

Entre paroles et actions, appréhender la complexité de la coopération en milieu hospitalier

Danièle LANZA*, Philippe LONGCHAMP,
Laurence SEFERDJELI*** & Ronald MÜLLER******

1. LIMINAIRE

Les recherches pluridisciplinaires sur le travail qui ont vu le jour ces dernières années ont donné l'occasion aux chercheurs de développer des méthodologies qualitatives telles que l'observation, l'enregistrement et l'analyse d'interactions verbales au cours de l'activité des professionnels observés.

Intéressés par ces méthodes qui respectent la complexité des situations réelles de travail, nous avons pris le parti, dans l'étude que nous présentons ici, de procéder, lors de l'analyse de notre matériel, à un va-et-vient entre données empiriques et recherche de concepts susceptibles de les éclairer. C'est ce dont nous tenterons de rendre compte dans ces lignes. Cet article n'est donc pas destiné à communiquer des résultats mais à exposer une démarche en cours et à partager les questions qu'elle soulève.

* Responsable de l'unité de recherche de la Haute Ecole de Santé-Genève.
E-mail : danièle.lanza@heds-ge.ch

** Chargé de recherche à la Haute Ecole de Santé-Genève. E-mail : philippe.longchamp@heds-ge.ch

*** Chargée de recherche à la Haute Ecole de Santé-Genève. E-mail : laurence.seferdjeli@heds-ge.ch

**** Chargé de recherche et qualité, Hôpital Cantonal Universitaire de Genève. E-mail : ronald.muller@hcuge.ch

L'objectif de la recherche que nous avons entreprise¹ est de mettre en évidence les processus de régulation de la coopération entre infirmières et médecins dans des situations de travail hospitalier dont la finalité est la réalisation des traitements et des soins aux patients. Ces processus s'articulent autour de situations dont nous postulons qu'elles mettent en jeu des logiques d'action, des raisonnements pragmatiques, des valeurs et des normes en lien avec une évaluation des contraintes contingentes; ces différents éléments peuvent converger ou diverger entre infirmières et médecins, en fonction des situations qu'ils rencontrent dans des contextes d'action spécifiques (différentes unités et services).

Dans le contexte d'une unité ou d'un service de soins, infirmières soignantes et médecins internes d'une même équipe sont en effet "au front" et doivent prendre de multiples décisions opérationnelles dans une interdépendance forte et à des rythmes souvent rapides. Cette interdépendance est pour une bonne part incorporée par les acteurs des deux professions qui s'ajustent dans l'action en cours, parfois sans avoir à se parler. Ceci est particulièrement frappant dans les services les plus techniques, où l'on a par moments l'impression d'assister à une véritable orchestration sans chef d'orchestre.

La spécialisation importante de la médecine contemporaine, ainsi que la démultiplication de ses différentes spécialités, ont entraîné une différenciation accrue des services hospitaliers et par conséquent de tous les agents qui y travaillent. Ce processus est particulièrement marqué dans un grand centre hospitalo-universitaire. Il implique une importante contextualisation par services des connaissances nécessaires, des nouvelles techniques, des usages concrets de ces connaissances et de ces techniques face à des situations spécifiques; tous ces facteurs contribuent à la construction dans la tête des acteurs de représentations et de manières de faire routinisées qui permettent beaucoup d'implicites dans le fonctionnement opérationnel.

¹ Titre du projet : « Processus de régulation de la coopération entre infirmières et médecins dans des situations de travail hospitalier », financé par l'action DO-RE (FNS-CTI), partenaires : Haute Ecole de Santé-Genève, Hôpitaux Universitaires de Genève, Université de Genève FPSE.

Néanmoins, des problèmes particuliers se posent toujours, des informations manquent, des situations nouvelles surviennent, des urgences se produisent, et tous ces aléas obligent médecins et infirmières à réajuster leur coopération, à renégocier les règles existantes ou à en inventer de nouvelles, comme A. Strauss (1992) l'a bien montré dans ses travaux sur les hôpitaux.

Ainsi, entre les standards imposés par le "monde objectif" de l'hôpital ou du service (Berger et Luckmann, 1986) et le monde subjectif des patients et des professionnels se déploie nécessairement un espace de tension vers l'agir collectif qui engendre de nombreuses régulations².

Mettre en évidence ce « tissage » subtil entre activités typifiées et régulations opérées dans le « feu de l'action », ceci dans différents contextes de soins, devrait selon nous contribuer à une meilleure connaissance des transformations récentes dans les pratiques professionnelles des médecins et des infirmières, en lien avec l'évolution de la médecine et des soins. Or, les représentations sociales de ces professions restent, à notre sens, relativement stéréotypées.

Les données recueillies sont des enregistrements en continu d'interactions verbales entre médecins et infirmières au cours de leur activité, assorties de notes d'observation. Nous avons effectué des séquences d'observation de deux fois trois jours dans deux services assez contrastés : un service très technique où les patients ne séjournent pas plus de 24 heures sauf exception (salle de réveil post-opératoire), et un service de médecine de réadaptation où les patients séjournent en moyenne 22 jours, et dans lequel se posent beaucoup de problèmes psychosociaux, en particulier pour organiser la sortie de patients souvent âgés et en attente d'un nouveau lieu de vie.

Ces observations ont été complétées par des entretiens de clarification³ post-observation avec les professionnels observés et un

² La notion de régulation a trait à toutes ces manières d'agir collectivement qui sont le fruit d'un processus permanent de négociation *durant* l'action. Elle doit être distinguée de la notion de règle, qui se réfère à l'ensemble des manières d'agir plus ou moins formalisées et négociées *en amont* de l'action (Reynaud, 1993).

³ Par entretiens de clarification, nous entendons des entretiens au cours desquels nous reprenons et présentons à nos interlocuteurs des éléments

deuxième entretien avec les mêmes personnes ; ce deuxième entretien était construit sur la base d'une première analyse des données.

Toutes ces données enregistrées ont été transcrites.

2. A LA RECHERCHE D'UN CADRE D'ANALYSE POUR SAISIR L'ARTICULATION ENTRE ACTIVITES TYPIFIEES ET ACTIONS EMERGENTES : LE MODELE DE LA PRAGMATIQUE PSYCHOSOCIALE PROPOSE PAR FILLIETTAZ

Une des difficultés majeures dans l'analyse des interactions verbales qui accompagnent une activité professionnelle est l'articulation entre ce qui est dit et ce qui est fait dans un modèle d'analyse cohérent.

Dans le livre publié à partir de sa thèse, Filliettaz (2002) propose un modèle intéressant d'analyse des interactions verbales en situation reposant sur des éléments de pragmatique psychosociale. En effet, il permet d'intégrer les dimensions typifiée et émergente des actions situées et de prendre en compte leur articulation dans l'analyse de l'activité professionnelle observée. Pour ce faire, Filliettaz propose un ensemble de notions qui, tout en se référant explicitement à celles développées par Schütz et Goffman, visent cependant à les systématiser et à leur conférer un meilleur potentiel d'opérationnalisation. Nous présentons ici un exposé de ces notions, en montrant en quoi elles sont susceptibles de servir notre analyse du travail en milieu hospitalier.

2.1 LA DISTINCTION ENTRE « ACTIVITE » ET « ACTION »

Les différents points de vue théoriques, selon qu'ils considèrent les conduites observées comme relevant des formes d'organisation sociale qui les sous-tendent ou des processus de régulation contextuelle qui les manifestent, conduisent Filliettaz à proposer une première distinction conceptuelle, celle entre activités et actions. Le

du matériel nous paraissant peu compréhensibles et nécessitant une contextualisation.

terme d'**activité** désigne ainsi « l'ensemble des ressources schématiques de l'agir, telles qu'elles procèdent du produit cristallisé de préexpériences évaluées (...) » (Filliettaz, 2002 : 51). Le terme d'**action** désigne quant à lui « des réalités émergentes, c'est-à-dire les réalisations effectives et négociées de telles activités par des agents déterminés dans le cadre de situations déterminées » (*op. cit.*). Filliettaz reprend ainsi à son compte la distinction opérée par Bronckart à la suite de Léontiev, sans pour autant adhérer à la dissociation qu'opèrent ces auteurs entre deux ordres de faits qui relèveraient de disciplines différentes (psychologie et sociologie) : activités et actions sont inextricablement liées. Dans le cadre de notre étude en milieu hospitalier, ces deux notions nous permettront de distinguer ce que les manières d'agir observées doivent aux routines de ce qu'elles doivent à la négociation permanente qu'implique leur réalisation concrète⁴.

2.2 LES ASPECTS TYPIFIÉS DE L'AGIR :

LA NOTION DE REPRESENTATION PRAXEOLOGIQUE

Une représentation praxéologique correspond, selon Filliettaz, à un certain nombre d'attentes quant à l'organisation de l'activité, liées aux ressources typifiantes mobilisées par les acteurs dans le cadre de leurs conduites finalisées. Sans prétendre à la description des conduites, il semble qu'il soit possible de schématiser les parcours actionnels typiques liés à un cadre d'activité à partir de deux dimensions : les enjeux typiques liés à la situation (enjeux liés à certaines actions spécifiques) d'une part, l'organisation chronologique minimale de ces actions d'autre part. Dans son ouvrage, Filliettaz propose une représentation praxéologique d'une incursion en librairie. Celle-ci se caractérise notamment par le fait que l'action peut suivre plusieurs « chemins typiques », suivant la nature du service demandé par le client (achat d'un livre, demande de

⁴ Il n'est donc aucunement question de diviser les conduites en deux catégories, où l'une rassemblerait les actions et l'autre les activités. Loin de vouloir désigner l'*essence* des conduites, cette terminologie ne fait que désigner la posture du chercheur.

renseignement) et la capacité du libraire à répondre à ce service (dans le cas où il possède le livre demandé, il aura la possibilité de le vendre immédiatement, dans le cas contraire, il aura la possibilité de le commander ou de renseigner le client sur une autre suite à donner à sa demande).

En nous basant sur cet exemple, il nous est possible de proposer deux représentations praxéologiques relatives aux deux types de situations d'interactions entre infirmières et médecins (transmissions de patients et visites médicales) observées dans les deux services concernés par notre étude.

L'unité de médecine observée accueille seize patients répartis en trois secteurs. Chaque secteur est placé sous la responsabilité d'une infirmière. La visite médicale avec le médecin interne a lieu cinq fois par semaine, entre 9h30 et 11h30. Selon nos observations, elle débute sensiblement de la même manière : le médecin cherche à savoir avec laquelle des trois infirmières responsables de secteurs il commence la visite. Puis ces deux protagonistes se placent dans le couloir de l'unité, autour du chariot contenant les dossiers de soins (cardex) des patients. Après la consultation des dossiers, le médecin souscrit au rituel du « serrage de mains », en passant auprès de chacun des patients du secteur concerné (qui se trouvent soit dans leur chambre, soit dans la *loggia* qui fait office de cafétéria), avant de recommencer l'ensemble du processus pour le secteur suivant avec l'infirmière qui en a la responsabilité.

A la différence des incursions en librairie analysées par Filliettaz, les visites médicales que nous avons observées ne présentent donc pas une pluralité de parcours actionnels typiques. Elles se caractérisent en revanche par une chronologie en deux temps : la consultation des dossiers médicaux d'abord – qui met en situation de co-présence le médecin et l'infirmière –, la consultation des patients ensuite – qui met en situation de co-présence le patient, le médecin et l'infirmière. Il nous est dès lors possible d'en proposer la représentation praxéologique suivante :

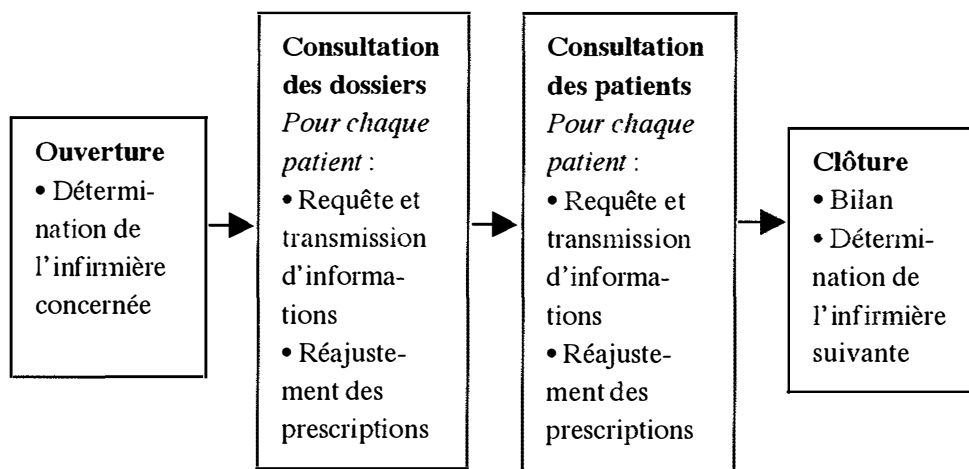


Schéma 1 : représentation praxéologique d'une visite médicale en unité de médecine

Deuxième lieu d'observation, la salle de réveil est divisée en secteurs de trois lits chacun. Chaque secteur est pris en charge par une infirmière désignée à l'avance en fonction de ses horaires; le flux des patients en salle de réveil est fonction du rythme de sortie du bloc opératoire, rythme que les infirmières ne contrôlent pas. Les patients qui sortent de la salle d'opération sont déjà attribués à un secteur. Ainsi, lorsque le médecin arrive en salle de réveil en tirant le lit du patient, il ne sait pas forcément à quelle infirmière il doit faire la transmission alors que celle-ci en est informée. Généralement, elle va s'avancer pour aider l'anesthésiste à pousser le lit, ce qui suffit à la désigner comme responsable de ce patient et donc comme destinataire de la transmission. C'est pourquoi l'ouverture est généralement rapide et informelle : « Alors, Madame X... » ou bien « Alors, je te raconte... » (sous-entendu « l'intervention ») et émane de l'anesthésiste une fois que l'infirmière s'est désignée, souvent sans paroles.

La transmission faite à ce moment-là par l'anesthésiste à l'infirmière suit généralement un ordre assez strict : les différents points sont nommés par ordre chronologique tels qu'ils figurent dans le schéma ci-dessous.

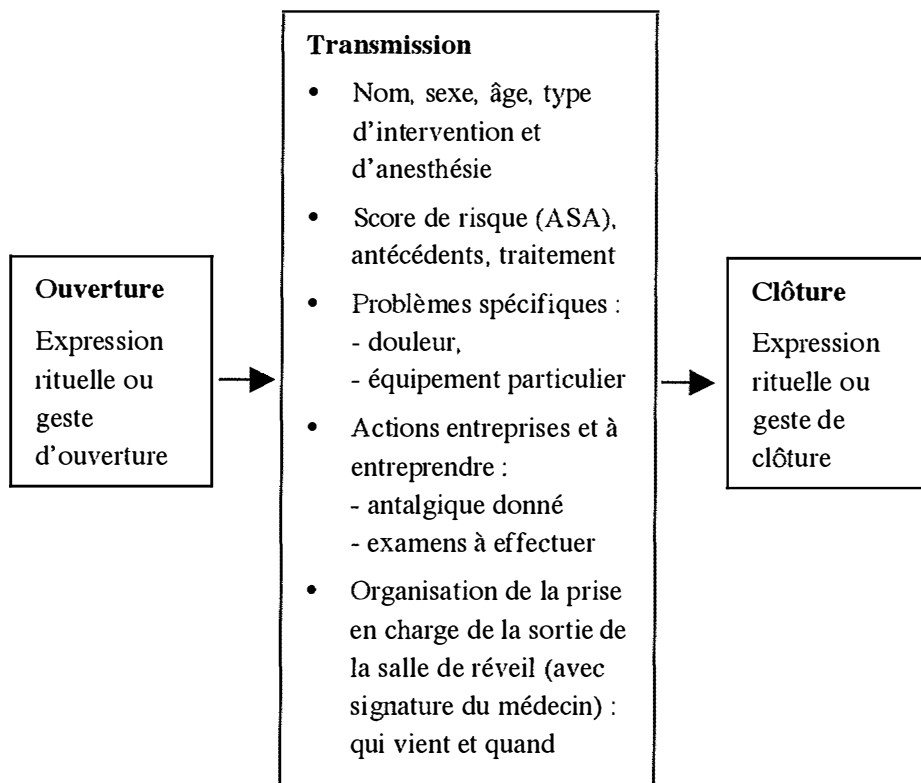


Schéma 2 : représentation praxéologique d'une transmission de patient en salle de réveil

Nous avons investigué les représentations praxéologiques des agents à travers des entretiens semi-structurés construits sur la base d'une première analyse du matériel d'observation. En effet, il s'agissait, pour reprendre l'exemple ci-dessus, de savoir si le séquençage d'une visite médicale ou d'une transmission correspondait bien à un schéma type intériorisé par les agents observés. Pour ce faire, nous avons présenté aux infirmières interviewées un scénario aberrant de transmission, qui donnait force détails sur des éléments inutiles en salle de réveil mais par contre en omettait d'autres, fondamentaux. En « corrigeant les erreurs », elles ont en quelque sorte confirmé la pertinence de la représentation praxéologique d'une transmission que nous proposons.

2.3 LES ASPECTS EMERGENTS DE L'AGIR

Comme le note Filliettaz, une représentation praxéologique « constitue une tentative d'explicitation de la typicalité (Schütz) que les agents reconnaissent à leurs expériences, ou des prémisses organisationnelles qui président selon Goffman au cadrage de l'expérience. En d'autres termes, les représentations praxéologiques coïncident avec quelques-unes des ressources typifiantes que les agents mobilisent dans leurs interactions, mais elles ne préjugent en rien des actions effectives auxquelles se livrent les agents dans des situations particulières » (Filliettaz, 2002 : 54). Il faut donc aller plus loin dans l'analyse, en proposant un mode de saisie des aspects émergents de l'agir (de ses régulations circonstanciées en contexte) qui vienne compléter la dimension schématique exposée à l'aide de la représentation praxéologique.

Conformément à la distinction proposée plus haut, il s'agit d'analyser les conduites non plus en tant qu'activités, mais en tant qu'actions. Pour ce faire, Filliettaz propose la notion de cadre actionnel.

Le cadre actionnel

La notion de cadre actionnel développée par Filliettaz s'inspire explicitement de celle de *cadre* de Goffman, tout en en spécifiant un aspect. En effet, Goffman semble avoir développé cette notion dans deux directions, celle des *prémisses organisationnelles* et celle des *cadres participatifs*. Alors que la première direction rejoint les notions de *typicalité* et de *représentation praxéologique* dont il a été question ci-dessus, la seconde a trait quant à elle aux éléments émergents de l'interaction. C'est donc bien en référence aux cadres participatifs de Goffman que Filliettaz propose la notion de *cadre actionnel*, défini comme « un instrument descriptif destiné à rendre compte de la dimension configurationnelle de l'agir sous différents aspects » (Filliettaz, 2002 : 59). Un cadre actionnel peut être analysé selon cinq paramètres : le *mode*, la *finalité*, les *rôles praxéologiques*, le *degré d'engagement* des participants et le *complexe motivationnel*.

A) Le mode

En se basant sur la typologie goffmanienne, Filliettaz propose de distinguer les actions selon leur mode individuel ou collectif. On qualifiera d'action individuelle toute « conduite finalisée qu'un agent peut adopter de façon autonome » (*op. cit.* : 62). À l'inverse, on parlera d'action collective pour désigner une situation « nécessitant la mise en place d'une inter-individualité » (*op. cit.*). Parmi les actions collectives, nous distinguerons les *actions à plusieurs* (un ensemble d'individus qui procèdent à la même action au même moment, mais sans concertation) de celles qui « opèrent une reconnaissance réciproque des co-agents dans le cadre d'une mise en commun de la finalité de leurs conduites » (*op. cit.* : 63). C'est ce dernier type d'action collective qui sera défini comme **action conjointe**.

Telle qu'entendue ici, l'action conjointe n'implique pas forcément l'existence de buts communs pour les agents y étant engagés. Il faudrait plutôt parler d'interdépendance entre des buts individuels distincts. C'est ainsi qu'il devient possible de considérer qu'une action collective exige la reconnaissance d'un *enjeu* commun, mais pas celle d'un but commun.

Pour la composition du cadre actionnel, Filliettaz ne retient que deux modes d'action, ceux d'action individuelle et d'action conjointe. Dans le cadre de notre recherche, ce sont également ces deux modes d'action que nous retiendrons. Les interactions entre infirmières et médecins nous semblent en effet être largement déterminées par des actions conjointes (transmission d'informations, évaluation d'un patient, etc.) accompagnées d'actions individuelles (noter des informations dans un dossier).

B) La finalité du cadre actionnel

« Si le mode détermine la nature du cadre, la finalité qui émerge de la situation en constitue en quelque sorte le *noyau* ou le *foyer* » (*op. cit.* : 68-69). Dans le cas d'une action conjointe, la finalité du cadre actionnel doit toujours être considérée comme constituant l'*enjeu commun* aux différents agents impliqués. Cependant, ces enjeux peuvent présenter des caractéristiques diverses, voire opposées, selon le niveau auquel se place le chercheur : « (...) il faut se garder de postuler d'emblée un caractère monolithique et homogène à ces

finalités », car les conduites « peuvent être interprétées simultanément à plusieurs niveaux et revêtir ce qu'on peut appeler une sorte d'*hétérogénéité fonctionnelle* » (*op. cit.* : 69). Afin de systématiser cette hétérogénéité, Filliettaz reprend le modèle habermassien de la rationalité de l'agir qui se base sur la distinction entre les mondes objectif, subjectif et social. Mais, reprenant la critique que Bronckart adresse au modèle de Habermas, il refuse d'accorder un statut d'autonomie au monde social, considérant plutôt qu'il sous-tend et structure les mondes objectif et subjectif. Il en vient ainsi à la conclusion que toute conduite finalisée résulte à la fois d'une dimension *socio-objective* et d'une dimension *socio-subjective*. C'est ainsi que « les actions relèvent fondamentalement d'une double fonctionnalité et qu'elles sont orientées à la fois vers la modification socialement régulée d'états de choses existants dans l'environnement physique (la dimension socio-objective) et vers la recherche d'une reconnaissance publique des expériences vécues subjectives des agents (la dimension socio-subjective) » (*op. cit.* : 73-74). Alors que les finalités socio-objectives se réfèrent à la dimension des conduites des agents en tant qu'elles visent principalement à une modification des états de choses qui composent le monde physique, les finalités socio-subjectives concernent la dimension des conduites en tant qu'elles visent principalement à la « présentation de soi » (Goffman) et aux mécanismes de mise en scène des expériences vécues.

Loin de postuler l'existence d'une association nécessaire entre certains types d'activité et l'une ou l'autre des finalités proposées, cette distinction permet à l'inverse de montrer comment la plupart des actions impliquent simultanément ces deux dimensions. Néanmoins, dans notre matériel en cours d'analyse, nous avons l'hypothèse que les finalités socio-objectives domineront dans les cadres actionnels décrits, ce qui n'est pas tellement surprenant dans un univers de travail relativement technique, où le souci d'être opérationnel en un minimum de temps habite les agents ; ceci est probablement particulièrement marqué en salle de réveil, où les interactions entre infirmières et médecins sont brèves et très ciblées.

C) Les rôles praxéologiques

Toute finalité implique des rôles praxéologiques qui lui sont liés. Dans le cas d'une action conjointe, les différents rôles praxéologiques se complètent du fait de l'interdépendance des objectifs individuels (les *enjeux*). Dans une perspective analogique, on peut affirmer que le rôle praxéologique est à l'identité sociale ce que le cadre actionnel est à la représentation praxéologique : il constitue « le produit émergent de l'investissement par un individu biographiquement déterminé d'un rôle socialement constitué » (Filliettaz, 2002 : 83). Rôle praxéologique et identité sociale entretiennent ainsi un rapport dialectique.

Dans l'exemple proposé par Filliettaz (une transaction d'achat / vente dans une librairie), les individus ancrent leurs identités sociales respectives (client ; libraire) dans des rôles praxéologiques complémentaires (demandeur de renseignement ; donneur de renseignement). Pour ce qui est du milieu hospitalier ayant fait l'objet d'observations pour cette recherche, nous avons jugé pertinent d'adopter un niveau intermédiaire entre celui de l'identité sociale et celui du rôle praxéologique : l'identité professionnelle. Ce choix est notamment justifié par notre approche comparative visant à rendre compte du processus de « spécialisation des spécialités » en milieu hospitalier. De ce point de vue, les termes génériques de « médecin » et « infirmière » (identités sociales) devront être complétés par ceux de « médecin / infirmière en salle de réveil » et de « médecin / infirmière en unité de médecine ». Nous retrouvons ainsi, pour chaque identité sociale, une déclinaison à trois niveaux.

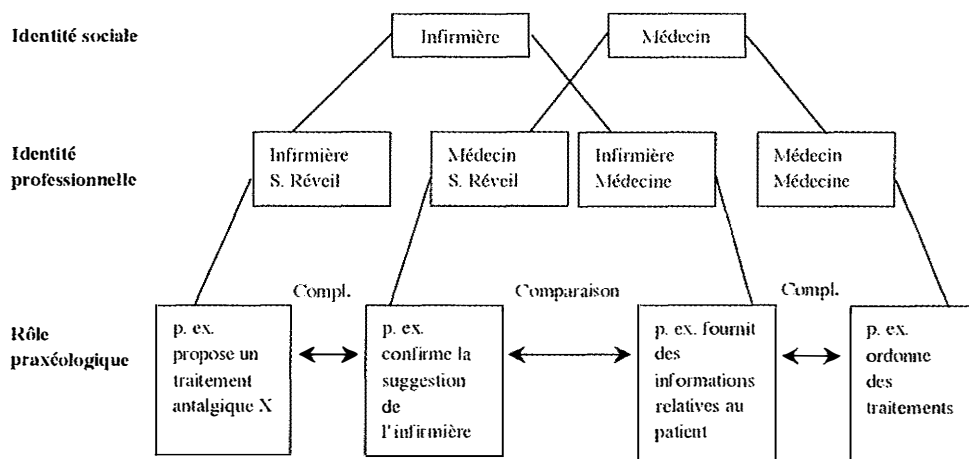


Schéma 3 : Identities sociales, identités professionnelles et rôles praxéologiques

Lors d'une transmission en salle de réveil, les rôles praxéologiques de l'infirmière et du médecin se complètent et forment donc un système d'interdépendance, système qui pourra être comparé à celui formé par les rôles praxéologiques respectifs de l'infirmière et du médecin lors d'une visite médicale en unité de médecine. Dans notre matériel, nous constatons par exemple qu'en unité de médecine, le médecin peut être amené à passer rapidement d'un rôle praxéologique à un autre en fonction des diverses sollicitations dont il fait l'objet. C'est le cas lorsqu'il discute avec une infirmière à propos d'un patient (il est alors un « demandeur d'informations ») et que surgit l'assistante sociale pour lui poser une question (il devient alors un « donneur d'informations »).

D) L'engagement praxéologique

Avec la notion d'engagement praxéologique, Filliettaz reprend l'idée développée par Goffman selon laquelle toute action conjointe « se caractérise par un principe de réciprocité qui stipule que les co-agents misent mutuellement sur une participation de leur partenaire et font converger leur attention sur un enjeu commun » (*op. cit.* : 84).

Présent dans toute interaction, l'engagement praxéologique varie cependant en fonction de sa *direction* et de son *degré de force*. Les individus participant à une action conjointe évoluant dans un même environnement perceptuel, il leur est à tout moment possible d'orien-

ter leur attention vers une multitude d'éléments différents, et ceci aussi bien de manière simultanée que successive. Dès lors, il est possible de distinguer les situations de **convergence**, c'est-à-dire lorsque l'attention de tous les agents est dirigée vers une même finalité, des situations de **divergence**, c'est-à-dire lorsque « les agents ne parviennent pas à coordonner leurs actions participatives, et où un des participants (...) marque à travers sa conduite un désengagement manifeste de l'enjeu commun et met par là même en péril la permanence du cadre conjoint » (*op. cit.* : 85).

Quant à la force de l'engagement, même s'il ne cherche pas à en systématiser les paramètres, Filliettaz note, à la suite de Goffman également, que certaines activités exigent un engagement plus fort que d'autres. La direction et la force de l'engagement sont directement liées. En effet, « on peut raisonnablement avancer l'hypothèse que les activités fortement engageantes (...) se caractérisent par un investissement cognitif important qui rend périlleuse l'émergence d'une activité parallèle. Au contraire, les enjeux faiblement engageants (...) ne paraissent nullement incompatibles avec l'accomplissement simultané d'une pluralité d'actions » (*op. cit.* : 86). Dans le cadre d'une étude empirique, il est donc raisonnable de s'attendre à observer une certaine permanence dans les deux associations suivantes :

- > engagement convergent / engagement fort
- > engagement divergent / engagement faible

C'est à la lumière de cette hypothèse qu'il nous faudra aborder la question de l'intervention récurrente de personnes tierces profitant de la présence du médecin dans l'unité pour venir le solliciter lors des visites médicales en unité de médecine. Cette situation (la visite médicale) présente en effet toutes les caractéristiques d'une action exigeant de la part de ceux qui y participent de réaliser en permanence l'association improbable qu'implique un engagement à la fois fort et divergent.

E) Le complexe motivationnel

Toujours dans une visée cherchant à la fois à distinguer et intégrer ce qui, dans une action située, relève du « dedans » et du « dehors »,

Filliettaz propose de différencier les notions d'*intention* et de *motif*. S'inscrivant dans une tradition initiée par des auteurs comme Anscombe, Schütz ou encore Léontiev, il note que l'intention qui motive un agent à l'intérieur d'un cadre actionnel (exemple : le médecin stagiaire qui participe à une visite médicale en unité de médecine) doit toujours être comprise comme étant liée au motif qui à la fois l'englobe et la détermine (exemple : poursuivre et réussir sa formation). C'est de la mise en relation de ces deux niveaux de motivation que naît la notion de *complexe motivationnel*. D'un point de vue théorique, cette notion permet de dépasser le cadre purement phénoménologique, et de montrer qu'une même finalité (exemple : réaliser une visite médicale) peut prendre place dans des cadres motivationnels variables : « la prise en compte des complexes motivationnels revient à expliciter le fait qu'au-delà du cadre de leur rencontre et des enjeux qui l'organisent, les participants sont engagés dans des pratiques superordonnantes qui déterminent leur « raison d'agir » et qui impliquent un ensemble complexe de conduites finalisées « externes » à l'interaction » (*op. cit.* : 89).

A cette dimension individuelle et synchronique du complexe motivationnel s'en ajoute une seconde, plus importante peut-être. Centrée sur l'action (et non sur les individus), elle vient rappeler que cette dernière ne prend tout son sens qu'à la condition d'être replacée dans la suite chronologique d'actions à laquelle elle appartient. C'est ainsi que l'utilité première de la notion de complexe motivationnel « est de rappeler que toute conduite finalisée, qu'elle soit individuelle ou conjointe, ne constitue pas un îlot décontextualisé, mais procède au contraire d'un « tressage » avec des actions externes qui la précèdent ou lui succèdent » (*op. cit.* : 91). Toute action particulière se voit donc extraite de la série chronologique d'actions dans laquelle elle s'insère, grâce à un dispositif de conventions (les rituels d'ouverture et de clôture notamment) que Goffman qualifie de *parenthésage* : « Ces parenthèses conventionnelles délimitent l'activité dans le temps en lui donnant un avant et un après. A l'instar du cadre en bois d'une photographie, ces marqueurs ne font pas vraiment partie intégrante du contenu de l'activité et n'appartiennent pas non plus au monde extérieur : ils sont à la fois dedans et dehors » (Goffman, in Filliettaz 2002 : 92).

Toute action doit donc être considérée comme s'inscrivant dans un « flux comportemental ». C'est dans cette perspective qu'il faut considérer le travail en milieu hospitalier, qu'il s'agisse des remises de service propres à assurer la continuité du travail lors d'un changement d'équipe grâce à un transfert de l'information (Grosjean et Lacoste, 1999), ou de la *trajectoire* d'un patient (Strauss, 1992). A une échelle plus *micro*, c'est également ainsi qu'il faut comprendre certaines phrases rituelles, telle le « alors, Mme P. » du médecin lors de la première phase d'une visite médicale (consultation des dossiers) qui a pour fonction de marquer la transition entre deux dossiers. De même, lors de la seconde phase (consultation des patients), l'énoncé « Qu'est-ce que vous avez à me dire, Docteur ? » permet à un patient qui vient de relater une anecdote n'ayant rien à voir avec la visite médicale de montrer que la parenthèse est finie et qu'il revient à son rôle de patient disponible pour la visite du médecin.

La polyfocalisation du cadre actionnel

Goffman est probablement l'auteur qui a le plus insisté sur l'insuffisance du schéma dyadique implicitement présent dans la plupart des paradigmes interactionnels. « L'analyse traditionnelle du dire et de ce qui se dit se conforme tacitement, semble-t-il, au modèle suivant. Deux et seulement deux individus sont en cause. A chaque instant, l'un explicite ce qu'il pense d'une certaine question et exprime, avec plus ou moins de circonspection, ses sentiments, tandis que l'autre écoute » (Goffman, 1987 : 138). Deux concepts proposés par Goffman suffisent à montrer les limites de ce schéma. Celui de **statut participationnel** d'abord : les différentes *positions* que peut occuper un agent au sein d'une interaction sont en fait beaucoup plus variées que ne le laisse entendre le modèle dyadique, qui réduit ces positions aux statuts de locuteur et de récepteur. Goffman distingue ainsi les positions de « participant ratifié », de « tiers » (ceux qui, sans y participer, se situent à portée visuelle et auditive de la rencontre) et de « destinataire désigné » (celui auquel le locuteur s'adresse directement). Ces différentes positions permettent à l'auteur de montrer que toute communication peut être caractérisée par la présence d'une *communication subordonnée*, « c'est-à-

dire une parole équipée et organisée pour former une interférence perceptiblement limitée avec ce qu'on peut appeler la « communication dominante » qu'elle côtoie » (*op. cit.* : 143). L'ensemble de la relation qui lie ces différentes positions entre elles forme le deuxième concept proposé par Goffman, celui de **cadre participationnel**.

En montrant que l'échange dyadique n'est qu'une composante possible du cadre participationnel, Goffman propose de prendre pour unité d'analyse la situation sociale dans toute sa complexité : « (...) l'énonciation ne découpe pas le monde autour du locuteur en précisément deux parties, récipiendaires et non-récipiendaires, mais ouvre au contraire tout un éventail de possibilités structurellement différenciées, posant ainsi le cadre participationnel au sein duquel le locuteur dirige sa production » (*op. cit.* : 147).

En insistant sur les différentes positions que peuvent occuper les agents au sein d'une interaction ainsi que sur les différents niveaux et noyaux praxéologiques pouvant la constituer, Goffman relève le caractère « polyfocalisé » que revêtent bon nombre d'échanges sociaux. A sa suite, d'autres auteurs se sont engagés dans cette voie. C'est le cas de Grosjean et Lacoste, qui constatent cette extrême labilité des cadres participatifs lors de leur analyse du travail infirmier : « (...) une infirmière parle à un malade les yeux dans les yeux, puis se tourne pour prendre à témoin un membre de la famille, élargissant le cercle de participation; des médecins entrent dans la chambre et s'adressent au malade, rompant l'échange antérieur pour lui en substituer un autre. La communication s'est articulée autour de formats de participation successifs qui correspondent à des variations de cadrage : les thèmes des échanges, les règles de parole, les normes de conduite, la tonalité, les enjeux se transforment lorsqu'on passe d'un cadre à un autre » (Grosjean et Lacoste, 1999 : 23).

Reprenant cette voie d'analyse, Filliettaz tente d'en systématiser les contours en précisant les conséquences d'une telle perspective pour le cadre actionnel qu'il propose. Cette démarche lui paraît tout particulièrement justifiée du fait que les différents foyers constitutifs d'une situation polyfocalisée entretiennent une forme d'interdépendance et participent de ce fait « d'une gestion globale des rencontres ». (Filliettaz, 2002 : 97). Filliettaz propose de distinguer les notions de *polyfocalisation configurationnelle* et de *polyfocalisation*

individuelle. Alors que la première peut se rapporter au « cadre participatif » pris dans son ensemble, la seconde concerne la « position » qu'y occupe un agent particulier.

L'auteur définit la polyfocalisation configurationnelle « comme une situation d'action dans laquelle la rencontre entre les participants (...) se structure autour d'une pluralité de foyers, coordonnés (...) ou emboîtés (...), prenant place éventuellement dans des régions⁵ distinctes (...) » (Filliettaz, 2002 : 98). Ainsi, la spécificité de certaines configurations praxéologiques réside dans une coordination ou un emboîtement des cadres actionnels ; cette polyfocalisation des situations d'actions permet d'explicitier l'emboîtement de plusieurs cadres, ce que Filliettaz se propose comme programme dans la continuité de l'intuition goffmanienne. Dans le contexte du travail hospitalier, une telle situation se présente souvent lorsque plusieurs intervenants se trouvent au chevet d'un malade et que se forment spontanément différents groupes de discussion : malgré leur relative autonomie, ces discussions entretiennent entre elles une relation d'interdépendance et il ne serait donc pas pertinent de considérer de telles situations comme de simples juxtapositions de foyers indépendants.

Plus particulièrement centrée sur les relations entre infirmières et médecins, notre recherche accordera cependant plus d'intérêt à la polyfocalisation individuelle, c'est-à-dire aux « situations dans lesquelles les agents manifestent simultanément un engagement praxéologique dans deux directions différentes, orientées vers des foyers distincts » (Filliettaz, 2002 : 99). Si ces engagements peuvent porter tous deux sur des finalités de nature conjointe (par exemple lorsque le médecin est interrogé par une personne tierce lors d'une visite médicale), ils coordonnent le plus souvent une action conjointe et une action individuelle (par exemple lorsqu'une infirmière discute avec le médecin tout en reportant des inscriptions dans le dossier d'un patient).

Filliettaz (2003) illustre un cas de polyfocalisation individuelle dans l'analyse qu'il fait d'une situation de travail en milieu industriel. Il montre comment un même individu (il s'agit d'un opérateur de stérilisation travaillant sur une chaîne de production de pochettes

⁵ Cf. Goffman, ci-dessous.

contenant des liquides injectables utilisés en milieu hospitalier) peut être sollicité dans un délai très bref par une multitude de foyers attentionnels. Loin du modèle dyadique renvoyant à une action conjointe et monofocalisée, cette situation illustre le cas d'une « prise en charge de tâches multiples, qui impliquent une pluralité d'instances d'agentivité et des mécanismes de coordination eux-mêmes complexes » (p. 9). Afin de mieux décrire les différents enjeux propres à chaque phase de son corpus, l'auteur introduit une nouvelle notion goffmanienne : la *région*⁶, définie comme un « lieu borné par des obstacles à la perception, ceux-ci pouvant être de différente nature : ainsi, par exemple, des vitres épaisses, comme dans les salles de régie des studios radiophoniques, favorisent l'isolation acoustique d'une région à défaut de son isolation optique, tandis que des cloisons à mi-hauteur isolent d'une façon inverse » (Goffman, 1973 : 105). Alors que le cadre actionnel est un outil théorique relativement abstrait, la région est une notion plus « concrète » du fait du lien qu'elle entretient avec l'espace physique qu'occupent les agents.

Au cours de ses observations centrées sur le cours d'action d'un agent, Filliettaz constate que la complexité configurationnelle doit non seulement être attribuée à la pluralité des individus susceptibles d'y intervenir, mais aussi et avant tout à la « stratification de la situation d'action, qui renvoie à un *cadrage de l'expérience* bien particulier, dans lequel se découpent plusieurs *régions*, en lien avec des activités qui reposent sur des prémisses organisationnelles singulières (...) » (Filliettaz, 2003 : 10-11). De fait, l'opérateur de stérilisation observé par Filliettaz étant chargé de la responsabilité du bon fonctionnement de l'équipe et des cycles de stérilisation, son action peut être comprise comme s'inscrivant dans trois *régions* :

- **La région proximale** : la séance de travail mettant aux prises l'opérateur de stérilisation avec un ingénieur-mécanicien en

⁶ Filliettaz parle en fait de *cadre*, notion directement reliée à celle de *région* de Goffman. C'est afin d'éviter toute confusion avec le *cadre actionnel* que nous parlerons ici de *région*, en espérant ne pas trahir les intentions respectives de ces deux auteurs.

vue de l'optimisation de l'un des appareils de la chaîne de production

- **La région locale** : le site de stérilisation placé sous la responsabilité de l'agent observé
- **La région globale** : la ligne de production des pochettes stériles dans son ensemble⁷

Se traduisant sous la forme de foyers attentionnels différents, ces *régions* interpellent simultanément ou successivement l'agent au cours de son action, marquant autant de changements de *cadres actionnels*. Schématiquement, elles pourraient être représentées sous la forme de trois cercles concentriques dont le centre constituerait la situation observée (la région proximale)⁸.

Le travail hospitalier se caractérisant par une instabilité configurationnelle des situations, les notions de polyfocalisation et de région nous ont semblé particulièrement pertinentes pour notre analyse. Ces outils étant plus descriptifs qu'analytiques, ils ne peuvent cependant être transférés d'un contexte à l'autre de manière mécanique. Il nous a donc fallu être attentifs aux spécificités propres au milieu industriel d'une part, au milieu hospitalier d'autre part. Deux différences ont ainsi été retenues pour la détermination de nos régions. La première concerne l'association entre type et lieu d'action : si elle est très forte en milieu industriel (du fait que le lieu et le type d'action y sont étroitement liés à la disposition des machines), elle est beaucoup plus relâchée en milieu hospitalier, où un même type d'action peut se dérouler dans des lieux différents. C'est ainsi que, lors d'une visite médicale en unité de médecine, la consultation des dossiers peut se faire dans le couloir ou dans l'infirmerie, et que la consultation des patients peut se faire dans la chambre ou dans la loggia. La région proximale étant directement liée à la position qu'occupent les agents observés, elle est donc beaucoup plus « mouvante » en milieu

⁷ Conformément à la terminologie employée par Filliettaz, lire respectivement : *cadre* local, *cadre* régional et *cadre* global.

⁸ Cette représentation comporte l'avantage de rappeler que les différentes régions retenues sont avant tout fonction de la situation observée, et ne relèvent donc pas d'une quelconque réification du contexte institutionnel.

hospitalier qu'en milieu industriel. La seconde différence concerne le nombre de régions retenues. En nous référant aux deux critères de sélection proposés par Filliettaz – l'échelle d'analyse et la manifestation de déterminants particuliers dans la portion d'activité étudiée –, il nous est apparu judicieux de proposer une stratification à quatre niveaux pour chacun de nos deux lieux d'observation – soit un niveau de plus que ne le propose Filliettaz pour le milieu industriel.

Prenons l'exemple des transmissions de patients en salle de réveil :

La région proximale 1 est l'emplacement du lit de chaque patient au pied duquel ont lieu toutes les transmissions entre médecins anesthésistes et infirmières responsables de ce patient.

La région proximale 2 est la salle de réveil dans son ensemble, comprenant deux ailes, est et ouest, reliées par un « aquarium », ce qui correspond à un espace perceptuel partagé par les agents présents en simultanéité, qui peuvent faire partie de l'équipe de la salle de réveil (infirmières de salle de réveil, aides-soignantes, médecin rattaché à la SDR et commis administratif de la SDR) ou non. Les personnes intervenant de manière ponctuelle en SDR peuvent être des anesthésistes (médecins ou infirmiers) du bloc opératoire, des chirurgiens, des techniciens en radiologie médicale, des physiothérapeutes, des infirmières des unités de soins dans lesquelles les patients seront transférés, des transporteurs, etc.

La région locale est l'ensemble constitué par les blocs opératoires et la salle de réveil. En effet, les relations d'interdépendance sont très fortes entre les deux blocs opératoires et la salle de réveil, et déterminent en grande partie l'organisation des activités de travail. Mais bien que ces lieux soient interdépendants, les agents qui travaillent dans les blocs opératoires sont isolés de la salle de réveil. La relation entre ces agents est médiée par un logiciel mis à jour de manière continue qui montre à l'écran où en sont les interventions chirurgicales dans les différentes salles ; ceci a un impact important sur l'organisation du travail en salle de réveil. La relation entre les agents situés dans les blocs opératoires et ceux situés dans la salle de réveil est aussi souvent médiée par l'usage du téléphone, l'appel des médecins sur leur bip, etc.

La région globale renvoie à l'hôpital dans son ensemble. En effet, l'activité des agents de la salle de réveil s'inscrit dans la structure hospitalière. Une multitude d'activités assurées par les agents de la région proximale renvoie à la région globale : l'utilisation des services tels que les laboratoires qui analysent les échantillons de sang envoyés par la salle de réveil, les cuisines préparant les repas des patients n'étant pas à jeun, le service de radiologie qui effectue les radiographies post-opératoires demandées par les médecins. Les horaires du personnel de la salle de réveil tiennent compte de certains impératifs tels que les heures de repas proposées par la cafétéria du personnel.

Prenons maintenant l'exemple de l'unité de médecine lors de la première phase de la visite médicale (consultation des dossiers) :

La région proximale est constituée par l'interaction entre médecin et infirmière autour du chariot contenant les dossiers. Même si les protagonistes sont objectivement exposés à la vue de tous du fait qu'ils se situent dans un couloir, le contenu de ce qui se dit n'est cependant entendu que d'eux. Il y a donc bel et bien un « obstacle à la perception » délimitant une région particulière.

La région locale est constituée par l'unité de médecine considérée. Elle renvoie notamment à l'intervention continue de collègues (infirmières, assistante sociale, ergothérapeute, etc.) venant glaner l'une ou l'autre information auprès du médecin ou de l'infirmière durant la visite.

La région globale est l'hôpital pris dans son ensemble. Elle intervient dans le cadre de la visite médicale sous la forme d'incursions de médecins venus d'autres unités, des horaires des repas qui structurent fortement l'organisation de l'unité, des analyses de laboratoires, des transferts de patients, etc.

La région supra-globale renvoie au système socio-sanitaire genevois, y compris les familles des patients. Ce cadre intervient à maintes reprises dans les interactions entre médecins et infirmières (lorsqu'ils sont interrompus par l'irruption d'ambulanciers ; lorsque le médecin doit, suite à une urgence survenue en pleine visite médi-

cale, téléphoner au conjoint du patient concerné afin de l'informer de la situation, etc.).

Ces notions de polyfocalisation et de région nous sont d'une grande utilité pour notre étude. Dans notre perspective de comparaison entre les deux unités, elles nous mettent sur une première piste intéressante. En effet, le fait que nos observations débouchent sur un dédoublement de la région proximale en salle de réveil (région proximale 1 et région proximale 2) et sur un dédoublement de la région globale en unité de médecine (région globale et supra-globale) révèle clairement les « missions » distinctes (« proche » vs « éloignée ») de ces deux lieux ; le bloc opératoire accueille le plus souvent des patients provenant d'une unité de l'hôpital pour les y renvoyer après l'opération, l'unité de médecine a quant à elle un rôle de « redistribution » des patients à l'extérieur de l'hôpital. Mais ces notions nous permettent aussi de mieux appréhender toute la complexité du travail des infirmières et des médecins observés, ainsi que les difficultés de coopération qu'ils peuvent rencontrer. En salle de réveil, l'interdépendance est forte entre régions différentes ; des salles d'opération sortent régulièrement des patients qu'il s'agira de « caser » en salle de réveil, ce qui suppose que cette dernière se vide régulièrement des patients qui y sont, puisque les places sont limitées. Or, il faut pour cela non seulement que les patients se réveillent comme prévu et ne présentent pas de complications, ce qui est loin d'être toujours le cas, mais encore que les étages soient disponibles pour les recevoir et le personnel en mesure d'assurer leur transport. Il est ainsi possible de repérer dans le matériel les moments de tension qui mettent les acteurs en demeure d'assurer plusieurs rôles praxéologiques à la fois dans des régions différentes : l'infirmière cherche un transporteur (région globale) tout en cherchant un médicament pour un patient (région proximale 2) et en négociant la transmission d'un autre patient qui arrive avec un anesthésiste (région locale) ; de son côté, l'anesthésiste est pressé de retourner en salle d'opération où il est attendu pour le patient suivant (région locale) et la coopération avec l'infirmière va devoir être optimale en un minimum de temps. Dans le service de médecine, nous avons vu que le médecin est souvent interrompu lors de la visite médicale par des interlocuteurs professionnels qui cherchent à

résoudre « leur » problème (par exemple l'assistante sociale qui a besoin d'une date de sortie pour faire son propre travail, alors que le médecin interne a besoin, lui, du conseil d'un collègue plus expérimenté). Ainsi, chacun est tour à tour « aspiré » vers d'autres régions (nous faisons l'hypothèse qu'infirmières et médecins sont inégalement « aspirés » vers les différentes régions au cours de leur activité), et la coopération entre différents professionnels s'en trouve fortement complexifiée, exigeant de nombreuses régulations⁹.

De ces régulations, nous avons en partie la trace dans les interactions verbales enregistrées. Cependant, une des difficultés méthodologiques majeures consiste à articuler, ou en tout cas à ne pas autonomiser l'analyse des interactions verbales enregistrées des actions elles-mêmes (ce qui se passait dans le même temps), alors que nos grilles d'observation ne nous ont pas permis d'enregistrer tous les détails de ces actions.

Nous pensons avoir recours à quelques outils issus de la linguistique pour affiner notre analyse, mais conscients des problèmes d'ajustement à notre cadre théorique, nous terminerons par des questions de méthode et ce que nous comptons mettre en place pour y répondre.

3. DE L'USAGE D'OUTILS LINGUISTIQUES HETEROGENES COMME COMPLEMENT A L'ANALYSE

Si comme nous l'avons indiqué, les notions de représentation praxéologique, cadre actionnel et polyfocalisation reprises à Filliettaz sont bien ajustées aux questions que nous posons à notre matériel, elles nous donnent également un certain nombre d'obligations méthodologiques que nous ne pouvons pas ignorer. Le problème que nous rencontrons peut se formuler de la manière suivante : ayant fait

⁹ Ces exemples montrent que chaque région fait non seulement référence à un lieu géographique déterminé, mais aussi à un *moment* du circuit que suit le patient. Il serait donc possible d'établir un lien entre la notion de *polyfocalisation* et celle de *complexe motivationnel* développée plus haut.

le choix d'un tel cadre théorique, nous adoptons ses présupposés concernant l'interdépendance entre données langagières et données praxéologiques ou, pour le dire autrement, nous optons pour une perspective qui conçoit les faits de langage en tant qu'ils sont insérés dans des conduites finalisées plus vastes et plus complexes qui leur donnent sens. Mais en réalité, nous n'adoptons qu'une partie du modèle, celle qui permet de décrire les activités conjointes comme une succession d'opérations organisées et hiérarchisées qui réalisent progressivement l'enjeu transactionnel. Nous n'intégrons pas en revanche le modèle d'organisation du discours qui prend en charge, chez Filliettaz, la part d'analyse proprement linguistique du corpus. Or, nos propres données sont dépourvues d'observations fines et systématiques des unités d'actions non verbales intriquées dans les unités discursives, ce qui porte l'attention presque exclusivement sur ces dernières. Ce qui nous manque, dès lors, c'est la possibilité de nous appuyer sur les unités praxéologiques pour juger de la valeur des unités verbales. Pour pallier cet inconvénient, il nous faut exploiter au maximum le matériel dont nous disposons en complétant notre analyse par le recours à des outils hétérogènes en usage dans les approches qui s'intéressent aux dimensions pragmatique et énonciative du discours. Mais dans la mesure où nous souhaitons préserver les options auxquelles nous avons souscrit, nous tenterons de tirer le meilleur profit des outils linguistiques retenus en les mettant au service des différents paramètres du cadre actionnel. Nous nous attendons, en somme, à ce qu'ils constituent une forme d'opérationnalisation des dimensions configurationnelles de l'agir afin de resserrer l'analyse et de documenter les différents aspects visés par ces notions.

Pour illustrer cette proposition, prenons un extrait de quelques lignes de notre matériel retranscrit concernant une visite médicale en unité de médecine¹⁰.

¹⁰ *Codification de transcription :*

... Petit silence

<Ouais> Quand les destinataires interviennent brièvement dans l'énoncé du locuteur

italique Quand deux ou plusieurs personnes parlent en même temps

Sit. 1, Séq. 3 – 9 h 37

Couloir – Discussion sur Mme P.

- 1 **Inf.** Alors Mme P.
- 2 **Méd.** Mme P. ouais
- 3 **Méd.** (consulte le dossier)
- 4 **Méd.** Comment elle va ?
- 5 **Inf.** Ecoute, elle va bien, elle est stable.
- 6 **Méd.** Oui. Les paramètres que tu as ce matin ?
- 7 **Inf.** A Mme P. 15/9. <Ouais > Euh non non je me trompe... Elle avait
- 8 11/6, 76 et par contre elle avait un température en dessous de
- 9 en dessous de 35. On a repris 3 fois.
- 10 **Méd.** D'accord. Elle a un poids qui *strictement stable*
- 11 **Inf.** *Qui est stable*
- 12 **Méd.** Ecoute, on va la peser moins *hein*, < *Ouais* > on va baisser le
- 13 poids à 2
- 14 fois par semaine (bruit feuille)... Alors moi j'ai appelé. Donc ce
- 15 qu'il nous reste à faire pour elle, tu sais c'était le problème ben
- 16 elle a
- 17 une cardiopathie euh...
- 18 **Inf.** C'est Mme euh G.

Voici tout d'abord ce que l'on peut en dire du point de vue de la dimension configurationnelle de l'action, à partir d'un schéma établi sur la base d'éléments développés précédemment.

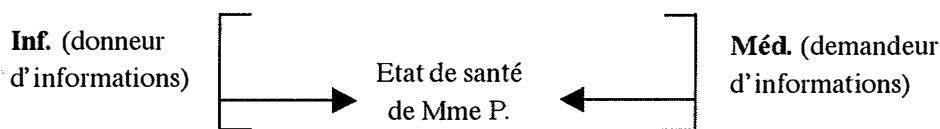


Schéma 4 : cadre actionnel de l'extrait considéré¹¹

Les crochets indiquent un mode conjoint de l'activité, les flèches indiquent la direction de l'engagement (ici convergente), les mots situés entre les flèches représentent le foyer praxéologique. Les mots en gras renvoient aux identités sociales, les mots entre parenthèses aux rôles praxéologiques et à la finalité (ici de type socio-objectif).

Examinons ensuite ce qu'une analyse plus fine des seules unités langagières, sous un angle à la fois thématique, pragmatique et

¹¹ Ce mode de présentation du cadre actionnel est proposé par Filliettaz (2002)

interactionnel, nous donne comme indications concernant les divers aspects visés par les paramètres du cadre actionnel.

3.1 LES VOIX ENONCIATIVES

Sous les lignes 1 et 2, l'objet de l'interaction est précisé d'emblée, c'est-à-dire que nous savons tout de suite de qui l'on parle : le *elle* et le *la* désignent exclusivement Mme P, dont il sera question dans la suite de l'échange.

En 6, Méd. questionne directement son interlocutrice Inf. qui répond, ligne 7, en *je* lorsqu'elle commente une action en cours (la lecture d'une feuille où figurent les paramètres, peut-on supposer) mais utilise le *on*, en 9, lorsqu'elle fait référence à une action passée (prendre la température). Qui ce *on* désigne-t-il ? Il serait tentant de répondre que ce sont « les infirmières » ou le collectif de « professionnels qui prennent la température ».

En 12, Méd. enchaîne avec *on*, ou le reprend de Inf., mais nous ne savons pas s'il inclut les mêmes acteurs que ceux désignés par le *on* de Inf. Si le premier *on* semblait désigner ceux qui font l'action (de prendre la température), le premier *on* de Méd. est plus ambigu et nous serions tentés de lui donner un autre statut que la désignation de ceux qui ont et vont réellement accomplir l'action (de peser Mme P.) à partir du postulat implicite (représentations praxéologiques) que ce n'est pas Méd. qui va effectivement peser Mme P. mais les infirmières. Dans ce cas, le premier *on* de Méd. a une autre dimension que celui de Inf. : le fait qu'il sollicite l'avis de Inf. (« écoute... hein, ouais ») plaide pour un *on* sujet, non pas de l'action future (peser) mais sujet d'une action en cours (décider ... de peser moins), action qui est alors effectuée par les deux locuteurs de concert. Le second *on* de Méd., toujours en 12, semble confirmer ce constat : qui va effectuer l'action de « baisser le poids à 2 fois par semaine » ? C'est visiblement Méd. lui-même puisque l'énonciation est ici l'action. C'est-à-dire que c'est le fait d'énoncer « on baisse le poids à 2 fois par semaine » qui constitue ici l'action.

En 13, le bruit de feuille semble être le seul indice qui nous permet de situer le moment exact de l'échange où le *elle* ne désigne plus Mme P. mais Mme G. A ce propos, on peut remarquer que c'est

Inf. qui à chaque fois introduit le nom des patientes dans ce court extrait, ce qui autorise à se demander si le *elle* dont fait usage Méd. ne réfère pas autant à « la patiente que nous examinons » qu'à « Mme P. » ou « Mme G. ».

Le médecin reprend le *je* pour rendre compte d'une action effectuée antérieurement à propos de *elle*. Cette action passée, effectuée sous *je*, ouvre sur une action future (à l'aide d'un connecteur *donc*) que Méd. place sous un *nous* dont nous ne savons pas s'il désigne strictement les deux interlocuteurs (*moi* et *toi*) ou *moi* et *vous* (les infirmières) ou *nous* les soignants, *nous* l'hôpital. La suite, qui interpelle directement Inf. comme ayant une connaissance de « ce qu'il reste à faire », semble restreindre l'envergure de ce *nous* au nombre de « ceux qui savent ce qu'il reste à faire pour elle-Mme G. »

3.2 LES ORGANISATEURS TEXTUELS

Dans cet extrait, les organisateurs textuels ne sont pas nombreux : en ligne 1, *alors* ; en ligne 8, *par contre* ; en ligne 13, *alors* ; en ligne 13, *donc*.

Les deux *alors* semblent avoir la même valeur : tous deux inaugurent le début de l'échange sur une patiente et constituent de ce fait la marque d'un changement de séquence d'action (cadre actionnel) dont nous avons déjà traité précédemment (voir plus haut la notion de *parenthésage*). On peut dès lors leur attribuer une fonction plus pragmatique que proprement textuelle. La dimension pragmatique du second *alors* est appuyée par le « bruit de feuille » et confirmée par la réplique de Inf qui prend l'allure d'une confirmation du fait que Méd est bien passé à la patiente suivante (Mme G.) sans transition manifeste.

Le *par contre* est intéressant puisqu'il indique, dans la réplique de Inf., que la première information qu'elle délivre ne peut pas entrer dans la même catégorie que la seconde. Le contexte de l'échange nous permet de mettre en relation ces deux informations (tension et température) avec le terme *stable*, utilisé précédemment ; ce dernier semble constituer le critère qui permet d'évaluer ces deux informations et de juger qu'elles ne sont pas convergentes.

Le *donc* pose clairement un lien entre une action réalisée et une action à réaliser ; il vise à rendre légitime l'action à réaliser en la subordonnant à l'action réalisée, cela en vue d'une finalité qui demeure implicite (voir le schéma de représentation praxéologique de la visite).

3.3 LA CONSTRUCTION DES OBJETS

Dans cet extrait, un peu court pour exemplifier cette dimension d'analyse, on peut tout de même noter la construction qui s'opère autour de la *stabilité* de Mme P. On voit qu'il faut nommer des déterminants (les *paramètres*, qui sont explicitement au nombre de trois, au moins : tension, température et poids) et que ceux-ci sont évalués selon des critères implicites. Lorsque Méd. fait usage du terme *paramètres*, ce qu'il désigne semble très clair pour son interlocutrice qui mentionne en réponse deux éléments (*tension* et *température*). On a vu plus haut (*par contre*) que Inf. ne juge pas ces éléments comme convergents (est-ce par rapport à la question de la *stabilité* ?). Quoi qu'il en soit, cette absence de convergence n'est pas relevée par Méd. ce qui, du coup, rend peu clair son approbation (*d'accord*) : avec quoi est-il d'accord ? Avec la simple mention de ces deux paramètres ? Avec le *par contre* de Inf. qu'il estime, quant à lui, suffisamment négligeable pour ne pas s'y attarder ? On ne sait pas. C'est le troisième paramètre, *le poids*, qui semble surtout retenir son attention (« *strictement stable* »). La voie ouverte par le *par contre* de Inf. ne donne lieu à aucun échange verbal, aucune négociation. C'est Méd. qui marque la fin de la séquence.

L'analyse de ces trois dimensions, qui s'appuie sur quelques mécanismes de textualisation des échanges, nous donne des indications plus fines quant à la détermination des différentes modalités des paramètres du cadre actionnel. On voit par exemple que les rôles praxéologiques endossés par les participants, à l'intérieur d'une même séquence, varient plus qu'il n'y paraît sur la base du seul schéma du cadre actionnel. Si Méd., en effet, est demandeur d'informations dans la première partie de l'échange, ce rôle se modifie brusquement sur la fin et Méd. devient donneur de consignes, ce qui reconfigure et précise le mode de participation de

chacun à l'enjeu commun. On voit ainsi que la demande d'informations vise à la prise de décision d'un seul des deux actants, même si cette dernière est formellement masquée par l'usage du *on* neutre et de la forme verbale qui traduit un acte d'ordre indirect. Cette configuration des rôles praxéologiques permet de saisir ce que la prise en compte des seules identités sociales néglige, à savoir que si, du point de vue des représentations conventionnelles, seul le médecin donne des ordres, cette dernière action n'est rendue possible voire même ne se réalise que par la mise en œuvre d'un agir conjoint qui permet la construction nuancée de l'enjeu commun.

L'engagement praxéologique des acteurs est défini comme convergent dans le schéma du cadre actionnel. L'examen attentif des échanges entre les deux acteurs fait apparaître le rôle médiateur du dossier au sein de cette convergence. C'est en effet la manière dont les interlocuteurs construisent la catégorie du *stable* concernant la patiente qui rend visible la focalisation de chacun des acteurs à la fois sur le dossier et à la fois sur les dires de son partenaire. Ce sont les propos de Inf. notamment qui nous donnent accès à cette unité d'action portant sur l'environnement : lorsqu'elle énonce, en ligne 7, *Euh non non je me trompe*, c'est son action de consultation du dossier qui intervient de manière implicite et qui permet de comprendre la correction qu'elle formule. Cela constitue également une indication concernant le degré relativement élevé de l'engagement que nécessite l'action en cours.

4. CONCLUSION

Notre objectif dans cette étude est de contribuer à démontrer que si au niveau du sens commun, la collaboration entre les différents professionnels de l'hôpital semble être relativement bien réglée par l'attribution précise d'actes spécifiques à chaque profession, dans la réalité, les choses sont beaucoup moins claires.

Si les analyses effectuées dans le cadre de notre étude sur la coopération entre infirmières et médecins confirment, pour une part, cette conception dominante de la collaboration, lorsqu'on met sous la loupe les situations de travail, on voit émerger les processus interactifs qui construisent jusqu'aux plus petites décisions à l'œuvre

dans les actions conjointes entre infirmières et médecins. Ainsi, à travers un exemple évoqué dans ces lignes, il apparaît que ce n'est qu'après qu'infirmière et médecin ont construit par l'échange verbal ce qu'ils entendent par « stabilité » chez une patiente que le médecin va être en mesure, information prise auprès de l'infirmière, de prendre une décision concernant la suite de la prise en charge. Notre matériel fourmille de tels exemples.

C'est au service de cet objectif que nous avons recherché les concepts, modèles et outils linguistiques exposés dans cet article. Après les avoir testés, nous sommes en mesure de poser à notre matériel des questions plus précises, dont nous restituons ici les principales :

- Dans les actions conjointes entre infirmières et médecins, qui s'organisent autour de finalités successives, comment s'articulent les schémas typiques (ce qui « roule ») et les dimensions émergentes des actions en cours, qui exigent que les acteurs se mettent d'accord (définition de la situation, intercompréhension) ?
- Au niveau de l'analyse des interactions verbales, peut-on identifier ces éléments de définition de la situation par la construction des objets à travers le discours ?
- Quelle est la part de responsabilité endossée par les agents à travers les « rôles praxéologiques » qu'ils adoptent dans le feu de l'action ? Peut-on en trouver des traces dans le discours par l'usage d'outils linguistiques tels que les voix énonciatives ?
- Peut-on constater respectivement pour le médecin et l'infirmière des polyfocalisations différentes, qui auraient un effet centrifuge sur leurs actions conjointes ?
- Si oui, peut-on rapporter ces polyfocalisations individuelles respectives (cadres actionnels) à des niveaux d'organisation (région proximale, locale, globale) ?
- Comment ces polyfocalisations sont-elles perçues par les agents (comme faisant partie du travail ou non) ?

- Constate-t-on la convocation systématique dans les interactions verbales d'acteurs physiquement absents qui manifesteraient ces polyfocalisations par leur intrusion à travers le téléphone, l'ordinateur, les écrits... ?

Compte tenu de nos hypothèses et de nos questions, il est clair que toute l'analyse va être axée sur une comparaison entre les deux services observés, essentielle à la mise en évidence de cette contextualisation forte des pratiques par services.

Au terme de cet article – et non de la recherche – l'adoption d'une posture interactionniste pour l'analyse des situations de travail nous semble définitivement convaincante, même si quelques incertitudes demeurent quant à l'ajustement du modèle de Filliettaz aux objectifs spécifiques de notre étude. C'est le pari de la fécondité de ces choix que nous formulons.

BIBLIOGRAPHIE

Berger, P., Luckmann, T. (1992). *La construction sociale de la réalité*. Paris : Méridiens Klincksieck.

Bronckart, J.-P. (1996). *Activité langagière, textes et discours. Pour un interactionisme socio-discursif*. Lausanne : Delachaux et Niestlé.

Charaudeau, P., Maingueneau, D. (dir.). (2002). *Dictionnaire d'analyse du discours*. Paris : Seuil.

Filliettaz, L. (2002). *La parole en action. Eléments de pragmatique psycho-sociale*. Laval : Editions Nota Bene.

Filliettaz, L. (2003). *Discours, travail et polyfocalisation de l'action*. 8e Conférence de l'IPrA. Toronto, 13-18 juillet 2003.

Goffman, E. (1981). *Façons de parler*. Paris : Les Ed. de Minuit

Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne. Tome 1 : La présentation de soi*. Paris : Les Ed. de Minuit.

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

Reynaud, J.-D. (1993). *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*. Paris :Armand Collin.

Strauss, A.L. (1992). *La trame de la négociation – Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan.