cadrage situationnel, pour le patient.

Dans l'exemple ci-dessous, les deux interactants connaissent la finalité de la prise en soins et, dans les premiers moments de la rencontre, deux scripts sont activés (l'infirmière présente l'offre en prestation, alors que le patient détient un « savoir sur » qu'il active rapidement).

### *Scène I (P-ACC1.3)*

- 0Inf1 alors BONJOUR\ euh j'vais faire: on va vous faire quelques examens/ j'vais vous faire un électrocardiogramme
- 1P a::h
- 2Inf1 c'est les examens d'entrée . une prise de sang/ j'vous demanderais aussi de prendre euh si vous pouviez: si vous pouviez uriner vous me le dites parce qu'on doit aussi faire un examen avec les urines et pis ensuite y aura aussi une radio je pense du thorax . faudra qu'on voie avec les médecins . et puis euh on va faire ces examens gentiment\ le médecin va venir vous voir\ . et puis ensuite on vous mettra dans une chambre\ ça joue comme ça/
- 3P oui
- 4Inf1 extra\ . alors je vais commencer par l'électrocardiogramme/
- 5P oui . ça je connais
- 6Inf1 **vous connaissez**
- 7P je connais même TOUT là . parce qu'ya: j'crois que c'est la SI:::xième fois que je viens opérer

- 8Inf1 oh d'accord ouais  
 9P (rit) ouais j'avais là . la première fois c'était ici  
 10Inf1 **oui**  
 11P j'ai mis dans une (X) engrenage  
 12Inf1 **ouh la**  
 13P j'ai . été dans une laiterie pis je: on a avalé le beurre avec la machine\pis comme c'était chaud ce beurre est un peu so-: sorti un peu pis j'veux vite un peu (X) pis ça m'a arraché le coin d' (X) là  
 14Inf1 **ouh la ouais**  
 15P là il est: celui-là il est  
 16Inf1 **ya plus de (X) ah ouais**  
 17P (X) plus court . on m'a arraché le tendon  
 18Inf1 **mais vous en avez déjà eu des choses/**

Le côté programmé et routinier de la prise en charge ressort d'emblée : l'infirmière balise le scénario en précatégorisant les actes de soins qui vont suivre comme relevant d'examens (0) et, plus précisément, d'examens d'entrée (2). Sur cette toile de fond s'instaure un va-et-vient entre activité de cadrage et activité de relations dans le cours de l'action. La première permet d'accomplir les soins prévus (système de politesse pour accéder au corps, sollicitation de la collaboration du patient) et la seconde confirme la personne dans sa singularité (validation des propos et maintien du thème de l'échange). Il s'instaure entre les deux activités une sorte de tension, et elles demeurent dans un rapport de « juxtaposition enchâssée » plutôt que d'intégration (cf. scène II). La lecture de cette scène propose ainsi un **double scénario** et, partant, une double contextualisation, avec, d'un côté, les exigences émanant du domaine (temps/soins, tâches prescrites) et, de l'autre, la relation à un patient qui signifie son expertise. On peut établir un lien avec la distinction de Kattan-Farhat (1993) entre **scénario technique** et **scénario relationnel**, les deux étant ici assumés alternativement par une même personne, l'infirmière.

### *Scène II (P-ACC1.3)*

- 25P (X) ça me rappelle quand j'étais à Berne  
 26Inf1 au début ouais  
 27P ils appellent . le jour après ils ont dit “ voilà ya à Zurich qui ont opéré hein qui (X) paralysé en bas . c'était toi/ là j'sais pas hein qui... ”

- 28Inf1 ouais ouais qui: qui commençait de faire (X) ça ouais ouais . j'ose juste vous demander d'enlever votre montre s'il vous plaît
- 29P a:::::h
- 30Inf1 c'est pour que je puisse coller les: les électrodes (5 sec.) alors c'était . ouais au début encore expérimental que vous avez eu cette opération/
- 31P ouais
- 32Inf1 (4 sec.) on va brancher tout ça/
- 33P (X) mal (X) à ce que j'avais l'habitude
- 34Inf1 oui
- 35P (rit)
- 36Inf1 c'est le dernier: le dernier cri
- 37P sûrement
- 38Inf1 (6 sec.) voilà
- 39P mais aujourd'hui ça doit être: y fait des choses incroyables
- 40Inf1 ouh ça a: ça a bien évolué ouais la médecine j'ose vous demander votre bras/. super\ alors vous le mettez le long du corps comme ça/ parfait\ . non non ça a bien évolué
- 41P (X) non fait des choses . le dernière mois . c'est le mois passé c'est mon fils qui était à ch-: travaillait à Chaux-de-Fonds dans une home/
- 42Inf1 ouais
- 43P c'était la cuisinier

Tandis que le patient mobilise des activités d'engagement pour investir son rôle, l'infirmier utilise des activités de régulation pour s'accommoder des « débordements » du patient tout en continuant à réaliser ses tâches. Un enchevêtrement s'installe, et l'infirmière se montre plus perméable aux activités et au discours du patient, malgré un effet persistant de juxtaposition thématique. Il en résulte une certaine **ambiguïté** contextuelle. En fonction de la lecture que les acteurs font des raisons justifiant leur présence dans le contexte, deux cadres d'accueil sont activables pour deux réalités situationnelles :

1. La personne est accueillie en tant que client pour des soins ponctuels (ambulatoire) ou en tant que futur patient dans le cadre d'une consultation (processus d'hospitalisation « discontinu »). Le scénario de la prise en soin s'organise alors selon une ouverture et une fermeture identifiées et identi-

fiables par les deux acteurs. La prestation est définie et constitue une « parenthèse » dans le quotidien de la personne.

2. La personne est accueillie en tant que futur patient dans le cadre d'une admission (processus d'hospitalisation « continu »). Dans ce cadre, il y a ouverture et fermeture de la prise en soin pour l'infirmière. En revanche, pour le patient, le processus d'hospitalisation est en cours, il reste ouvert.

Dans le prélèvement étudié, l'infirmière semble activer le cadre 1 tout en verbalisant en 2 « on vous mettra dans une chambre », tandis que le patient semble activer le cadre 2 au fil de ses tours de parole (il raconte des expériences, expose ses savoirs). Il est toutefois difficile de dire si l'on a affaire à une double contextualisation (comme précédemment) ou à un malentendu contextuel.

## LES SOINS A DOMICILE

Dans ce cas, l'institution n'a pas de contours bien lisibles comme à l'hôpital (cf. Yanaprasart, ici même). En d'autres termes, le prestataire entre dans un **territoire dépourvu d'un décor stable et immédiatement repérable comme territoire de soins**. Les espaces, le temps et les moyens qui sont dévolus aux actions soignantes sont à définir et à stabiliser entre prestataire et client. Cela passe par des activités de **régulation** et de **cadrage**, destinées à signifier la fonction de chacun dans l'action en cours sur une scène donnée.

Dans le processus de prestation, l'entrée dans un milieu de vie s'appuie sur des **rites** admis dans les relations sociales. La personne reçoit, elle accueille les prestataires, elle est le client.

### *Scène I "territoire de vie" (P-SAD1.3)*

- |       |  |
|-------|--|
| 1Inf  | ( <i>Frappe à la porte</i> ) bonjour madame T. |
| 2P    | bonjour/                                       |
| 3Inf  | ça va/   |
| 4P    | ça va  |
| 5Ch   | bonjour comment allez-vous/                    |
| 6P    | ça va . on va fermer quoi\ (bruit de porte)    |
| [...] |  |
| 10P   | oui alors on monte                             |

- 11Inf on monte . on vous suit/ (*rires*)  
 12Inf d'accord  
 13P je crois je vous laisse monter en premier  
 14Inf on va d'abord/  
 15P [oui  
 16Inf et vous suivez à votre aise  
 17P oui

Toutefois, l'entrée admise dans le territoire du patient et l'existence d'un rapport régulier ne donnent pas d'office accès aux divers lieux privés. Des situations insolites (cf. scène II, acte 1, tour 20) peuvent reposer la question du droit d'entrer dans des espaces de soin antérieurement définis (scène II, acte 1, tour 19 : rite d'accès ; tours 22 à 26: rite de réparation).

*Scène II "espace de soins 1" (P-SAD 1.3)*

*Acte 1 "chambre"*

- 19P c'est ici  
 20Inf mais (soupir) (fermeture de la porte) je sais plus où sont vos chambres (*rires*) quand toutes les portes sont fermées je ne les trouve plus/  
 21P ah voilà il y en a BEAUcoup  
 22Inf mais vous savez pourquoi madame T. votre lit est ouvert là puis d'habitude il est tout fermé  
 23P ah oui  
 24Inf je me suis dit je suis entrée dans votre chambre à coucher  
 25P j'oublie de le faire  
 26Inf (3 sec.) mais laissez-le ce n'est pas si grave

Lorsque le soin s'engage, une redéfinition des rôles apparaît (scène II, acte 2 : tours 50 à 53; scène III, acte 2). Les individus réajustent leurs rôles autour de la finalité de la tâche en cours (le client devient patient, le prestataire devient infirmier). Par la suite, l'entrée dans des espaces privés tend à reposer sur des implicites (scène III, acte 1), alors que la régulation des fonctions s'accroît (cf. scène III, acte 2).

**Scène II "espace de soins 1" (P-SAD 1.3)****Acte 2 "soins"**

- 47P      alors il y a le le . l'orteil/ qui . qui a des plaies là  
 48Inf    celui-ci/  
 49P      oui  
 50Inf    (2 sec.) on va le regarder alors/  
 51P      oui je vous demande . si vous pouvez regarder  
 52Inf    (3 sec.) vous voulez enlever les deux côtés/ le collant  
 53P      oui s'il faut regarder  
 54Inf    VOilà (8 sec.)

**Scène III "espace de soins 2" (P-SAD 1.3)****Acte 1 "salle de bain"**

- 88Inf    et puis on regardera sur le dessin (3 sec.) voilà ça va aller pour  
           vous lever/  
 89P      oui oui ça va  
 90Inf    vous allez à votre aise hein/ (18 sec.)  
 91P      je crois qu'il faut  
 92Inf    [mettez-la comme vous avez/ . comme ça va le mieux pour vous  
           hein/ (bruits d'eau, 10 sec.)

**Acte 2 "soins"**

- 100Inf   d'accord on chronomètre/ .. (rires)  
 101P    (3 sec.) la course/  
 102Inf   non ce n'est pas la course . on chronomètre pour être sûr de  
           doucher le temps qu'il faut . je ne suis pas pressée  
 103P    oui oui  
 104Inf   (3 sec.) c'est comme je vous l'avais expliqué hein/  
 105P    [oui oui

Notons en passant le caractère quelque peu paradoxal du rapport au temps dans le tour 102. En même que l'infirmière thématise le caractère (pré)cadre du temps (un soin demande en principe un temps déterminé), sa simple verbalisation, et le fait qu'elle pourrait réaliser le soin plus vite en cas de hâte plaident pour une certaine élasticité du temps.

Lorsque l'infirmière évalue auprès de la personne le fonctionnement de la structure de maintien à domicile (cf. scène III, acte 4), elle ouvre le soin sur les conditions ainsi que sur les moyens

personnels et sociaux de vivre chez soi. La prestation se centre sur les ressources du lieu de vie. Ces moments, bien que balisés par un scénario à caractère professionnel, permettent une plus grande ouverture thématique (amorces du type « vous savez », 167), qui peut parfois déboucher sur une conversation à bâtons rompus, où les rôles des partenaires sortent même de la paire prestataire/client, qu'ils assument ici.

Par ailleurs, aux soins à domicile, la mise en place d'un contexte de soins passe régulièrement par la thématisation même du contexte (ou du domaine ; cf. scène III, acte 3).

### *Suite scène III (P-SAD 1.3)*

#### *Acte 3 "discours sur"*

- 135P ah oui c'est pratique  
 136Inf heureusement qu'il existe tous ces moyens auxiliaires à la maison  
 137P ah oui vous savez que je suis très contente d'avoir ces services  
 138Inf heu heu/  
 139P c'est vraiment c'est vraiment très très important  
 140Inf qu'est-ce que ça vous permet à vous  
 141P pardon/  
 142Inf qu'est-ce que ça vous permet/ à vous  
 143P ah je peux rester à la maison/  
 144Inf heu heu/ . et ça c'est important pour vous hein/  
 145P ça c'est important c'est sûr

#### *Acte 4 "réseaux-structure"*

- 160Inf vous êtes sûr/... vous avez pu avoir les aides familiales  
 161P XXX  
 162Inf d'accord heu heu/ d'accord et puis pour vos commissions ça joue aussi/  
 163P ça joue aussi  
 164Inf ça a été fait/ ça  
 165P oui ça a été fait  
 166Inf d'accord vous vous êtes pas retrouvée avec le frigo tout vide  
 167P oh non . vous savez/ c'est mon fils qui s'occupe de moi

De manière générale, les soins à domicile développent leurs prestations à travers un **scénario multi-scènes** (divers espaces-temps de soins, variété de rôles), où les acteurs en présence tendent à agir au moyen de deux paires de rôles au moins : patient/infirmier et

client/prestataire. Ceci peut déboucher sur des ressources interactionnelles et thérapeutiques importantes, mais rend par là même le travail des acteurs plus complexe.

La comparaison de ces services tend à montrer que les pratiques se déroulant à l'hôpital s'appuient sur une culture institutionnelle (contexte activé) plus que sur une culture strictement professionnelle, alors que les pratiques hors institution laissent davantage s'exprimer la culture professionnelle (contexte construit). Le tableau suivant tente de récapituler les caractéristiques de ces différents services.

Paramètres	Urgences	Admission / ambulatoire	Soins à domicile
Territoire	De soins	De soins	De vie et de soins
Acteurs	Infirmier – patient	Infirmier – patient (Prestataire – client)	Infirmier – patient Prestataire – client
Espace	Prédéfini/imposé	Prédéfini/imposé	Co-défini/négocié
Temps	Structuré	Préstructuré	Co-structuré
Tâches	Déterminées	Prédéterminées	Co-déterminées

Si autant aux urgences qu'à l'admission/ambulatoire le contexte semble activé, il l'est pour des raisons différentes. Dans le premier cas, il s'agit de déclencher le protocole le plus adéquat sur la base d'indices « objectifs » immédiats ; dans le second cas, le protocole lui-même est fixé à l'avance, les tâches à exécuter étant connues. Ceci n'empêche toutefois pas, comme nous l'avons vu, une différence de perception et de contextualisation entre patient et soignant.

#### 4. LA PSYCHIATRIE : QUEL TERRITOIRE DE SOINS ?

Les services d'admission en santé mentale se trouvent évidemment à l'intérieur de l'institution hospitalière et ne se présentent donc pas comme un service des soins à domicile. Pourtant, les hospitalisations souvent longues et répétées ne s'accommodent que difficilement de contextes activés, laissant une place non négligeable à la négociation.

En fait, en psychiatrie, la **négociation du cadre** de soins se présente comme un enjeu en soi, thérapeutique et symbolique. Le langage y joue un rôle central, contribuant à un positionnement de type « méta ».

Les prélèvements ainsi que les entretiens effectués en psychiatrie constituent un lieu privilégié pour l'analyse du dysfonctionnement du rituel définissant le territoire des soins, car il s'agit ici d'un territoire de soins au sein duquel les repères hospitaliers ne relèvent pas forcément de l'évidence. Pour en montrer quelques caractéristiques, nous nous arrêtons sur un entretien psychiatrique entre un infirmier du service en question et un patient, ayant pour but de dresser un bilan de l'hospitalisation de ce dernier. Cette rencontre précède la sortie du patient et son retour au monde civil après une interruption de quatre semaines. Notre analyse montrera les problèmes de cadrage en mettant en évidence, notamment, la **divergence au niveau des objets de discours** (topics).

##### *Début de l'entretien (E-ADM.3.4)*

3Inf si vous aviez quelque chose d'autre que vous aimeriez parler que vous voudriez rajouter par rapport à l'entretien (du/au ?) début

L'entretien débute par une question de l'infirmier invitant le patient à formuler le bilan de son hospitalisation. Ce dernier face à face s'inscrit dans un rituel visant à fermer la parenthèse temporelle du séjour hospitalier. Il est le pendant de l'entretien d'admission qui compte parmi ses fonctions tant celles d'ouvrir la parenthèse de l'hospitalisation que de marquer une rupture avec le monde civil et son territoire. Le plus souvent, c'est au cours de ce premier entretien que les soignants communiquent au patient ses droits et les codes organisant la vie hospitalière. Par un contrat formel, les deux parties s'engagent, pour la première, à veiller à la bonne application du code

et, pour la deuxième, au respect de celui-ci. Le cadre formel institutionnel étant de la sorte défini, il occupe le statut de savoir communément partagé et stabilisé. En s'engageant dans sa question en 3, l'infirmier ne s'assure pas que son interlocuteur partage les mêmes implicites et les mêmes intentions discursives que lui.

Pourtant, dès le tour 4, le discours porte avant tout sur la délimitation et la définition du territoire des soins :

4P        par rapport au début donc elle m'a à mon arrivée c'que j'voulais rajouter c'est c'qui aurait été BIEN. cette euh : disons la présentation des du personnel ET des autres patients pac'que c'est pas toujours évident de faire la différence qui est patient qui est qui est infirmier au début tout d'un coup on voit une nouvelle tête on s'dit il il est infirmier il est patient à moins qu'on voie qu'il soit abattu quoi mais autrement ... c'est pas évident dans la mesure où bon vous portez pas de blouse blanche c'est pas à mon avis c'est pas indispensable mais euh ... qu'il y ait une présentation bon CHACUN se présente disons et : les infirmiers quand ils voient une nouvelle tête i's'présentent d'eux-mêmes [...]

Le patient remet en cause l'évidence permettant de distinguer territoire de soins et territoire civil. Sa réponse met en exergue un aspect important : le territoire de soins ne peut pas *a priori* être considéré comme un espace aux contours clairement délimités, sa définition étant avant tout remise en question lorsque la prégnance des éléments de la « scène » hospitalière est peu évidente. En effet, les uniformes ainsi que l'infrastructure technique et spécialisée sont peu visibles ; les statuts et/ou les rôles des acteurs sont davantage portés par des **attitudes** (« abattu » pour le patient) que par des éléments du **décor objectif** (ex. : la blouse pour le soignant).

Déjà au niveau de cette première paire question/réponse en 3 et 4 s'insinue un **malentendu au sujet du topic** (T) principal de l'entretien : l'infirmier, nous le verrons plus clairement par la suite, attend du patient une réponse concernant un bilan thérapeutique, compris en termes relationnels (T1) ; le patient, quant à lui, réplique en problématisant la confusion des territoires (T2) qu'il illustre, au tour de parole 6, avec la métaphore du service hôtelier.

6P        dès qu'on arrive dans la chambre qu'on sache où est quoi (4 sec.)  
 mais autrement j'dois dire que ... le j'pourrais presque dire le  
 service hôtelier est presque parfait

Ce n'est qu'en 7 que l'infirmier revendique son intention en marquant une rupture avec le thème discursif développé par le patient. L'ancrage de son topic est marqué par le connecteur « et » et l'emphase par la reformulation de la question :

7Inf        et par rapport à au (comment dire ?) le rôle des infirmiers/ . durant  
 votre hospitalisation est-c'qu'il y a des mots-clés/ là .. à qualifier  
 le rôle de l'infirmier ici

L'interaction entre le patient et l'infirmier est structurée de façon linéaire, organisée en une suite d'échanges de type question/réponse propre à l'entretien thérapeutique. Au cours de l'entretien, la fonction des questions posées par l'infirmier est de réguler l'interaction en s'efforçant de développer et de focaliser l'entretien sur le topic T1, notamment par la reprise de sa question initiale au cours des différents tours de parole :

11Inf      c'contact avec les infirmiers/ . avec les médecins tout ça [...]

Notons en passant le statut particulier de « tout ça » qui, tout à la fois, donne un caractère flou ou peu déterminé à l'objet de discours et joue sur des implicites.

Ces implicites ne sont pas reconnus par le patient, qui revient presque systématiquement au discours portant sur la métaphore du service hôtelier (T2) :

12P        bon moi y'a une CHOSE qu'on pourrait changer mais c'est . c'est  
 quasiment impossible . ça serait X la fermeture des fenêtres ..

13Inf      ah d'accord ouais (rires)

Dès le tour 13, l'infirmier semble renoncer à recourir à ses questions de relance. Ce **virage discursif** ne favorise pourtant pas l'interaction entre patient et soignant, ce dernier suspendant, en même temps que sa relation à son propre dire, celle au dire de l'autre. De fait, à partir de 14, c'est le monologue autocentré du patient qui prend le dessus :

14P        pa'c'que bon je je je comprends que de cas en cas ça soit  
 indispensable . mais moi j'prends surtout maintenant il a fait très

très chaud j'aurais apprécié d'avoir pu ouvrir la fenêtre complètement ... d'autant plus que à l'Orée (nom fictif d'institution) j'suis AUSSI au troisième et là y a pas de serrures sur les fenêtres donc euh: si j'avais voulu sauter c'est pas là que j'aurais sauté ou alors ça ferait longtemps que ça serait fait .. mais je comprends que d'autres personnes puissent être tentées [...]

Celui-ci poursuit la construction du (T2) sans la collaboration de son interlocuteur. Son rôle de client prend l'ascendant sur son rôle de patient. En dernière analyse, nous serions tentés de dire que la difficulté avec laquelle il s'approprie le territoire de soins pourrait être symptomatique de sa représentation de la maladie ainsi que de son rôle de malade. En d'autres termes, tout porte à croire que ce n'est que lorsque le malade s'approprie sa maladie qu'il investit le territoire de soins, parvenant alors plus aisément à mettre en adéquation son rôle avec le territoire qu'il occupe.

17Inf autre chose/

18P autrement rien de spécial je je pars content .. bon y a des chances que je revienne d'ici un mois donc comme j'veus l'ai expliqué mais euh: peut-être peut-être pas on verra comment j'me sens

19Inf ouais

20P si j'me sens bien c'est pas nécessaire de revenir .. autrement j'veux dire c'était vraiment ... j'ai j'ai reçu l'étincelle que je venais chercher

(rires)

21Inf merci .. vous avez autre chose à rajouter/

22P [non autrement rien de spécial

23Inf ben on va s'arrêter là et j'veus remercie [de votre.. oui de de vos réponses et de vos suggestions de tout voilà

24P [de rien

Les **relances très ouvertes** de Inf en 17 et en 21 amènent pourtant P à sortir de son topic initial et à endosser plus clairement son rôle de patient. Mais ces relances préfigurent aussi la clôture de l'entretien, par la mise en route du rituel des remerciements en 23 et 24.

L'analyse de ce prélèvement montre que les deux interlocuteurs entrent en conversation avec des objets discursifs distincts. Le premier (l'infirmier) considère son objet comme allant de soi et ne l'explique donc pas. Le second, en revanche, le présente comme le seul objet à discuter. A cette divergence thématique pourrait corres-

pondre un **conflit de contextualisation**, et cet entretien pourrait alors être considéré, en termes d'intercompréhension, comme un échec. Pourtant, l'enjeu ici peut justement porter sur les euchaînements thématiques, les ruptures, et la thématisation spontanée d'un objet par le patient. Le fait que cet objet porte précisément sur le territoire revêt un intérêt évident et significatif au niveau thérapeutique.

En fait, le patient présente le **contexte** à la fois comme statique et susceptible de changements mais, par son discours, il le présente dans tous les cas comme **négociable**. Pour le thérapeute, la **représentation de la définition** du contexte est sans doute tout aussi importante que sa définition elle-même. On sort ici en quelque sorte de la dialectique entre contexte activé et contexte construit par la représentation verbalisée du contexte activé. Par ailleurs, nous pouvons remarquer que les tensions entre les deux ordres de définition (interne et externe) du contexte dépendent le plus souvent du degré d'explicitation et de dénomination des territoires.

## 5. CONCLUSION

La définition du contexte occupe une place primordiale dans les pratiques sociales et, en particulier, dans les pratiques de soins. Le discours y joue un rôle central mais souvent peu perceptible dans la réalisation même de l'activité par les acteurs. Verbalisation et contextualisation constituent ainsi des processus importants de l'interaction et de l'ajustement réciproque dans le cadre d'une tâche réelle.

L'hospitalisation peut alors être entendue comme un changement de domaine demandant, en principe, une redéfinition du contexte. En écho à ce changement, dans les soins infirmiers, les enjeux des premiers contacts font référence à la notion d'**accueil**. En général, celle-ci a pour but de donner des repères identitaires, temporels et spatiaux à la personne pour qu'elle puisse se situer dans l'environnement et **gérer son insécurité** (cf. Formarier, 2003), c'est-à-dire développer des **stratégies d'adaptation**.

A l'hôpital, les services des urgences et de l'admission-ambulatoire constituent des zones d'accueil où la personne peut réaliser avec plus ou moins d'aide son changement de statut, son adaptation

au milieu. Dans la pratique effective, une des premières activités d'accueil est de présenter à la personne les soins prévus et, par ce biais, de l'« enrôler ».

Aux soins à domicile, le mécanisme de l'accueil fonctionne à double sens, de l'infirmier vers le patient mais aussi du client vers le prestataire (voire de l'hôte vers le visiteur).

En psychiatrie, la notion même d'accueil constitue, au sens large, un thème privilégié de l'entretien thérapeutique.

## BIBLIOGRAPHIE

Apostel, L. (1980). Pragmatique praxéologique: communication et action. In Parret, H. et al. (éds), *Le langage en contexte. Etudes philosophiques et linguistiques de pragmatique*. Amsterdam: John Benjamins.

Cosnier, J., Grosjean, M. & Lacoste, M. (dir.) (1993). *Soins et communication. Approches interactionnistes des relations de soins*. Lyon: PUL.

Formarier, M. (2003). Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité. *Revue de l'Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)* 75.

Gajo, L. & Mondada, L. (2000). *Interactions et acquisitions en contexte*. Fribourg : Editions universitaires.

Goffman, E. (1967). *Interaction Ritual: Essays in Face-to-Face behavior*. Chicago: Aldine Publishing.

Goffman, E. (1968). *Asiles*. Paris : Minuit.

Grosjean & Lacoste (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris: PUF.

Gumperz, J. J. (1992). Contextualization revisited. In Auer, P. & Di Luzio, A. (Eds.), *The Contextualization of Language*. Amsterdam: John Benjamins.

Kattan-Farhat, M. (1993). Territoires et scénarios de rencontres dans une unité de soin. In Cosnier, J., Grosjean, M. & Lacoste, M. (dir.) (1993), *Soins et communication. Approches interactionnistes des relations de soins*. Lyon: PUL.