

**Collision de lexiques experts et ordinaires  
en milieu institutionnel hospitalier :  
quelle médiation par quelles stratégies discursives ?  
Une approche interactionniste autour  
de l'expertise du patient**

**Stéphane BOREL**

*Université de Neuchâtel et CEFOPS\**

## 0. INTRODUCTION

Cette contribution<sup>1</sup> aborde la pluralité des registres lexicaux inventoriés en milieu hospitalier pour décrire l'environnement de la douleur. Au travers d'une catégorisation initialement dichotomique du spectre lexical – et par extension discursif – en /registre expert/ vs /registre ordinaire/, un des intérêts consistera à rendre compte de la dynamique interactionnelle qui préside l'articulation de ces deux niveaux de structuration ; 'structuration lexicale' est à entendre ici dans une conception large dépassant la stricte comparaison de syntagmes, pour s'ouvrir par exemple aux thématisations potentielles de leur(s) propre(s) usage(s), incarnées par des productions de type métalinguistique, et de manière plus générale, à tous les phénomènes qui contribuent au balisage ou à l'atténuation de la frontière socio-institutionnelle. Cette analyse souhaite également prendre en compte

---

\* Centre de formation des professions de la santé de langue française du canton de Berne.

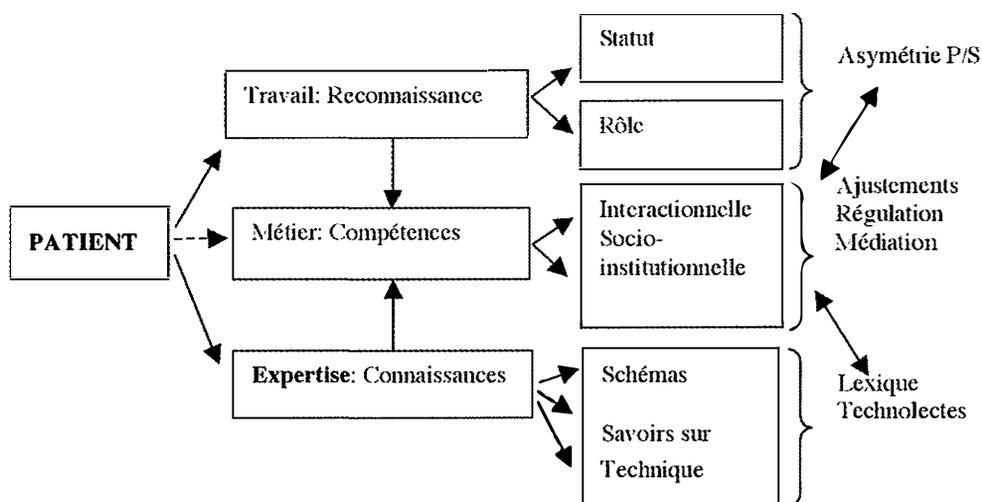
<sup>1</sup> Projet DORE 101035 : « Processus d'hospitalisation, rôle infirmier et compétence socio-institutionnelle du patient : modalités d'interaction dans des lieux 'interstitiels' de l'institution »

la projection lexicale des savoirs experts et ordinaires sur leurs implications pragmatiques, pour en appréhender la problématique en termes de rôles – construction, identification, activation, mais aussi renversement, glissement, ou dissolution – incarnés au travers de phénomènes allant de l'étanchéité totale, à l'appropriation mutuelle des registres, en passant par une argumentation faisant l'objet de reformulations ayant pour but de lever l'opacité discursive résultant de la confrontation de milieux différents, tout en préservant l'asymétrie fonctionnelle caractérisant l'interaction soignant-soigné.

## 1. L'EXPERTISE DU PATIENT : ENTRE METIER ET TRAVAIL

En partant de ce que nous avons appelé la **migration institutionnelle** du patient (Gajo & al., 2004), caractérisant son passage d'un monde qui lui est familier à un autre, fortement institutionnalisé et codifié, pourvu d'une culture professionnelle et relationnelle spécifique, il est possible de concevoir cette dimension sous l'angle d'un ensemble d'objets potentiels d'appropriation dont les procédures d'**accès au sens** constituent le squelette. L'apprentissage du **métier de patient** (cf. schéma) passe par l'acquisition d'un ensemble de compétences, interactionnelle et socio-institutionnelle, qui se co-construisent au gré des échanges entre soignant et soigné, et qui résultent et dépendent elles-mêmes partiellement de deux aspects mettant à contribution l'implication du patient face à sa maladie et son hospitalisation : il s'agit, d'une part, d'un **travail** – principalement de reconnaissance de son rôle de malade, de sa maladie – généré par une volonté de participer activement à sa guérison, et appelé à se combiner, d'autre part à une **expertise**, revendiquée ou non par le patient, qui porte sur le partage des savoirs touchant au monde médical ; c'est dans cette dernière optique que les acteurs sociaux, provenant aussi bien de l'*out-group* des bénéficiaires de soins, que de celui de l'*in-group* des initiés aux pratiques et procédures hospitalières, sont amenés à mettre en commun leurs savoirs et représentations respectifs, à les confronter de manière interactive dans une perspective de co-construction du sens. Cette

zone de négociation, d'ajustements, se manifeste essentiellement autour du lexique.



*L'expertise du patient*

## 2. PERTINENCE D'UNE ENTREE PAR LE LEXIQUE : ZOOM SUR LA ZONE MOLLE DE LA LANGUE

Lorsque le patient se trouve amené à transmettre son historique hospitalier et médical au personnel soignant, comme c'est le cas lors d'entretiens d'anamnèse ou lors d'une entrée à l'hôpital par la voie des admissions, la mise en confrontation de différentes conceptions de l'environnement hospitalier semble mener à un traitement particulièrement dynamique des notions fondamentales requises pour la transmission d'un contenu informationnel minimal à l'accomplissement des soins du patient. Que ces notions soient implicitement partagées ou fassent l'objet de reformulations ou de négociations explicites, il va sans dire que le fonctionnement optimal de la prise en charge du patient ne se déroule pas sans que l'intercompréhension entre les divers acteurs soit assurée ; celle-ci implique une **mise à niveau des connaissances** qui, elle aussi, apparaît ponctuellement à la surface des discours. En raison de l'importante labilité de l'équilibre régnant entre une préconstruction sémantique des unités lexicales et leur actualisation dans le discours, le **lexique**, souvent qualifié de « zone molle de la langue » (cf. Lüdi 1994, 1995), fournit bon nombre d'observables susceptibles de transcender les autres

niveaux linguistiques, en révélant bien des incidences pratiques pour l'articulation collective de milieux de provenances socio-institutionnelles différenciées. Le travail de médiation lexicale se fait alors le miroir d'enjeux plus conséquents dans la dynamique de structuration de la tâche et du discours entre soignant(s) et soigné.

## 2.1 ASYMETRIE DES RESSOURCES LEXICALES ET MECANISMES DE REGULATION

De part et d'autre de la frontière socio-institutionnelle, des thèmes analogues sont donc abordés et traités avec un degré de routinisation différent, dans un environnement social, culturel, linguistique et encyclopédique à géométrie variable. La collision à l'intérieur de la sphère institutionnelle des lectures correspondant à ces divergences, qu'ils soient eux-mêmes socio-, techno-, ou idio-, entraîne souvent le déclenchement de séquences interactionnelles qui se matérialisent sous la forme de reformulations ou d'autres mécanismes de régulation, souvent à caractère métalinguistique, dont on peut, séquences du corpus à l'appui, retracer les scénarios les plus récurrents, inventoriés ici.

En se plaçant du point de vue du soignant, il nous est possible de dégager plusieurs cas de figure, selon que le soignant prend ou non l'initiative de faciliter l'accès du patient au lexique spécialisé, et suivant que les (re)formulations spécialisées elles-mêmes sont produites par le patient ou le soignant. Les cas de figure les plus représentatifs, qui correspondent aux plus représentés du corpus sont ceux qui configurent d'une part des **stratégies d'hétéro-facilitation auto-déclenchées**, et qui contrastent d'autre part avec des **stratégies hétéro-facilitatrices hétéro-déclenchées**, exemplifiées respectivement sous les points 3 et 4 ; le point 5 évoque la possibilité pour le patient de mettre en avant les savoirs experts qu'il détient – **expertise du patient** à proprement parler – et même de les anticiper. Tandis que les mécanismes de négociation portant sur la transmission optimale des informations passent dans une majorité de cas par un travail sur la forme, un dernier cas de figure exemplifié sous le point 6 met en évidence une distribution de l'expertise

fortement activée par chacune des parties, et qui contraste par une **négociation** en profondeur s'opérant alors **sur le sens**.

### 3. METIER DE SOIGNANT, DEVOIR DE BILECTALISME ET COMPETENCE DE REFORMULATION

On partira dans un premier temps du postulat qu'il relève du **métier de soignant** de rendre accessible au patient les savoirs routinisés et encodés à l'intérieur de la sphère institutionnelle auxquels celui-ci sera amené à être confronté au cours de sa trajectoire hospitalière, et que, par conséquent, des **stratégies de facilitation auto-initiées** par la personne soignante trouveront leur ancrage dans le discours. Il s'agit là du cas non marqué, le plus prévisible, s'inscrivant indirectement dans le cahier des charges de la personne soignante.

Cette dimension, constitutive des interactions exolingues-bilingues issues d'une précédente recherche<sup>2</sup> (cf. exemple 1A ci-dessous) peut aisément se transposer dans un contexte exolingue-monolingue, dans lequel des ressources similaires tendent à être mises en œuvre. La conception de l'exolingisme (cf. Porquier 1984, Alber & Py 1986, De Pietro 1988) qui sous-tend une distribution asymétrique des ressources linguistiques par les interactants, peut en effet s'appliquer à un contexte monolingue, dans lequel l'écart entre les codes déployés par les locuteurs dans une même langue repose, comme dans cette étude, sur la confrontation de lectures spécialisés et de lectures ordinaires, qui rendent l'asymétrie des rôles manifeste au niveau du langage. Le mode de traitement de l'opacité susceptible d'émerger ponctuellement dans l'interaction passe ainsi avant la considération des codes en présence pour que l'interaction puisse être qualifiée d'exolingue : « Pour que l'on puisse parler d'exolingisme au sens restreint, il faut que l'asymétrie objective des moyens linguistiques soit traitée comme telle par les interlocuteurs. Aussi longtemps que ceux-ci négligent l'asymétrie (peu importe que cette négligence soit

---

<sup>2</sup> DORE 00033.1 : « Communication entre soignants et patients migrants : quels moyens pour quelle efficacité ? quelle responsabilité pour le personnel infirmier ? quelle variation selon les services ? »

consciente ou involontaire), l'interaction est endolingue. » (Py 1997 : 206). Il y a donc corrélation possible entre un axe allant du pôle endolingue au pôle exolingue et le mode langagier monolingue vs bilingue (Grosjean 2001) dans lequel se déroule l'interaction ; ceci aboutit à quatre situations-type qui peuvent se manifester au sein d'une seule conversation, au gré des glissements sur chacun des axes que les interactants sont en mesure de provoquer<sup>2</sup>. Observons au travers d'une première série d'exemples les procédés de facilitation mis en œuvre dans la mobilisation et la (co-)construction de la compétence lexicale des deux parties, lorsque le soignant anticipe spontanément l'accès au sens pour le bien du patient :

(1) *L'électrocardiogramme*

(1A)

1Inf     alors ... je dois vous faire un électrocardiogramme  
2P       ouais  
3Inf     c'est un examen du cœur hein

<DOMI.INT.IR>

(1B)

237S     on va juste enlever une manche . montrez voir  
238M     pis après on va tout enlever  
239       ouais mais j'vais lui prendre  
240M     oui mais je crois qu'on va tout enlever madame parce  
          que je veux peut-être vous faire un électro tout ça  
241P     (X) ce que je dis (X)  
242M     UN ELECTROCARDIOGRAMME vous savez les petits  
          fils là  
243P     oui je sais

<P-URG-1.1>

(1C)

191Inf    (au téléphone) P. ya madame B. qui est là . merci  
192Inf    voilà\ j'vous ai fait envoyer l'électrocardiogramme aussi/

<sup>3</sup> La désignation « endo- vs exolingue » fait référence au partage plus ou moins grand des codes en présence, alors que la désignation « mono- vs bilingue » porte sur le nombre de codes en présence. Ainsi, dans une langue donnée, un novice se trouve souvent en situation de communication exolingue face à un expert.

- 193P    oui  
 194Inf    vous en avez déjà eu/  
 195P    oui oui o : h oui oui alors là . y m'a tout fait ça avant j'en ai eu  
           pour mon œil AVANT de venir à l'hôpital ici le docteur (X) avait  
           fait le nécessaire  
 196Inf    d'accord  
 <P-ADM-1.1>

Dans le premier cas, l'allophonie du patient migrant déclenche en quelque sorte de manière naturelle et spontanée le complément reformulé du lexème spécialisé *électrocardiogramme* en *examen du cœur*, dans une situation prédéfinie de l'extérieur comme exolingue, la manifestation phatique du patient en 2 (*ouais*) n'étant pas jugée suffisante par l'infirmière à l'assurance de l'intelligibilité. Un commentaire de Gajo 2003 portant sur l'opacité des échanges verbaux exolingues, nous montre comment le non-partage des connaissances peut être pris en compte dans une perspective intégrative : « (...) ce non-partage visible de la langue permet d'intégrer l'opacité au formatage de l'interaction et de développer d'importantes procédures de reformulations, propices à la coordination des activités et à la construction commune du sens » (Gajo 2003 : 53).

Lorsque des patients migrants sont ainsi pris en charge, une focalisation accrue sur la langue se présente comme un trait constitutif de toute transmission d'informations. Cela dit, et l'exemple (1B) l'illustre bien, « le langage de spécialité, parfois encore plus crypté, (...) n'est pourtant pas sans poser de problèmes aux autochtones mêmes. » (Gajo & al. 2001).

Cette remarque s'inscrit dans une problématique variationnelle à deux dimensions qui renforce la complexité de l'intercompréhension :

- D'une part, la **polyphonie intralexicale** n'est pas l'apanage du seul registre ordinaire, et caractérise également les langages de spécialité : « le problème des niveaux de langue ne se pose pas seulement dans le lexique commun. Il existe aussi dans les langues de spécialité et, conjugué aux problèmes de la norme, peut contribuer à expliquer la présence de synonymes » (Meisser 1987 : 13). Une synonymie qui, recontextualisée dans le cadre de notre étude, est

évidemment porteuse de conséquences sur les échanges soignant-soigné. Meisser (1987) cite également à ce propos un passage introductif d'un dictionnaire français de médecine et de biologie datant de 1970 : « La communication, en médecine, devient de plus en plus incohérente, parce qu'auteurs et enseignants désignent le même concept par divers noms, qui souvent ne sont pas familiers au lecteur moyen, ou bien sont incorrects, désuets, ou pour toute autre raison, générateurs de confusion » (A. Manuila 1970 In : Meisser 1987 : 3). A ce titre, les ressources techniques en constante évolution influent également sur la labilité du lexique.

- D'autre part, la **variation intra-locuteurs**, qui exploite cette synonymie fautive de trouble, vient complexifier davantage encore le partage lexical entre les interactants, comme nous en fait part Lüdi 1995 : « Il existe donc des divergences importantes entre les significations des mêmes unités lexicales actualisées par différents interlocuteurs – et parfois même entre différents emplois de la même unité lexicale par un seul et même locuteur (Lüdi 1995 ; Grunig & Grunig 1985 : 151 in Lüdi 1995 : 97).

Dans la séquence (1B), *l'électrocardiogramme*, outre son appartenance au paradigme lexical expert, incarne une réalité quotidienne du monde soignant, qui se prête *de facto* à une **routinisation lexicale** interne à la sphère de l'hôpital, et qui par effet de fréquence, combiné aux contraintes chronophages de l'ajustement entre la tâche et le discours, conduit à l'abréviation ou à l'acronymie ('électro', 'ECG'...)<sup>3</sup>, procédés jouant sur la linéarité syntagmatique de la langue à des fins d'économie. Tel est le cas au tour 240, où le médecin « lâche » une première fois hors contrôle méta l'item *électro* ; suite à l'énoncé peu cohérent de la patiente en 242, il

---

<sup>3</sup> D'autres procédés comme l'aphérèse, ainsi que la combinaison des divers procédés entre eux permettent en outre de manipuler la linéarité syntagmatique à des fins d'économie : on pourrait ainsi imaginer « cardiogramme » ou « cardio » pour le lexème en question.

reprend le terme expert brut en procédant aussitôt à une reformulation dans le lexique ordinaire qui maximalise le **degré de vulgarisation**, afin d'en assurer l'accessibilité à la patiente. A noter encore que ce type de reformulations convertissant le répertoire expert en répertoire ordinaire semble favoriser l'émergence de marques déictiques (*les petits fils là*) ; cet exemple se conclut par une ratification de la patiente, qui a pour effet de neutraliser l'utilité de la ressource hétéro-facilitatrice déployée par le médecin, mais non la potentialité qu'un tel lexème pose problème « aux autochtones mêmes ». Un regard sur une séquence tirée d'un autre corpus accentuera le caractère crypté du langage routinisé en milieu institutionnel, et par là même, la dimension exolingue sous-jacente aux interactions soignant-soigné :

(2) *Maximalisation de l'encodage interne*

- Inf1.1 Monsieur D. de 1934 qui est venu pour une PTH ASA3, pour maladie de Vaquez hein/  
 Inf2.2 polyglobulie  
 Inf1.3 d'où ça entraîne pas mal d'AVC : euh d'AIT multiples, il a tout bien récupéré, il a un œil de verre à gauche un ulcère duodéal donc pas d'AINS (...)

<Opéra<sup>4</sup>>

Ainsi, à une seule réalité pathologique supposée du diagnostic correspondent trois dénominations issues du répertoire savant (*PTH ASA3, maladie de Vaquez, polyglobulie*) situées à des niveaux de (re)formulation marquant la variation fonctionnelle et synonymique aussi bien au niveau intralectal qu'intra-locuteur. Cette séquence, enregistrée en salle de réveil, nous montre à quel point certains aspects de la communication « enfermée » entre acteurs partageant les mêmes implicites exploite l'économie du langage, au risque de bloquer l'accès au sens aux patients novices. Outre les procédés qui viennent d'être évoqués (abréviation, acronymie, aphérèse...),

---

<sup>4</sup> Titre du projet : « Processus de régulation de la coopération entre infirmières et médecins dans des situations de travail hospitalier », req. principale, D. Lanza, Haute Ecole de Santé-Genève, Hôpitaux Universitaires de Genève, Université de Genève FPSE – financé par l'action DORE (FNS-CTI).

l'expression de liens de cause à effet impliquant des opérateurs et/ou connecteurs argumentatifs (*ulcère duodénal donc pas d'AINS*) constitue également une source d'opacité possible pour le membre de l'*outgroup* non initié, incapable d'inférer l'implication que masque le connecteur.

Pour en revenir à *l'électrocardiogramme*, l'exemple (1C) expose un cas de figure où la reformulation se substitue à une reprise pronominalisée en usage (*en*), emballée sous forme d'interrogation, stratagème économique déployé par l'infirmière qui subordonne l'éventuel problème de la forme à un contenu dont la visée pragmatique entraîne une ratification de la patiente cumulée sur deux niveaux simultanément, une compréhension tacite du lexème et un apport d'information nouvelle quant à sa trajectoire hospitalière.

Cette première série d'exemples laisse apparaître des **stratégies d'hétéro-facilitation auto-initiées par le soignant**, lesquelles s'inscrivent dans ce que nous appelons ici un **devoir de biletalisme** incombant au métier de soignant, et dont l'application optimale dépend à son tour de la **compétence de reformulation** de celui-ci. Nous rejoignons à ce titre les remarques de Lacoste 1993 : « Dans la consultation médicale s'instaure une collaboration avec le malade pour extraire l'information nécessaire. Une des tâches que doit accomplir le médecin est de l'ordre de la « traduction » » (Cosnier, Grosjean & Lacoste 1993 : 56). Des activités de (re)formulation, négociation, argumentation, co-construction constituent donc un aspect central du métier de soignant, comme l'indique également Mondada : « the reformulating activity of the therapist is thus a focal point of his/her specific competence as an analyst, as well as negotiation, argumentation and co-construction with the patient » (Mondada 1998 : 157). Un des entretiens du corpus relatif aux soins à domicile témoigne également du besoin de médiation linguistique exprimé par les patients :

(3) *Ils disent* : « il a dit des mots savants »

Inf (...) c'est à nous de reprendre le contact avec le médecin et de lui expliquer un petit peu la situation pour qu'on puisse trouver une autre façon d'aborder les choses . et aussi satisfaisante  
 Enq et aussi au niveau de la langue/

- Inf souvent ils sont rentrés, ils n'ont rien compris ce que le médecin a raconté . de toute façon . « le langage qu'on n'a pas compris »
- Enq ils t'ont raconté/
- Inf ils disent « il a dit des mots savants » « il a dit je dois prendre ça » . c'est quoi ça ?

## &lt; E-SAD-2.2 &gt;

Alors que notre analyse propose de s'orienter selon une mise en commun des savoirs lexicaux, le terme de « traduction », lui, ne porte pas sur le lexique à proprement parler, mais sur un ensemble de connaissances socio-encyclopédiques véhiculées par le patient, dont les mécanismes de conversion et d'accessibilité passent effectivement par une mise en mots visible avant tout au niveau lexical. Ne perdons pas de vue toutefois la face immergée de l'iceberg lexical dans laquelle se cristallisent les connaissances paramédicales du patient, et qui constituent un domaine d'inférence du soignant : « It should be a part of any clinical and medical training programme for a doctor to have contact with people, and people are always more than just their illness. A patient has specific relationships within a particular cultural setting and political context. (...) To be a doctor, however, would require knowing the thoughts and feelings of a patient's social environment and to understand his psychic conflicts. » (Herzka 1989 : 160). La **compétence de reformulation** que nous postulons ici implique donc un travail multiple d'inférence, de désambiguïsation, de vulgarisation, de 'traduction', qui interviennent en fonction des besoins communicationnels qui jalonnent le discours, eux-mêmes pouvant se trouver subordonnés aux modalités de structuration de la tâche en cours. Bien entendu, les reformulations ne se limitent pas à des stratégies métalinguistiques intralinguales et englobent également la possibilité de traduction au sens conventionnel, interlingual, comme dans l'exemple qui suit :

(4) *Raser-rasi(e)ren*

- 11Inf voilà ... j'vous mets . ça c'est pour le : . le lit hein/
- 12P mh mh
- 13Inf comme ça . euh .. j'dois vous raser . c'est quel genou/. celui- là\ . alors ich muss euh . rasi(e)ren ja/
- 14P mh

Tandis que la proximité homonymique du doublet *raser-rasier* nous empêche d'y voir un obstacle communicationnel réel pour le patient alémanique – en situation exolingue-monolingue jusqu'à ce stade – on tendrait à considérer cette analogie comme un élément déclencheur même de l'acte de reformulation, ou le favorisant tout au moins<sup>5</sup>. Pour ce qui est du *genou*, bien que ne faisant pas l'objet d'un tel traitement de faveur, lequel serait justifiable dans ce cas par une absence de transparence interlinguistique, sa pronominalisation – à caractère déictique (*celui-là*, accompagné en général d'un geste) et en apposition immédiate avec son référent – fonctionne ici comme le second terme d'une paire adjacente en quelque sorte co-énoncée par la seule infirmière (!) qui, prenant en charge la réponse du patient dans un fonctionnement interactionnel à la fois pragmatique et didactique, permet de désopacifier le lexème potentiellement ambigu. A noter une nouvelle fois le caractère spontané de la désopacification prise en charge par l'infirmière.

Lorsqu'il y a introduction d'un lexème dont l'identification correcte par le patient est d'office mise en doute, le travail du soignant consiste alors à lui fournir une représentation fonctionnelle immédiatement accessible, en procédant à une **reformulation auto-déclenchée** qui anticipe l'opacité lexicale contre laquelle la patiente pourrait buter :

(5) *Péridurale / Rachidienne*

(5A)

272Inf alors euh donc de :s c'est de quel côté/

273P la hanche gauche

274Inf euh on va . faudra discuter avec l'anesthésiste mais normalement il vous fait une anesthésie euh . une rachidienne&

275P a : :h j'aurai j' - :

276Inf &comme une péridurale mais un peu plus fort

277P (*tousse*) ah c'est pas une anesthésie totale qu'ils veulent me faire/

278Inf vous discuterez avec lui mais en général on aime bien : on aime bien faire ce genre d'anesthésie

279P ah j'vais les laisser faire ce qu'ils veulent hein

280Inf parce qu'ya moins d'effets : vous avez moins d'effets secondaires

<sup>5</sup> L'infirmière n'étant pas particulièrement fluide en allemand.

(5B)

396Inf (...) vous allez en salle d'opération vers huit heures moins le quart euh comme ça/et pis on prépare tout pour . euh le : la : la rachidienne enfin la péridurale si vous voulez c'est la même chose mais sauf que la : la rachidienne on met plus : un peu plus d'anesthésie dedans et pis ça enlève aussi : euh vous pouvez pas bouger les jambes . quand on fait une péridurale maintenant pour avoir des enfants ou comme ça

397P oui

398Inf euh on anesthésie la sensibilité mais pas euh . la motricité donc euh

399P AH voilà (...)

<P-ADM-1.2>

Tout d'abord, sur la plan diachronique de l'entretien, il est intéressant de noter que ces deux occurrences de travail de reformulation portent sur le même item, entre les mêmes interactants et sont distantes l'une de l'autre d'une dizaine de minutes seulement. Ceci renforce l'idée d'un **ancrage cognitif pré-interactionnel** possible pour certains lexèmes nécessitant 'par défaut' un travail de reformulation, indépendamment de l'accumulation de savoirs communs que partagent les protagonistes. Une conception psycholinguistique de la cognition l'envisagerait tel un dispositif d'**activation automatique des mécanismes hétéro-facilitateurs** qui se mettrait en route à la mention de tels lexèmes. Par ailleurs, une ressource supplémentaire du soignant consiste ici à appuyer sa définition de l'item opaque (*rachidien*) sur un élément proche du champ lexical en question (*péridurale*), supposé connu du patient, en vue d'enclencher le travail de reformulation ; cette stratégie semble constituer un procédé de facilitation fréquemment répandu dans les interactions caractérisées par une asymétrie dans la répartition des savoirs entre interactants, situations exolingues ordinaires ou discours didactiques prémédités...

Dans le dernier exemple de cette série, la patiente multiplie les définitions issues du paradigme lexical ordinaire, sans s'approprier l'orthonyme savant correspondant ; par conséquent, elle ne revendique pas d'expertise et se contente de ratifier le lexème savant, en se cantonnant dans son rôle de patiente novice :

(6) *Kyste – Grosseur/grande bosse/noix...*

341P et puis j'ai été : donc après j'ai de nouveau eu une anesthésie totale pour une descente d'(X) ici/. pis après j'ai été opérée ici au poignet ils ont dû m'enlever une grosseur/ j'étais de nouveau endormie totalement

342Inf c'était un kyste/au poignet

343P oui c'est : c'était ici une grande bosse c'était GRAND presque comme une noix (X)

<P-ADM-1.2>

#### 4. LES RESSOURCES DU PATIENT : SOLLICITATIONS LEXICALES ET PERCEPTION DE LA FRONTIERE SOCIO-INSTITUTIONNELLE

Alors que le « double » savoir de la personne soignante l'habilité à neutraliser de manière auto-déclenchée les zones de flou lexical jalonnant l'interaction – allant même jusqu'à les anticiper – nous nous penchons à présent sur les cas où **le patient sollicite le répertoire lexical du soignant**, ou, pour rester fidèles à notre terminologie, sa compétence de reformulation ; en maintenant le point de vue du soignant, nous admettons donc qu'il s'agit là de **procédures d'hétéro-facilitation hétéro-initiées** : deux cas de figure peuvent alors se présenter, selon que la mobilisation de la compétence lexicale du soignant se trouve déclenchée par une mécompréhension manifeste du patient (exemples 7 et 8), ou par la thématization d'un lexème en particulier (exemples 9 à 11), qui peut à son tour témoigner d'une sollicitation lexicale – essentielle ou non à la poursuite de l'interaction, – ou simplement afficher la conscience d'un « décalage », c'est-à-dire d'un manque d'adéquation, d'un écart entre le lexème du répertoire ordinaire produit et l'usage en vigueur à l'hôpital.

##### 4.1 COAGULATION DU SENS : OBSTACLES LEXICAUX A L'INTERCOMPREHENSION

Arrêtons-nous d'abord sur les cas où la rupture de l'échange interactionnel est occasionnée par la non-compréhension du patient.

Dans l'exemple qui suit, issu d'une séance de soins à domicile à Reconvilier, le lexème posant problème ne fait pas spécifiquement partie du registre expert, mais s'avère avoir été encodé sémantiquement au travers d'un usage propre à la sphère institutionnelle ; le cryptage lexical semble notamment renforcé par un traitement spécifique lié à une tabouisation de l'intimité qui se conjugue avec les contraintes portant sur l'économie de la langue :

(7) *Elimination*

Inf et puis au niveau de l'élimination monsieur D. comment ça se  
 passe/  
 P hein/  
 Inf au niveau de l'élimination . pour aller aux toilettes  
 P ça va bien  
 Inf ça va bien  
 P oui oui (...)

<P-SAD-1.2>

Le principe d'économie confronté à la nécessité de clarté peut donc être à la source de tensions communicationnelles, comme le font remarquer Lacoste & Grosjean :

Il y a donc dans cet emploi du langage une contradiction potentielle entre le principe de l'économie et la recherche d'une précision dans l'intercompréhension. (Lacoste & Grosjean 1999 : 16)

Ici, le fait que l'objet soumis à 'élimination' soit précisément éliminé démontre bien que l'économie porte préjudice à la limpidité... de l'information !

Dans l'exemple suivant, assez prototypique, la patiente ne revendique pas un accès au lexique spécialisé et ne vise qu'une compréhension du message, en recourant à nouveau, comme évoqué plus haut, à la **déixis** (*ici, vous voyez, là-dessous*, en 359 et 361) qui se combine à l'acte de monstration sur l'os dont il est question :

(8) *Malléole – c't'os là*

355P on l'voit : on voit là pour la matrice et puis j'ai eu des drains  
 pendant six semaines ça donne des gros trous .. et puis j'ai eu un  
 pied cassé mais là bon euh ya pas de : j'ai pas eu d'opération  
 256Inf mh mh de quel côté aussi/  
 357P euh côté gauche

- 358Inf malléole ou bien/  
 359P LE : : . j'sais pas comment ça s'appelle c'est c(e)t os ici vous voyez là&  
 360Inf [mh mh  
 361P [&d(e)ssous pis j'lai pas dit au docteur T.

<P-ADM-1.2>

En appliquant une stratégie compensatoire de ce type pour pallier son ignorance du lexème expert *malléole*, le patient contribue à fluidifier l'échange dans une collaboration qui vise à transmettre au soignant le savoir qu'il détient sur sa propre trajectoire ainsi que sur celle de sa maladie. La didacticité de la situation dans le cas présent peut être qualifiée de « moindre », puisque le soignant ne confirme ni n'infirme que l'os décrit correspond réellement à l'orthonyme ayant momentanément bloqué le déroulement de l'échange.

#### 4.2 EMBALLAGES META ET PERCEPTION DE LA FRONTIERE SOCIO-INSTITUTIONNELLE

Voici une nouvelle séquence dans laquelle l'orthonyme (*arceau*) est fourni par le soignant suite à une situation de « détresse » lexicale du patient, lequel, par un balisage immédiat de sa production approximative, témoigne de son décalage en regard d'une réalité conceptuelle à laquelle il est conscient de ne pas avoir accès :

(9) *L'arceau rond*

- 123P parce que j'ai euh euh . sans ça j'ai un rond vous savez/  
 124M OUI un arceau pour le lit pour pas que ça touche  
 125P et pis le talon il ose pas toucher le genou

<P-URG-1.1>

Après un premier marquage implicite témoignant d'une recherche lexicale (hésitations en 123), le bricolage de compromis (*dénomination médiate* chez Lüdi 1994) fourni par la patiente (*rond*), peu convaincant, est immédiatement suivi d'une sollicitation d'aide lexicale indirecte, masquée sous l'apparence d'une demande de ratification (*vous savez/*) dont la forme requiert une réponse catégorielle (oui / non). A vrai dire, cette intervention de la patiente, tout comme dans l'exemple précédent, s'insère davantage dans un

mécanisme réflexif que conceptuel (Py 1996), puisqu'elle ne débouche pas sur l'ouverture d'une séquence latérale avec reprise et/ou thématization des éléments à clarifier, et semble constituer, vu sous l'angle du discours, une lacune passagère sans conséquence néfaste sur le déroulement de la conversation, du moment qu'il y a inférence immédiate de la part du soignant. Le remplissage de cette lacune a donc pour fonction première de faire progresser le récit, et non d'amplifier le répertoire savant de la patiente. Les positions et statuts de chacun sont maintenus dans l'interaction, par le fait que le patient, de profil docile, adhère à son rôle, et ne revendique pas d'expertise, ce qui n'implique pas de rivalité territoriale.

Les séquences suivantes, provenant d'un même prélèvement, ont une portée significative quant à la **conscience du clivage socio-institutionnel** que les patients, en position basse, peuvent être enclins à manifester :

(10) *Rhume des foins – Rhinite allergique*

- 296Inf vous avez des enfants/  
 297P oui . deux . une fille un garçon  
 298Inf des petits-enfants/  
 299P des petits-enfants quatre . deux garçons deux filles  
 300Inf (5 secondes) ils sont en bonne santé/  
 301P tout le monde est en bonne santé ouais  
 302Inf vous avez euh :  
 303P mon FILS a (X) . une allergie eu : h . comment ce qu'on appelle .  
 rhume des foins qu'on dit nous  
 304Inf ouais  
 305P (X)  
 306Inf une rhinite . une rhinite allergique  
 307P voilà (X)

<P-ADM-1.2>

(11) *Péritonite-Appendicite*

- 110P (...) et pis toute petite à l'âge de neuf ans j'ai eu la péritonite  
 111Inf ouais  
 112P c'est-à-dire on disait la [péritonite mais c'était  
 113Inf [oui c'est l'appendicite

114P c'était l'appendicite perforée j'ai été six semaines à l'hôpital avec des drains

115Inf ah mh

<P-ADM-1.2>

Le tour 303 de la séquence (10) constitue un exemple remarquable de distanciation – pour ne pas dire « stigmatisation » – de la patiente face à l'usage de son propre répertoire lexical : un premier énoncé métalinguistique, (*une allergie euh... comment ce qu'on appelle*), balisé de tâtonnements hésitants, signale tout d'abord qu'il y a recherche orthonymique, laquelle apparaît dans une forme discursive qui s'articule dans une dimension monologale et dialogique, mais sans sollicitation explicite à l'adresse du soignant.

C'est après avoir proposé l'équivalent ordinaire (*rhume des foins*) du lexème savant convoité, que la patiente effectue, au travers d'un second énoncé méta (*qu'on dit nous*), un **balisage de la frontière socio-institutionnelle**, ou plus exactement de sa perception, laquelle se manifeste par la conscience d'un usage lexical situé hors de la norme hospitalière. Un tel marquage a des incidences directes sur les rapports de forces qu'entretiennent les interactants en termes de rôles, de faces et de territoires. Comme dans l'exemple précédent, la brève ratification de la patiente en 307 (*voilà*) après exposition par le soignant de l'item attendu, semble là encore davantage mettre en relief la conscience d'un usage 'déviant', en regard de la norme institutionnelle, qu'une réelle volonté d'amplification du champ lexical savant de la patiente. En résumé, le tour 303 de la séquence (10) présente une construction séquentielle de sollicitation lexicale du patient décomposable en quatre étapes successives qui configurent un seul énoncé :

1. Exposition du lexème hyperonyme du registre ordinaire (*allergie*).
2. Sollicitation d'aide lexicale (*euh comment ce qu'on appelle*).
3. Exposition de l'orthonyme du registre non expert (*rhume des foins*) correspondant à la demande d'équivalent du registre expert.

4. Balisage métalinguistique (*qu'on dit nous*) justifiant l'emploi de ce dernier lexème ordinaire, et correspondant simultanément à une mise à distance de celui-ci, qui affiche la conscience du patient de son usage décalé en regard de la norme institutionnelle.

Pour ce qui est de l'exemple (11), qui se contextualise dans un esprit analogue à la séquence qui vient d'être traitée, nous retrouvons tout d'abord une forme d'auto-stigmatisation du lexème produit, au moyen d'un emballage méta (*c'est-à-dire... on disait... mais c'était*) qui conscientise en parallèle l'appartenance de la patiente à la classe 'basse' (*on disait*) ; mais cette fois, la patiente dispose dans son bagage lexical des deux registres, et en thématise la frontière. On peut imaginer que le fait d'afficher cette conscience de clivage socio-institutionnel par le discours lui confère, par la reconnaissance de son rôle, un caractère de soumission propice au maintien de l'asymétrie de l'interaction, tout en lui constituant une facette d'experte au sein de son rôle de novice. Ce mécanisme pourrait s'entrevoir, en termes de collaboration, comme une forme de rapprochement entre le patient et le soignant, bénéfique à l'accomplissement des tâches médicales ; d'équilibre fragile, il traduit un **jeu subtil entre symétrie et asymétrie**, la première portant sur certains savoirs, la seconde sur les rôles respectifs du soignant et du patient. Dans la suite de l'interaction, l'effet d'ascension de la patiente se dissipe presque immédiatement, une fois que l'orthonyme 'appendicite' est réapproprié dans un usage populaire (confusion quasi lexicalisée *appendice-appendicite...*) caractéristique du vernaculaire ordinaire.

La fonction de distanciation et de reconnaissance des rôles véhiculée par les énoncés de ces deux derniers exemples s'accorde avec les remarques de Gajo 2001 : « Les balises du type *comme vous l'appellez, comme vous dites, comme on dit* (...) portent en général sur l'effet d'éloignement/rapprochement des langues et des communautés en présence, parfois avec ambiguïté. Ainsi, *comme on dit* peut marquer dans le même temps la légitimité d'un usage et, par sa thématisation, son caractère marginal et déviant » (Gajo 2001 : 183).

## 5. L'EXPERTISE DU PATIENT : UTILISATION SPONTANÉE DU LEXIQUE EXPERT ET CONNAISSANCE DE LA TÂCHE

Une autre façon d'(inter-)agir pour le patient bien documenté sur sa maladie et son traitement, ou pour celui pourvu d'un historique hospitalier chargé, consiste à (vouloir) **afficher la part d'expertise qu'il détient** (exemples 12 et 13) ; cette expertise peut se traduire par une utilisation spontanée du lexique technique ou par la connaissance des scripts hospitaliers, notamment du déroulement séquentiel de l'organisation de la tâche. De tels comportements de la part du patient peuvent avoir comme incidence l'émergence d'une forme de 'rivalité territoriale', lorsque les anticipations des connaissances du patient dépassent la surface lexicale et empiètent sur les savoirs procéduraux du soignant, rivalité qui, poussée à l'extrême, pourrait s'avérer nuisible au fonctionnement de l'interaction. A l'inverse, certains **savoirs ou techniques** du patient sont susceptibles d'être **expertisés par le soignant**, qui s'en approprie les droits et se charge de les diffuser (exemples 14 et 15) :

### (12) *Coagulé/Bloqué*

170P (...) c'était trop tard . le sang était déjà co- : ga- : euh  
 171Inf bloqué  
 172P coagulé  
 173Inf coagulé  
 174P oui  
 175Inf mh mh

<E-URG1.1>

On peut émettre l'hypothèse que l'infirmière, pour ne pas perdre la face, est en devoir au tour 173 de la séquence 12 de ratifier le terme expert *coagulé* anticipé par la patiente, ayant dans un premier temps échoué à l'exposer correctement, tout en parvenant à afficher au travers d'un squelette consonantique disséqué (*co- : ga- :*), que le terme recherché est effectivement celui du registre expert. Dès lors, le terme correspondant du répertoire ordinaire perd la légitimation de son usage par l'infirmière détentrice d'un « biletalisme professionnel ». Ainsi, le terme expert *coagulé*, par le fait qu'il est anticipé par la patiente, perd sa connotation savante, et n'est plus porteur de

l'asymétrie ; il devient en quelque sorte le lexème de degré zéro, référence non marquée dans l'interaction.

Concluons par la projection de l'expertise du patient non plus matérialisée au niveau lexical, mais autour de l'organisation pragmatique de la tâche. Dans l'exemple 13, le patient est ici à même d'exhiber son expertise par la connaissance de rituels préopératoires 'obligés' jalonnant son parcours jusqu'au bloc :

(13) *Anticipations préopératoires*

- 167Inf vous avez des prothèses dentaires/  
 168P oui . j'ai pris ma boîte pour les enlever . j'ai déjà enlevé mes bagues pendant que j'pouvais  
 169Inf ah  
 170P que l'infirmière soit quitte de PASser du SAvon des FILS ou j'sais pas trop quoi  
 171Inf mh mh  
 172P (*rit ; 6 secondes ; s'adressant à son mari=M*) ah voui faudra enlever mon collier : euh ma chaîne M . quand j'serai dans ma chambre ça j'ai oublié de l'enlever  
 173M (X)  
 174Inf vous avez encore le temps  
 175P mais j'ai encore le temps mais je sais qu'il faut tout enlever  
 <P-ADM-1.2>

Le patient peut donc exhiber son expertise bien au-delà des connaissances lexicales, voire être détenteur de techniques susceptibles d'être appropriées par le soignant, comme évoqué dans la séquence suivante, issue d'un prélèvement de soins à domicile :

(14) « *Shampouinage technik* »

- 452Inf (...) t'es d'accord que je marque sur ton dossier 'shampoing' . que tu as la technique et que tu expliques (...)

L'expertise de la patiente doit toutefois être explicitement reconnue et validée par l'infirmière, de manière à ce qu'elle préserve sa position haute dans l'interaction, et que l'asymétrie fonctionnelle des rôles et des territoires soit maintenue :

- 470Inf (...) hein/ (*4 secondes*) alors je marque 'selon technique' hein . expliquée par toi . d'accord/  
 471P ouais ... mais parce que j'ai pas trouvé d'autres moyens que :

472Inf mais c'est parfait

473P plus facile quoi

<P-SAD-2.3>

Les soins à domicile s'effectuant non plus entre les murs d'une institution, mais bien sur le territoire privé du patient, dans son environnement socio-culturel ordinaire, c'est dans ce service que les pratiques de soin sont le plus sujettes à être négociées, et que l'activation de l'expertise du patient est *a fortiori* justifiée ; le fléchissement réciproque des perspectives et des intentions touchant à l'accomplissement de la tâche, dans une perspective de collaboration, aboutit alors plus fréquemment à la ratification de l'expertise du patient par le soignant, qui se l'approprie en expérimentant lui aussi le passage d'un statut de novice – statut *local*, subordonnée à son rôle *global* d'expert dans la relation – à celui d'expert. Cet espace d'intégration des savoirs du patient à la pratique de soins apparaît moindre dans des départements comme les admissions ou les urgences, services qui appliquent des schémas d'action relevant de procédures fortement préconfigurées, ritualisées, plus universelles et moins adaptées/adaptables au patient en tant qu'individu que lors des soins à domicile.

Un dernier exemple de la prise en compte des savoirs du patient clora cette incursion du lexique vers la tâche :

(15) *Un peu plus de crème*

Inf1 ben alors ça c'est formidable heureusement que vous l'avez dit . ah sans vos indications je peux rien faire hein/. et ça continue d'aller bien/

P2 oui . ça dépend toujours de l'infirmière

Inf3 oui . mais c'est VOUS qui devez dire à tous les membres de l'équipe qu'il faut mettre BEAUcoup de crème

P4 oui oui . OUI il y en a qui en met beaucoup et pis il y en a d'autres qui : qui pensent qu'ils en mettent beaucoup mais qu'ils n'en mettent quand même pas [assez

Inf5 [pas assez . mais vous pouvez vous permettre de nous dire que ce n'est pas assez

P6 oui

Inf7 d'accord/  
 P8 j'ai toujours peur de commander

<P-SAD-1.3>

Après une phase de négociation ayant porté sur la quantité de crème à utiliser pour le bien de la patiente – négociation durant laquelle la patiente est parvenue à imposer sa propre expertise – on assiste à une sorte de **méta-négociation**, ayant précisément pour objet le droit à la négociation que le patient possède dans le contexte spécifique des soins à domicile.

## 6. DU TRAVAIL LEXICAL SUR LA FORME A LA NEGOCIATION DU SENS

Dans le dernier cas de figure, exemplifié par la séquence 16, l'enjeu fondamental est également la bonne transmission d'informations, mais celle-ci se passe par une longue négociation des termes en question (*fourmillements* vs *spasmes*). Le travail lexical ne se matérialise pas sous la forme d'une reformulation, et s'il y a bien négociation, celle-ci s'entrevoit davantage en termes de co-construction de la situation dans le but de parvenir à une qualification adéquate de la douleur ressentie par le patient. Cet exemple constitue un cas de figure différent des précédents, dans la mesure où le travail lexical ne s'organise pas autour de la forme d'une seule entité sémantique pourvue de plusieurs représentants lexicaux en surface, mais implique ici une « véritable » activité de **négociation du sens** : la maîtrise par le patient d'indices pragmatiques dictés de l'intérieur – son ressenti – vient se confronter à la connaissance présumée du soignant de la multiplicité des registres. Les dénominations produites par le patient et le soignant, relevant de registres assez proches, bien que non équivalentes ni synonymiques, ne correspondent donc pas à une variation stratifiée de répertoires linguistiques.

(16) *Fourmillements – spasmes*

297Inf eeh (6 secondes ; note :) cent quarante-trois cent six .. 'four-mille-ment in-tes-ti-nal' elle a dit : elle a écrit là . tu qualifierais ça de 'fourmillements'/. au niveau des intestins/

- 298P oui des fois ouais  
 299Inf ouais/.  
 300P pas ce matin  
 301Inf c'est pas des spasmes/. c'est des fourmillements/  
 302P [non non c'est pas des spasmes . (X) pas (X) des spasmes mais .  
 (X) ça dure toute le journée  
 303Inf ouais mais tu dis que tu as MAL . aux intestins  
 304P j'ai mal : j'ai mal toujours . sans arrêts  
 305Inf mais un fourmillement\ça fait pas vraiment mal c'est dérangeant .  
 ou bien ça te fait mal/  
 306P ouais . ça me fait un peu mal  
 307Inf ouais  
 308P c'est plu : :s : . un peu mal pi : : :s . ça fait pas tellement tu vois .  
 c'est dérangeant  
 309Inf c'est dérangeant plutôt  
 310P ouais mais là pas

<P-SAD-2.3>

Comme on le voit, le patient tient tête dans la difficulté de trouver une dénomination orthonymique correspondant à l'expression de la douleur ressentie. Alors que l'infirmière tente de proposer le terme *spasmes*, appuyant davantage le caractère intermittent de la douleur, le patient, lui, adhère à celui de *fourmillements*, souhaitant mettre en avant l'acuité – modérée – du mal qu'il ressent. La négociation finit tout de même par aboutir à un compromis lexical sous la forme de l'adjectif *dérangeant*, proposé une première fois par l'infirmière en 305, réapproprié aussitôt par le patient en 308, à nouveau confirmé par l'infirmière en 309, puis ratifié une dernière fois par le patient en 310 (*ouais*), qui finit par activer à son tour la dimension « continue vs intermittente » de la douleur (*mais pas là*).

## 7. REMARQUES CONCLUSIVES

Toute situation non prioritairement didactique peut aboutir à l'établissement d'un contrat didactique, du moment qu'il y a distribution asymétrique des connaissances entre les interactants, et que les différences de compétences peuvent être traitées comme telles (De Pietro, Matthey, Py 1989) : les discours didactiques, les phénomènes décrits sous les notions de *compétentialisation* et

*didacticité* (Moirand 1993<sup>6</sup>), décrivent des procédures qui sont donc susceptibles d'émerger dès que la supériorité d'un participant est reconnue comme constitutive de l'interaction. Par ailleurs, le caractère localement situé des mécanismes de (co-) construction du sens favorisant l'activation successive d'une pluralité de contextes et de références contextuelles, chaque locuteur peut être amené à se trouver expert dans l'un d'entre eux, indépendamment de sa position définie de l'extérieur.

Dans les confins de la sphère hospitalière, le postulat défini de l'extérieur, stipulant que le soignant se trouve en position haute et le soigné en position basse, permet d'envisager une mise à niveau des savoirs et des éléments du discours. Ainsi, les interactions en milieu institutionnel hospitalier constituent, sinon un lieu privilégié de *didacticité*, un environnement favorable pour le patient à la construction et l'accroissement de son expertise. Cependant, « (...) le patient est expert de son côté. Il ne l'est pas seulement parce qu'il peut avoir acquis certaines connaissances médicales à force d'avoir vécu et de vivre une maladie [chronique], mais il dispose d'un savoir spécifique concernant les symptômes précurseurs, les manifestations et le déroulement [de ses crises à lui] (...) », comme le soulignent Furchner et Gühlich (2001 : 84), s'appuyant ici sur le cas spécifique de patients épileptiques. Herzka insiste également sur le fait que le patient peut s'avérer expert dans certains domaines : « A genuine exchange of knowledge, thoughts and feelings is only possible if a doctor maintains his medical identity but does not (...) consider himself to be more important than the patient, who is a specialist in some other area » (Herzka 1989 : 175).

Cette part d'expertise que détient le patient peut rester inhibée, ou alors être activée et revendiquée, en fonction du **profil** de celui-ci

---

<sup>6</sup> Moirand distingue en outre trois formes de *didacticité* au travers de l'étude de discours non prioritairement didactiques, à savoir une *didacticité situationnelle*, inscrite dans les situations de communication où l'un des locuteurs possède un savoir supérieur à celui de l'autre, une *didacticité formelle* qui se manifeste par des formes linguistiques repérables au travers de productions linguistiques spécifiques, et une *didacticité fonctionnelle* exposant la visée mise en jeu dans l'interaction en termes de « faire faire », « faire savoir », « compérialiser ».

(cf. Gajo & al. 2004 : 58), de sa propension à la collaboration, et de l'importance de cette expertise. Quels que soient le **degré d'expertise** du patient et ses **revendications et aspirations de / à l'expertise**, leur confrontation avec l'ensemble des savoirs – *procéduraux* pour la généralité, *lexicaux* dans le cas de cette étude – détenus par le soignant, confère à l'échange interactionnel une plasticité permettant la mobilité des rôles, dans un traitement dynamique des notions convoquées en tant qu'objet du discours pour la réalisation des soins du patient.

Les thématisations du discours sur et autour du lexique, les sollicitations et négociations lexicales, ainsi que les (re)formulations savantes et ordinaires distribuées asymétriquement de part et d'autre de la frontière institutionnelle permettent un marquage contrasté de celle-ci, qui se matérialise sous des formes interactionnelles hétérogènes et multiples dont cet article constitue un aperçu n'aspirant en aucun cas à l'exhaustivité, mais peut-être à d'autres formes d'expertise(s)...

#### CONVENTIONS DE TRANSCRIPTION

/\	intonèmes ascendants et descendants
. . . . . (2 sec.)	pauses, silences
:::::	allongements syllabiques
[	chevauchement
&	enchaînement rapide
<matjas>	transcription phonétique
(?avait/allait)	transcription incertaine
(en)fin	articulation relâchée
MAL au COEUR	accentuation, focalisation prosodique
X XX XXX	segments incompréhensibles

#### BIBLIOGRAPHIE

Alber, J.-L. & Py, B. (1986). Interlangue et communication exolingue. In Giacomi, A. & D. Véronique (éds.) : *Acquisition d'une langue étrangère*, Université de Provence.

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

De Pietro, J.-F. (1988). Vers une typologie des situations de contacts linguistiques, *Langage et Société*, 43, 65-89.

De Pietro, J.-F., Matthey, M., Py, B. (1989). Acquisition et contrat didactique : les séquences potentiellement acquisitionnelles de la conversation exolingue, In Weil, D., Fugier, F. (éds.), *Actes du troisième colloque régional de linguistique*. Strasbourg, Université des sciences humaines et université Louis Pasteur, 99-124.

Furchner I. & Gühlich, E.(2001). L'expertise des patients dans l'élaboration d'un diagnostic médical – Analyse linguistique d'entretiens avec des patients souffrant de crises épileptiques ou non-épileptiques, *Bulletin VALS-ASLA* 74, 83-107.

Gajo, L. (2001). *Immersion, bilinguisme et interaction en classe*. LAL, Didier.

Gajo, L. (2003). Pratiques langagières – pratiques plurilingues, *Analyse des pratiques langagières, TRANEL* 38/39, 49-62.

Gajo, L., Borel, S., D'Onofrio A., Girod I., Graber M., Molina M. E., Yanaprasart P. (2004). *Processus d'hospitalisation, rôle infirmier et compétence socio-institutionnelle du patient : modalités d'interaction dans des lieux « interstitiels » de l'institution*. Rapport final du Projet DORE 101035.

Gajo, L., D'Onofrio, A., Graber M. & Molina, M. A. (2001). Communication entre soignants et patients migrants : quels moyens pour quels services ? *Bulletin VALS-ASLA* 74,153-174.

Grosjean, F. (2001). The bilingual's language modes. In Nicol, J. (Ed.). *One Mind, Two Languages : Bilingual Language Processing*, Oxford : Blackwell. 1-22.

Henzl, V. M. (1989) Linguistic means of social distancing in physician-patient communication. In : Von Raffler Engel, W. (ed.) *Doctor-Patient Interaction*. Pragmatics and beyond, New Series 4, Amsterdam-Philadelphia.

- Herzka, H. S. (1989). The dialogics of a doctor-patient relationship. In : Von Raffler Engel, W. (ed.) *Doctor-Patient Interaction. Pragmatics and beyond*, New Series 4, Amsterdam-Philadelphia.
- Lüdi, G. (1994). Dénomination médiante et bricolage lexical en situation exolingue. *Aile* 3, 115-143.
- Lüdi, G. (1995). Représentations lexicales floues et construction interactive du sens. *Cahiers de l'ILSL* 7, 95-109.
- Meisser, B. (1987). *Le lexique médical contemporain : analyse linguistique sous l'angle de la synonymie*, Peter Lang.
- Moirand, S. (1993). Autour de la notion de « didacticité », *les Cahiers du CEDISCOR* 1, 9-20.
- Mondada, L. (1998). Therapy interactions : Specific genre or « blown up » version of ordinary conversational practices ?, in : *Pragmatics 8-2, special issue : Clinical interviews as verbal interactions : a multidisciplinary outlook*, Michèle Grosjean & Anne Salazar Orvig (eds.).
- Porquier, R. (1984) : Communication exolingue et apprentissage des langues, in : Py, Bernard (éd.) (1984) : *Acquisition d'une langue étrangère III*. Actes du colloque organisé les 16-18 septembre 1982 à l'Université de Neuchâtel. Paris : Encrages : 17-47.
- Py, B. (1996). Reflection, Conceptualisation and Exolinguistic Interaction : Observations on the Role of the First Language. *Language Awareness* 5/3-4, 179-187.
- Py, B. (1997). La conversation exolingue et la construction de la langue. B. Py & M. Grossen, *Pratiques sociales et médiations symboliques*. Peter Lang.