

**LANGUE DE L'HÔPITAL,  
PRATIQUES COMMUNICATIVES  
ET PRATIQUES DE SOINS**

Cahiers de l'ILSL N° 16

Imprimé chez Rapidoffset,  
rue du Pont 8, case postale,  
CH-2400 Le Locle

**Ont déjà paru dans cette série:**

**Cahiers de l'ILSL**

Lectures de l'image (1992, 1)

Langue, littérature et altérité (1992, 2)

Relations inter- et intrapredicatives (1993, 3)

Travaux d'étudiants (1993, 4)

---

L'Ecole de Prague: l'apport épistémologique (1994, 5)

Fondements de la recherche linguistique:

perspectives épistémologiques (1995, 6)

Formes linguistiques et dynamiques interactionnelles (1995, 7)

Langue et nation en Europe centrale et orientale (1996, 8)

Jakobson entre l'Est et l'Ouest, 1915-1939 (1997, 9)

Le travail du chercheur sur le terrain (1998, 10)

Mélanges en hommage à M. Mahmoudian (1998, 11)

Le paradoxe du sujet: les propositions impersonnelles dans  
les langues slaves et romanes (2000, 12)

Descriptions grammaticales et enseignement de la  
grammaire en français langue étrangère (2002, 13)

Le discours sur la langue en URSS à l'époque stalinienne (2003, 14)

Pratiques et représentations linguistiques au Niger.

Résultats d'une enquête nationale (2004, 15)

**LANGUE DE L'HÔPITAL,  
PRATIQUES COMMUNICATIVES  
ET PRATIQUES DE SOINS**

Institut de linguistique et des  
sciences du langage

Numéro édité par  
Laurent Gajo

Cahier n°16, 2004



**Les Cahiers de l'ILSL (ISSN 1019-9446)**  
sont une publication de l'Institut de Linguistique et  
des Sciences du Langage de l'Université de Lausanne

© Université de Lausanne, 2004

Institut de Linguistique et des Sciences du Langage  
Faculté des lettres  
Bâtiment des Facultés de Sciences Humaines 2  
Université de Lausanne  
CH-1015 Lausanne

## **Introduction**

**Laurent GAJO**

*Universités de Genève et de Lausanne*

Le lien entre langue(s), pratiques communicatives et pratiques professionnelles retient l'attention d'un nombre grandissant de chercheurs et représente un enjeu de plus en plus explicite pour les praticiens eux-mêmes. Si, depuis l'avènement de la pragmatique, de l'analyse conversationnelle, de l'ethnographie de la communication et, plus récemment, de l'analyse du travail, la définition de la langue et de tout système sémiotique s'envisagent dans le cadre de l'usage (analyse en contexte), on explore moins la condition fondamentalement discursive des pratiques elles-mêmes. Ces pratiques, qualifiées de sociales, le sont pour deux raisons au moins : d'une part, elles relèvent de champs d'action particuliers et de cultures institutionnelles et, d'autre part, elles mettent en rapport des acteurs (usagers et/ou professionnels), s'exposent et donnent lieu à négociation.

Quand on parle d'usage de la langue, il faut bien considérer que, dans les sociétés occidentales modernes, cet usage se rattache en bonne partie à des domaines et/ou des réseaux professionnels ou institutionnels. On parlera de « langue au travail ».

L'hôpital constitue un de ces lieux, où s'effectuent des prestations de services et, tout à la fois, se tissent des relations sociales. Ce lieu possède aussi sa langue et ses propres codes et, dans la mesure où les patients se les approprient, on pourra parler de lieu d'apprentissage.

L'hôpital, en tant qu'institution, est porteur d'une culture professionnelle et relationnelle dictée par des codes, des valeurs et des tâches qui lui sont propres. Ces codes et valeurs sont parfois explicités mais restent le plus souvent implicites tant pour les soignants pour qui, comme chaque acteur baignant dans un univers connu, les choses vont de soi, deviennent naturelles que pour les patients, qui

effectuent une sorte de *migration institutionnelle*. Il s'agit littéralement **d'apprendre son métier de patient**. Or, à l'arrivée à l'hôpital, le patient est porteur d'une culture « pré-hospitalière » ainsi que de représentations sur le monde dans lequel il pénètre. A lui, si possible avec l'aide des soignants, de peu à peu décrypter les nouvelles données de son univers.

La culture hospitalière sera d'autant plus opaque que le patient en sera éloigné, une différence de langue de base ou d'origine (dans le cas des patients migrants) pouvant en être la source. Par ailleurs, les diverses catégories d'acteurs professionnels ne partagent pas non plus forcément les mêmes codes ni les mêmes visions des pratiques de soins. Ainsi, l'analyse du processus de régulation entre médecins et infirmiers par exemple fournit de riches indices d'univers de référence parfois divergents.

D'un point de vue plus théorique, l'examen des rapports sociaux entre acteurs d'une institution, en l'occurrence hospitalière, demande un appui sur des notions telles que celles de représentation, d'interaction et de contextualisation, notions travaillées souvent de manière originale par les sciences du langage, mais au carrefour de plusieurs disciplines.

L'analyse des **représentations** sociales constitue un objet de plus en plus interdisciplinaire et s'avère très pertinente pour décrire, d'une part, le point de vue des acteurs et, d'autre part, la charge sociale et/ou symbolique des objets représentés. En effet, les objets relatifs à la santé, à la marginalisation sont particulièrement chargés et animent les discours et les actions aussi bien des professionnels que des usagers. La circulation de certaines représentations, leur saillance dans le discours, leur changement, la catégorisation des problèmes offrent par conséquent des indices importants pour le chercheur.

En ce qui concerne l'**interaction** entre usagers et professionnels, elle doit donner lieu à une analyse fine. L'activité du professionnel est de plus en plus liée à un réseau d'acteurs et donc interactive. Elle implique notamment une coordination, à un niveau intra- ou inter-professionnel, qui mérite une attention particulière. Cette coordination se base sur des outils symboliques et laisse des traces, souvent langagières. La réflexion sur le « collectif » de travail se fait ainsi de

plus en plus pressante. Regarder l'interaction entre professionnels et usagers dans le cadre de ce collectif implique de définir une pratique réelle dans son accomplissement, comme le proposent la microsociologie ou l'ethnométhodologie. Mais cela signifie aussi que cette pratique est située, dans la mesure où elle s'inscrit dans un contexte, qui relève en partie d'une organisation qui la dépasse. L'interaction est donc aussi porteuse d'éléments préfabriqués, de scénarios, de normes, même si elle se formate toujours dans son accomplissement. Il est dès lors intéressant de rendre compte des éventuelles tensions entre les aspects préfabriqués et les aspects plus « bricolés ».

L'idée de situation conduit à la notion de **contextualisation**, centrale pour comprendre l'insertion réelle d'une tâche ou d'une pratique socioprofessionnelle. Si le contexte institutionnel demeure essentiellement défini de l'extérieur, c'est la rencontre concrète d'un usager et d'un professionnel – mais aussi de plusieurs professionnels – qui détermine la contextualisation de l'activité.

En fin de compte, l'observation portera essentiellement sur la **régulation entre les acteurs** qui, même en l'absence de langue commune, passe prioritairement par le discours. Il convient alors d'analyser finement ce discours sur la base de pratiques réelles, enregistrées et transcrites. Il s'agit d'aborder les situations de soins comme des situations en construction et d'observer comment les acteurs (patients et soignants) définissent eux-mêmes ce qu'est la situation dans laquelle ils se trouvent engagés. Les phénomènes suivants deviennent alors centraux :

- **l'ordre et la coordination des actions** (analyse séquentielle des pratiques discursives lors de soins) comme indicateurs privilégiés de la compréhension de la situation par les acteurs, mais aussi d'interprétations divergentes et d'expression de malentendus ;
- la **catégorisation** : comment se définissent les acteurs et comment ils catégorisent leurs partenaires, de même que la situation dans laquelle ils se trouvent, et sur la base de quels indices.

De telles analyses peuvent évidemment être complétées par d'autres types de données, en particulier des données issues d'entretiens avec

les acteurs et permettant d'établir des liens plus explicites avec leurs représentations.

La communication en milieu hospitalier a donné lieu à des recherches récentes en Suisse romande (projets FNS, DORE, thèses) ainsi qu'à des séminaires de 3<sup>e</sup> cycle en lettres (Gajo, Mondada & Berthoud, *Communiquer en milieu hospitalier : de la relation de soins à l'expertise médicale*, 2001-02 ; Singy & Windisch, *Sociolinguistique et médecine : apports mutuels dans l'approche du discours*, 2001-02 ; Gajo, Mondada & Berthoud, *Interaction, langues et milieux professionnels*, 2003-04). La présente publication fait état de certaines de ces recherches récentes, mais en particulier des contributions à ce dernier séminaire de 3<sup>e</sup> cycle concernant le milieu professionnel de l'hôpital. Le regard proposé ici est avant tout linguistique, mais se veut ouvert à une nécessaire interdisciplinarité. Ainsi, à côté des linguistes, l'on trouvera des psychologues, des sociologues, des pédagogues ainsi que des professionnels de la santé. Tous s'attellent néanmoins à décrire la communication et à conceptualiser le caractère constitutif du langage dans les rapports entre les acteurs de la santé, ou entre ceux-ci et l'institution.

Les quatre premiers articles de ce volume portent sur l'analyse de l'interaction soignant/patient dans différents services hospitaliers ou parahospitaliers. Ils travaillent sur des données issues d'un même projet de recherche DORE (FNS/CTI), présentées et utilisées dans l'un des axes du séminaire de 3<sup>e</sup> cycle CUSO mentionné ci-dessus. Le cinquième article se penche, lui, sur l'interaction entre infirmiers et médecins et travaille sur des données issues d'un autre projet DORE, également présenté dans le même séminaire. Le sixième article, issu d'un travail de doctorat, introduit la dimension interculturelle dans la description d'interactions lors de consultations en pédiatrie. Le dernier article examine aussi une situation interculturelle dans les rapports aux soins, et plus particulièrement dans les messages de prévention du sida dans le cadre d'une étude exploratoire menée au CHUV.

Plus précisément, l'article de D'Onofrio, Gajo & Molina pose une réflexion nuancée sur les liens entre interaction verbale et construction du contexte. Par l'analyse de divers indices de contextualisation prélevés dans le discours, il met en contraste les dynamiques à

l'œuvre dans différents services de soins, hospitaliers ou parahospitaliers. Il envisage les pratiques observées comme des scènes et s'emploie à en décrire les scénarios, les rôles et les topics.

Dans son article, Borel met en regard le métier de soignant et celui de patient, et envisage leur relation en termes d'asymétrie, à caractère parfois didactique. Un examen très fin de la circulation et de la confrontation des lexiques expert et ordinaire met en évidence le processus d'interaction soignant/patient et ses enjeux symboliques. Le processus de reformulation y joue un rôle central.

L'article de Yanaprasart se penche sur l'examen d'un service en particulier, les soins à domicile. Par son caractère moins immédiatement défini, celui-ci sert de loupe sur les mécanismes souvent complexes de la régulation entre soignants et patients. Plusieurs outils linguistiques, issus de l'analyse du discours et de l'interaction, sont présentés et utilisés pour rendre compte de ces mécanismes.

Dans son article, Graber se propose, à travers l'examen d'une longue séquence, de décrire les moyens et les enjeux verbaux du travail d'articulation réalisé par l'infirmier en interaction avec le patient. En suivant une analyse de type séquentiel, elle met notamment en évidence les nombreuses traces de discours métalinguistique.

L'article de Lanza et al. porte sur le processus de coordination entre médecins et infirmiers, cela dans deux services très différents, la salle de réveil et un service de médecine de réadaptation. Les auteurs présentent et testent les outils issus d'une pragmatique psychosociale. Leur posture interactionniste les amène à distinguer ce qui, dans les pratiques effectives, est plus ou moins typifié et/ou émergent. On y examine par exemple la notion de rôle praxéologique, en regard d'outils linguistiques comme les voix énonciatives.

Dans son article, Leanza analyse des extraits d'examens de prévention pratiqués en pédiatrie en présence d'un médiateur culturel interprète. Dans une démarche compréhensive et à l'aide de la notion de « voix », il décrit les événements communicatifs comme plus ou moins orientés vers la biomédecine ou le monde vécu du patient. Son but est de décrire la manière dont être traitée la question de la différence culturelle quand elle émerge dans le discours.

L'article de Singy et al. porte sur le rôle du discours et du choix de langue dans les démarches de prévention du sida auprès des

Subsaharien-ne-s de Suisse romande. Selon de premiers constats, le recours unique aux langues africaines et à des agents communautaires comporte des limites. L'alternance codique apparaît en revanche comme un bon moyen, le français (langue souvent non maternelle) créant un effet de distance et permettant une forme d'économie.

Avant d'inviter le lecteur à la découverte de ces différents articles, nous tenons encore à remercier vivement la CUSO et sa Commission des 3<sup>e</sup> cycles de lettres pour l'octroi d'un subside de publication. Notre gratitude va aussi à Maria Eugenia Molina, pour sa contribution à l'édition de ce numéro, ainsi qu'à Esther Wagnières, pour le travail de mise en page et de suivi technique.

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

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

### **1. LIMINAIRE**

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

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

---

\* HE-ARC

\*\* Universités de Genève et de Lausanne

\*\*\* Université de Lausanne

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

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

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

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

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

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

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

– **définition externe**

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

– **définition interne**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>2</sup> Conventions de transcription

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### LES URGENCES

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

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

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

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

---

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

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

**Scène I (P-URG1.2bis)**

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

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

**Scène II (P-URG1.2bis)**

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

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

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

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

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

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

## LES ADMISSIONS AMBULATOIRES

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

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

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

### *Scène I (P-ACC1.3)*

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

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

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

### *Scène II (P-ACC1.3)*

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

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

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

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

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

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

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

## LES SOINS A DOMICILE

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

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

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

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

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

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

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

*Acte 1 "chambre"*

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

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

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

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

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

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

**Acte 2 "soins"**

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

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

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

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

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

### *Suite scène III (P-SAD 1.3)*

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

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

#### *Acte 4 "réseaux-structure"*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13Inf      ah d'accord ouais (rires)

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

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

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

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

17Inf autre chose/

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

19Inf ouais

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

(rires)

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

22P [non autrement rien de spécial

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

24P [de rien

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

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

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

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

## 5. CONCLUSION

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

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

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

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

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

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

## BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**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.

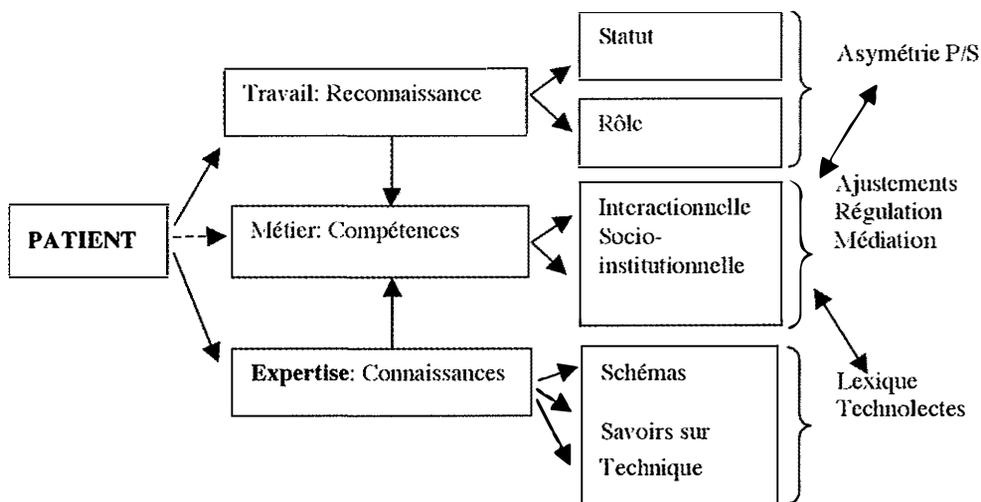
<sup>1</sup> Projet DORE 101035 : « Processus d'hospitalisation, rôle infirmier et compétence socio-institutionnelle du patient : modalités d'interaction dans des lieux 'interstitiels' de l'institution »

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 duodénal 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 duodéal 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'veous 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-rasieren* 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 FRONTIÈRE 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'INTERCOMPRÉHENSION

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 'shampooing' . 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.

## **Echanges verbaux dans la co-action médicale aux soins à domicile**

**Patchareerat YANAPRASART**

*Universités de Fribourg et de Neuchâtel*

### **0. INTRODUCTION**

Cet article s'inscrit dans une recherche interdisciplinaire visant une meilleure compréhension des échanges verbaux ou des interactions en face à face entre soignants et soignés dans un lieu de soin particulier, les soins à domicile. Nous nous intéressons en premier lieu à différents aspects de la mise en contexte du langage de spécialité en usage dans les soins. En deuxième lieu, notre étude porte sur un phénomène interactionnel particulier : la co-action et la co-construction du savoir-faire spécifique. Nous partons de l'hypothèse que, dans le domaine des soins, les soignants, bien qu'ils soient à la fois transmetteurs et évaluateurs de savoirs, ne sont pas les détenteurs uniques des savoirs. Nous pensons que les soignés méritent d'être considérés comme partenaires de soin. Dans ce sens, le monde social est inséparable du monde médical, et la reconnaissance des trajectoires individuelles de chaque interactant aussi bien en tant que soignant que soigné joue un rôle considérable pour mener à bien les soins.

## 1. SOIN A DOMICILE : CONTEXTE ET TERRAIN D'ETUDE<sup>1</sup>

Même si les soins à domicile semblent favoriser la prise en charge thérapeutique dans la mesure où cela demande très peu d'efforts au patient de s'approprier les règles de fonctionnement particulières à la culture de soin – il reste dans un territoire habituel sans rupture avec l'extérieur –, le travail dans cet espace de soins exige par contre une qualité et une expérience de plusieurs années de la part des acteurs de la santé, qui se trouvent sans l'appui direct de l'équipe. Comme l'évoque une soignante, «on travaille seul, fait face seul en toutes situations». La complexité ne se situe pas seulement dans les tâches qui sont instantanées et dimensionnellement multiples, mais aussi dans la gestion du territoire et des relations. En d'autres termes, à l'hôpital, il y a des protocoles.

Avant j'ai travaillé à l'hôpital. Et c'est sûr que la prise en charge, elle était beaucoup plus complexe à domicile. Parce qu'à l'hôpital, on ne se pose pas toutes ces questions. On s'en pose peut-être d'autres. Mais quand on rentre dans la chambre, on ne se demande pas tout ce qu'il y a autour du patient. Comment on va se prendre en charge. S'il va accepter la façon de pansement, il n'a rien à dire. On ne lui demande même pas. On arrive à faire le pansement. (E-SAD2.2)

Par ailleurs, la gestion et la responsabilité du temps ne sont pas du tout les mêmes. A l'hôpital, le patient ne négocie pas la visite du médecin ; à la maison, il négocie la visite de l'infirmière.

Ce n'est pas facile d'arriver parce qu'ils se sentent aussi plus forts, ils sont à leur domicile. Et il y en a beaucoup qui disent 'moi, j'ai toujours fait comme ça, je continuerai à faire comme ça.' je ne sais pas s'ils le diraient à l'hôpital. Tandis qu'à domicile, ils sont vraiment chez eux. C'est eux qui décident. Et ils ont raison. (E-SAD2.2)

Suite au vieillissement de la population et à une diminution et une réduction des hospitalisations, les demandes de soins à domicile se multiplient. Ce mode de prise en charge est adéquat dans le sens où «la personne est dans son environnement le plus sécurisé», voire «le

---

<sup>1</sup> Projet DORE 101035 (FNS, CTI et fonds privés : Services psychiatriques du Jura Bernois et de Bienne-Seeland et Hôpital du Jura Bernois)

mieux de tout» d'après une interlocutrice. D'après une soignante, on guérit plus vite quand on est dans son environnement, près de sa famille. Une autre a constaté qu'il y a beaucoup moins de risques de chute à la maison que dans un home médicalisé. Les patients ont leurs repères, comme en témoigne P ci-dessous :

464Inf et vous descendez tranquillement<sup>2</sup>

465P oui je descends tranquillement

466Inf pas de risques hein/

467P non non oh/ vous savez j'ai l'habitude des des escaliers . à Genève c'est la même chose (P-SAD1.3)

A l'inverse de la relation à l'hôpital, la relation soignant – soigné à domicile est beaucoup plus symétrique. Les soignants, quand ils vont chez les patients, endossent aussi un rôle de visiteur. Par exemple, il faut frapper à la porte ou sonner avant d'entrer, se laver les mains à un endroit convenu, faire attention au chien. Il y a une large place pour la négociation et la réadaptation continue des soins.

Ces différentes observations nous permettent de formuler déjà les deux réflexions suivantes.

Premièrement, aux yeux des infirmières interrogées, leur rôle apparaît à la fois plus simple et plus complexe que dans une situation hospitalière. En fait, si la tâche semble plus simple (par exemple, règles d'hygiène et/ou de désinfection moins pointues), le rôle lui-même va moins de soi et le travail donne davantage lieu à négociation.

Deuxièmement, dans ce monde para-institutionnel ou « interstitiel », la distribution de l'expertise entre soignants et patients est davantage reconnue et utilisée. Les infirmières doivent elles-mêmes

---

<sup>2</sup> Conventions de transcription

/\	intonation, montante et descendante
LE	accent d'insistance
:	allongement de la syllabe
... ... (3 sec.)	pauses plus ou moins longues
[	chevauchement ou enchaînement rapide
X	segment non compris
(le?)	transcription incertaine
E-SAD	entretiens avec des soignants aux soins à domicile
P-SAD	prélèvements d'interactions aux soins à domicile

modifier leurs méthodes de soin en partant des connaissances que possèdent les patients et en essayant de les enrichir avec les leurs pour trouver la solution idéale, comme le constate cette infirmière :

Quand on va à domicile, de nouveau on ne peut pas aller avec notre savoir 'voilà il faut faire comme ci comme ça'. On part vraiment de leurs connaissances à eux et après on essaie d'enrichir avec les nôtres pour trouver la solution idéale.

(...) Alors on essaie d'avoir une autre approche. Ça veut dire qu'on regarde comment ils vivent, quelles sont leurs attentes, quelles sont leurs représentations symboliques de l'ulcère, etc. et après on met une stratégie pour soigner cet ulcère. (...) Donc elle avait l'impression de participer au soin. Elle avait l'impression que moi je la respectais, sa connaissance à elle. Et après elle a accepté qu'on mette nos pansements à nous. Mais si on mettait que nos pansements à nous avec nos trucs, ça ne passait pas. (E-SAD2.2)

Nous voyons ici que la patiente s'est permis d'orienter les soins à sa manière. L'important n'est pourtant pas de savoir si sa technique à elle est efficace ou non, mais d'obtenir son consentement, sa participation au soin et ensuite sa confiance en une technique moderne. Elle a été initiée petit à petit au savoir médical apporté sans avoir l'impression que son propre savoir était dédaigné.

Ces réflexions sur les soins à domicile nous amènent à nous intéresser aux échanges verbaux entre soignants et patients au cours des soins, en particulier au processus de co-action et de co-construction du savoir-faire spécialisé. Pour commencer, nous nous penchons sur quelques principes d'organisation de l'interaction en face à face et la description de situations de prises en charge à domicile sous l'angle de l'échange verbal.

## 2. ECHANGE VERBAL OU INTERACTION EN FACE A FACE

L'une des composantes importantes de l'échange verbal dans une situation donnée est la transmission d'un message. Pourtant, rares sont les rencontres de personnes construites sur l'unique réalisation de cette action. La plupart des contacts verbaux sont constitués par des actualisations successives du processus de « communication ».

En d'autres termes, l'échange verbal consiste en une accumulation d'actes de transmission de messages, ce qui produit un effet sur la production verbale de l'autre. Les participants s'influencent réciproquement à travers cette accumulation, comme le souligne Kerbrat-Orecchioni (1990: 17) :

tout au long du déroulement d'un échange communicatif quelconque, les différents participants, [...] exercent les uns sur les autres un réseau d'influence mutuelle – parler, c'est échanger, et c'est changer en échangeant.

Les échanges verbaux que nous analysons dans le présent article, en situation de soins, relèvent de l'interaction verbale en face à face, telle que la décrit Goffman (1959/1973<sup>3</sup> : 23) :

Par interaction (c'est-à-dire l'interaction face à face), on entend à peu près l'influence réciproque que les partenaires exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres.

L'analyse de l'interaction verbale en face à face réalisée dans une situation donnée devra ainsi prendre en compte cette influence mutuelle ou réciproque entre les sujets participants. Elle consistera donc à se demander quelle «influence» un interactant exerce sur l'autre et réciproquement, par l'intermédiaire de la parole qu'ils utilisent pour mener une telle interaction verbale.

Par ailleurs, l'échange verbal se caractérise par l'interaction entre les énonciations et le contexte social et situationnel. Selon Bakhtine, (1929/1977: 124-125), toute énonciation est en principe orientée par le contexte situationnel dans lequel le locuteur est impliqué. Alors que Bakhtine perçoit la relation entre le contexte situationnel et l'énonciation comme latérale, Bange (1992a) stipule que l'activité verbale qu'est l'énonciation exerce, elle aussi, une influence sur la situation. Dans sa perspective, le contexte situationnel n'est pas une donnée préétablie, mais une production que les interlocuteurs construisent eux-mêmes ou «une construction interprétative par laquelle les acteurs définissent la situation en vue de la réalisation de buts pratiques» (1992: 18).

---

<sup>3</sup> Les deux dates renvoient respectivement à la première édition et à l'édition de la traduction française.

Si l'un des intérêts de l'approche interactionniste provenant de l'analyse des conversations est de mettre en lumière l'interaction mutuelle entre les participants, un autre consistera donc à savoir comment le contexte situationnel contraint l'énonciation et de quelle manière l'activité verbale interprète et définit la situation d'énonciation. Autour de ces deux axes, nous allons, dans les lignes qui suivent, mettre en lumière quelques-unes des caractéristiques majeures de nos situations d'interaction.

## 2.1. UNITES FONDAMENTALES DE L'ÉCHANGE VERBAL

### EN SITUATION D'INTERACTION : SEQUENCES D'OUVERTURE ET DE CLOTURE / ECHANGES CONFIRMATIF ET REPARATEUR

Si l'on suit Roulet et al. (1985: 23), on pourra décrire la structuration de l'interaction à l'aide des outils suivants :

toute incursion [définie comme une interaction verbale délimitée par la rencontre et la séparation de deux locuteurs] peut s'analyser à un premier niveau en trois constituants : un échange subordonné à fonction d'ouverture de l'incursion, un échange principal à fonction de transaction [qui correspond au corps de l'interaction], et un échange subordonné à fonction de clôture.

Les chercheurs de l'école de Genève partent de l'hypothèse selon laquelle les séquences d'ouverture et de clôture ont toutes deux un statut spécifique, structurel et fonctionnel, et se distinguent ainsi du corps de l'interaction. Ainsi, la séquence d'ouverture est constituée par un ou des échanges verbaux qui ont pour fonction de « permettre la mise en place de l'interaction » (Vion, 1992 :151). La séquence de clôture comporte au moins un échange de salutations mutuelles. Chez Goffman (1981/1987), l'échange d'ouverture ou de clôture consistent à lancer/confirmer la nécessité d'installer une rencontre entre les sujets ou celle de clore ce contact. Selon Goffman (1971, trad. française 1973),

nous voyons que l'énoncé génereux tend à être immédiatement suivi d'une manifestation de gratitude. Ces deux mouvements forment ensemble une petite cérémonie : un « échange confirmatif ». (Goffman, trad. française 1973 : 74)

*Séquence d'ouverture*

Dans l'exemple ci-dessous, on voit que l'infirmière a signalé son arrivée en frappant à la porte, marquant ainsi le seuil du territoire. En disant «bonjour», elle entre dans le territoire. Ce premier «bonjour» exerce une fonction illocutoire initiative alors que le second, de la part de la patiente, exerce lui une fonction illocutoire réactive (Roulet et al, 1985 : 24-25).

*Frappe à la porte*

1Inf     bonjour madame T. (nom fictif)  
 2P       bonjour/  
 3Inf     ça va/  
 4P       ça va . on va fermer quoi\ (bruit de porte) (P-SAD1.3)

*Séquence de clôture*

Le noyau de la clôture a la même structure que l'ouverture, c'est-à-dire qu'il est constitué d'un échange confirmatif, formé par une paire de salutations ou de remerciements. Souvent, on trouve un (ou des) échange de «pre-closing» (Schegloff et Sacks, 1973), qui a pour fonction d'établir un accord sur la nécessité de clore l'interaction et de se quitter dans de bonnes dispositions. Celui-ci est souvent marqué par un régulateur verbal comme « bon » ou « voilà ». Dans la situation suivante, c'est la question d'évaluation «il y a tout qui joue bien pour vous/» – comportant une lecture à la fois explicite (*êtes-vous content du soin ?*) et implicite (*est-ce que l'on peut en rester là ?*) – qui introduit la séquence de clôture.

188Inf    monsieur D. est-ce que vous aurez des questions à poser par  
           rapport à ce matin/ au soin/  
 189P      non  
 190Inf    il y a tout qui joue bien pour vous/  
 191P      bien sûr  
 192Inf    on peut se sauver les deux/  
 193P      oui/ (P-SAD1.2)

473P      merci  
 474Ch     merci beaucoup est-ce que je vous ferme la porte/  
 475P      non vous pouvez la laisser au revoir  
 476Ch     d'accord au revoir/ (P-SAD1.3)

Au début comme à la fin, la visite est fortement ritualisée par l'ouverture et la fermeture du territoire de soin, symbolisé par la porte. De manière identique, l'énoncé ci-dessous «ça je vous donne pour la poubelle/» déclare la fin du soin et annonce le départ de l'infirmière.

209Inf ça je vous donne pour la poubelle/

210C oui/

211Inf je vous remercie

212C merci c'est moi (P-SAD1.2)

Ces « échanges confirmatifs » sous forme de séquences d'ouverture et de clôture bien ritualisés ont ainsi pour fonction respectivement d'établir un contact interpersonnel et de mettre fin au contact dans des conditions paisibles, sans que l'interlocuteur ne porte atteinte à la «face» de l'autre ou à la sienne propre (Goffman, 1967/1974). La recherche goffmanienne montre par ailleurs que « toute interaction commise réclame un dialogue, car l'offenseur doit fournir des explications et des assurances réparatrices, et l'offensé faire un signe qui en montre l'acceptation et la suffisance. Bref, un «échange réparateur» a lieu » (ibid., trad. française 1973 : 74).

10P oui alors on monte

11Inf on monte . on vous suit/

(rires)

12Inf d'accord

13P je crois je vous laisse monter en premier

14Inf on va d'abord/

15P [oui

16Inf et vous suivez à votre aise

17P oui

18Inf d'accord comme ça je vais déjà préparer le matériel (P-SAD1.3)

Dans cette interaction, la proposition de la patiente en 10 se veut une séquence d'échange réparateur, dans la mesure où elle a une fonction illocutoire initiative, qui reçoit ensuite une réponse à fonction à la fois réactive (« on monte ») et initiative (« on vous suit »). Cette réponse est renforcée par une évaluation (« d'accord ») exerçant une fonction réactive. Si cette dernière semble pouvoir clore l'échange, étant donné qu'il manque un double accord entre interlocuteurs, elle s'ouvre sur un deuxième échange.

Ce deuxième échange commence de nouveau par une proposition de la patiente, acceptée ensuite par l'infirmière et confirmée par la patiente. Un troisième échange suit à partir de 16. L'autorisation accordée par la patiente à l'infirmière de monter en premier libère celle-ci d'une éventuelle infraction au rituel de politesse, mais est tout de même renforcée par des justifications de l'infirmière en 16 et 18 à l'égard de la patiente.

## 2.2. CONTRAINTE SPATIALE OU SPATIO-TEMPORELLE

La production du discours n'est pas exempte des contraintes imposées par le milieu (André-Larouchebouvy, 1984 ; Kerbrat-Orecchioni, 1990). Elle est en effet souvent délimitée par une contrainte spatiale ou spatio-temporelle, qui dispose un sujet parlant à choisir un thème convenant à la situation et qui justifie ce que le sujet a ainsi choisi.

- 19P c'est ici  
 20Inf mais (soupir) (fermeture de la porte) je sais plus où sont vos  
 chambres (rires) quand toutes les portes sont fermées je ne les  
 trouve plus/  
 21P ah voilà il y en a BEAUcoup  
 22Inf mais vous savez pourquoi madame T. votre lit est ouvert là  
 puisque d'habitude il est tout fermé  
 23P ah oui  
 24Inf je me suis dit je suis entrée dans votre chambre à coucher  
 25P j'oublie de le faire  
 26Inf (3 secondes) mais laissez-le ce n'est pas si grave  
 27P je suis prête  
 28Inf (8 secondes) voilà ... est-ce que c'est mieux allé après . quand on a  
 mis plus de crème (P-SAD1.3)

La contrainte situationnelle, qu'elle soit spatiale ou spatio-temporelle, permet aux interactants de se dispenser de toute annonce du but primaire de l'interaction. Pour commencer une négociation médicale, il n'est pas nécessaire pour le soignant d'annoncer au patient qu'il est venu faire des soins et non pas converser, prendre un café ou faire autre chose, bien qu'il doive préciser au moins quel soin il cherche à procurer au patient ce jour-là, comme le montre cet

extrait. La déclaration de la patiente «je suis prête» en 27 sous-entend la raison pour laquelle on se trouve dans sa chambre à coucher. La négociation médicale entre soignant et soigné dans le cadre des soins à domicile est légitimée en principe par un espace d'interaction délimité par les murs. Dans la mesure où les interactants restent dans cette situation, ils sont qualifiés pour parler, par exemple, de l'efficacité du soin en cours, de l'état du patient, du temps disponible ou à mettre à disposition, de la durée du soin, etc. La longue séquence suivante illustre bien ces enjeux :

45Inf et puis le vendredi monsieur D. (silence) c'est le jour pour faire  
quoi est-ce que vous vous souvenez/

(Silence)

46P le vendredi

47Inf oui on vous aide pour quoi faire

48P j'sais pas

49Inf vous savez plus/ pour prendre un bain

50P aujourd'hui/ non

51Inf oui

52P pas ce matin

53Inf si si

[...]

59P quand c'est qui faut prendre ça . cet après-midi ou bien

60Inf non ça c'est pour ce matin

61P on mais le bain

62Inf le bain/ . non ce matin . moi j'ai du temps maintenant pour vous  
alors on va faire ça tranquillement

[...]

78Inf voilà monsieur D. c'était convenu avec vous que une fois par  
semaine on vous aide pour prendre un bain puis vous étiez  
d'accord . mais c'est vrai qu'on a on doit toujours un petit peu .  
comme j' veux dire vous casser les pieds comme vous dites

79P ah oui vous me les cassez les pieds alors hein

80Inf et puis après vous nous dites toujours que vous êtes super content  
quand le bain est fini . vous êtes tout propre

81P mais j'suis pas sale . mais ça fait une semaine

82Inf en une semaine/

83P oui

84Inf attendez voir on va enlever la chemise

[...]

90Inf j'ai des mauvais arguments pour vous

- 91P      oui . voilà voilà  
 92Inf     alors qu'est ce qu' y aurait comme bons arguments pour vous faire  
           accepter facilement de prendre un bain par semaine  
 93P      il faut dire un bain tous les 15 jours  
 94Inf     un bain tous les 15 jours/ (P-SAD1.1)

Par ailleurs, la contrainte à la fois spatiale et temporelle joue un rôle important dans la légitimation du thème que l'on aborde en situation de soin. Aussi longtemps que le soignant et le soigné restent sur le lieu de soin (salon, chambre à coucher, salle de bain, cuisine), ils sont autorisés à soigner/être soigné, en passant toutefois par des demandes de permission explicites :

- 172Inf    vous me permettez d'aller prendre des sous-vêtements propres  
           dans votre armoire . des chaussettes propres  
 173P      mais c'est sûr  
 [...]
 176Inf    pourquoi vous rigolez  
 177P      parce que vous me demandez pour pouvoir prendre des habits  
 178Inf    mais j'veux pas aller dans vos armoires sans vous demander  
           l'autorisation non/  
 179P      mais j'veus la donne vous savez bien (rire)  
 180Inf    bon d'accord ça joue (P-SAD1.1)

Cette légitimation est instaurée non seulement par un facteur spatial (l'étendue spatiale circonscrite par les lieux de soin (salon → salle de bain → chambre → salon), mais également par un facteur temporel (la durée fixée par l'institution, le nombre de rendez-vous, etc.).

Cela dit, si le domicile est considéré comme un lieu « interstitiel » où se déroulent des soins en prolongement de l'institution, il constitue aussi un espace privé, qui implique des sous-entendus et des ajustements.

- 51Inf     [extra . j'vais aller peut-être préparer la:: . salle de bain . j'arrive  
           hein/  
 52P      [oui euh je n'sais pas mon mari vient de prendre la douche  
 53Inf     d'accord (P-SAD2.1)

La spécificité des soins à domicile en matière d'espace relève du fait que chaque pièce propose des possibilités différentes. Souvent, le patient profite de la salle de bain pour discuter avec le soignant, local où il se trouve vraiment seul à seul avec son infirmière, sans famille

et sans conjoint. Ceci n'est pas le cas lorsque les soins se déroulent dans la chambre à coucher, dans le salon ou dans la cuisine, lieu mi-privé mi-public. Ces pièces proposent des cadres de significations différents et possèdent leurs spécificités, contraignantes pour les modes de communication et de négociation.

En matière de temps cette fois, le bénéficiaire de soins à domicile n'est pas patient à plein temps et peut négocier le moment des soins. En outre, le temps effectif est le premier critère de facturation. Le terme «chronométré» dans l'interaction suivante en témoigne.

98Inf est-ce que ça va

99P oui

100Inf d'accord on chronomètre/ .. (rires)

101P (3 secondes) la course/

102Inf non ce n'est pas la course . on chronomètre pour être sûr de doucher le temps qu'il faut . [je ne suis pas pressée

103P [oui oui (P-SAD1.3)

La négociation du temps est davantage problématisée dans les soins à domicile que dans d'autres espaces de soins. Institutionnellement moins cadrés, les soins à domicile exigent une thématization plus forte du temps et de l'espace, ainsi que des objectifs de l'interaction.

### 2.3. OBJECTIFS DES INTERACTIONS PAR RAPPORT AU ROLE ET AU STATUT DES INTERLOCUTEURS

La culture particulière des soins à domicile comprend un certain type de communication entre les patients et le personnel. Cette communication implique non seulement la maîtrise d'un langage médical, mais elle repose surtout sur la réalisation et la reconnaissance de certains types d'activités discursives liées directement aux activités de soins ou plutôt accompagnant et facilitant les soins eux-mêmes. L'accès au jargon médical ou aux savoirs institutionnels semble moins problématique aux soins à domicile, où nombre d'informations habituellement implicites à l'hôpital sont intentionnellement explicitées.

Par ailleurs, la séquence ci-après nous montre clairement que le dialogue entre le personnel soignant et le patient laisse une grande place à la conversation ordinaire. On parle de tout et de rien, du

temps qu'il fait. Les deux parties s'engagent à mener à bien leur discussion pendant le soin. Nous supposons ainsi qu'une interaction «satisfaisante» ne demande pas seulement un accord technique sur le plan du soin, mais aussi une entente interindividuelle sur le plan de la relation.

Autrement, d'après les hobbies de la personne. On va aborder des sujets qu'il aime bien, qu'il a du plaisir à exprimer. Ou si on le sent triste, on va demander pourquoi il est triste. Ou s'il pleure, on ne va pas le laisser comme ça. (...) Là on a tout plein de techniques. La reformulation, le fait de voir si tout à coup le patient veut confier des choses, on va lui laisser un espace pour qu'il puisse parler. (E-SAD2.1)

Si un interlocuteur aborde un autre sujet dans une situation donnée, c'est parce qu'il a un but, plus ou moins précis, à remplir, c'est-à-dire qu'il veut améliorer, par une interaction avec l'autre, l'état actuel de son environnement ou de son existence. Certains interactionnistes opposent l'interaction qui a une finalité « gratuite » (André-Larochebouvy, 1984) ou « interne » (Vion, 1992), c'est-à-dire parler pour parler, à celle qui a pour objet « un véritable enjeu pouvant s'exprimer en termes de gains et de pertes » (Vion, 1992 : 127). La conversation, au sens que lui donne Goffman (1981/1987 :20), comme par exemple la conversation tenue par les habitués d'un café pour se passer le temps, relève de l'interaction à finalité « gratuite » ou « interne ». Aux soins à domicile, la part d'interaction à finalité « gratuite » peut sembler élevée, mais n'est sans doute pas en concurrence avec l'objectif principal de l'interaction, déterminant l'interaction à finalité « externe ». Les deux types d'interaction s'enchevêtrent souvent, et donnent à l'infirmier, surtout à domicile, un rôle complexe.

- 34Inf vous avez pu voir le médecin pour vous/  
 35C oui oui  
 36Inf ça joue/  
 37C oui  
 38Inf il vous a donné quelque chose\  
 39C des (nom de médicament) . après je suis fatiguée  
 40Inf oui . c'est c'est le début du traitement hein/  
 41C [ouais  
 [...]

- 173Inf c'est votre fille qui vous conduit/ (5 secondes) vous en avez pour combien de temps avec la logopède  
 174P une demi-heure  
 175Inf une demi-heure/ oui . elle a bien du temps pour vous expliquer les choses/  
 176P ah oui  
 177Inf elle vous montre chaque fois des nouveaux exercices/ ou bien elle regarde ce que vous arrivez à faire  
 178P XXX  
 179Inf oui . MAIS vous avez vu/ que vous avez fait des progrès  
 180P ouais (P-SAD1.2)

Les questions posées par l'infirmière à la compagne du patient (C) ou au patient ont pour but de connaître la situation actuelle du soin prescrit par le médecin. Souvent, le rôle des infirmiers est défini dans une prise en charge globale du patient, dans une articulation du monde du patient et du monde du médecin. Dans les soins à domicile, ces acteurs professionnels sont censés jouer le rôle de médecin «simple et compréhensible». L'intention n'est pas de mettre en question l'expertise du médecin, mais plutôt de trouver les meilleures façons d'appliquer son ordonnance, de l'approprier au milieu où vit le patient.

Le système de référence est largement pratiqué dans les soins à domicile. Ainsi, une infirmière de référence a les contacts avec le médecin, avec la famille quand il y a des décisions à prendre. C'est elle qui connaît le mieux la situation, qui coordonne l'information. Elle fonctionne comme un point de repère pour tout le monde. De ce fait, les soignants-référents jouent le rôle de médiateurs et de traducteurs, en reformulant par exemple du savoir savant en savoir ordinaire, en explicitant et relayant le discours médical et/ou institutionnel.

- 103Inf (*Rire*) . ça risque rien hein . je vais noter le résultat ici dans votre petit carnet  
 104P il le regarde même pas  
 105Inf il le regarde pas votre médecin/  
 (*Silence*)  
 106Inf quand c'est que vous l'avez vu la dernière fois  
 107P y a 10 jours  
 108Inf d'accord

- 109Inf il vous a dit du spécial/  
 110P non rien . il parle pas beaucoup vous savez  
 111Inf c'est vrai/ quand c'est que vous devez le revoir  
 (*Silence*)  
 112Inf il vous a donné un rendez-vous/  
 (*Silence*)  
 113Inf 90 de pulsations bien régulier . ça c'est aussi tout bon  
 114P c'est là c'est là  
 115Inf voilà votre rendez-vous  
 116P où c'est que je dois aller  
 117Inf d'accord le 10 mars . c'est lundi qui vient . vous voulez qu'on  
 vous le rappelle le matin  
 118P non non je vais le mettre là-dessus (P-SAD1.1)

Outre ce rôle professionnel, les soignants peuvent également jouer, au sein de la famille des patients, le rôle de « tampon », contribuant ainsi à équilibrer des crises. Dans ce cas, le tutoiement est souvent accepté par les interlocuteurs, qui peuvent par exemple poursuivre leur discussion autour d'un café.

- 178F t'as congé ces quatre jours/  
 179Inf moi j'ai congé . ouais j'ai congé les quatre jours . ouais  
 180F (tu prends ?) encore un café ou bien/  
 181Inf non merci . on va aller faire la douche (P-SAD2.3)

Aussi, le monde médical n'est pas séparé du monde social, car il s'agit des mêmes acteurs assumant différents rôles. Dans ces conditions, l'asymétrie constitutive de la relation soignant/soigné n'est pas aisée à garder, notamment quand il s'agit d'instaurer une relation dans la durée.

- 698Inf non non . tout à fait\ ... mais c'est bien alors vous me raconterez  
 tout ça  
 699P tout ça (rires)  
 [... ]  
 703P [alors vous venez demain/  
 704Inf euh je ne crois pas je ne sais pas encore qui vient demain  
 705P on verra ça (P-SAD2.1)

## 2.4. NORMES OU CONTRATS DE PAROLE DANS LES INTERACTIONS

Gumperz précise que les conceptualisations téléologiques de l'interaction « présupposent des attentes à l'égard de la progression thématique, des règles relatives au tour de parole, de la forme et du résultat de l'interaction, comme à l'égard des contraintes relatives au contenu » (1982/1989: 70). Chez Habermas (1981/1987), les sujets qui appartiennent à un même groupe social partagent les mêmes valeurs de comportement, soit les mêmes «normes», et attendent les uns des autres que dans une situation de contact donné, ils orientent leur comportement selon ces «normes» socio-langagières régissant la production ainsi que l'interprétation des énoncés, ce qui correspond à ce que Charaudeau (1983) appelle le «contrat de parole».

Dans le discours propre au milieu de soins, la contrainte spatio-temporelle ainsi que le «contrat de parole» admettent que le soignant dirige l'interaction.

- 251Inf est-ce que vous préférez commencer par les cheveux ou finir par les cheveux  
 252P mais n'importe madame . c'est comme vous voulez c'est vous le chef ici  
 253Inf c'est sérieux/ vous pensez n'avoir rien à dire  
 254P non (rire de monsieur)  
 255Inf sincèrement/  
 (silence- bruit de la douche)  
 256Inf vous voulez mettre la lavette devant les yeux/  
 257P non non j'ai pas besoin  
 258Inf ok alors vous fermez bien les yeux  
 259P oui oui madame  
 260Inf et vous penchez la tête (P-SAD1.1)

Sur le plan du contenu, l'infirmière est à même d'évaluer le comportement et la participation du patient aux soins. Souvent, elle entre avec lui dans une relation à caractère pédagogique. Si l'acte réalisé par le patient ne suit pas la norme, la soignante lui donne une évaluation négative, suivie en principe par un acte réparateur. Il se produit ainsi des «séquences d'évaluation normative» (Py, 2000 : 82), comme dans l'exemple suivant :

363 Inf vous arrivez de vous sécher comme il faut devant

[...]

372Inf v'nez voir j'vais vous sécher bien comme il faut (P-SAD1.1)

Par la suite, l'infirmière adopte une stratégie pédagogique importante moyennant laquelle elle apprend au patient à se soigner en se basant sur les savoirs déjà acquis :

373Inf vous savez sous les bras comme il faut faut vous sécher

374P ouais (P-SAD1.1)

Pour vérifier si le patient a bien appris, le soignant doit l'inciter à produire des actes, cette activité se réalisant comme une «sollicitation» (Sinclair & Coulthard, 1975: 21) et constituant un échange ternaire avec la réaction du patient et l'évaluation que le soignant fait de cette dernière. Dans l'extrait suivant, «d'accord» au tour 65 est prononcé pour demander à l'autre s'il a compris ou s'il a des questions. La réponse «je ne comprends pas» amène à la question «vous avez vraiment pas compris ou vous voulez me faire marcher». La justification du patient ne convainc toujours pas l'infirmière qui repose une question à caractère taquin au tour 70.

65Inf je vais vous contrôler la pression déjà . vous vous je vous laisse  
vous asseoir et je vais déjà faire couler l'eau dans le bain pendant  
ce temps là d'accord/

(silence)

66P j'comprends pas

67Inf (rire)

68Inf vous avez vraiment pas compris ou vous voulez me faire marcher

69P non non j'vous fais pas marcher

70Inf c'est vrai/ (P-SAD1.1)

La «sollicitation» en 65 a pour fonction de tester si le patient peut réaliser un comportement approprié, c'est-à-dire un bon savoir-faire spécialisé qu'il est censé acquérir. La « vraie » question formulée en 68 vise elle à obtenir des informations nécessaires à l'intercompréhension avec le patient.

L'interaction consiste ainsi en une collaboration mutuelle entre les interlocuteurs, à la recherche l'un et l'autre d'un terrain d'entente. Sur ce terrain, le soignant se présente toutefois davantage comme l'expert, et le patient doit parfois endosser le rôle d'apprenant.

Paradoxalement, ce rôle « inférieur », particulièrement aux soins à domicile, est la condition même de son autonomie croissante.

### 3. DE LA RELATION ASYMETRIQUE A LA CO-ACTION ET A LA CO-CONSTRUCTION DU SAVOIR-FAIRE SPECIFIQUE

Il ne peut pas exister d'interaction au cours de laquelle la relation entre interactants soit tout à fait symétrique. Toute interaction est plus ou moins asymétrique, dans la mesure où personne ne détient le même savoir et ou le même vécu. L'un peut avoir l'avantage sur l'autre dans une interaction donnée, mais il est tout à fait possible que cette relation soit inversée dans une autre interaction.

L'on peut envisager le milieu des soins à domicile, à l'instar de tout milieu de soins, comme marqué par une asymétrie entre les interactants, définie en fonction de la possession ou du degré de possession du savoir médical, inégalement distribué entre le soignant et le patient. On peut voir par ailleurs que l'objectif de l'interaction est souvent de diminuer cette asymétrie, c'est-à-dire, pour le soignant, de transmettre des connaissances relatives au soin en question et, pour le patient, d'acquérir plus de connaissances dans le domaine médical.

Pour réaliser cet objectif, le soignant se donne pour fonction de transmettre au patient le savoir à acquérir, d'évaluer le niveau de connaissances de celui-ci et enfin de mener à bien le soin en passant par des négociations portant sur certains savoirs, sur le droit et le devoir, voire l'obligation et la responsabilité.

- P31 c'est c'est ça qui manque  
 Inf32 bein alors là c'est formidable heureusement que vous l'avez dit .  
 hein sans vos indications bein voilà quoi je peux rien faire hein/  
 et ça continue d'aller bien\  
 P33 oui . ça dépend toujours . de l'infirmière  
 Inf34 oui . mais c'est VOUS qui devez dire à tous les membres de  
 l'équipe qu'il faut mettre BEAUcoup de crème  
 P35 oui oui . OUI il y en a qui en met beaucoup et puis il y en a  
 d'autres qui qui pensent qu'ils en mettent BEAUcoup mais qu'ils  
 n'en mettent quand même pas assez

- Inf36 [pas assez . mais vous pouvez vous permettre de nous dire/ que ce n'est pas assez  
 P37 oui  
 Inf38 d'accord/  
 P39 j'ai toujours peur de commander  
 Inf40 non c'est VOUS qui avez mal après ce n'est pas NOUS  
 P41 (en riant) ça c'est vrai  
 Inf42 alors c'est ça qui est important hein/  
 P43 oui ça c'est vrai (P-SAD1.3)

Le patient peut se permettre de transmettre des informations sur les soins par l'usage du discours rapporté (discours d'un médecin, énoncé d'une infirmière, intervention de l'entourage) ou simplement par des remarques sur la façon de faire d'autres soignants. Dans ce cas, il se positionne autant en partenaire qu'en bénéficiaire de soins. Il faut souligner que le patient voit défiler un certain nombre de professionnels, assiste à leurs pratiques et recueille leur discours. Il se constitue ainsi une expérience non négligeable.

- 228Inf et comme ce n'est pas toujours la même infirmière qui vient vers vous/  
 229P oui . c'est  
 230Inf [on a aussi plus/ de repères  
 231P et c'est le pour et le contre hein/  
 232Inf oui . tout à fait mais bon [on fonctionne comme ça là/  
 233P [mais.mais c'est . à l'hôpital c'est la même chose/  
 [...]  
 303Inf et puis ça devait être plat ici/ ça ne pouvait pas dépasser/  
 304P hé oui/ (3 secondes) il y a donc il y a une stagiaire qui se donne beaucoup de peine alors elle me dit . hein mais il faut faire comme ça/ on . on nous apprend de cette manière/ (P-SAD1.3)

Dans ces conditions, la continuité et la cohérence des soins nécessite la collaboration et la participation du patient en tant que coordinateur du soin et rapporteur de l'information.

- 30Inf (X) enlever hein . y faut: y faut: y faut juste le soulever et puis euh  
 .  
 31P ils ont rien dit qu'il faut l'enlever et puis euh (X) je me remette après quoi  
 [...]

34Inf mais normalement on doit pouvoir l'enlever et le remettre en place sans dérégler les: les crochets

[...]

37P voilà . mh mh . ben j'vais leur dire alors comme ça (P-SAD3.1)

Par ailleurs, puisque les soignants travaillent d'une manière autonome, il leur revient à chaque fois de fixer, négocier, modifier, adapter les objectifs et les soins avec le patient: pourquoi telle tâche, pendant combien de temps, quel mode de réalisation, etc. ?

352Inf j'crois que le plus important maintenant c'est qu'on aille voir ton corset

353P ouais . mais j'crois pas (X)

354Inf mais . au moins changer ta camisole hein/

355P elle est pas beaucoup mouillée (P-SAD3.2)

Les marques de modalisation (ex. : « je crois ») montrent bien cette importance de la négociation, de l'ajustement, du partenariat.

Le patient semble ainsi connaître plus ou moins bien, d'une part, les domaines médicaux en question et, d'autre part, les scénarios de soins et les éléments de décor. Il peut ainsi préparer, anticiper.

Mais à côté de ce rôle de partenaire de soins, il reste chez lui et se doit d'afficher son rôle de maître des lieux. Sa collaboration passe alors aussi par l'accueil des soignants comme visiteurs.

### *Sonnette*

1Inf bonjour monsieur D

2P bonjour madame

3Inf excusez-moi ça va/

4P ça va bien

5Inf merci de m'avoir attendu

[...]

17P entrez . prenez place

18Inf merci (P-SAD1.1)

130P oui oui . est-ce que ça va bien/

131Inf ça va bien ça va très bien je vous remercie (P-SAD1.3)

Par conséquent, le soigné apprend à mettre au service de l'autre, à côté de son expertise médicale et thérapeutique, celle de son territoire de vie. Il doit cependant veiller à ce que cette manifestation

d'expertise ne menace pas la face de l'autre ni ne perturbe les soins, ce qui passe par différentes civilités ou précautions énonciatives (ex. : « si vous me permettez »).

284P si vous me permettez de de vous dire

285Inf mais vous faites bien\ madame T.

286P [j'ai toujours peur de de moi commander\ ce n'est pas mon

287Inf [mais on en a déjà parlé plusieurs fois et puis . pour moi c'est tout à fait ok . je préfère comme ça

288P c'est vrai/ (P-SAD1.3)

La prise en charge à domicile implique ainsi des processus de régulation plutôt fins. La connaissance des savoirs spécialisés, plus ou moins partagée, donne lieu à des verbalisations et des co-constructions variées. Comme ailleurs dans les soins, bien des acteurs soulignent le rôle fondamental de l'écoute de la part des soignants. Aux soins à domicile pourtant, cette écoute signifie parfois « obéissance », dans le sens où le patient, d'une part, se trouve chez lui et, d'autre part, détient des informations exclusives quant au processus global de soin. Une analyse plus fine de l'interaction concourrait sans doute à mettre en lumière la construction et les enjeux subtils de l'asymétrie dans ce lieu particulier des soins.

#### 4. CONCLUSION

L'analyse des activités verbales par lesquelles des savoir-faire spécifiques sont négociés lors de prises en charge thérapeutiques contribue à une meilleure compréhension du processus de communication entre soignant et patient. La focalisation sur les soins à domicile offre un effet de loupe sur ce processus et sur les rôles souvent complexes qu'endossent soignant et patient.

En effet, l'expertise médicale n'est pas réservée au seul soignant, le patient détenant des savoirs de son côté, d'autant plus importants aux soins à domicile. L'un fonctionne comme détenteur/transmetteur « officiel » du savoir, l'autre comme partenaire « utile » ayant acquis certaines connaissances médicales à force de vivre une maladie et une série de soins. Cette « communauté » d'experts possède un savoir indispensable au traitement de la maladie, savoir accessible et négociable uniquement à travers les échanges verbaux.

Malgré une distribution plus ou moins inégale du pouvoir, l'objectif commun et la collaboration entre les acteurs les amènent à résoudre ensemble des problèmes non seulement à l'aide de leurs savoirs perçus comme complémentaires, mais aussi au moyen de diverses techniques discursives (la négociation, la reformulation, la sollicitation, la question/réponse, la conversation à des fins « internes » ou « externes », etc.), dont nous avons voulu rendre compte.

### BIBLIOGRAPHIE

- André-Larouchebouvy, D. (1984). *La conversation quotidienne*, Paris, Didier-Crédif.
- Bakhtine, M. (1929). *Le marxisme et la philosophie du langage. Essai d'application de la méthode sociologique en linguistique*, Paris, Les Editions de Minuit (trad. française de M. Yaguello, 1977).
- Bange, P. (1992). *Analyse conversationnelle et théorie de l'action*, Paris, Crédif-Hatier/Didier, coll. LAL.
- Besse, H. (éd.) (1975). *Pratique de la classe audio-visuelle au niveau 1*, Paris, Didier-Crédif, coll. VIC.
- Charaudeau, P. (1983). *Langage et discours. Eléments de sémiolinguistique (Théorie et pratique)*, Paris, Hachette.
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*, New York, Doubleday & Company (trad. française d'A. Accardo : *La mise en scène de la vie quotidienne 1*, « La présentation de soi », Paris, Les Editions de Minuit, 1973).
- Goffman, E. (1967). *Interaction Ritual. Essays on Face-to-face Behavior*, New York, Doubleday & Company (trad. française d'A. Kihm : *Les rites d'interaction*, Paris, Les Editions de Minuit, 1974).
- Goffman, E. (1971). *Relations in Public. Microstudies of the Public order*, New York, Harper and Row (trad. française d'A. Kihm : *La mise en scène de la vie quotidienne 2*, « Les relations en public », Paris, Les Editions de Minuit, 1973).

Goffman, E. (1981). *Forms of Talk*, Philadelphie, University of Pennsylvania Press (trad. française d'A. Kihm : *Façons de parler*, Paris, Les Editions de Minuit, 1987)

Gumperz, J.-J. (1982). « Socio-cultural knowledge in conversational inference », in *Discourse stratégie*, Cambridge, Cambridge University Press, *Studies in Interactional Sociolinguistics* 1, 153-171 (trad. française de M. Dartevaille, M. Gilbert & I. Joseph : « Le savoir socioculturel dans l'interférence conversationnelle », in *Engager la conversation. Introduction à la sociolinguistique interactionnelle*, Paris, Les Editions de Minuit, 1989, 55-77).

Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikativen Handels*, Franfort, Suhrkamp Verlag, troisième édition, 1985 (trad. française de J.-M. Ferry : *Théorie de l'agir communicationnel. Rationalité de l'agir et rationalisation de la société*, tome 1, Paris, Librairie Arthème Fayard, 1987)

Kerbrat-Orecchioni, C. (1990). *Les interactions verbales*, tome I, Paris, Armand Colin Editeur.

Py, B. (2000). « La construction interactive de la norme comme pratique et comme représentation », *Aile* 12, Paris, 77-97.

Roulet, E. et al. (1985). *L'articulation du discours en français contemporain*, Berne, Editions Peter Lang SA, coll. Sciences pour la communication, 3<sup>e</sup> édition, 1991.

Schegloff, E.-A. et Sacks, H. (1973). « Opening up Closings », *Semiotica* VIII 4, The Hague, Mouton & Co. N.V., Publishers, 289-327.

Sinclair, J.-M. & Coulthard, R.-M. (1975). *Towards an Analysis of Discourse. The English used by teachers and pupils*, London, Oxford University Press.

Vion, R. (1992). *La communication verbale. Analyse des interactions*, Paris, Hachette.



## Trajectoire du patient et structuration infirmière dans l'interaction verbale : étude de cas

Myriam GRABER

HE-ARC

### 1. LIMINAIRE

Le cours d'une maladie est un phénomène bien connu de celui qui en a fait l'expérience à ses différents stades. Dans un premier temps, elle se déclare, ensuite, elle évolue progressivement, peut s'aggraver ou enfin prendre fin. Pour les professionnels de la santé, le cours de la maladie comporte ses propres phases, ses symptômes et les interventions effectuées pour ralentir sa progression ou aller vers la guérison.

L'expression *trajectoire de la maladie*, selon Strauss<sup>1</sup>, fait référence non seulement au développement physiologique de la maladie pour un patient donné, mais aussi à toute l'organisation du travail déployée pour suivre son cours et au retentissement que ce travail et cette organisation impliquent pour toutes les personnes touchées.

Ainsi donc, chaque maladie a une trajectoire qui lui est propre, imposant des actes infirmiers, médicaux différents, des compétences et savoirs, une répartition des tâches entre les professionnels, la

---

<sup>1</sup> Voir Strauss (1992), pp. 143-244. Cette distinction fut utilisée pour la première fois chez Glaser & Strauss (1967), mais à cette époque l'analyse des trajectoires n'était pas centrée sur certaines des caractéristiques les plus subtiles des types de travail, comme c'est le cas ici.

famille et les voisins : cela exige des relations parfois très différentes tant au plan instrumental qu'au plan verbal.

La minutieuse observation du travail des professionnels de la santé permet de rendre compte de l'inattendu, souvent difficile à contrôler, qui affecte la maladie, le dispositif organisationnel ou encore l'environnement du patient. Nous utilisons le concept de **trajectoire** pour décrire tous les relais permettant d'organiser et d'ordonner les innombrables éléments entrant en jeu dans les maladies, plus particulièrement dans les maladies chroniques. Une des grandes particularités du travail de la santé est qu'il s'adresse à des êtres humains et qu'il s'exerce autour de sujets non inertes sauf lors de coma. Ceci signifie que le patient peut réagir et avoir une influence sur le travail programmé tout comme il peut participer au travail en étant lui-même travailleur (c'est aussi un rôle que la nouvelle perception de la santé demande au patient d'endosser). Tous ces éléments rendent le travail de trajectoire complexe et souvent problématique.

L'analyse du soin dans son déroulement effectif (sa *temporalité*), sur la base de toutes les pratiques communicatives observées (leur *séquentialité*), va permettre de comprendre le rôle spécifique de l'infirmier dans sa dimension « articulante ». L'infirmier assume un rôle clé dans l'**articulation de la trajectoire**, car il se situe souvent entre les différents acteurs, entre les différentes tâches et, particulièrement aux soins ambulatoires et à domicile (cf. cas présenté ci-dessous), entre les sphères institutionnelle et privée. Il assure ainsi une continuité dans une chaîne d'actions discontinues, et cette activité d'articulation et de mise en relation passe essentiellement par le **langage**, langage qui lui-même se pose d'ailleurs souvent comme un intermédiaire, une courroie de transmission entre le code médical et le code ordinaire.

Dans cet article, nous proposons de montrer, à travers l'analyse d'un long événement interactionnel, quelques aspects de ce travail d'articulation et de ses enjeux discursifs.

## 2. LE TRAVAIL D'ARTICULATION

La gestion et la mise en forme d'une trajectoire nécessitent l'exécution de nombreuses tâches ou groupes de tâches ainsi qu'une colonne vertébrale soutenant ce travail. Ensemble, tâches et lignes de travail exigent une coordination car il est indispensable de les organiser en séquences d'action et en séquences temporelles adéquates. En d'autres termes, un travail d'articulation doit être déployé pour que les efforts collectifs des différents membres de l'équipe ne ressemblent pas à des fragments de travail épars mais à un ensemble cohérent.

Dans un service de soin, l'infirmier est l'acteur central de cette organisation. Sans lui, le travail de trajectoire serait mis en échec.

Par ailleurs, plusieurs sources d'imprévus (décompensation d'un patient, infection soudaine, etc.) peuvent mettre le bon fonctionnement d'une trajectoire en difficulté, sans compter que chaque patient représente un cas particulier. Tous ces aléas nécessitent donc du temps, des ressources humaines importantes et des compétences spécifiques, ainsi qu'un équipement complexe en appareils et en médicaments.

Quant aux patients, ils constituent eux-mêmes une source possible de perturbation. En fonction de leur comportement et/ou leur degré de complaisance aux traitements, ils peuvent désorganiser ou renforcer une trajectoire. D'autres sources, telles que la technologie, l'organisation hospitalière (coordination entre plusieurs services, départements), les interactions entre les divers types de travail (soins de confort, relationnels, techniques, etc.) rendent ce travail complexe. Une désarticulation de la trajectoire se révèle ainsi hautement probable, et les acteurs ont alors pour responsabilité de réarticuler, notamment à travers divers types de négociations et/ou de décisions.

Ordinairement, on décrit le travail d'articulation à trois niveaux<sup>2</sup> :

- **articulation de trajectoire** : elle permet de cerner la cohérence des soins médicaux, infirmiers, d'en comprendre l'organisation spatiale et temporelle ;

---

<sup>2</sup> Ibid. Voir aussi Grosjean & Lacoste (1999).

- **articulation structurante** : elle concerne l'organisation de la hiérarchie, le partage des connaissances, l'organisation et la coordination des tâches, mais aussi les normes, les valeurs et les procédures adoptées dans une institution ou un service ;
- **articulation opérationnelle** : elle correspond à la pratique et à la coordination des soins pour le-s patient-s, avec l'intégration des aléas (réhospitalisation, péjoration de l'état,...) ; en relèvent aussi la gestion de l'emploi du temps et la répartition effective du travail entre les professionnels.

Le suivi de la trajectoire d'une maladie implique donc un travail d'articulation à ces trois niveaux. Quand il s'agit de suivre un patient en particulier et, dans ce cadre, le travail de soins à domicile, il apparaît tout de suite une grande complexité dans ces différentes articulations. C'est pourquoi nous nous concentrons maintenant sur un cas précis.

### 3. ANALYSE D'UNE SEQUENCE

La séquence est tirée d'une visite à domicile, dans un service de psychiatrie ambulatoire. Une infirmière se rend chez une patiente, née en 1947, souffrant d'une débilité moyenne et qualifiée de caractérielle. Les visites ont lieu toutes les 8 semaines et sont plus particulièrement destinées à une prise de sang de contrôle et à une analyse de la situation de la patiente. Cette visite dure 50 minutes environ. Nous en utiliserons uniquement certains extraits<sup>3</sup>.

La trajectoire de cette patiente, même si elle semble assez simple à gérer, demande tout de même, tout de suite après le rituel d'ouverture, une explicitation. Il s'agit de situer la pratique dans un champ plus large, dans un espace et un temps donnés :

---

<sup>3</sup> Corpus du projet DORE 101035 (req. principal L. Gajo). Prélèvement P-AMBI-2.

- 0I        bonjour Josette <sup>4</sup>  
 1P        bonjour J-M. (4 secondes)  
 2I        bonjour Madame (4 secondes) ...  
 19P        ouais.. ben ouais.. j'ai dormi jusqu'à 9 heures (rires) je m'suis  
 levée à 5 heures je m'suis réveillée à 5 heures pour aller aux  
 toilettes XXX ah non me rendormir pis je m'r'tourne 9 heures  
 moins dix ah non j'suis plus retournée au lit non j'me suis dit non  
 ça va ça va mieux ça a fait l'tour quand même  
 20I        vous avez juste eu le temps de vous préparer pour l'arrivée des  
 des...

Le travail d'articulation de la trajectoire de la maladie passe par plusieurs types de tâches et demande la coordination de divers acteurs (infirmier, patiente, médecin généraliste, psychiatre, tutrice) et services (soins ambulatoires, home, Croix-Rouge).

Très vite, par son discours, la patiente va induire des désarticulations dans sa trajectoire :

- 31P        ah heu : (bruits de pompe – prise de tension, 5 secondes)  
 36I        100 sur 60  
 37P        100/  
 38I        ouais c'est un p'tit peu plus bas que d'habitude ouais.. c'est parce  
 que vous avez dormi longtemps vous vous êtes bien reposée  
 39P        ouais et pis et pis heu : parce que m'zelle C. elle...XXX j'sais plus  
 parler j'sais pas heu si elle vous a dit Claudine heu : j'avais eu de  
 nouveau des crampes . j'avais eu heu : des gros problèmes et pis  
 j'ai été . j'ai changé de médecin je vais plus chez G. j'vais ici à B.  
 chez Gr. c'est un tout jeune . il est très gentil très sympa et pis  
 quand j'avais eu mal quand j'ai demandé avant à m'zelle C. si je

---

<sup>4</sup> Conventions de transcription

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

- pouvais changer heu : (rires) ça va bien heu : (rires) ça va bien la  
 heu : si j'pouvais changer  
 40I ouais c'est qui mademoiselle C.  
 41P heu : ma tutrice

Cette désarticulation et réarticulation de la trajectoire est thématifiée en tant que telle dans le lexique (« changer » revient à plusieurs reprises), mais aussi dans une confrontation des temps du passé et du présent. Au niveau de l'articulation structurante, il s'agit d'identifier les acteurs, leurs responsabilités et leurs actions, et ceci passe essentiellement par la communication (« elle vous a dit », « j'ai demandé »).

- 44I un virus  
 45P ouais c'était un.. ouais c'est un peu compliqué ouais que j'avais  
 choppé ça alors y m'a donné des antibiotiques . j'ai dû prendre des  
 antibiotiques pendant une semaine pis c'étaient des forts/ 500 le  
 matin . deux fois 500 le matin . une fois 500 à midi et deux fois  
 500 le soir et pis ça m'a j'étais toute toute hum  
 46I tout étourdie/.. toute pas bien  
 47P pas bien quoi j'étais . pis après heu : j'suis tombée deux fois ici  
 dans les escaliers moi ça a fait crac comme ça, pis après j'suis  
 r'tournée pis après j'suis ressortie parce que j'me suis dit j'veux  
 pas demander aux gens pour faire des ouais des commissions .  
 j'me suis dit je dois quand même pouvoir me débrouiller toute  
 seule . j'suis tombée au restaurant à l'Union . je sors PAF  
 48I vous êtes tombée évanouie ou bien vous êtes tombée de faiblesse  
 49P j'suis non non c'était pas voulu j'ai . j'étais pas évanouie heu :  
 c'était  
 50I [c'est des pertes d'équilibre

Face au récit de la patiente, l'infirmière tente de garder en perspective l'articulation de la trajectoire et, le cas échéant, de réarticuler. Cette réarticulation passe notamment par **reformulation** et/ou la **co-énonciation** (46, 50)<sup>5</sup>. Ceci permet un double mouvement, en apparence paradoxal : mouvement vers la patiente et la compréhension de son discours, mouvement vers le traitement, le « système ». Le premier favorise la prise en compte des aléas et des changements,

<sup>5</sup> Pour ces notions, voir notamment Apothéloz & Grossen (1995) ainsi que Jeanneret (1999).

notamment au niveau de l'articulation opérationnelle, le second la permanence du traitement et de son organisation, notamment au niveau des articulations structurante et de trajectoire.

Du point de vue du contenu, la réarticulation s'appuie sur différents arguments clés, dont le changement ou l'ajout d'un médicament.

118P les résultats qu'ils ont faits quoi les examens parce que G m'avait pas fait ça avec le sang . il avait fait un scanner donc heu : puis après j'avais été ouais combien/ deux fois ouais trois ouais et pis il avait trouvé avec les disques . c'est juste/

119I oui

120P on a des disques . qui étaient usés pis c'est ça qui pouvait pis le poids ça faisait tout ça pis lui y m'a dit aussi le poids il m'a dit « vous devriez essayer de perdre quelques kilos » pis ça m'a un p'tit peu découragée parce que je mange à la Colline pis j'ai vu je perdais pas de poids alors ça m'a rendue un peu ça m'a un peu découragée quoi je m'suis dit ouais j' fais

121I [vous leur avez dit à la Colline que vous aimeriez perdre du poids/ pour qu'ils vous donnent heu : j'veux pas dire un régime strict mais quand même des aliments pas trop riches

122P heu : j'sais plus si j'l'ai dit oui j'crois que j'l'ai dit.. parce qu'après j'crois que j'l'ai dit pis ma tutrice elle aussi elle l'a dit au directeur enfin non non c'est moi qui y ai dit

123I vous savez on perd pas du poids comme ça en une semaine

124P non bien sûr faut quand même compter quoi un mois ou deux

125I pis si vous faites de la piscine ça peut vous faire que du bien hein/

126P ouais ouais

127I mais vous allez toute seule à la piscine/ ou bien y'a quelqu'un qui vient avec vous

Ici, une désarticulation touche aussi bien la trajectoire que le niveau opérationnel. En effet, la surcharge pondérale constitue une donnée importante pour l'orientation générale des soins et nécessite une adaptation du régime alimentaire qui implique une demande très concrète de changement de la part de la patiente envers l'institution où elle prend ses repas. Il s'ensuit une sorte de tension et une stratégie visant à diminuer l'effet de rupture ou de changement (« j'veux pas dire un régime strict », « quand même » en 122). Ce passage, entre 120 et 122, fait une part importante aux verbes du *dire*

et notamment au discours rapporté. Ceci s'explique, d'une part, pour des besoins d'explicitation et, de l'autre, par un effet de mise en scène du changement. Le caractère **métalinguistique** en est ainsi hautement renforcé.

Un autre aspect retient notre attention ici. Après avoir réarticulé la dimension opérationnelle quant au régime alimentaire, l'infirmière repart dans une articulation de trajectoire en thématissant la cohérence entre le régime et l'activité physique ou sportive (125). Le passage d'un élément à l'autre se fait dans un liage discursif fort (« pis si »), qui prépare en fait une rupture thématique importante à partir de 127 (« mais »). Ce mécanisme ressemble de très près à ce qui se passe dans la conversation ordinaire, où les thèmes s'enchainent dans un ordre souvent peu programmé. Pourtant, il faut postuler ici une intention plus professionnelle à l'infirmière, qui intègre un flux d'informations déterminé dans une **structure conversationnelle apparemment ordinaire**. Ce va-et-vient est peut-être dû au fait que le soin repose beaucoup sur la parole, notamment en psychiatrie. Il s'organise au fil du discours, et cette façon de procéder permet à l'infirmière de relever les points importants soulevés à ce moment-là. Cette ressemblance avec les situations ordinaires de parole dissimule pourtant une importante complexité dans la réalisation de tels soins et dans le rôle infirmier.

- 183I on va essayer hein/.. c'est bien allé cette prise de sang chez le  
médecin il a pu trouver assez rapidement ou bien...
- 187I vous dites si j'fais mal
- 188P un p'tit peu.. si y faut oui y faut hein ma fois (11 secondes) XXX  
vous deviez pas me donner un rendez-vous de J.-M.
- 189I de J.-L./
- 190P heu : de J.-L.
- 191I ça vient pas vite hein/ (6 secondes) non J. ça n'a rien donné
- 192P j'espère que ce sera bon le sang...
- 193I (murmure) j'espère
- 194P pis si tout d'un coup ce serait pas bon on devrait . j'devrais  
changer de médicament/
- 195I oui
- 196P hein/
- 197I oui...
- 198P mais j'devrais pas aller à Bellelay pour ça

- 199I non... mais (6 secondes) c'est pas encore le cas de changer de médicament je crois que jusqu'à présent heu ...
- 303I ça vient au compte-goutte hein
- 304P ouais (4 secondes) mais si j'devrais changer de médicament par exemple hein/ le de oh (agacée) y a d'autres médicaments qui ressemblent au Leponex
- 305I ouh :: oui sauf qu'y a l'avantage c'est pas tout à fait les mêmes hein/
- 306P ah
- 307I mais y a un avantage c'est qu'y aura pas..
- 308P [de prise de sang
- 309I de prise de sang avec un autre
- 310P donc ce serait les mêmes que le Leponex
- 311I pas tout à fait quand même
- 312P ah
- 313I XXX le Leponex c'est quand même le médicament qui va le mieux
- 314P mais Leponex c'est quoi pour exactement
- 315I c'est un neuroleptique
- 316P ouais ça j'pense oui je savais que c'était un reptique (sic) mais pourquoi pour heu : ben j'ai jamais posé la question ben j'la poserai à Y j'le vois mardi prochain
- 317I ah ben vous demanderez au Dr Y
- 318P oui j'devrais noter pour que j'oublie pas

La complexité du travail d'articulation apparaît clairement ici, avec l'**entremêlement de deux circuits énonciatifs** ou deux objets de discours. Un de ceux-ci porte sur l'activité en cours (la prise de sang effectuée par l'infirmière) et l'autre sur la coordination générale des soins et le changement éventuel d'un médicament. Les deux objets mettent ainsi en parallèle une articulation opérationnelle (187, 193, 303) et une articulation de trajectoire.

A ce deuxième niveau, la négociation entre l'infirmière et la patiente porte sur un changement de médicament. Si l'infirmière entre dans le raisonnement de la patiente, elle plaide pour le statu quo (« quand même » en 311 et 313). Mais la patiente tient à son point de vue et demande des explications (314). La renégociation de la trajectoire passe ainsi par un **processus d'explicitation ou, tout**

**simplement, de verbalisation** (« j'ai jamais posé la question » en 316), qui ne va pas de soi dans le travail soignant.

De nouveau, l'on retrouve ici de nombreux verbes du « dire » et donc un important balisage métalinguistique.

- 391I cinq six sept et huit donc là j'ai les vacances donc on peut se voir avant (parcourt un agenda)
- 392P hum hum
- 393I heu :: le 4 juillet/ c'est un vendredi comme habituellement hein/... vous êtes là hein/ d'après ce que..
- 394P ouais ouais hum hum ouais ouais j'suis par là j'crois
- 395I vous me téléphonez si y a un empêchement . si vous faites quelque chose si vous partez
- 396P oui oui j'sais . j'vous téléphone de toute façon . j'ai toujours ouais p't'être une fois j'ai oublié mais en général j'téléphone
- 397I ouais ouais pas de problème
- 398P pis je sais que si y a quelque chose ben j'peux appeler en principe le matin mais des fois l'après midi des fois y a quelqu'un si c'est vraiment urgent
- 399I sinon vous dites à la secrétaire
- 400P ouais ouais si c'est vraiment urgent... j'veux pas téléphoner juste pour demander heu : qu'est-ce que j'pourrais dire heu :: vous allez bientôt venir alors qu'on s'est vu le jour av- heu :: que j'ai eu rendez-vous

Dans ce dernier passage annonçant la clôture de la prise en charge, l'on négocie, en même temps que le prochain rendez-vous, les **modalités de communication**. Aux deux niveaux s'opposent en quelque sorte le général et le particulier, l'habituel et l'exceptionnel. Une désarticulation de la trajectoire suppose une verbalisation et, inversement, une verbalisation particulière (coup de téléphone non coutumier) correspond à une désarticulation. Dans cette négociation, l'on soulignera par exemple la dialectique entre « en principe » et « des fois », « toujours » et « une fois ».

#### 4. TRAVAIL D'ARTICULATION ET DISCOURS : ELEMENTS DE SYNTHÈSE

Une trajectoire de maladie même simple, ordinaire, demande un travail d'articulation fin, une capacité de coordination entre les dif-

férents acteurs et, partant, une certaine compétence interactionnelle. Dans les soins, une des difficultés consiste dans le fait que les prises en charge sont discontinues et les acteurs « dispersés ». Il s'agit alors, par le discours et dans le cadre d'une prise en charge particulière, de mettre en lien, en cohérence une multitude d'actes.

Ce travail incombe en bonne partie à l'infirmier et passe essentiellement par le discours. La distinction entre les différents types d'articulation (de trajectoire, structurante et opérationnelle) contribue à la mise en évidence de la complexité de ce travail et de la finesse des outils linguistiques à l'œuvre. Par exemple, nous avons vu le rôle central du discours rapporté, des instances du « dire », mais aussi de la reformulation et de l'explicitation.

Il n'est pas sûr que l'acteur professionnel mesure le rôle prédominant de la simple verbalisation, même quand il est un fin communicateur. Par le fait de thématiser, d'expliciter, de reformuler, il est possible, très subtilement, de conserver ou alors de désarticuler une trajectoire. Souvent, des réarticulations sont nécessaires à la continuité de la trajectoire de la maladie. Du point de vue médical ou soignant, elles se traduisent généralement par une décision de modifier les protocoles (médicaments, régime) ou d'entreprendre des actions supplémentaires (ajout de médicament, nouvel examen). Ces décisions demandent une argumentation conjointe de la part du soignant et du patient et n'aboutissent pas toujours dans le cadre d'une seule prise en charge, surtout si elles demandent l'avis d'un acteur absent.

Nous avons souligné que, à première vue, ces interactions ressemblent de très près à une conversation ordinaire, notamment à travers des enchaînements thématiques motivés localement et très « conjoncturels ». Toutefois, la mise en évidence de différents types d'articulation et l'analyse fine des prises de parole montrent qu'il n'en est rien. Certes, les prises en charge en santé mentale se laissent moins facilement segmenter, dans la mesure où la communication, même ordinaire, constitue à la fois le symptôme de la maladie et l'instrument du traitement. Il y est ainsi sans doute plus difficile de démêler les différents types d'articulation. Le passage à la clôture du soin – et de l'interaction – n'est, notamment, pas aisé à distinguer, dû à un effet de va-et-vient entre différents objets et enjeux, favorisé par des relances du type « d'autres choses à rajouter ». Mais, en psychiatrie comme ailleurs, le discours professionnel et l'interaction

soignant/patient demeurent des phénomènes complexes et organisés de façon subtile et très structurée.

## BIBLIOGRAPHIE

Apothéloz, D. & Grossen, M. (1995). L'activité de reformulation comme marqueur de la construction du sens : réflexions théoriques et méthodologiques à partir de l'analyse d'entretiens thérapeutiques. *Cahiers de l'ILSL* 7, 177-198.

Contandriopoulos, A.-P. (1999). La santé entre les sciences de la vie et les sciences sociales. *Ruptures* (revue transdisciplinaire en santé).

Goulet, O. & Dallaire (1999). *Soins infirmiers et société*. Paris : Ed. Gaëtan Morin.

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

Jeanneret, T. (1999). *La coénonciation en français*. Berne : Peter Lang.

Kerouac, S. et al. (1994). *La pensée infirmière*. Laval : Ed. Etudes Vivantes.

Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionniste*. Paris : Ed. l'Harmattan.

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

**Danièle LANZA<sup>\*</sup>, Philippe LONGCHAMP<sup>\*\*</sup>,  
Laurence SEFERDJELI<sup>\*\*\*</sup> & Ronald MÜLLER<sup>\*\*\*\*</sup>**

### **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 entreprise<sup>1</sup> 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.

---

<sup>1</sup> 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 régulations<sup>2</sup>.

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 clarification<sup>3</sup> post-observation avec les professionnels observés et un

---

<sup>2</sup> 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).

<sup>3</sup> 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 concrète<sup>4</sup>.

## 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

---

<sup>4</sup> 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 :

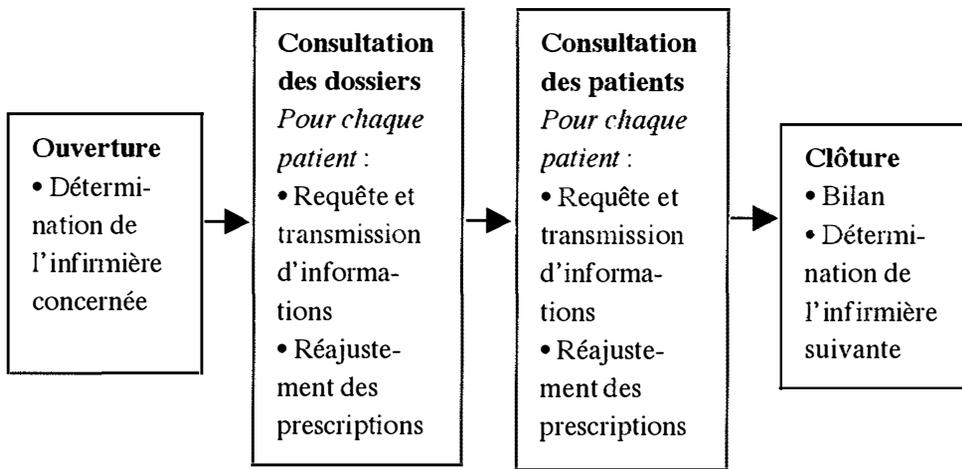


Schéma 1 : représentation praxéologique d'une visite médicale en unité de médecine

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.

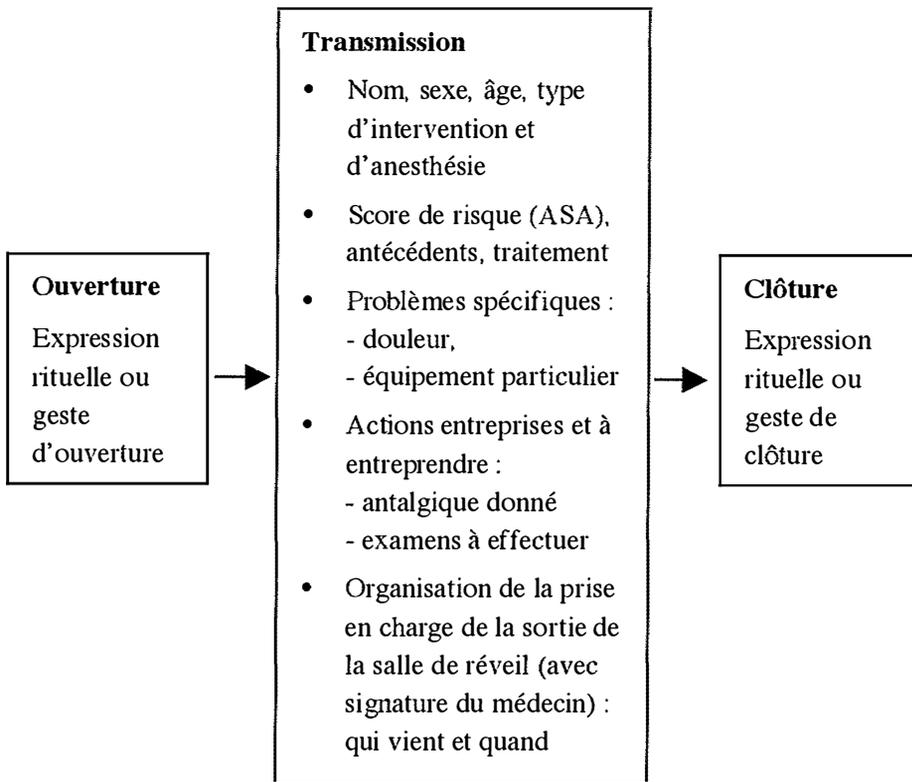


Schéma 2 : représentation praxéologique d'une transmission de patient en salle de réveil

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). A 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.

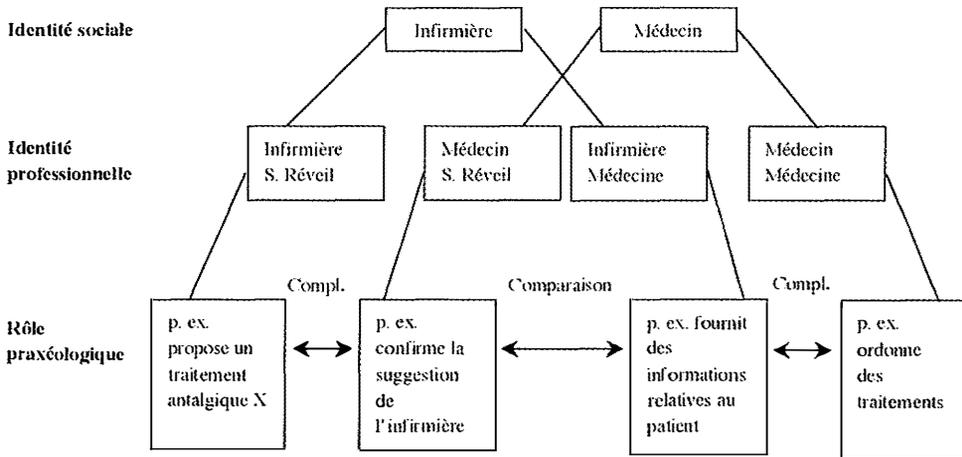


Schéma 3 : Identities sociales, identités professionnelles et rôles praxéologiques

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 participatif** 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 participatif**.

En montrant que l'échange dyadique n'est qu'une composante possible du cadre participatif, 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 participatif 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 régions<sup>5</sup> 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

---

<sup>5</sup> 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*<sup>6</sup>, 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

---

<sup>6</sup> 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 ensemble<sup>7</sup>

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)<sup>8</sup>.

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'infirmierie, 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

---

<sup>7</sup> Conformément à la terminologie employée par Filiettaz, lire respectivement : *cadre* local, *cadre* régional et *cadre* global.

<sup>8</sup> 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 régulations<sup>9</sup>.

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

---

<sup>9</sup> 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 médecine<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> *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.

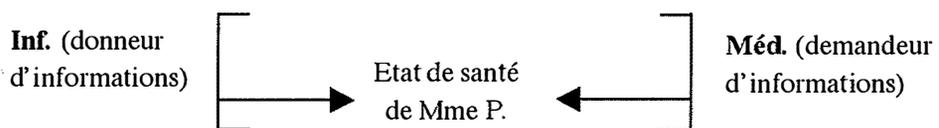


Schéma 4 : cadre actionnel de l'extrait considéré<sup>11</sup>

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

<sup>11</sup> 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.



## **Pédiatres, parents migrants et interprètes communautaires : un dialogue de sourds ?**

**Yvan LEANZA**

*Université de Genève*

### **1. INTRODUCTION**

Cet article présente une partie des résultats obtenu dans le cadre d'une recherche menée dans une polyclinique pédiatrique de Suisse romande (Leanza, 2003). S'inscrivant dans le paradigme compréhensif et dans une approche interdisciplinaire, l'objectif de cette étude était de saisir l'expérience de la différence culturelle<sup>1</sup> pour des médecins en spécialisation de pédiatrie pratiquant des « examens de prévention » auprès de familles migrantes.

Ces examens de prévention, aussi appelés par les pédiatres eux-mêmes « examen de développement » ou « psychomoteur », sont des consultations routinières quasi-obligatoires (les examens eux-mêmes ne le sont pas, mais les vaccinations qui y sont en général associées sont, elles, obligatoires) qui ont lieu régulièrement dans les premiers mois de la vie de l'enfant jusqu'à l'âge de 4 ans. Dans ces consultations, non seulement le médecin ausculte l'enfant pour dépister

---

<sup>1</sup> « Différence culturelle » est ici employé au singulier pour signifier le caractère interactif et contextualisé de sa construction. Dans le discours ambiant, « les différences culturelles » sont considérées comme définies une fois pour toutes et inchangeables. C'est en opposition à cette conception fixiste des différences culturelles que j'emploie le terme au singulier.

quelque maladie infantile, mais il lui fait également passer un examen psychomoteur et explore, en discutant avec les parents, les conditions environnementales et psychosociales dans lesquels l'enfant se développe. Les échanges qui ont lieu pendant ces examens abordent des aspects sensibles de l'éducation (informelle) des enfants comme par exemple l'alimentation, l'hygiène, le sommeil ou la sociabilité. Cet examen, bien que rarement pratiqué en institution hospitalière, représente le développement le plus récent de la profession de pédiatre. En effet, les pédiatres ont progressivement, au cours du siècle qui vient de s'achever, étendu leur domaine d'expertise des maladies infantiles à celui des besoins psychosociaux et développementaux des enfants. Selon la sociologue des professions Pawluch (1983, 1996), cette évolution serait due aux victoires de la pédiatrie sur les maladies infantiles (rougeole, poliomyélite, ...) et à la nécessité pour ces professionnels de la santé de conserver leur statut, voire de l'améliorer. La société suisse de pédiatrie (SSP) présente aujourd'hui ses membres comme des spécialistes d'une médecine qui se veut aussi sociale et préventive. On peut ainsi lire dans une brochure à l'intention des parents éditée par la SSP :

Le pédiatre s'intéresse au maintien de la santé sous tous ses aspects. Ainsi, à côté du diagnostic et du traitement de maladies ou de handicaps, il consacre beaucoup de temps à la médecine préventive et sociale. Directement concerné par « l'environnement » (familial, social, ou climatique) de l'enfant, environnement propre à influencer la santé comme le développement, *il conseille les parents en matière d'éducation<sup>2</sup>, d'alimentation, de sport etc. durant toute l'enfance et l'adolescence.*

Les examens de prévention sont donc des moments privilégiés pour les familles, qui peuvent ainsi exprimer leurs inquiétudes à propos du développement de leurs enfants et, peut-être, y trouver des ressources en matière de soin à l'enfant. C'est également un moment privilégié, en terme de recherche, pour mettre en évidence l'accueil qui est fait à des pratiques éducatives différentes (qui sortent du standard biomédical), par exemple en matière d'alimentation ou de sommeil, dans les institutions de la santé. Il y a en fait un double enjeu dans

---

<sup>2</sup> C'est moi qui souligne.

ces consultations. Le premier aspect est « éducatif ». Il se situe autour de la santé de l'enfant. C'est la tâche du médecin de vérifier que le développement de l'enfant se déroule dans les meilleures conditions possibles et, pour ce faire, il va user de divers discours « éducatifs » pour orienter les parents vers ce qu'il conçoit comme les meilleures conditions d'un développement. Le deuxième aspect dépasse le cadre pragmatique du premier. Il s'agit de l'accueil de la parole de l'Autre dans l'institution de la santé et plus largement de l'accueil qui est fait à la différence culturelle dans les institutions garantes de principes démocratiques tels que l'accès aux soins. Ce double enjeu à la fois social et éducatif peut-être résumé par la question suivante : *comment éviter un drame, la maladie ou la mort d'enfants, sans en provoquer un autre, c'est-à-dire le dénigrement systématique de pratiques et théories qui sont considérées comme justes et bonnes par les populations visées par ce discours éducatif (et normatif) ?*

Dans le cadre de cette recherche, j'ai considéré que l'expérience n'était pas la seule expression des significations et du ressenti attribués par le professionnel à la tâche qu'il a accomplie. Cette définition correspond à l'expérience vécue. Les activités mises en œuvre pour réaliser la tâche font partie intégrante de cette expérience, les conditions contextuelles de son accomplissement aussi. Pour paraphraser Clot (2001), je dirais que l'expérience vécue n'est pas toute l'expérience vivante et c'est bien *l'expérience vivante du rapport à la différence culturelle dans la pratique de l'examen de prévention* que j'ai cherché à saisir. Ce sont non seulement le positionnement de chacun des médecins par rapport à leur activité et aux contextes dans lesquels elle se déroule, mais aussi le contexte institutionnel, professionnel (la biomédecine) et social, les ethnothéories (ou représentations) et la pratique qui ont fait l'objet d'analyses.

Pour cet article, je me centrerai sur l'analyse de la communication dans les phases d'examen traitant de thèmes éducatifs. Dans ce cas, il s'agit de comprendre comment la différence culturelle est « traitée » lorsqu'elle émerge dans la communication. Est-elle prise en compte dans les « conseils » prodigués ou est-elle ignorée ? Quels sont les processus communicationnels à l'œuvre qui favorisent l'intégration

(ou alors l'exclusion) de cette dimension socioculturelle au discours biomédical « éducatif » ?

Cette recherche s'inscrit donc dans le mouvement, amorcé aussi bien en linguistique que dans les sciences sociales en général, en Suisse comme ailleurs, qui prend pour objet de réflexion les soins aux migrants avec comme objectif matériel l'amélioration de la qualité des soins, et comme objectif plus théorique la mise en évidence de dynamiques sociales et interactionnelles plus larges (voir par exemple Gajo & Mondada, 2001, ou encore Yanaprasart, 2002) autour de la problématique de l'exclusion – intégration.

## 2. MONDE VÉCU ET SYSTEME : LES VOIX QUI S'EXPRIMENT DANS LES CONSULTATIONS MEDICALES

Pour mettre en évidence les processus fins de communication qui accompagnent l'émergence de la différence culturelle dans le dialogue entre parents, interprètes et médecins, je me suis inspiré des travaux de C. Barry et de son équipe (Barry, Stevenson, Britten, Barber & Bradley, 2001), qui, dans une approche alliant linguistique, psychologie et anthropologie, analysent des consultations médicales se déroulant en Angleterre. Pour ce faire, ils reprennent les travaux d'un médecin professeur à Harvard et féru de linguistique, E. Mishler (1984).

Mishler (1984) emprunte le concept de « voix » aux sociolinguistes Silverman et Torode (1980). Selon la formule de Mishler, la voix est la réalisation par le langage d'un ordre normatif implicite (« the realization in speech of underlying normative orders », p. 103). En d'autres termes, la voix est une « structure de sens » transmise par le langage. Dans le cadre d'une consultation médicale, deux voix entrent (ou non) en dialogue. Ce sont les voix de la biomédecine (ou de la culture biomédicale) et du monde vécu. La voix du monde vécu est l'expression de l'expérience telle que la vivent les parents. Selon la définition de Schutz et Luckmann (1974), le monde vécu (« Lebenswelt ») est la « province of reality which the wide-awake and normal adult simply takes for granted in the attitude of common

sense. By this taken-for-grantedness, we designate everything which we experience as unquestionable » (pp. 3-4). Dans le cadre de ma recherche, il s'agit de ce qui est évident, naturel, allant de soi, pour l'éducation des enfants ; tout ce qui n'est pas remis en question puisque porteur de sens pour les parents.

Plutôt que de constater la domination d'une voix sur l'autre, Mishler (1984) met en évidence la dynamique des structures de sens de la biomédecine et du monde vécu entrelacées pendant l'entretien et qui s'affrontent dans une dialectique. S'appuyant sur la distinction entre interaction discursive et instrumentale de Habermas<sup>3</sup> (1995), Mishler conclut que l'entretien médical est une situation de conflit entre deux façons de construire du sens. Par ailleurs, il souligne l'effort systématique de domination de la voix de la biomédecine sur la voix du monde vécu dans la dialectique de la consultation. Il appelle ce type de consultation la « unremarkable interview » (c'est par l'absence de construction d'un dialogue mutuel qu'elle est justement peu remarquable). Ce serait un exemple de ce que Habermas nomme

---

<sup>3</sup> La théorie dialectique sur l'agir communicationnel de Habermas oppose deux types de rationalités, toutes deux présentes dans les sociétés modernes : la rationalité instrumentale et la rationalité discursive ou communicationnelle. Chacune de ces rationalités engendre un type d'action et de communication particulier. Les actions liées à la rationalité instrumentale sont orientées vers le succès. Il y a un intérêt, un objectif précis qui doit être atteint. La communication qui en découle est, selon Habermas, stratégique, déséquilibrée et tendant à la manipulation, c'est la communication « déformée ». La rationalité discursive génère quant à elle des actions communicationnelles orientées vers la compréhension. Ce ne sont pas des considérations techniques qui en définissent les objectifs comme pour la rationalité instrumentale et la communication « déformée », mais des considérations morales. La communication qui en résulte est nommée « équilibrée » par Habermas. Ces deux ensembles de rationalités, actions et communications font chacun partie d'un monde : le système pour l'une et le monde vécu pour l'autre. Cette théorie repose sur les analyses historiques et sociologiques que le philosophe allemand fait de la modernité. Il met en garde contre le processus de rationalisation ou encore de colonisation du monde vécu par le système, processus qui serait très présent en ce début de millénaire, dans le monde occidental hyper-technicisé et bureaucratisé.

« la colonisation du monde vécu » par le monde instrumental. Du point de vue du patient, il y aurait « objectification » ou encore extraction brutale d'éléments de sens de leur contexte de signification pour les transformer en objets manipulables dans la rationalité instrumentale. Tant que ce processus sera perpétué, l'humanisation des soins restera selon Mishler un vœu pieux.

L'analyse de Mishler (1984) n'exploite pas, selon Barry et al. (2001), un des points forts de la théorie habermassienne et tombe un peu vite dans le jugement. En effet, le « conflit » ainsi mis en évidence entre système biomédical et monde vécu n'implique pas un manque de conscience morale de la part des médecins comme le laisse entendre Mishler. Les médecins peuvent agir en toute bonne foi et satisfaire les attentes des patients tout en continuant à s'exprimer uniquement dans la voix de la biomédecine. Reprenant le cadre théorique développé par Mishler, Barry et al. analysent 35 consultations de généralistes en Angleterre. Ils distinguent, à partir de ces analyses, 4 schémas communicationnels, présentés au tableau 1.

*Tableau 1 : Les schémas communicationnels de Barry et al. (2001)*

Nom (Abréviation)	Description
Strictly Medicine (SM)	La seule voix employée aussi bien par le patient que le médecin est celle de la biomédecine
Lifeworld Blocked (LB)	Lorsque le patient s'exprime dans la voix du monde vécu, celle-ci est bloquée par le médecin, qui formule une série de questions standard. Il y a tout même une reconnaissance exprimée sous forme d'acquiescement (par exemple : « Hm, hm, mais... », « D'accord. Est-ce que... »)
Lifeworld Ignored (LI)	Le patient s'exprime dans la voix du monde vécu, mais dans ce cas il n'y a aucun acquiescement de la part du médecin, c'est un peu comme si patient et médecin étaient sur 2 longueurs d'ondes différentes
Mutual Lifeworld (ML)	Médecin et patient s'expriment dans la voix du monde vécu

Barry et al. (2001) précisent qu'un même médecin emploie les différents schémas, au cours d'une même consultation ou d'une consultation à l'autre. Les 4 schémas communicationnels s'y retrouvent de manière assez équilibrée. Cependant, patients et médecins sont plus satisfaits de la consultation si elle se déroule sur le mode SM ou ML, c'est-à-dire sans « conflits » de sens. Les schémas LB et LI conduisent à une plus grande déception ou frustration aussi bien pour le patient que pour le médecin.

Pour les chercheurs, les médecins choisissent un schéma de communication plutôt qu'un autre en fonction de leur perception du problème : si c'est un problème somatique, le dialogue se fera par la voix de la biomédecine, dans le schéma SM, et s'il s'agit d'un problème psychologique, alors c'est la voix du monde vécu qui s'exprimera dans un schéma ML. Les conflits apparaissent lorsque les patients souffrent de problèmes chroniques. Aux yeux des médecins, la maladie est uniquement somatique et par là-même ne nécessite pas d'ouverture sur le monde vécu. Par contre, pour les patients, leur problème dépasse le cadre strictement somatique, voire ne l'inclut plus depuis longtemps. C'est dans ces consultations que la voix du monde vécu est considérée comme une nuisance par le professionnel, qui emploie alors un schéma communicationnel de blocage (LB) ou d'ignorance (LI).

### 3. CORPUS ET MODUS OPERANDI

Je me suis appuyé sur un corpus de 36 « incidents critiques » extraits de 21 consultations filmées lors de mes différents séjours dans l'institution (d'une durée totale de 5 mois). Ces incidents ne sont critiques que dans le sens où ils correspondent à mon intérêt de recherche, à savoir comment les pédiatres travaillent avec la différence culturelle sur ces thèmes particuliers qui font partie du champ d'expertise de leur « nouvelle » identité professionnelle. Ces incidents ont donc été choisis en fonction des thèmes abordés, les thèmes éducatifs déjà cités, afin de mettre en évidence le discours « éducatif » de la pédiatrie telle qu'elle est pratiquée dans cette policlinique. Ce sont 8 médecins et 4 interprètes qui ont participé à la recherche. Les médecins – 7 femmes et 1 homme – sont diplômés et

se trouvent en spécialisation de pédiatrie (cette spécialisation nécessite en Suisse 5 années de formation et pratique postgrades). C'est pour la majorité d'entre eux la première année qu'ils pratiquent cet examen de prévention de façon aussi systématique et routinière. Les interprètes sont des personnes – trois femmes (deux albanophones et une tamilophone) et un homme albanophone – issues des communautés kosovare et sri-lankaise. Les trois femmes ont reçu une formation à la « médiation interculturelle ». Ce n'est pas le cas de l'homme, qui est le remplaçant de l'une des femmes albanophones.

Pour l'analyse, j'ai codé chaque occurrence du dialogue français (les passages en albanais ou en tamoul n'ont pas été traduits) en essayant de répondre à la question suivante : *quelle est la voix qui s'exprime ? Celle du monde vécu ou celle du monde biomédical ?* En me basant sur le travail de synthèse sur la culture biomédicale de l'anthropologue Helman (1994), j'ai déterminé trois critères pour caractériser la voix de la biomédecine :

1. Un langage spécialisé (jargon) ;
2. Des demandes ou interventions orientées sur les faits bruts isolés ou les symptômes, si possible mesurés et quantifiés ;
3. Des demandes ou interventions qui excluent les faits familiaux, sociaux, culturels ou affectifs.

La voix du monde vécu est caractérisée en opposition à la voix de la biomédecine :

1. Un langage commun, populaire ;
2. Des demandes ou interventions qui incluent des faits contextualisés, situés historiquement, accompagnés de commentaires affectifs, en quelque sorte intégrés dans un ensemble de significations qui dépasse le cadre médical habituel.

Je rappelle ici qu'aussi bien les parents que les médecins et les interprètes peuvent user de chacune des deux voix.

Qu'en est-il alors de cette pratique de soin particulière, centrée sur des questions psychosociales et, de plus, accompagnée par un interprète dont l'un des rôles est de faire valoir la voix du monde vécu auprès du corps médical ?

## 4. LES PROCESSUS COMMUNICATIONNELS

Ce que je trouve est en partie semblable à ce que décrivent Barry et al. (2001) pour les généralistes britanniques, mais je mets en évidence des schémas communicationnels que l'équipe britannique ne mentionne pas. Un premier constat est que, malgré la présence d'un interprète et la particularité pédiatrique de ces consultations, ce sont les schémas privilégiant la voix de la biomédecine qui dominant. Bien que plusieurs de ces extraits de consultation montrent que la voix du monde vécu est écartée, ceci peut se dérouler avec plus ou moins de douceur et d'empathie de la part du médecin et avec plus ou moins de complicité de la part de l'interprète.

### 4.1 LES SCHEMAS « NON CONFLICTUELS »

Le schéma SM est largement dominant parmi les incidents critiques. Tous les médecins emploient le schéma de communication SM. Dans l'incident critique 8, présenté ci-dessous, l'interprète n'intervient jamais en dehors de son rôle « classique » d'interprète et l'échange se déroule sans diverger des critères biomédicaux en matière d'alimentation. C'est la diversité alimentaire lors de chaque repas qui est évaluée et non pas les conditions contextuelles de celui-ci. Les parents adoptent d'emblée « l'ordre » biomédical. Ce n'est sûrement pas la première fois qu'ils ont affaire à ce genre d'entretien, et ils semblent parfaitement à l'aise avec le format, donnant même plus de détails qu'ils n'en faut (par exemple l'heure du biberon matinal). Il semble également que l'alimentation ne soit pas une cause de souci, puisqu'il n'est jamais question de difficulté autour de ce thème.

	Dialogue (incident critique 08)	Voix	Schéma de com.
M:	Et puis sinon elle mange bien ?	Biomed	
I-P1			
I:	Elle mange bien, il n'y a pas de problèmes.	Biomed	
M:	Qu'est-ce qu'elle mange ?	Biomed	
I-P1-P2			
I:	Le matin elle mange une sorte de biscuit et de fromage.	Biomed	
P2-P1			
I:	Et puis elle donne aussi des céréales le matin.	Biomed	
M:	Oui.	Biomed	
P2-I-P1			
I:	Et puis elle boit du lait.	Biomed	SM
P1			
I:	Vers 9h30.	Biomed	
P1	Beba.		
I:	Beba.	Biomed	
M:	Hm, hm. Beba... ?	Biomed	
P2:	Deux	Biomed	
M:	Beba 2?	Biomed	
P2-P1:	Oui (avec geste de la tête).	Biomed	
M:	Oui.	Biomed	
I-P1			
I:	Et elle mélange un peu de chocolat avec le Beba.	Biomed	
M:	Oui.	Biomed	

M = médecin ; I = interprète ; P1 et P2 = parents

Les interactions dans la langue des parents sont indiquées par la seule mention des interlocuteurs (par exemple I-P1 est une interaction entre la mère et l'interprète).

Ces conventions sont valables pour l'ensemble des extraits présentés ci-après.

Quand ils surviennent, les échanges dans le format ML sont plutôt brefs, et ils ne semblent pas modifier la pratique du médecin dans le sens où les discours normatifs restent les mêmes. Cependant, leurs analyses permettent de mettre en évidence quelques pratiques face à

la différence. Ils surviennent dans un peu moins de la moitié des incidents critiques.

D'abord, ce schéma de communication peut servir, de la part de l'interprète, à détourner la conversation vers des sujets plus consensuels. C'est le cas dans l'incident 7, où le schéma ML apparaît suite à une « diversion » de l'interprète. La discussion porte sur l'alimentation et est dans une impasse : la pédiatre répète le discours biomédical classique sans beaucoup de nuances. C'est alors que l'interprète prend l'initiative de questionner la mère sur les compétences en français de sa fille. Voici le passage en question :

	Dialogue (incident critique 07)	Voix	Schéma de com.
M:	Oui... mais bon... elle a eu une anémie. Elle a eu un traitement pendant plusieurs mois, maintenant ça va mieux, mais c'est clair qu'il faut quand même faire attention. Vraiment être attentif à lui donner des protéines, un petit peu de viande qu'il n'y ait pas de nouveau une anémie.	Biomed	
I-P			
M:	Parce que le lait c'est très bon pour les enfants, mais ce n'est pas suffisant. Pour l'anémie ce n'est pas suffisant. Il faut aussi des légumes, des fruits, ...	Biomed	
I-P			
I:	J'ai demandé si elle comprend un peu le français. Elle a dit que non.	Vécu	
M:	La petite ?	Vécu	
I:	Oui.	Vécu	
M:	La maman oui. Elle comprend beaucoup.	Vécu	ML
I			
P:	Un peu.	Vécu	
M:	Oui, oui.	Vécu	

La question (sensible) de l'alimentation ne sera pas reprise au cours de l'entretien. La diversion par le monde vécu a exercé son effet.

Outre le « détournement » de sujets de conversation, j'ai aussi observé ce schéma communicationnel (ML) dans une conversation entre pédiatre et interprète. Dans l'incident 18, c'est à propos des pratiques

d'allaitement nocturne des mères kosovares que les deux professionnelles interagissent. Ce moment est exceptionnel dans la mesure où c'est le seul du corpus pendant lequel un médecin entre en matière et adapte son intervention en fonction d'une différence culturelle.

	Dialogue (incident critique 18)	Voix	Schéma de com.
M:	Oui... et puis tu lui avais donné à elle la feuille ?	Biomed	
I:	Je me rappelle pas. Je vais lui demander.	Biomed	
M:	Si jamais tu lui donnes.	Biomed	
I-P			
I:	Elle avait la feuille, je lui ai donné. Mais elle dit qu'il ne mangeait rien... ce que c'était noté. Donc elle a commencé à voir quand le bébé est plus grand et maintenant il mange des fois la viande de poulet, la viande de bœuf un tout petit peu. Il ne mange pas de poisson. Et je lui ai dit que ce serait bien de lui donner au moins une fois par semaine du poisson.	Biomed	
M:	Oui... (inaudible) une alimentation variée pas uniquement axée sur le lait. Parce que le problème c'est l'anémie. Ils deviennent assez rapidement anémiques ces enfants. Déjà elle prend combien de ml par jour (inaudible) ?	Biomed	
I:	Par 24 heures.	Vécu	
M:	Oui ! par 24 h et pas par jour.	Vécu	ML
I-P			
I:	Donc 4 et 2...	Biomed	
M:	Ça fait combien ?	Biomed	
I:	1 litre et 200.	Biomed	
M:	C'est beaucoup hein...	Biomed	

En corrigeant la pédiatre, l'interprète fait référence à la pratique d'allaitement qui veut que l'enfant reste avec la mère toute la nuit pour se nourrir quand il le désire. Si l'interprète ne demandait que « par jour », une partie de ce que l'enfant ingère ne serait pas comptabilisé.

L'échange est vraiment bref, puisqu'il s'agit de deux phrases. Mais elles n'ont rien d'anodin. Elles montrent plusieurs choses. D'abord qu'il y a eu échange entre interprète et pédiatre avant la consultation sur ce thème, puisque la seule évocation des « 24 heures » résonne significativement pour le médecin. La dynamique interpersonnelle pré-existant à la consultation entre le médecin et l'interprète semble être importante pour que l'expression des différences culturelles n'aboutisse pas à un schéma communicationnel d'interruption. Ensuite, cet échange est d'autant plus exceptionnel que c'est l'interprète qui intervient dans ce registre et que l'intervention est acceptée sans opposition par le médecin, qui reconnaît de fait une expertise à l'interprète.

Il faut cependant noter que ce court épisode de « mutual lifeworld » s'inscrit dans un entretien pour lequel c'est le schéma SM qui domine. Bien que remarquable pour les deux raisons citées ci-dessus, l'extrait présenté, réintégré au dialogue qui précède, qui est SM, et à celui qui suit, qui est également SM, est un exemple de ce que je nomme « lifeworld rationalisation » (LRat). C'est un schéma que Barry et al. (2001) ne décrivent pas. Il s'agit d'interactions dans lesquelles le médecin entre dans le monde vécu du patient de sa propre initiative ou avec l'aide de l'interprète et s'exprime dans cette voix. Cependant, une fois l'information qu'il cherche obtenue, c'est la voix de la biomédecine qui s'exprime à nouveau, surtout en énonçant des normes. Dans la l'incident critique 18, ce sont les normes en matière d'alimentation pour cet âge qui sont répétées, sans essayer d'entrer dans le sens de cette pratique parentale. Dans l'exemple suivant (incident critique 4), la pédiatre insiste dans le registre du monde vécu pour obtenir une information précise sur la qualité du lait que donne la mère à son enfant. Une fois qu'elle connaît cette qualité, elle retourne assez brutalement au discours habituel et normé sur l'alimentation. La mère continue sur sa lancée en donnant le sens de son action (il faut préparer la petite au retour au Kosovo, qui risque d'être difficile), mais elle n'est pas entendue par la pédiatre, qui continue dans son discours normatif sur le lait, sans tenir compte des inquiétudes de la mère (schéma LB dans cette deuxième partie).

	Dialogue (incident critique 4)	Voix	Schéma de com.
M:	Oui. Mais c'est juste. D'accord, oui. Puis le lait, elle donne quoi comme lait.	Biomed	
I-P			
I:	C'est du lait de Migros.	Biomed	
M:	Mais du lait pour bébé ou du lait...	Biomed	
I-P			
I:	C'est pour... c'est du lait pour les enfants.	Biomed	
M:	Mais c'est du lait en poudre qu'elle prépare ?	Biomed	
I-P	(P dit "drink", qui est compréhensible dans son discours).		
I:	Non, non c'est du lait de Migros.	Biomed	
M:	Mais elle est sûre que ce n'est pas le lait... parce qu'elle dit "drink", c'est des berlingots ?	Véçu	
I:	Oui, c'est ce que je pense. Ce que je pense, elle lui donne du lait normal.	Biomed	
M:	C'est des berlingots qu'elle achète ?	Véçu	
I-P			
I:	Oui, oui.	Véçu	
M:	Puis pourquoi elle pense que c'est pour les enfants ? C'est écrit dessus ou ... ?	Véçu	ML
I-P			
I:	C'est parce qu'on lui a dit. On lui a dit que c'est le meilleur.	Véçu	
M:	Alors il est trop petit pour ça. Il faut lui dire.	Biomed	
I			
M:	Il faut que... parce que ça c'est du lait de vache.	Biomed	
I			
M:	Qui risque effectivement de faire des allergies. Il ne faut pas donner au plus...	Biomed	
I-P			
I:	C'est que peut-être ils ont pensé un jour ils vont nous renvoyer et puis là-bas il n'y a pas de... pour les enfants des trucs comme ça. C'est pour ça qu'on a commencé à mettre dans le lait de vache. Et comme ça la vache existe [là-bas]. Pas de problème.	Véçu	

---

M:	Mais même, c'est mieux... même s'ils vont une fois donner du lait de vache, à partir de 9 mois on peut commencer à donner. Donc, d'ici 3 mois il sera dans l'âge où il pourra l'avoir.	LB  Biomed
----	--	------------------

---

Ce schéma de communication met en évidence un problème fondamental : les aspects socioculturels ne sont intéressants pour le pédiatre que dans la mesure où ils servent son objectif de soins à prodiguer ou de normes à transmettre. C'est ce que Habermas (1995) dénonce. Dans ces quelques moments d'échange, c'est la rationalisation ou la colonisation du monde vécu par le système qui se donne à voir sans détours. Une question se pose alors de façon dramatique : s'il s'agit de donner plus de compétences en matière de relation ou une meilleure sensibilisation aux questions interculturelles aux professionnels de la santé, n'est-ce pas donner plus de moyens à cette colonisation ? Comment permettre une humanisation de la médecine sans pour autant réifier encore plus le monde vécu ? Ce n'est pas le lieu ici de discuter de cette problématique, mais c'est évidemment un sujet à reprendre.

#### 4.2 LES SCHEMAS D'INTERRUPTION

Les deux schémas communicationnels d'interruption de la voix du monde vécu décrit par Barry et al. (2001) se différencient par le fait que le médecin acquiesce ou non à ce que dit le patient. Dans LB, il y a, de la part du médecin, un minimum de reconnaissance (bien que le mot soit fort) du monde vécu. Cependant, le registre biomédical reste dominant. Dans LI, le médecin ne montre rien et continue, comme s'il était dans une bulle fermée, à exprimer la voix de la biomédecine malgré les tentatives du patient pour se faire entendre. Je retrouve ces deux schémas dans les consultations observées. LB apparaît dans la moitié des incidents critiques. LI est moins massivement employé dans ces moments sensibles. Il n'intervient que dans un tiers des incidents critiques. L'incident 27 contient aussi bien un passage LB que des passages LI.

Dialogue (incident critique 27)		Voix	Schéma de com.
<i>NB : l'italique est utilisé pour rendre compte d'un changement de voix à l'intérieur même d'une intervention</i>			
I:	Il regarde beaucoup la télé, elle a dit. Il regarde les dessins animés et elle pense que ce retard de langage qu'il a c'est suite à ça.	Véçu	
M:	(En même temps que I) mais elle, elle a... Oui, donc elle, elle a remarqué qu'il parle moins que les autres enfants ?	Biomed	
I:	Oui effectivement, parce qu'on a pas mal échangé par rapport à ça (avant la consultation)... Elle a dit que les autres enfants ils ont commencé à parler plus vite et lui il parle mais vraiment du langage d'un petit enfant. Il coupe les mots, il y a certains mots qu'il n'arrive pas à dire complets, donc il coupe la moitié et... <i>Peut-être il mélange trop avec le français. Maintenant, l'autre jour, il m'a demandé de lui acheter une poupée et je ne comprenais pas, il a dit poupée en français et c'est après mon fils qui m'a aidé à comprendre.</i> Sinon il a un vocabulaire très pauvre, par rapport à son âge.	Biomed Véçu	
M:	Donc si j'ai bien compris, il n'y a pas seulement le fait qu'il parle peu, mais les mots qu'il utilise ne sont pas compréhensibles pour les parents.	Biomed	LB
I-P			
I:	C'est ça oui.	Biomed	
M:	Donc...		
P	(Interrompt M).		
I:	Pour comprendre, il comprend tout ce qu'on lui dit.	Biomed	
M:	D'accord, mais juste encore au niveau du langage, il n'arrive pas à faire de phrases pour l'instant, même avec 2 mots par exemple ?	Biomed	
I-P	(Pendant ce temps, le bip de M sonne et elle prend le téléphone. Un autre médecin ouvre la porte et jette un œil à l'intérieur du box, puis referme).		
M:	Je m'excuse...	Véçu	
I:	Oui, par rapport au langage, les phrases, elle dit euh... qu'il arrive à faire donc deux, trois mots comme ça...	Biomed	

M:	Mais qui sont liés l'un à l'autre ou bien c'est des mots comme ça, qu'il jette. Il dit bus, fleur, ... ou est-ce qu'il arrive à dire 2 mots... euh... par exemple... euh...	Biomed	
I-P			
I:	Donc il ne lie pas les mots, il dit "vient bus", par exemple.	Biomed	
M:	Donc il arrive quand même à dire des phrases à 2 mots, alors quand même ?	Biomed	
I:	Oui, il arrive même à 3 mots: "on y va chez" son cousin, qui s'appelle je sais plus quoi, mais il arrive même à 3 mots donc de faire les phrases, mais qui sont simples, sans...	Biomed	
M:	D'accord.	Biomed	
I:	Elle dit j'ai très peur qu'il va rester comme ça, pour toute sa vie. Qu'il progresse pas.	Vécu	
M:	Elle a l'impression aussi qu'il a des problèmes d'élocution ? C'est-à-dire qu'il y a certains sons qu'il n'arrive pas à faire ? C'est pour ça des fois elle ne comprend pas ce qu'il dit ? Elle a l'impression qu'il a de la peine à articuler quelque chose des fois ?	Biomed	LI
I-P		Biomed	
I:	Donc le "ze", le "se", le "re" il n'arrive pas à prononcer	Biomed	
M:	Hm hm.		
I:	J'ai demandé le "che", elle a dit que il arrive. <i>Ce sont des sons que... c'est plus difficile à prononcer en albanais.</i>	Biomed Vécu	
M:	Que des consonnes... il y avait quoi "r", "s", ...	Biomed	LI
I:	"Ze", "se",... <i>je sais pas si tu arrives à... (sourire)</i>	Biomed Vécu	
M:	Il ne bégaie pas...	Biomed	LI
I:	(Interrompant M) si il veut une tartine, faire une tartine. Il montre, il dit "fais-moi", non pas "fais-moi", non mais "tartine" avec ça. Donc il montre mais il ne dit pas le nom, par exemple confiture ou...	Biomed	
M:	Oui, mais il arrive dire "avec ça" quand même.	Biomed	
I:	"Ça" seulement, pas "avec ça", mais "ça" il montre avec son doigt.	Biomed	
M:	"Tartine ça".	Biomed	
I:	Voilà.	Biomed	

M:	D'accord. Et il ne bégaie pas ?	Biomed	
I-P			
I:	Il ne bégaie pas mais j'ai l'impression elle dit qu'il parle avec le nez, beaucoup.	Biomed	
M:	Et donc elle trouve...elle a l'impression qu'il comprend tout, il entend bien, elle ne doit pas répéter plusieurs fois les mêmes mots ou bien qu'il écoute la télé beaucoup plus fort que les autres ?	Biomed	
I-P			
I:	Donc non, parce que sinon elle dit des fois je fais attention et je le regarde comme ça en cachette quand il regarde la télé, il essaie de répéter les mots qu'il entend et bon elle a l'impression qu'il entend bien. Et tout à l'heure il a vu que vous étiez en retard et il a dit "médecin dodo" (rires). Pas de chance (rires).	Biomed Vécu	
M:	(Rire) bon ben c'est bien. Et puis... sinon elle a l'impression que au niveau du contact avec les autres enfants elle a l'impression que ça le limite ou bien, elle trouve qu'il joue bien avec les autres enfants ?	Vécu Biomed	
I-P			
I:	(En même temps que P) il joue normalement.	Biomed	
P			
I:	(En même temps que P) il joue au foot.	Vécu	
P			
I:	Non... il parle avec eux, il essaie de jouer vite.	Vécu	
M:	Il n'a pas fait d'infections ou d'angines à répétition, beaucoup d'otites, beaucoup de choses comme ça ?	Biomed	LI
I-P			
I:	Une fois il avait des problèmes... donc il a... il était pas bien il était malade et la nuit donc il a eu mal à l'oreille et le lendemain matin j'ai vu qu'il y avait le sang là (montre son oreille) qui sortait. J'étais tout de suite venu ici et puis ils ont dit que ce n'était rien de grave. Ils ont juste nettoyé.	Biomed	
P			
I:	Il avait 6 mois à l'époque.	Biomed	
M:	D'accord. Mais sinon, pas d'autres infections à répétition ? Ou de choses comme ça ?	Biomed	
I-P			
I:	Non.	Biomed	

Dans cet incident critique, on voit que LI est employé aussi bien lorsque la mère parle et que l'interprète reste dans son rôle (linguistique) de « traductrice », mais aussi en réponse à des interventions propres à l'interprète lorsqu'elle se positionne en tant que professionnelle, ici comme « experte » de la langue albanaise.

A ces deux schémas d'interruption de l'expression du monde vécu, je peux en ajouter un 3<sup>e</sup>, que j'ai nommé « Lifeworld recognition » (LRec) et qui est un schéma plus doux que les deux autres. Dans ce schéma, l'expression d'une reconnaissance du monde vécu est plus importante ou plus détaillée qu'un simple acquiescement. Parfois, il m'a même semblé sentir une certaine empathie pour les difficultés soulevées, mais très rapidement, ce sont soit les normes éducatives de la biomédecine qui sont exprimées, soit des questions standard sur un thème éducatif qui ne permettent pas à la voix du monde vécu de s'exprimer plus avant. Lorsque ce sont des normes (ou ethno-théories) qui sont affirmées par le médecin, c'est à la manière d'une connaissance « qui fait autorité » selon la formule de Jordan (1997) (« authoritative knowledge »). Le caractère autoritaire de ces normes pourrait avoir le même effet que les questions standard, à savoir l'interruption de l'expression du monde vécu. Cependant, dans la suite de ces dialogues je remarque que le monde vécu réapparaît et est reconnu par le médecin. Il ne s'agit pas pour autant de différences culturelles, comme la reconnaissance de la pertinence d'une pratique alimentaire ou d'un rituel d'endormissement différents. C'est plutôt la difficulté d'être parent, et en particulier la difficulté (fatigue émotionnelle) de tenir les limites face aux enfants, qui est reconnue. L'incident 21 est parlant à ce propos. Dans le schéma LRec, la pédiatre reconnaît la difficulté de la maman pour faire manger l'enfant par son « oui, oui », mais tout de suite après elle fait le lien avec la norme, matérialisée ici par la courbe de poids. Plus loin, on peut observer un épisode LI pendant lequel c'est le discours classique de la biomédecine sur l'alimentation qui s'exprime. L'extrait se termine par un bref instant de « mutual lifeworld », dans lequel la difficulté de la mère est cette fois reconnue pleinement, avec une certaine empathie.

Dialogue (incident critique 21)	Voix	Schéma de com.
M: (Interrompant P) et puis l'alimentation, il mange de tout ?	Biomed	
I-P		
I: Il mange très peu et je le force pour manger si peu.	Vécu	
M: <i>Oui, oui</i> ça se voit sur [la courbe de poids] euh... (en même temps P s'adresse à I).	Vécu Biomed	LRec
I-P		
M: Il est pas très... (en même temps que I et P dialoguent).	Biomed	
I-P		
I: Il boit beaucoup de lait... assez de lait, 50...500 millilitres.	Biomed	
M: Ah oui...	Biomed	
I: J'ai dit peut-être c'est pour ça qu'il ne mange pas.	Biomed	
M: Hmm, bon c'est vrai qu'il faut qu'elle insiste maintenant sur la nourriture, mais il ne me semble pas qu'il soit anémique cet enfant. Il a pas l'air, mais il ne prend pas beaucoup de poids. Disons que c'est pas un très très gros. Il mange quoi ? 3 fois par jour avec eux ?	Biomed	
I-P		
I: Des fois il mange que du pain toute la journée, des fois il se met avec eux à table et il joue, il ne veut pas manger. Toute la journée...	Biomed Vécu	
P		
I: Il aime bien les pommes de terre.	Vécu	
M: Il faut qu'ils axent... qu'ils... qu'ils l'asseyent à table avec eux maintenant. A 3 ans il faut qu'il mange avec eux à table. Et que ce soit pas un jeu, le repas c'est important.	Biomed	LI
I		
M: (Interrompant I) pas le forcer, mais gentiment lui faire comprendre que	Biomed	

---

maintenant c'est l'heure de manger et pas l'heure de jouer.

I-P

I: Elle dit, ces temps j'essaie que je vais lui acheter une moto et qu'il faut qu'il soit grand pour monter sur la moto. Et des fois ça marche et des fois rien à faire. J'essaie pendant une heure et au bout d'un moment je laisse.

Vécu

ML

M: Bon. Qu'elle continue à faire ces efforts... C'est pas facile hein, tu vois comme il est, il bouge partout. Il est...

Vécu

I-P

---

Les trois schémas communicationnels d'interruption du monde vécu peuvent être organisés sur un continuum allant de l'interruption la plus douce (LRec) à l'interruption la plus brutale (LI) en passant par un intermédiaire qui serait LB.

#### 4.3 POSITIONNEMENTS DES INTERPRETES ET COMMUNICATION

Comme je l'ai montré plus haut avec l'incident critique 27, il arrive que les schémas de communication d'interruption soient employés à l'encontre des interventions des interprètes lorsqu'elles sortent de leur positionnement stricte d'interprète. Il arrive également que les interprètes elles-mêmes interviennent directement en utilisant un schéma de communication interrompant la voix du monde vécu. Cela arrive entre médecin et interprète, mais aussi dans les dialogues entre interprètes et parents. Il est possible de s'en rendre compte dans la mesure où elles mentionnent au médecin qu'elles ont déjà « corrigé le tir », c'est-à-dire qu'elles ont déjà (re)donné la norme biomédicale.

Il y a un autre ensemble d'incidents critiques dans lesquels les interprètes interviennent non pour interrompre la voix du monde vécu, mais pour donner plus de force à celle de la biomédecine. Dans l'incident critique 26, l'interprète intervient directement auprès de la mère à propos de l'hygiène dentaire, non sans montrer après coup un malaise par rapport à son audace par un petit rire retenu. Bien que la réponse comporte une part de monde vécu (l'enfant s'amuse), la

pédiatre en profite pour exprimer un peu plus la voix de la biomédecine (question sur le rythme de l'alimentation).

	Dialogue (incident critique 26)	Voix
I:	Elle dit oui, qu'elle a pas de problème. Tout va bien. Elle mange bien, elle dort bien, j'ai pas de question. Et tout d'un coup ça m'est venu l'idée de lui demander si elle brosse les dents (avec un petit rire gêné). Elle dit <i>oui elle s'amuse à faire</i> , une fois le matin, le soir...	Biomed  Vécu
M:	(Interrompant I) et la nuit elle donne pas le biberon... ?	Biomed
I-P		
I:	(En même temps que P) non elle prend plus le biberon. Non, ce qu'elle a utilisé quand elle était tout bébé elle a arrêté avec tout ça.	Biomed
M:	(Toujours en même temps que P) non, non elle a des jolies dents. OK.	Biomed

## 5. LA PEDIATRIE : UNE BIOMEDECINE COMME LES AUTRES ?

Au vu de ces analyses, les consultations pédiatriques ne se différencient guère des consultations de généralistes anglais telles que les décrivent Barry et al. (2001). De plus, les incidents critiques choisis ne traitent que de thèmes éducatifs ou psychosociaux. Si l'on suit Barry et al., le schéma communicationnel dominant devrait être dans ce cas ML, c'est-à-dire des échanges dans le registre de la voix du monde vécu. Or, ce n'est pas le cas. Ce schéma est plutôt rare en comparaison des schémas à dominante biomédicale.

Par ailleurs, le rôle des interprètes est des plus ambigus : officiellement dans l'institution comme médiateurs, c'est-à-dire aussi bien comme porte-voix de la biomédecine pour les parents que du monde vécu pour les médecins, ils semblent se cantonner de façon préférentielle dans le rôle d'agent de santé. Jamais dans les échanges sur ces thèmes sensibles ils n'interviennent comme négociateurs (médiateurs) à la recherche d'un compromis qui ferait sens pour les deux parties. Ce constat va en fait dans le même sens que les résultats de quelques recherches récentes sur l'intervention d'interprètes dans les consultations médicales. Gajo, Molina, Graber et D'Onofrio (2001)

montrent que l'intervention d'interprètes formés, dans la représentation des professionnels de la santé, « concourt plutôt [...] à organiser un second réseau de communication » (p. 172) entre le patient et l'interprète, parallèle à celui qui relie l'interprète au professionnel. D'autres recherches, peu nombreuses, ont en commun d'observer l'interaction et de ne pas se contenter des dires des différents interlocuteurs sur ce qui se passe dans ces consultations à trois. Par exemple Traverso (2002), par une analyse linguistique de consultations d'un service de gynécologie-obstétrique français, met en évidence que la présence de l'interprète tend à exclure le patient de l'échange. Rivadeneyra, Elderkin-Thompson, Silver et Waitzkin (2000) montrent la même tendance dans des consultations de généralistes, aux Etats-Unis, avec des patients latino-américains qui « bénéficient » de l'aide d'un interprète. Les patients sont doublement défavorisés : ils font moins de commentaires et ces derniers sont moins pris en considération que ceux d'un patient parlant la même langue que le médecin. La présence de l'interprète est nécessaire pour surmonter l'obstacle de la langue, mais n'aide en rien à la mise en œuvre d'une médecine plus centrée sur le patient, au contraire. C'est ce qu'observe aussi Wadensjö (1998), qui estime qu'il n'y a là que la confirmation d'un rapport institutionnalisé dans lequel l'institution et son agent sont dominants et le restent. L'interprète serait donc plus enclin à favoriser le discours du dominant. C'est également ce que j'observe dans ces examens de prévention.

Ces consultations particulières, de par le caractère hautement symbolique des thèmes abordés<sup>4</sup>, de par le caractère systématiquement répétitif de l'énonciation des normes biomédicales, mais aussi par le langage spécialisé et les différents objets employés, pourraient être considérées comme un rite si l'on se réfère par exemple à la définition du rite que propose l'anthropologue Segalen (1998). L'hôpital est d'ailleurs considéré par Pouchelle (2003) comme un lieu de transition, d'entre-deux propice à toutes sortes de rites. Dans les recherches de Pouchelle, il s'agit d'un lieu, à la fois matériel et

---

<sup>4</sup> L'alimentation, le sommeil, etc. sont les thèmes charnières entre le biologique et le culturel, thèmes par l'intermédiaire desquels les cultures « fabriquent » leurs enfants, processus que l'on nomme l'enculturation (Dasen, 2000).

symbolique, entre la vie et la mort. Sans atteindre ce niveau de tragédie, ces examens de prévention sont, pour moi, une forme d'action symbolique. Il s'agit de remettre de l'ordre là où il n'y en a plus (ou là où il n'y en a jamais eu), de réorganiser la réalité, de lui donner un sens. Il faut faire passer ces familles migrantes d'un état hors normes à un état acceptable socioculturellement. Le pédiatre officie alors comme un agent d'assimilation : ce sont certaines pratiques et ethnothéories, c'est-à-dire une symbolisation particulière propre à la biomédecine occidentale, associées à ces thèmes charnières qu'il va imposer, du moins dans le strict cadre de la consultation. En ce sens, ces examens de prévention font office de rite d'assimilation.

La pratique de la pédiatrie telle que je l'ai observée se situe dans un paradigme assimilationniste, qui peut être compris comme le volet sanitaire d'une politique de contrôle et d'uniformisation des populations « différentes » en Suisse. En effet, le sociologue Bolzman (2001) analysant les modèles d'intégration de différents pays en fonction des droits accordés (ou pas) aux « étrangers », montre que la Suisse propose une insertion assimilationniste non participative. En d'autres termes, il est offert aux migrants résidant en Suisse des droits sociaux (accès à l'éducation, à la santé et aux assurances sociales) ainsi que des droits économiques (accès à l'emploi), mais peu ou aucun droit politique (droit de vote, exercice de la souveraineté) ou droit culturel (conserver et transmettre certaines façons de penser, de sentir et d'agir, par exemple la langue). Les migrants sont surtout considérés « comme des citoyens socio-économiques : producteurs, consommateurs, cotisants et contribuables, mais non pas comme des citoyens actifs qui contribuent à la formation de la volonté commune » (p. 172). Et ils doivent par là même se mouler dans les pratiques culturelles locales.

Mais le rite est-il efficace ? C'est en effet un des critères selon Segalen (1998) pour qu'une séquence de comportements soit considérée comme un rite : il faut qu'elle fasse la preuve de son efficacité symbolique. D'autres résultats de ma recherche, que je n'ai pas l'espace de présenter en détail ici, laissent voir que la majorité des médecins questionnent fortement cette pratique. Ils doutent de la validité et pertinence des normes qu'ils ont à transmettre ; ils sont en état de rébellion par rapport aux conditions de formation et de travail

qui leur sont réservées et ils se sentent impuissants à faire évoluer les familles vers des pratiques parentales plus adéquates (selon le cadre de référence biomédical). Le rite n'est donc pas efficace de l'aveu même des maîtres de cérémonie que sont les pédiatres. Ils se sentent bloqués dans une pratique rituelle vide de sens, qui par là même en perd son caractère symbolique et son efficacité. Il y aurait donc bien un rite, originellement conçu pour les « autochtones » pour qui il garde (à vérifier tout de même ...) son sens de rite d'appartenance (« cet enfant est des nôtres, il mange, dort et se purifie comme les autres »), mais qui tourne au ritualisme, c'est-à-dire à une « exagération chimérique », selon la formule de Segalen, lorsqu'il est appliqué tel quel aux familles migrantes.

Par défaut, la pédiatrie préventive telle qu'elle est pratiquée dans cette institution reste une biomédecine comme beaucoup d'autres, souvent dénoncées pour absence d'humanité. Je dis « par défaut », parce que ce travail de recherche a permis de mettre en évidence que les médecins eux-mêmes souffrent de cette situation, en particulier du manque d'encadrement de leur pratique avec des familles migrantes. Comme le relève Molina (2002), travailler avec les migrants introduit un désordre dans la routine institutionnelle et dans les rituels de communication. C'est même une menace à l'identité professionnelle, selon les termes de Cohen-Emerique et Hohl (2002). Les médecins réagissent à ce désordre et cette menace dans les limites d'un cadre institutionnel qui ne leur permet pas (ou très peu) de faire preuve de souplesse ou de créativité. La formation des professionnels est essentielle pour que cet accueil tende vers une qualité interculturelle telle que la définit Rey (1996), c'est-à-dire une forme de partenariat entre famille, interprète et professionnel. Il ne s'agit pas de donner uniquement des savoirs sur les cultures des patients ou plus « d'outils » de communication interculturelle comme le proposent certains courants de recherche principalement anglo-saxons (pour une revue de la littérature à ce propos, voir Ogay, 2000), mais aussi d'amener les professionnels à une réflexion sur leur pratique et leur propre culture professionnelle (Leanza & Klein, 2000). Mais il y a aussi la nécessité d'un accompagnement institutionnel des changements engendrés par l'accueil de ces « nouvelles » populations. Sans une réflexion et certaines transformations à ce

niveau, les médecins continueront à reproduire une médecine ignorant les différences. Bien entendu, il y a urgence à continuer le travail de recherche en particulier dans les consultations mêmes, de poursuivre l'analyse de la communication aussi bien pour améliorer la compréhension de la pratique que celle des processus sociaux en jeu dans le cadre des institutions garantes de la démocratie.

## BIBLIOGRAPHIE

Barry, C., Stevenson, F., Britten, N., Barber, N. & Bradley, C. (2001). Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care ? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science and Medicine*, 53, 487-505.

Bolzman, C. (2001). Quels droits citoyens ? Une typologie des modèles d'intégration des migrants aux sociétés de résidence. In C. Perregaux, T. Ogay, Y. Leanza & P. Dasen (Ed.), *Intégrations et migrations. Regards pluridisciplinaires* (pp. 159-183). Paris: L'Harmattan.

Clot, Y. (2001). Clinique du travail et action sur soi. In J.-M. Baudouin & J. Friedrich (Ed.), *Théories de l'action et éducation* (pp. 255-277). Bruxelles: De Boeck Université.

Cohen-Emerique, M. & Hohl, J. (2002). Menace à l'identité personnelle chez les professionnels en situation interculturelle. In C. Sabatier, H. Malewska-Peyre & F. Tanon (Ed.), *Identités, acculturation et altérité* (pp. 199-228). Paris: L'Harmattan.

Dasen, P. (2000). Développement humain et éducation informelle. In P. Dasen & C. Perregaux (Ed.), *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation* (pp. 107-123). Bruxelles: De Boeck.

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

Gajo, L. & Mondada, L. (Ed.). (2001). Communiquer en milieu hospitalier: de la relation de soin à l'expertise médicale [Numéro spécial]. *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 74.

Habermas, J. (1995). *Théorie de l'agir communicationnel*. Paris: Fayard.

Helman, C. (1994). *Culture, health and illness*. Londres: Butterworth & Heinemann.

Jordan, B. (1997). Authoritative knowledge and its construction. In R. E. Davis-Floyd & C. Sargent (Ed.), *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-cultural perspectives* (pp. 55-79). Berkeley: University of California Press.

Leanza, Y. (2003). *Education, pédiatrie et cultures. Du sens de l'activité professionnelle pour des pédiatres dans leur travail de prévention auprès de familles migrantes*. Thèse en sciences de l'éducation, Université de Genève.

Leanza, Y. & Klein, P. (2000). Professionnel de la santé et de la relation d'aide en situation interculturelle: quelle formation ? In P. Dasen & C. Perregaux (Ed.), *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation ?* (pp. 281-298). Bruxelles: De Boeck Université.

Mishler, E. (1984). *The discourse of medicine. Dialectics of medical interviews*. Norwood: Ablex Publishing Corporation.

Molina, M. (2002). Communication interculturelle en psychiatrie: enjeux linguistiques. *Travaux neuchâtelois de linguistique*, 36, 101-112.

Ogay, T. (2000). *De la compétence à la dynamique interculturelle*. Berne: Peter Lang.

Pawluch, D. (1983). Transitions in pediatrics: a segmental analysis. *Social Problems*, 30(4), 449-465.

Pawluch, D. (1996). *The new pediatrics: a profession in transition*. New York: Aldine de Gruyter.

Pouchelle, M.-C. (2003). *L'hôpital corps et âme. Essai d'anthropologie hospitalière*. Paris: Seli Arslan.

- Rey, M. (1996). *D'une logique « mono » à une logique « inter »* (Cahier de la Section des sciences de l'éducation 79). Genève: Université de Genève.
- Rivadeneira, R., Elderkin-Thompson, V., Silver, R. & Waitzkin, H. (2000). Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter. *American Journal of Medicine*, 108(6), 470-474.
- Schutz, A. & Luckmann, T. (1974). *Structures of the Life-World*. Londres: Heinemann educational books.
- Segalen, M. (1998). *Rites et rituels contemporains*. Paris: Nathan.
- Silverman, D. & Torode, B. (1980). *The material world*. Routledge and Keagan Paul.
- Traverso, V. (2002). Rencontre interculturelle à l'hôpital: la consultation médicale avec interprète. *Travaux neuchâtelois de linguistique*, 36, 81-100.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. Londres: Longman.
- Yanaprasart, P. (Ed.). (2002). Communiquer en milieu interculturel [Numéro spécial]. *Travaux neuchâtelois de linguistique*, 36.

**Quelle(s) langue(s) pour la prévention VIH/sida  
auprès des Subsaharien-ne-s francophones  
de Suisse Romande ?  
Le point de vue de témoins privilégiés**

**P. SINGY, O. WEBER, B. SULSTAROVA,  
M. SCHAFFTER & P. GUEx**  
*Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne*

**LIMINAIRE**

Equilibrée du point de vue du rapport comptable entre les sexes, la population résidant durablement en Suisse et originaire du Sahara dépasse les 20'000 personnes en 2003 (OFS, 2003 ; Kessler, 2003). A ce nombre, dont l'augmentation est spectaculaire – elle passe du simple au double en dix ans, il faut additionner tous les sujets relevant du domaine de l'asile, ce qui porte le total des personnes subsahariennes dont le séjour est enregistré par les autorités à plus de 39'400 (Kessler, 2003). S'ajoutent encore à ce collectif un certain nombre de « sans-papiers », qu'il est par définition impossible de déterminer. En termes de répartition territoriale, il apparaît que près de la moitié de la population migrante subsaharienne enregistrée officiellement vit dans les seuls cantons de Genève et de Vaud (Kessler, 2003). Pareil constat est sans aucun doute en relation avec les avantages, s'agissant de la vie de tous les jours – pour ne parler que de cela, que peut tirer dans ces deux cantons francophones la part des ressortissant-e-s africain-e-s venant de pays où le français constitue le plus souvent la seule langue officielle (Calvet, 2000).

Face à l'infection VIH/sida, cette communauté constitue une fraction de la population installée en Suisse particulièrement vulnérable.

Ainsi, les dernières données de l'Office Fédéral de la Santé Publique (Kessler, 2003) indiquent qu'en 2002, 28% des nouvelles infections dépistées sur le sol national touchent des personnes en provenance de l'Afrique subsaharienne. Cette proportion monte à 45%, si l'on ne considère que le segment féminin du total des individus ayant contracté le virus durant l'année 2002. Trop peu nombreux jusqu'à ce jour en regard de l'importance des enjeux sanitaires impliqués, les travaux centrés sur la compréhension de la situation de cette communauté face au sida ne portent pas seulement au jour un niveau limité de connaissances en matière de sida (Zuppinge et al., 2000; Haour-Knipe, 1998; Haour-Knipe et al., 1999), niveau souvent lié à des conditions socio-économiques difficiles (Haour-Knipe, 2000). Ces travaux révèlent aussi les risques spécifiques que cette population encourt par certaines pratiques sexuelles – « dry sex<sup>1</sup> » – et rituelles – excision, infibulation – opérées tant en Afrique qu'en Suisse (Beck-Karrer, 1999; Brady, 1999), tout comme le partage de certaines représentations associant le sida à des actes de sorcellerie (Zuppinge et al. 2000; Studer, 2000) ou à un châtement divin (Louhenapessy, 1996).

## UNE STRATEGIE DE PREVENTION DOMINANTE

Dans un contexte où l'activité de prévention, réalisée essentiellement au travers du langage, apparaît de toute première importance, on devine les obstacles qui peuvent survenir quand émetteurs de messages préventifs et récepteurs de ces mêmes messages recourent, pour comprendre et se faire comprendre, à des codes sociolinguistiques et socioculturels différents (Gumperz, 1989; Singy, 1999). A cet égard, il est deux moyens de lever ces obstacles à la communication. Le premier réside dans la convocation d'un tiers interprète capable de rendre justice aux différences entre les parties concernées – prévenu et professionnel de la santé, alors que le second tient dans

---

<sup>1</sup> Cette pratique consiste à assécher et rétrécir le vagin au moyen d'une substance acide (jus de citron, vinaigre), de sel ou de plantes médicinales. Une telle pratique accroît la vulnérabilité des muqueuses et diminue dramatiquement l'efficacité du préservatif.

le recours à un médiateur mandaté pour émettre de façon autonome des messages préventifs. Ce dernier a, semble-t-il, la faveur des auteurs du « plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne » (Zuppinger et al., 2000) actuellement mis en œuvre par le projet de prévention Croix Rouge Suisse/Institut de Médecine Tropicale. Ces auteurs recommandent en effet un travail de prévention privilégiant des approches établies avec le concours de personnes clé des communautés, autrement dit de médiatrices et médiateurs d'origine subsaharienne intervenant dans les langues premières des migrant-e-s.

Cependant, divers résultats d'enquêtes interrogent l'opportunité d'une approche essentiellement fondée sur l'adoption régulière des voies de communication spécifiques de la population cible – surtout lorsqu'elle est originaire de pays francophones – lors d'interactions dans les domaines socio-sanitaires. Ainsi, une étude récente sur les migrants face au système de soins (Guex & Singy, 2003) a montré – outre le désir d'une proportion notable des patients de voir, dans l'idéal, leurs consultations se dérouler en français – qu'un certain nombre de migrants des deux sexes, interrogés à propos de l'image qu'ils se font du médiateur culturel, semblent méfiants à l'égard d'une pratique médicale modifiée en raison de leur origine linguistique et culturelle. Dans la perspective de ces informateurs, une telle pratique a pour effet de les priver des traitements dont bénéficie la population implantée de plus longue date, plus que de respecter leur singularité culturelle (Singy & Weber, 2000). A cet égard, il n'est pas infondé de se demander si certain-e-s migrant-e-s subsaharien-ne-s francophones, face à des médiateurs originaires de leurs régions<sup>2</sup>, ne formuleraient pas des propos comparables, traduisant ainsi la crainte de faire l'objet d'une prévention du sida de "seconde classe". Il convient, par ailleurs, de ne pas oublier les effets possibles de l'équation, présente au sein de toute l'Europe dans l'imaginaire collectif de certains, entre Afrique noire et contamination par le VIH/sida. Dans ces conditions, une prévention ciblée sur une catégo-

---

<sup>2</sup> Quand bien même ils sont loin d'être négligeables, on ne dira rien ici des problèmes de confidentialité que peut soulever la fréquentation commune – et avérée – d'un réseau relationnel que partagent migrant-e-s et médiateurs-interprètes.

rie spécifique de migrant-e-s – en l'occurrence d'origine subsaharienne – au point d'avoir pour vecteur les langues africaines pourrait suggérer à ces migrant-e-s que ce stéréotype est partagé par le système sanitaire et préventif et, par là-même, induire une certaine défiance à l'endroit de ce dernier.

A l'évidence, la situation de diglossie véhiculaire (Calvet, 1996) que connaissent les pays africains francophones, où le français occupe la position de variété « haute », est à prendre ici en considération. Exclusivement langue *seconde*, le français occupe, par exemple dans l'esprit des Nigériens, et davantage chez les femmes que chez les hommes, une place de première importance dans le domaine de l'éducation, apparaissant comme la langue de promotion sociale ou de prestige lié à la technicité et à la modernité (Singy, 2000; Singy & Rouiller, 2001 ; Singy, sous presse). Tout suggère que la dynamique de diglossie véhiculaire propre aux pays d'origine continue de peser sur l'imaginaire linguistique des migrant-e-s subsaharien-ne-s même après leur départ en Europe, imaginaire qu'il s'agit de prendre en compte dans le cadre d'une prévention du VIH/sida s'appuyant, entre autres choses, sur des résultats issus de la recherche médicale de pointe.

Ces divers résultats, auxquels il convient d'ajouter celui établi par Morsly (1998) sur le rôle du français comme moyen d'expression privilégié dans certains contextes africains pour parler de sujets tabous tels l'amour et la sexualité, ne militent pas en faveur d'une conception foncièrement communautariste de la prévention VIH/sida chez les Subsaharien-ne-s de Suisse romande, conception liée à un recours maximal aux langues africaines<sup>3</sup>. Même si leurs arguments peuvent diverger de ceux exposés à l'instant, c'est la conclusion à laquelle parviennent également certains acteurs chargés de cette prévention interrogés dans le cadre d'une enquête exploratoire conduite par les auteurs de ces lignes.

---

<sup>3</sup> Par « langues africaines », on entend ici, comme partout dans cette contribution, les langues non coloniales parlées dans le domaine subsaharien.

## PROFIL D'UNE ETUDE EN COURS

Cette enquête exploratoire s'inscrit dans le cadre d'une étude en cours financée par le Collège de la Psychiatrie Universitaire Lausannoise (CPUL). Conçue sous la forme d'une recherche-action, celle-ci vise à une meilleure compréhension, dans leur complexité, des besoins de la population formée des migrant-e-s subsaharien-ne-s francophones de Suisse romande – population hétérogène de fait – en matière de prévention du VIH/sida. Plus précisément, elle cherche à évaluer le degré de l'opportunité d'une prévention fondée sur une approche foncièrement communautaire, impliquant des médiateurs d'origine subsaharienne qui assureraient la prévention dans les langues premières des migrant(e)s. De plus, elle vise à dégager l'idéal communicationnel des migrant(e)s subsaharien(ne)s s'agissant de leur prévention du VIH/sida.

En termes opératoires, deux grandes hypothèses générales sont avancées. La première admet qu'une délégation de la prévention VIH/sida à des médiateurs porte en elle deux facteurs limitatifs potentiels : d'une part, la crainte chez *certain-e-s* migrant-e-s subsaharien-ne-s d'une stigmatisation au travers d'une approche particularisante et, d'autre part, celle d'une non-garantie de la confidentialité, traditionnellement assurée en milieu médical. La deuxième hypothèse s'attache à vérifier dans quelle mesure, lorsqu'il s'agit de prévenir du sida, le français, les langues africaines et les sémies non verbales entretiennent un rapport de complémentarité fonctionnelle dans l'esprit des populations migrantes subsahariennes francophones.

Afin de pouvoir soumettre ces hypothèses à vérification, des données doivent être produites dans le cadre d'interviews d'hommes et de femmes d'origine subsaharienne. Ces interviews sont conçues de manière à tenir compte des principaux résultats d'une enquête exploratoire conduite auprès de témoins privilégiés de la prévention, enquête exploratoire dont il est précisément question ici. Au nombre de 14, ces témoins privilégiés se répartissent en trois groupes établis en fonction de deux critères, comme le montre le tableau ci-dessous. Le premier concerne l'origine des interviewés<sup>4</sup> : africaine et locale.

---

<sup>4</sup> Ce critère se trouve coïncider avec la présence, respectivement l'absence de maîtrise d'une ou de plusieurs langues africaines.

Pour sa part, le second touche au niveau d'intervention dans la prévention. Ainsi on distingue les acteurs de terrain intervenant directement auprès de la population-cible des experts chargés du développement et de l'évaluation de stratégies préventives.

*Tableau : Profil de l'échantillon de l'enquête exploratoire (N=14)*

Informateurs	D'origine africaine	D'origine locale
Acteur de terrain	A (n=7)	B (n=3)
Experts	-	C (n=4)

Très schématiquement, cet échantillon a été amené à répondre à une série de questions touchant principalement à deux dimensions impliquant elles-mêmes plusieurs indicateurs et résumées dans cet encadré :

1. Les agents de la prévention VIH/sida (état actuel et idéal) :
  - a. Cadres de prévention connus et souhaités
  - b. Interlocuteurs de prévention actuels et souhaités (professionnels médicaux, médiateurs communautaires)
2. Les supports de prévention sida (état actuel et idéal) :
  - a. Français et langues africaines (valeurs et domaines d'utilisation)
  - b. Sémies non verbales (expériences et souhaits)

Centrés sur la seconde dimension, autrement dit les supports de prévention, les résultats qui suivent sont tirés d'une analyse de contenu sémantique/thématique du discours de nos 14 témoins privilégiés. Concrètement, leur présentation a pour objectif premier de refléter différents points de vue sur le rapport – d'exclusion, de complémentarité, voire de concurrence – entre la variété locale du français et les idiomes africains, lorsqu'il s'agit de prévenir du sida des migrant-e-s originaires d'Afrique francophone subsaharienne.

## RESULTATS CHOISIS

Parmi les points de convergence observables à l'examen des discours de nos répondants figure en bonne place le caractère incontournable d'un certain recours au français dans le cadre de la prévention du sida auprès de la population subsaharienne francophone. Ainsi, attendu le rôle très marginal qu'ils accordent à l'interprétariat, la préven-

tion ne peut-elle se faire, selon nos répondants, qu'en français chaque fois qu'elle est prise en charge par un professionnel médical local ou par un agent de prévention issu des communautés subsahariennes ne partageant pas de langues africaines avec son interlocuteur.

A côté de ces situations de prévention où le choix du français apparaît en quelque sorte comme forcé, sont rapportées, par nos enquêtés, nombre de situations unissant des interlocuteurs qui partagent une ou plusieurs langues africaines, mais où le français ne disparaît pas pour autant. Dans ces cas de figure, le recours ou non à ce dernier apparaît, au travers des propos de nos interviewés, comme le résultat d'un choix opéré à partir de critères qui, comme on va le voir, se révèlent être de trois types distincts. Relèvent d'un premier type, ceux qui en appellent à certaines particularités du français, perçu comme plus économique dans la transmission d'informations de type technique et scientifique. Le deuxième type de critères se fonde sur la possibilité qu'offrirait le français de dépasser certains obstacles à la prévention engendrés par des tabous d'ordre aussi bien extralinguistique que linguistique. Enfin, le troisième type de critères insiste avant tout sur la capacité – précieuse dans le cadre de la prévention VIH/sida – qu'aurait le français d'assurer une objectivation de la chose rapportée susceptible d'établir une certaine distance affective.

## LE FRANÇAIS ET LA FONCTION D'ECONOMIE

Près de la moitié des membres du collectif (6 sur 14), tous d'origine africaine à l'exception de l'un d'entre eux, soulignent d'une façon ou d'une autre des disparités entre français et langues africaines en matière d'économie, lorsqu'il s'agit de parler du sida dans sa réalité biomédicale. C'est visiblement dans ce sens qu'il faut interpréter les propos formulés en termes avant tout essentialistes tenus par quatre de nos répondants (A1<sup>5</sup>, A7, A3, B1), qui voient dans le français une

---

<sup>5</sup> Les abréviations A1-A7 renvoient aux enquêtés du groupe A, B1-B3 à ceux du groupe B et C1-C4 à ceux du groupe C (cf. tableau ci-dessus).

langue plus « technique » et plus « précise » que les langues africaines, ayant par ailleurs « mieux suivi l'évolution des sciences ».

Au-delà de ces mentions à caractère idéalisant, une conception du français comme particulièrement qualifié pour la restitution des réalités technologiques se révèle au travers de propos centrés sur des pratiques transcodiques (emprunts, alternances de code). A cet égard, deux témoins privilégiés d'origine africaine rapportent avec insistance avoir été confrontés à la nécessité, au moment d'une activité préventive avec un-e migrant-e subsaharien-ne, d'emprunter au français des termes absents du lexique de la langue de l'entretien, tels « rapports sexuels » (A2), « hormones » (A2) et « muqueuses » (A6). Pareils transferts lexicaux peuvent évidemment donner à voir les langues receveuses comme déficitaires. C'est cette représentation, semble-t-il, qui sous-tend l'appréciation de l'un de nos enquêtés (A1) à propos du lingala qu'il tient pour une « langue pauvre » qui, par surcroît, lui apparaît comme un « argot déformé par des mots empruntés du français ».

En contraste, une autre personne (A7) souligne les avantages du français en termes d'économie sans pour autant remettre en question l'omnipotence sémiotique des langues africaines. En l'espèce, son argumentation repose sur une comparaison entre la locution française « système immunitaire » et son pendant en langue africaine – qu'il tient pour « peu développée » – à savoir « *toute une phrase* ».

Touchant toutes au lexique, ces considérations semblent conférer au français le statut d'instrument de communication soit incontournable, soit particulièrement performant dans le cadre de la prévention VIH/sida auprès de la population subsaharienne francophone de Suisse romande. Ceci revient à dire que l'aspect plus ou moins économique des codes considérés constitue, au plan des imaginaires, un enjeu pertinent à l'égard de la problématique du choix de langue pour la prévention.

## TABOUS ET CHOIX DE LANGUE

L'existence de difficultés, pour les membres de la population-cible, de référer à des réalités relevant de la sexualité et du sida est évoquée par tous les membres de notre collectif. En conformité avec certaines

thèses d'historiens de la langue formulées à propos du tabou (Mounin, 1974), on rapportera à cet égard les propos d'un témoin privilégié d'origine subsaharienne (A2) qui thématise le lien entre la faible fréquence d'évocation de la sexualité et les lacunes que certaines langues africaines présenteraient, précisément, au plan du lexique y référant. De telles représentations, à l'évidence, doivent être prises en compte dans la compréhension de la perception qu'ont certains témoins privilégiés de la structure lexicale des langues africaines : ce n'est pas seulement l'évolution des sciences qui vient expliquer des lexiques lacunaires, mais également le jeu des interdits langagiers attesté dans les communautés concernées.

Face à l'insistance générale sur le poids des tabous dans les interactions préventives avec des migrant-e-s d'origine subsaharienne, les répondants qui opèrent une réelle mise en lien entre ces tabous et le choix de langue sont très peu nombreux. En effet, seuls deux témoins livrent des propos qui vont dans le sens d'une pareille mise en lien.

Ainsi, le premier d'entre eux, un acteur de prévention d'origine africaine (A6), évoque des difficultés rencontrées lors de la traduction en lingala – c'est-à-dire « en patois » selon sa propre expression – d'une brochure de prévention rédigée en français et recourant à des termes techniques liés à la sexualité. Ce même acteur rapporte qu'au moment de la validation de cette traduction auprès d'un certain nombre de juges issus de la population-cible, ces derniers ont estimé, selon leurs propres termes, trop « hard » les éléments lexicaux lingala retenus, incitant de ce fait les auteurs de ce projet de traduction à y renoncer. En revanche, la version française ne paraissait pas problématique pour les juges. Ceux-ci ne l'ont en effet nullement trouvée « choquante », attendu qu'elle contenait des termes référant à l'univers de la sexualité tout à fait « courants ».

Si les propos de ce premier témoin militent, si l'on peut dire, en faveur du français, ceux formulés par l'autre témoin (A2), qui met en lien tabou et choix de langue, s'avèrent de nature plus complexe, suggérant une certaine complémentarité fonctionnelle entre langue locale et langues africaines. Ainsi, tout d'abord, le recours au français présente, pour ce dernier, l'avantage de lever, en partie, l'autocensure quand il s'agit d'évoquer des comportements sexuels stigmatisés tout comme la question du sida. A la différence des

langues africaines, le français identifie moins précisément l'intervenant de prévention comme membre issu de la même communauté que le prévenu, permettant de ce fait d'installer l'interaction sur un terrain neutre – en quelque sorte entre étrangers – plus propice à la révélation d'éléments relevant de l'intime. Cependant, selon l'expérience du même témoin, le recours au français peut exercer un rôle d'obstacle au moment de consultations abordant un thème particulièrement sensible et sujet à tabou dans le monde de la santé : la sorcellerie. A cet égard, l'interviewé évoque un entretien préventif où son interlocuteur a pu s'ouvrir en ces matières et met clairement cette possibilité sur le compte de la langue utilisée lors de l'entretien. Selon le témoin, seul le recours au lingala a permis qu'il en fût ainsi, tant le thème de la sorcellerie semble incongru dans le contexte d'une conversation tenue en français.

#### EFFETS D'OBJECTIVATION

Si, comme on vient de le voir, le français constitue dans certains cas l'unique moyen pour aborder tel ou tel aspect de la problématique du sida ou de sa prévention, il en est d'autres où il semble avoir un rôle facilitant, quand bien même l'utilisation d'une langue africaine ne serait pas pour autant exclue. C'est du moins ce que révèlent les propos de trois témoins privilégiés (C2, C4, A7) qui tous insistent sur la possibilité qu'offre le français d'opérer ce que l'on pourrait appeler un effet d'objectivation. En conformité avec certaines conclusions établies à propos d'autres populations africaines (Morsly, 1998), ces témoins se fondent à cet égard sur leurs observations personnelles et répétées, en dehors de tout contexte préventif, de situations d'interaction entre migrant-e-s subsaharien-ne-s abordant de quelque manière les thèmes du sida ou de la sexualité. Ils reconnaissent que, dans ces situations, le français permet – pour reprendre les termes de l'un d'eux – de « se distancer en menant un discours sur un niveau académique » (C2).

Autre manifestation de ce que l'on peut considérer comme une pratique de l'alternance codique métaphorique<sup>6</sup>, on relèvera le témoignage d'un intervenant de terrain (A7) selon lequel, dans les interactions au sein des communautés subsahariennes, le français serait généralement préféré pour parler « de la maladie » dès lors qu'il s'agit de l'évoquer en termes généraux, autrement dit sans allusions aux interactants impliqués ni à leurs proches. Ce dernier témoin relate, en toute logique, que le choix se porte tout naturellement sur les langues africaines « quand on personnalise » la thématique en la mettant en lien plus ou moins direct avec ces mêmes interactants.

Convaincu, comme les autres, d'une certaine complémentarité fonctionnelle entre le français, qu'il perçoit comme une langue « éloignée », et les langues africaines, qu'il tient pour des langues « proches », un répondant (C4) met directement en relation cette complémentarité avec une stratégie de prévention VIH/sida efficace. Ainsi, concrètement, milite-il pour un recours ciblé et systématique au français qui, selon lui, « crée une distance, absente avec les langues africaines », entre la chose rapportée et les sujets qui en débattent.

## DISCUSSION CONCLUSIVE

Dans la perspective des témoins privilégiés interrogés dans le cadre de cette enquête exploratoire, le recours au français, même épisodique, apparaît comme une réalité incontournable dans la prévention sida exercée auprès de la population subsaharienne francophone résidant en Suisse romande. En effet, on l'a vu, le français est perçu comme un instrument susceptible, d'une part, de satisfaire à une exigence comprise, en dernière analyse, en termes d'économie et, d'autre part, de lever, en diverses circonstances,

---

<sup>6</sup> Wardhaugh (1998, p. 103) parle de *code-switching* métaphorique quand un thème donné est systématiquement connoté différemment suivant le code employé ou lorsqu'un thème ne peut simplement être abordé que dans l'un des codes disponibles.

certains obstacles communicationnels (tabous linguistiques et culturels) tout en créant une « juste » distance à l'objet du discours.

Un tel constat ne vient pas seulement, semble-t-il, tempérer la thèse des auteurs du plan d'intervention pour la prévention VIH/sida auprès des migrant-e-s subsaharien-ne-s de Suisse (Zuppinger et al., 2000) qui, rappelons-le, recommande une approche foncièrement communautariste, autrement dit, s'appuyant autant que possible sur les langues africaines. Il pose également la question du profil des agents amenés à assurer cette prévention. En effet, la mise à profit de la complémentarité – révélée à l'examen du discours de plusieurs témoins privilégiés – entre français et langues africaines suppose, de la part des protagonistes des entretiens de prévention, un partage de compétences multilingues. Au vu de leurs connaissances linguistiques à ce jour, un tel partage ne saurait être le fait des professionnels de la santé qui s'engagent, en Suisse romande, dans les entretiens de prévention en face-à-face, hormis les rares exceptions que constituent la petite poignée de médecins et d'infirmières originaires d'Afrique subsaharienne francophone.

Dans cette logique, si l'on refuse de renoncer aux avantages qu'offre la conduite d'entretiens de prévention marqués par l'alternance codique, une seule solution se dessine : la délégation de la prévention à un agent communautaire qui, en l'état, n'a que très peu de chances d'appartenir à l'univers médical.

Comme on l'a dit plus haut, il reste que cette solution porte en elle le risque de susciter chez des membres de la population-cible un enthousiasme relatif, voire une certaine défiance. En effet, ils peuvent être amenés à nourrir une crainte de faire l'objet d'une prévention du sida de "seconde classe", sans parler de leur possible incertitude quant à un traitement confidentiel de propos tenus devant des personnes généralement sans affiliation à une institution médicale garantissant le secret.

A cet égard, la convocation d'un tiers traduisant lors d'entretiens préventifs conduits par des professionnels médicaux offre une alternative intéressante. Certes, elle apparaît plus coûteuse et ne permet pas d'assurer une alternance codique *stricto sensu*, mais elle présente l'avantage, pour le prévenu, de lui laisser le choix entre sa langue première et le français, tout en lui procurant, au travers du

setting médical, le sentiment de ne pas être traité autrement que les membres de la population locale.

Avant de se déterminer pour l'une ou l'autre de ces deux options de prévention, qui présentent toutes deux des limitations, il convient de les soumettre à l'appréciation des membres de la population concernée, compte tenu de l'importance des enjeux, pour cette dernière, d'une réception idoine des messages de prévention centrés autour de la problématique du VIH/sida. C'est précisément l'objectif assigné à l'étude qui fait suite à l'enquête exploratoire présentée dans ces pages.

## BIBLIOGRAPHIE

Beck-Karrer, C. (1999). Frauenbeschneidung ist eine Menschenrechtsverletzung. *Zeitschrift für Friedenspolitik FriZ*, (6), 25.

Brady, M. (1999). Female genital mutilation : Complications and risk of HIV-transmission. *Aids Patient Care and STDs*, 13 (12), 709-716.

Calvet, L.-J. (1996). Véhicularité, véhicularisation. In D. de Robillard et al. (eds), *Le français dans l'espace francophone*. (pp. 451-456). Paris : Honoré Champion.

Calvet, L.-J. (2000). La ville et la gestion *in vivo* des situations linguistiques. In L.-J. Calvet & A. Moussirou-Mouyama (eds), *Le plurilinguisme urbain*. (pp. 11-30). Paris : Institut de la Francophonie/Diffusion Didier Erudition.

Guex, P. & Singy, P. (dir.). (2003). *Quand la médecine a besoin d'interprètes*. Genève : Médecine et Hygiène.

Gumperz, J. (1989). *Engager la conversation*. Paris: Ed. de Minuit.

Haour-Knipe, M. (1998). Prévention du sida ou discrimination ? les migrants et les minorités ethniques. In *Le sida en Europe : nouveaux enjeux pour les sciences sociales*. (pp. 159-170). Paris : ANRS.

Haour-Knipe, M. (2000). Migration und HIV: AIDS in Europa. *Aids-Infothek*, 5, 4-14.

Haour-Knipe, M. et al. (1999). HIV/AIDS-prevention for migrants and ethnic minorities : Three phases of évaluation. *Social science and medicine*, 49, 1357-1372.

Kessler Bodiang,, C. (2003). *Prävention bei Subsahara MigrantInnen in der Schweiz: ausgewählte demographische und epidemiologische Eckdaten, März 2003*. Présentation orale non publiée.

Louhenapessy, M. (1996). Care issues and migrants. In M. Haour-Knipe & R Rector (eds), *Crossing borders. Migration, ethnicity and AIDS*. (pp. 154-167). London : Taylor and Francis.

Morsly, D. (1998). Femmes algériennes et insécurité linguistique. In P. Singy (dir.), *Les femmes et la langue : l'insécurité linguistique en question*. (pp. 75-97). Lausanne-Paris : Delachaux et Niestlé.

Mounin, G. (dir.). (1974). *Dictionnaire de la linguistique*. Paris : PUF.

OFS (2003). Données statistiques du site [www.admin.ch](http://www.admin.ch).

Singy, P. & Rouiller, F. (2001). Les francophones face à leur langue : le cas des Nigériens. *Cahiers d'études africaines*, 163-164, 649-665.

Singy, P. & Weber, O. (2000). Le tiers traduisant dans la relation médecin/patient migrant : quelle place et quelle désignation ? In L.-J. Calvet & A. Moussirou-Mouyama (eds), *Le plurilinguisme urbain*. Paris : Institut de la Francophonie/Diffusion Didier Erudition.

Singy, P. (1999). L'implicite dans la relation médecin/patient : le partage en jeu. *La linguistique*, 35(2), 183-194.

Singy, P. (2000). Diglossie véhiculaire et représentations linguistiques : « Etude de cas au Niger ». In L.-J. Calvet et R. Chaudensson (eds), *La coexistence des langues dans l'espace francophone. Une approche macrosociolinguistique*. (pp. 117-22). Paris : Didier Erudition.

Singy, P. (sous presse). Le français au Niger : pratiques déclarées et représentations. In R. Jolivet, *Les Langues au Niger*.

Studer, A. M. (2000). « *Tu sais c'est souvent de la sorcellerie...* » *Hexerei und Aidspräventionsverhalten aus entwicklungsethnologischer Perspektive im urbanen Kontext der Elfenbeinküste*. Zürich : Ethnologisches Seminar des Universität Zürich.

Wardhaugh, R. (1998). *An introduction to sociolinguistics* (3rd edition). Oxford : Blackwell.

Zuppinger, B., Kopp, Chr. & Wicker, H.-R. (2000). *Plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne*. Berne : Institut d'ethnologie/OFSP.



## Sommaire

Gajo L.	Introduction .....	1
D'Onofrio A., Gajo L. & Molina M. E.	Langage et contexte : effets de construction dans divers services hospitaliers .....	7
Borel S.	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 .....	33
Yanaprasart P.	Echanges verbaux dans la co-action médicale aux soins à domicile .....	61
Graber M.	Trajectoire du patient et structuration infirmière dans l'interaction verbale : étude de cas .....	85
Lanza D., Longchamp Ph. Seferdjeli L. & Muller R.	Entre paroles et actions, appréhender la complexité de la coopération en milieu hospitalier .....	97
Leanza Y.	Pédiatres, parents migrants et interprètes communautaires : un dialogue de sourds ? .....	131
Singy P., Weber O., Sulstarova B., Schaffter M. & Guex P.	Quelle(s) langue(s) pour la prévention VIH/sida auprès des Subsaharien-ne-s francophones de Suisse Romande ? Le point de vue de témoins privilégiés .....	159

