



République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université AbouBakr Belkaid - Tlemcen
Faculté des Lettres, des sciences humaines et des sciences sociales
Département des langues Etrangères
Section de Français

Thème de recherche :

Le discours interactif du personnel médical - paramédical
Cas du service : Hépatogastro-Entérologie du CHU-
Tlemcen

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE MAGISTRE EN
SCIENCES DU LANGAGE

Présenté le 30 Mai 2006 par:

HALLI Djamila

Sous la direction:

Mr BENMOUSSAT Boumèdiène

Membres de jury:

Mr. Mohamed HADJADI AOUL,

Mr. Boumèdiène BENMOUSSAT,

Mr. Smail BENMOUSSAT,

Mme. Aouicha OUDJEDI DAMERDJI,

Mr. Ibrahim BENDAHMANE,

M.C, UT

M.C, UT

M.C, UT

C.C, UT

H.U, UT

Président

Rapporteur

Examineur

Examinatrice

Expert

Année Universitaire : 2005/2006

جامعة بريك باقايد - تلمسان *
كلية الآداب و اللغات
مكتبة اللغات الأجنبية



République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université Abou Bakr Belkaid - Tlemcen
Faculté des Lettres, des sciences humaines et des sciences sociales
Département des Langues Etrangères
Section de Français

Inscrit sous le N° 00267
Date le 07/02/2012
Cote

Thème de recherche :

Le discours interactif du personnel médical - Paramédical
Cas du service : Hépto-Gastro-Entérologie du CHU-
Tlemcen

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE MAGISTERE EN
SCIENCES DU LANGAGE

Présenté
HALLI Djamila



Sous la direction de :
Mr BENMOUSSAT Boumèdiene

Date de soutenance :

Membres de jury:

M. Mohamed HADJADJ AOUL,	M.C, UT	Président
M. Boumèdiene BENMOUSSAT,	M.C, UT	Rapporteur
M. Smail BENMOUSSAT,	MC, UT	Examinateur
Mme A. OUDJEDI DAMERDJI	C.C, UT	Examinatrice
M. Ibrahim BENDAHMANE	H.U, UT	Expert

Année Universitaire : 2005/2006

REMERCIEMENTS

Qu'il nous soit permis d'exprimer nos plus vifs remerciements et nos respectueuses gratitudee à monsieur BENMOUSSAT Boumèdiène pour le soutien constant qu'il nous a apporté tout le long de ce travail. Il nous a inspiré le sujet de ce mémoire, il nous a été guide, aide et courage.

Nous tenons également à exprimer nos très hautes considérations et nos sincères reconnaissances à tous les membres de jury pour l'honneur qu'ils nous ont fait d'évaluer ce mémoire.

Nous exprimons, aussi, nos profonds remerciements à tous les professeurs du département des langues étrangères qui nous ont permis grâce à leurs judicieux conseils et critiques, de profiter de leurs fructueuses expériences.

Nous voudrions également remercier tout le personnel médical et paramédical du service d'Hépatogastro-Entérologie qui nous a aidé à divers titres dans ce travail en nous facilitant la tâche et en collaborant à l'enregistrement du corpus.

Nous voudrions enfin remercier tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce modeste travail, en l'occurrence :

- Mme HADJI Fatiha, enseignante au département de l'hydraulique pour son entière disponibilité et son aide précieuses.
- Le personnel de la bibliothèque du département des langues étrangères ainsi que le personnel de la bibliothèque centrale.
- Le personnel de la bibliothèque de l'hôpital de Tlemcen.
- Le personnel de la bibliothèque de l'école des sciences paramédicales.

INTRODUCTION

L'étude de ce type de travail s'inscrit dans le cadre de la sociolinguistique interactionnelle. Fondée sur une observation précise des situations, s'intéressant particulièrement au langage des médecins et des infirmiers engagés dans des interactions verbales et non verbales en face à face, ce travail décrit l'aspect de coopération professionnelle au sein de l'équipe soignante en démontrant les stratégies de communication. Nous nous exprimons ici, pour représenter les différentes activités discursives, en termes d'actes ou d'actions langagières, permettant de construire des espaces interactionnels dans un cadre de travail, où les protagonistes sont amenés à la fois à créer des événements (actions médicales) et à les communiquer. Nous avons donc affaire à des données qui se situent, séparément ou simultanément, à un niveau intersubjectif (cadre communicatif des conduites langagières) et à un niveau co-actionnel (cadre d'influences mutuelles).

En effet, la conception dynamique du suivi médical au service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU- Tlemcen met en avant non seulement le fait que tout acte réclame l'intervention d'au moins deux intervenants, mais aussi la conjonction de plusieurs procédures interactionnelles : interroger pour obtenir des actes de description, de narration ; donner des ordres ou énoncer des requêtes de faire pour examiner, observer et prescrire ; affirmer, argumenter ou contre-argumenter pour diagnostiquer et négocier :

Nous formulons donc la question suivante :

- Comment se manifeste la coopération professionnelle à travers le discours interactif médecin-infirmier ?

Afin d'apporter une réponse à cette question, nous partirons de deux hypothèses de base :

- ❖ Le discours interactif médecin-infirmier est décrit efficacement dans la relation de pouvoir du médecin ; mais la coopération signifie un véritable recul de ce type de relation.
- ❖ L'interaction médecin-infirmier se caractérise moins par une relation complémentaire que par une dissymétrie des rôles.

Nous nous intéresserons, plus particulièrement, à la façon dont les médecins (spécialistes et généralistes) et les infirmiers communiquent les informations obtenues lors du suivi médical au service d'Hépatogastro-Entérologie.

En effet, les médecins adoptent deux attitudes complémentaires : d'une part dans leur recherche d'information et dans leur résolution d'un problème. Celle-ci est bâtie sur un échange élémentaire d'informations sur l'état de santé du malade, ou si l'on veut, sur une verbalisation orale de représentations cognitives. De part leur profession, les médecins ont un statut institutionnel académique qui leur permet de maîtriser le contenu médical de l'entretien. Ils s'appuient sur un langage spécialisé tant au niveau du contenu (jargon médical) qu'au niveau fonctionnel (efficacité) et manifestent une attention particulière aux demandes des infirmiers qui traduisent l'information et la transforment en actes ou en paroles. La participation des infirmiers, est alors, plus qu'indispensable dans leur travail. Non seulement, ils les informent quand ils les sollicitent, mais ils sont les initiateurs de beaucoup d'activités. C'est pourquoi, il doit exister une source d'information qui les renseigne sur les soins en cours pour le malade : c'est le plan verbal et non verbal de l'interaction.

En ce sens, les médecins et les infirmiers communiquent dans de multiples circonstances. Ces communications font places lors de l'hospitalisation du malade, lors des examens complémentaires demandés, lors des exécutions des soins de tous les jours : examens endoscopiques haut ou bas, ponction d'ascite ou ligature, diagnostic, recommandations, explications...etc. En cela, le langage parlé, l'expression rationnelle et irrationnelle des aspirations, besoins et désirs et le langage corporel : l'attitude d'écoute, l'art de poser des questions et de répondre ne sont que quelques unes des caractéristiques de ces formes de communications. Les protagonistes (médecins spécialistes, généralistes et infirmiers) utilisent des mots, communiquent des faits, discutent des événements quotidiens, communiquent leurs interprétations des événements survenant au cours de l'application du traitement. La conscience des mots dans ces domaines de communication tend à agir sur la

relation, créant des conditions favorables au perfectionnement de l'apprentissage des partenaires de la santé. L'important, c'est en fait la manière dont ils instituent leur relation et la dynamique du processus discursif, puisque tous les deux jouent sur une conversation territoriale servant des stratégies diversement élaborées.

En revanche, dans tous les services de l'hôpital, en l'occurrence le service d'Hépatogastro-Entérologie, on trouve également des conversations en marge des tâches officielles, des échanges interstitiels, des relations informelles qui permettent de ressouder un collectif menacé par les tensions du travail. De là, le discours interactif peut aussi être le lieu d'expression des clivages sociaux, d'antagonismes professionnels, de rapports de domination, des alliances et coopérations, des conflits et des menaces voilées, des appels à coopération implicites ou explicites et d'élaboration de compromis. Les désaccords pouvant survenir dans l'interaction sont parfois d'une complexité telle qu'il n'y a de recours que celui d'aller chercher des alliés. Il s'agit d'imposer ses opinions par la force de la conviction, donc d'instaurer une relation saine : l'un est reconnu dans son autorité ; l'autre est reconnaissant d'être convaincu.

En tous cas, les opinions divergent et divergeront toujours. Cela est le fondement même de l'interaction.

Ainsi, pour arriver à traiter notre problématique de départ et à cerner ces hypothèses, nous allons procéder à une étude exhaustive de quelques notions clés mentionnées dans l'intitulé de ce travail de recherche.

La partie préliminaire est divisée en deux chapitres et concerne le cadre théorique et méthodologique. Nous allons dans le premier chapitre, aborder le concept de « *communication* », un concept clé pour l'interaction - l'objet principal de cette étude -. Il s'agira ensuite de cerner l'interaction verbale et sociale en particulier. Dans ce même chapitre, nous nous attacherons à présenter les fonctions essentielles de l'interaction.

Dans le deuxième chapitre, nous mettrons l'accent, dans un premier temps, sur les composantes de base de l'interaction. Nous allons tenter ensuite, de

souligner les typologies des interactions que nous considérons comme primordiales dans cette étude. Au cours de ce même chapitre, nous aborderons, dans un deuxième temps, l'analyse conversationnelle et l'analyse du discours. Notons ici, que le passage par une telle étape nous semble nécessaire afin de situer, parmi les divers types d'interaction, les manifestations de la coopération médecin-infirmier.

Nous passerons à la deuxième partie qui sera consacrée à une étude empirique. Elle contient aussi deux chapitres. Nous allons, dans le premier, -qui s'intéressera à la structuration des statuts interactionnels-, procéder à la présentation du corpus (motivations du choix du corpus, déroulement de l'enregistrement et la présentation du service)-, puis à l'étude de l'interaction à l'hôpital de Tlemcen et la circulation de l'information entre les partenaires de soins.

Dans le deuxième chapitre, nous verrons les dynamiques et les stratégies interactionnelles globales des activités médicales et infirmières. Celles-ci seront question du corpus qui servira de base à notre étude et dont l'ensemble sera mis en valeur à chaque chapitre.

Pour rendre notre analyse plus objective, nous sommes servis des observations des autres chercheurs qui ont étudié les données empiriques, en l'occurrence, C.K.Orecchionni, V.Traverso, E.Goffman, P.Bange...etc. Nous allons donc reprendre leurs idées, pour parvenir à faire notre classification à propos du discours interactif dans toute son ampleur.

Enfin, notre étude, aussi modeste soit-elle est close par une conclusion générale qui reviendra sur le travail afin de confirmer ou d'infirmer une des hypothèses annoncées au début de ce travail.

PARTIE 1 :
CADRE THEORIQUE ET
METHODOLOGIQUE

CHAPITRE I :
Communication et interaction

« Toute communication est une interaction. Etant une interaction, elle s'inscrit dans un processus d'influence réciproque entre les acteurs sociaux. »¹

1- Facteurs généraux de la communication :

« Si communiquer est « être en relation avec... », la relation est toutefois subordonnée à un acte d'expression réussie. La communication est donc tout effort de relation que nous tentons d'établir avec les autres, que ceux-ci s'efforcent d'établir avec nous même ou entre eux [...]. Dans un très large sens, on peut inclure dans la communication, tous les processus selon lesquels un esprit peut en affecter l'autre. »².

Ethymologiquement, « communiquer » vient du latin « *communicare* » : « être en relation avec, et signifie être en commun. »³ ; c'est là en effet le double aspect de toute communication. De même, le dictionnaire quillet de la langue française la définit : « *communication* : transmettre, faire connaître, informer de quelque chose, avoir une ouverture commune. »⁴. Dans ce sens, la communication peut être définie comme l'ensemble des processus par lesquels s'effectuent les échanges d'informations et de significations entre des personnes dans une situation sociale donnée.

Ainsi, peut-on décrire les acteurs de la communication selon le tableau suivant :

¹- MUCCHIELLI Alex et al, *Théories des processus de la communication*, © Armand Colin / Mason, Paris, 1998, p 65

²- SALLES Jean-Pierre & SIMON Yves, *L'expression et la communication dans la vie sociale et professionnelle*, © Dunod, Paris 1970, p4

³- ABRIC Jean-Claude, *Psychologie de la communication : Théories et méthodes*, © Armand Colin, Paris, 1999, p9

⁴- *Dictionnaire Quillet de la langue française* © Librairie Aristide Quillet, 1983

Emetteur	Il est à l'origine du message
1. Récepteur	Il reçoit le message
2. Référent	Ce dont on parle
3. Canal	Voie utilisée par les messages pour circuler
4. Code	Ensemble de règles et de signes Codage par l'émetteur Décodage par le récepteur
5. Message	Le contenu des informations transmises
6. Feed- Back	Réactions du récepteur à la réception du message
7. Bruits	Perturbations affectant la communication

Tableau : Les acteurs de la communication¹

En un mot, le processus de la communication rappelle le politologue Harold Laswell à la fin des années quarantes : « *Qui dit quoi, par quel canal, à qui et avec quels effets ?* »².

1.1. La communication comme situation technique (modèle de Shannon) :

Pour Shannon, le processus de communication repose sur la mise en relation d'un émetteur et d'un récepteur. L'émetteur souhaitant donner une information va devoir la traduire en un langage compréhensible pour le destinataire et compatible avec le moyen de communication utilisé : c'est le codage. Le message ainsi élaboré va alors être émis et véhiculé grâce à un support matériel : le canal de la communication. Il parvient alors au destinataire qui grâce à une activité de décodage, va pouvoir s'approprier et comprendre le message. Cette opération est souvent illustrée sous la forme simplifiée suivante :

¹- FRECHET Serge, *Communication interpersonnelle et négociation commerciale*, Enseignement supérieur Tertiaire, © marketing SA, 1997, p 22

²- CAPUL Jean-Yves, *Cahiers français N°258, communication*, ENSP : 92/10, 1992, p 83

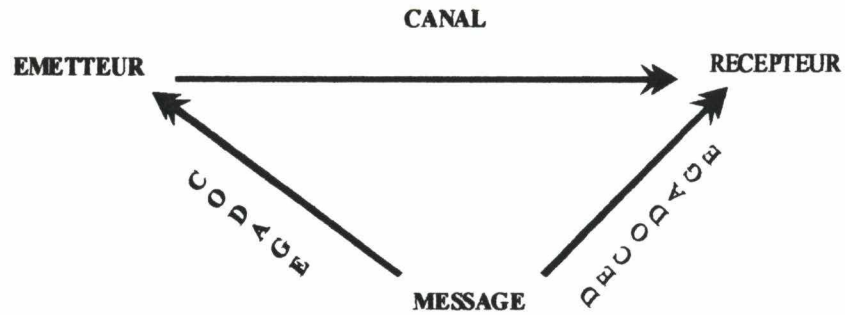
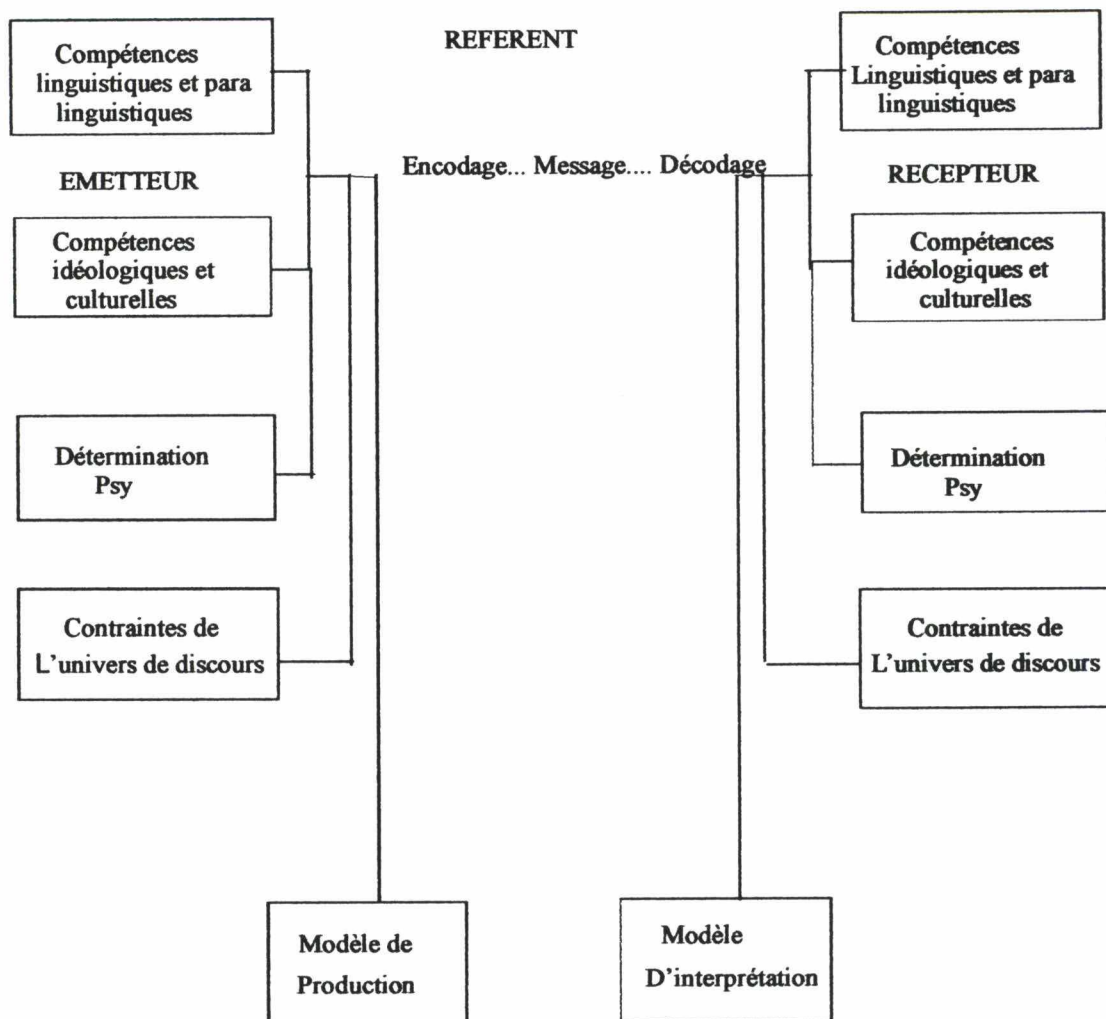


Figure 1 : Schéma de communication : Codage et décodage¹

Dans ce sens et comme le démontre clairement C.K.Orecchioni, que parler et travailler avec le concept de l'interaction c'est concevoir la communication comme une élaboration dynamique du sens à partir de la confrontation, des compétences linguistiques et paralinguistiques, idéologiques et culturelles, et psychologiques dans un environnement socioculturel qui englobe leurs pratiques communicationnelles :

¹- FRECHET Serge, Communication interpersonnelle et négociation commerciale, Enseignement supérieur Tertiaire, ©marketing SA, 1997, p13



Figur2 : Schéma de communication : Modèle de production et d'interprétation ¹

En effet, la communication s'est rapidement développée sous l'impulsion de la microsociologie de Goffman ; de l'ethnographie de la communication de Gumperz ; de l'éthnométhodologie et de l'analyse conversationnelle de Garfinkel, Cicourel, Schegloff ; de la pragmatique linguistique d'Austin, Searle ; de la systémique de Bateson, Watzlawick, Hall, Birthwistell... etc.

Bref, le système de communication, pour être pleinement efficace doit prévoir une modalité de contrôle, de régulation et de traitement des erreurs : c'est le feed-back ; c'est-à-dire le boucle de rétro action du récepteur vers l'émetteur.

¹- KERBRAT-ORECCHIONNI Catherine, L'énonciation de la subjectivité dans le langage, © Armand-Colin, Paris, 1980

1.2. La communication bilatérale et feed-back :

Le vocable feed-back est un mot anglo-américain signifiant « *information en retour* » ou « *contrôle récurrent* », ou « *retro-action* »¹. Toute parole est une allocution (elle implique que le locuteur s'adresse à un destinataire singulier ou pluriel), et même une interlocution (ce destinataire est censé répondre, ou tout au moins réagir au discours qui lui est adressé) : « *Si A salue B, on s'attend généralement à ce que B lui "rende" son salut ; si A pose une question à B, on s'attend généralement à ce que B lui répond, si A accuse B, on s'attend généralement à ce que B s'excuse ou se justifie... etc.* »². La preuve en est alors que tous les actes de langage sont censés solliciter une réponse ou du moins une réaction. Dans ce sens, pour être efficace, la communication doit fonctionner comme un système circulaire et doit s'autoréguler impliquant un élément central de cette régulation constitué par le feed-back qui permet au récepteur d'émettre ses réactions.

Dans cette optique, toute communication doit être bilatérale, qu'il s'agisse de transmission d'ordres, de consignes ou d'informations, d'échanges socio affectifs ou même conversations sans buts. C'est la rétro action réciproque qui permet l'atteinte optimale des objectifs. C'est ce que n'a pas manqué de le relever C.K.Orecchionni en disant que : « *tout processus communicatif implique une détermination réciproque et continue des comportements des partenaires en présence.* »³. Cela suppose que tout langage humain, est un message et tout message suppose dès lors un émetteur et récepteur, l'un désire se faire comprendre de l'autre ; celui-ci se propose de comprendre le message qui lui est adressé. Autrement dit, la communication est régie selon Sacks et al par le système (ABAB)⁴. C'est-à-dire, deux individus A et B sont deux systèmes en vis-à-vis de communication. Lorsque A dit quelque chose, B devient récepteur, B ayant alors une réponse à donner se transforme en émetteur

¹- MUCCHIELLI Roger, Communication et réseaux de communication, E.S.F, 1998, p22

²- KERBRAT-ORECCHIONNI Catherine, Les Actes de Langage dans le discours, Théories et fonctionnement, © Chirat, 2001, p 58

³- KERBRAT-ORECCHIONNI Catherine, Les interactions verbales I, © Armand Colin / Mason, 1990, p17

⁴- SACKS Harvey et al, A Simplest systematics for the organization of Turn-Talking in conversation, in Schenkein.J 1978, p 125

et A devient récepteur à son tour. Chacun va ainsi encoder et envoyer, recevoir et décoder. La parole est donc faite pour être adressée ; elle circule et s'échange où permutent en permanence les rôles d'émetteur et de récepteur. C'est ainsi que la communication se constitue, et pendant toute sa durée, le cycle se poursuit, ce qui permet une figuration selon le schéma suivant :

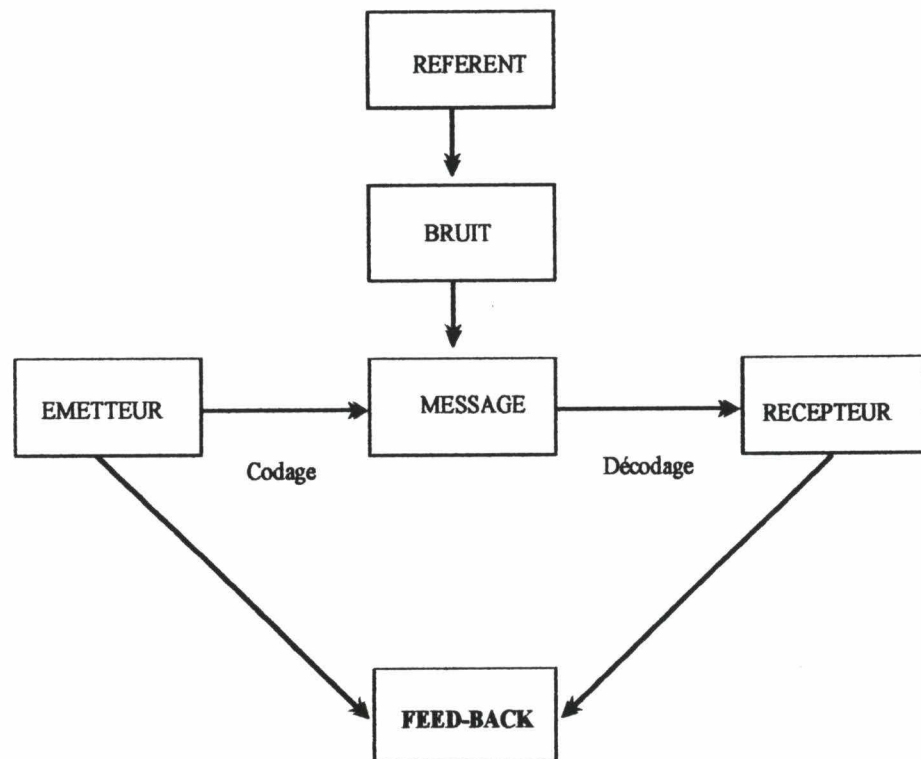


Figure3 : Schéma de la communication : Effet du feed-back¹ :

De ce qui précède, on constate que la communication s'inscrit dans un processus d'influence réciproque entre les acteurs sociaux. Cela vient du fait que la communication s'inscrit dans une dynamique où tous les paramètres et facteurs de l'existence, dans sa composante humaine ou matérielle, s'entrecroisent, s'entrechoquent et se déterminent mutuellement.

Nous démontrerons, de notre part, cette idée dans notre analyse pratique.

1.3. Savoir-faire communicatif :

De ce qui précède, on constate que la communication et comme le formulent les théoriciens de la « nouvelle communication »¹, en particulier Watzlawick et son

¹- FRECHET Serge, Communication interpersonnelle et négociation commerciale, Enseignement supérieur tertiaire, © Ellipses, © marketing SA, 1997, p22

école de Palo Alto faisant partie du « collège invisible »² : « Si l'on admet que dans une interaction, tout comportement a la valeur d'un message, c'est-à-dire qu'il est une communication, il suit qu'on ne peut pas ne pas communiquer, qu'on le veuille ou non. »³. En d'autres termes, même si l'on prétend négliger la communication, cette négligence n'est qu'une action de communication en elle-même.

Pourquoi, donc, établit-on la communication avec autrui ? La réponse donnée est la suivante : « nous avons tous besoin des autres, nous avons tous besoin de communiquer. »⁴. En effet, cette célèbre formule montre que des données contextuelles communiquent des informations qui ne sont pas langagières. L'une des plus remarquables de ces propriétés est que si j'essaie de dire quelque chose à quelqu'un, alors, dès qu'il reconnaît que je cherche à lui dire quelque chose, j'ai vraiment réussi à le lui dire. C'est notamment ce qu'illustre Dériida : « On communique, pour entrer dans un certain rapport avec autrui : quand je dis quelque chose à quelqu'un, , il n'est pas sûr que mon premier souci soit de lui transmettre un savoir ou un sens, mais d'entrer avec lui dans un certain rapport. »⁵.

Il devient donc évident que la communication est un processus complexe qui peut se réaliser en l'absence totale du langage parlé, comme le démontrent R.B.Adler et N.Town : « Il est impossible de ne pas communiquer, les expressions du visage, les gestes, et autres comportements non verbaux signifient que, même si nous pouvons nous arrêter de parler, nous ne pouvons pas arrêter de communiquer. »⁶. Ainsi, il nous arrive souvent de prendre un air renfrogné et un détournement de tête ; mais même ce comportement de refus de communication est en soi un acte communicationnel qui peut entraîner des réactions de la part de ceux qui nous regardent. De même, il se

¹- Un ouvrage clé rédigé en collaboration de plusieurs chercheurs regroupés autour de P.Watzlawick au sein de l'école de Palo Alto

²- Groupe de recherches qui avaient pour point de départ la théorie pragmatique de J. Russel, et pour cadre conceptuel commun la démarche systémique

³- ABRIC Jean-Claude, Psychologie de la communication : Théories et méthodes, ©Armand Colin, Paris, 1999, p 9

⁴- ADLER Ronald & Towne Neil, Communication et interaction, édit. Etudes Vivantes, Montréal, 1991, p 4

⁵- BLANCHET Alain & TROGNON Alain, La psychologie des groupes, © Nathan / VUEF 2002, p 60

⁶- ADLER Ronald & Towne Neil, Communication et interaction, © Etudes Vivantes, Montréal, 1991, p12

peut également que nous ne soyons pas conscients de l'air mécontent que nous manifestons, mais toutes ces données là n'échappent à vrai dire pas aux autres personnes qui nous entourent. Toutefois, la gestuelle participe également à la transmission des contenus informatifs. Il serait de même exact de dire que ce type de communication non verbale peut pour ainsi dire servir de support à la communication verbale.

Il ne s'agit donc pas de faire une opposition entre la communication verbale et la communication non verbale : « *La communication est un tout intégré.* »¹. Dans ce sens, la communication est un processus social permanent intégrant de multiples modes de comportements : la parole, le geste, le regard, la mimique, l'espace interindividuel, le contexte... etc.

En un mot, la communication, qu'elle soit informationnelle ou relationnelle, ne peut être conçue comme un simple terrain où vient se planter le langage pour aboutir à l'interaction représentée par toutes ses catégories, comme le montre G. De Salin par ce schéma :

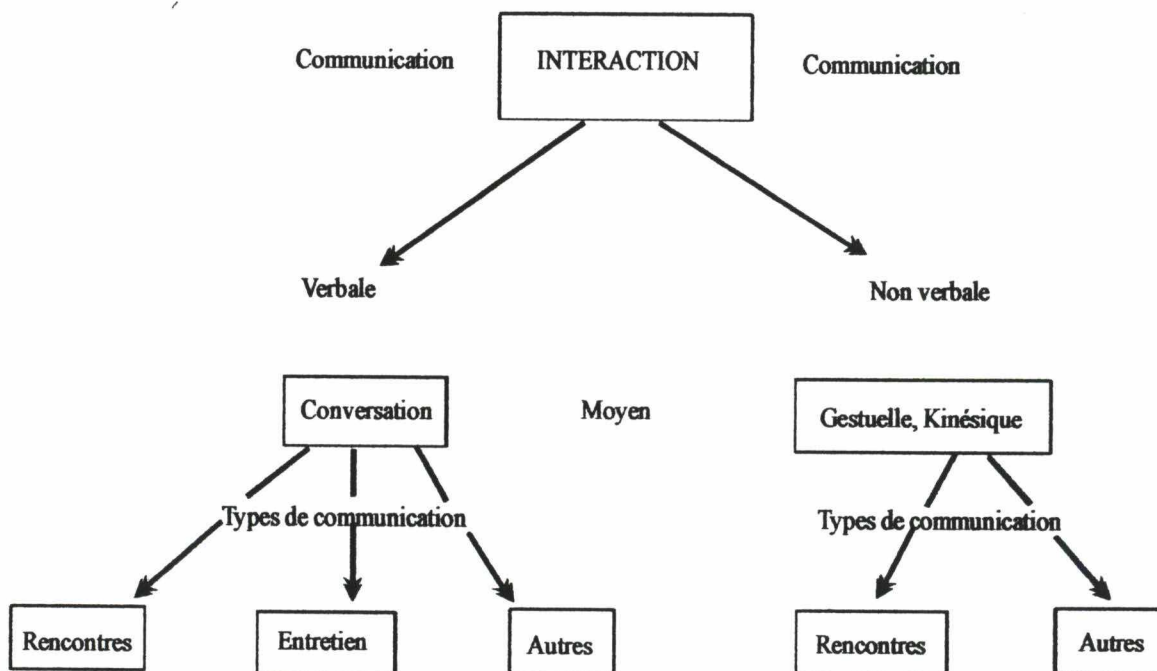


Figure 4 : L'Interaction verbale et non verbale²

¹- MAHUT B & GRÉHAIGNE J-F, Gestuelle communicative dans l'intervention en EPS, UFR-Staps de Besançon, Faculté des lettres, Laboratoires ELADI(EA 2281), IUFM de Franche comité, p 45 (internet)

²- SALIN G-D, Une approche ethnographique de la communication, © Hatier/Crédif, Paris, 1998, p 42

1.4. Compétences et stratégies discursives :

L'ouverture de J.Habermas sur l'agir communicationnel nous permet de faire appel à un autre auteur qui accorde à l'interaction une vertu plus que jamais communicationnelle : F.Jacques¹ est l'un des théoriciens de l'interaction qui, tout en lui accordant une dimension sociale très forte, met en exergue un postulat principal : l'interaction est fondamentalement communicative. Ainsi, il fonde la relation entre l'interaction et l'ordre social où l'acte communicatif est le lieu de sa construction. Cette relation est concentrée dans la notion de stratégie discursive qu'il définit en ses termes : « *On appellera stratégie discursive un ensemble d'interactions communicatives en tant qu'elles construisent peu à peu leur contexte [...]. L'étude des actes de langage est plus générale et préalable à l'étude de leur utilisation dans le cadre communicatif où ils sont produits* »².

Dans cette optique, pour examiner la question de stratégies, il est important à notre avis de passer par la notion de « *compétence* » décrite par Hymes, le premier linguiste ayant introduit ce terme au sein de la linguistique moderne, en reconnaissant le rôle important de la compétence linguistique de Chomsky. Il est à noter, ici, que nous ne mettons pas, la compétence au même niveau avec les stratégies interactionnelles ; mais nous voulons juste montrer les liens naturels établis entre ces concepts clefs, car nous pensons que sans la compétence, le sujet parlant n'aurait pas la possibilité d'adopter une stratégie efficace au cours de l'interaction. Signalons, que la compétence, telle qu'elle est conçue par Hymes, représente toute production collective offerte et imposée à l'individu comme norme à utiliser impérativement dans l'échange langagier avec les autres. Cela dit, la « *compétence de communication* » selon ses termes présente la source de toute stratégie qui peut généralement être adoptée par le sujet parlant au moment de l'interaction. Cela doit, toutefois, être considéré dans le sens de lui laisser la liberté de choix entre telle ou telle norme (Compétence), selon, bien entendu, l'attitude

¹- JACQUES Francis, *Trois stratégies interactionnelle conversation, négociation, dialogue* ; in *Echanges sur la conversation*, Editions du CNRS, Paris, 1998, p 45-58

²- *Ibid*, p 52-56

qu'il veut suivre (Stratégie). Communiquer, sera donc, d'après lui, tenu pour une opération d'accomplissement des tâches, de conduire des activités, permettant de conférer, par conséquent, une image identitaire favorable assurée par un pouvoir réel sur les autres.

Les études en linguistique ont donc intégré cette notion de stratégie de communication dans leurs approches. Voici par exemple, P.Charaudeau, qui reprend, nous semble-t-il, la théorie de Hymes mettant l'accent sur l'importance de la stratégie d'interaction en tant que facteur inévitable et consciemment élaboré par le sujet communicant, qui n'est que la double face du sujet énoncé¹. Autrement dit, « *la stratégie de communication* » est pour lui une ligne de conduite préparée d'avance par le sujet parlant avant même d'être en contact avec son partenaire discursif. Une telle idée ne semble pas claire aux yeux de R.Vion, qui fait état d'une toute autre approche, totalement opposée à celle avancée par P.Charaudeau. Il croit qu'il est inutile d'étudier les stratégies (qu'elles soient linguistiques, discursives,... etc.) dans le sens où elles sont prises pour des savoir-faire bien anticipés consciemment par les interactants. La stratégie sera analysée, d'après lui comme un ensemble de comportements et de rapports de places effectivement constatés lors du déroulement d'une interaction². Ainsi, il pense contrairement à P.Charaudeau, que la stratégie d'interaction est le résultat direct de la présence conjointe des interactants lors de l'interaction. L'interactant selon lui, avant de nouer l'échange discursif, essaye de planifier certaines stratégies qui sont, à bien des égards, d'être modifiées, repensées, et même tout à fait remplacées par d'autres mieux adaptées à la situation dans laquelle il se trouve engagé.

De là, vient alors l'importance de considérer « *les stratégies d'interaction* » comme étant des lignes de conduite dictées et imposées aux participants au départ de l'interaction.

¹ - CHARAUDEAU Patrick, L'interlocution comme interaction de stratégies discursives, in *Verbum* VII-84 2/3, 1989, p 165-166

² - VION Robert, *La communication verbale : Analyse des interactions* © Hachette 2000, p91

2- De l'interaction verbale et sociale:

2.1. Champs disciplinaires de l'interaction :

Pour définir l'interaction, il y a lieu de rappeler succinctement ses principaux champs disciplinaires qui affirment le primat de cette notion en tant qu'objet d'étude par excellence mettant l'accent sur sa « *multicanalité* »¹ ; celle-ci sous-entend qu'ils sont un mélange à proportions variables de verbal et de non verbal. Ces disciplines peuvent se rapporter à trois grands courants :

Premièrement : dans le courant sémiologique et linguistique où l'intérêt est porté principalement à l'interaction verbale et l'analyse du discours, dont les représentants sont, M.Bakhtine, E.Roulet, O.Ducrot qui s'intéressent aux formes dialoguées des pratiques langagières.

Deuxièmement : dans le courant sociologique où l'accent est mis principalement sur l'interaction sociale. On distingue deux tendances : la microsociologie représentée d'une part, par l'ethnométhodologie (H.Garfinkel, A.Cicourel) et l'analyse conversationnelle (H.Sacks, E.Shegloff, G.Jefferson) qui s'interrogent sur les processus complexes de la coordination des actions et de l'alternance de parole ; et d'autre part, l'interactionnisme symbolique ou sociologie de la vie quotidienne (A.Schütz, M.Weber, G.H.Mead) qui se penche sur la communication comme comportements symboliques de la socialisation de l'individu et l'ethnosociologie qui comporte d'une part, l'ethnographie de la communication qui traite le fonctionnement de la parole, articulé à la question de la compétence communicative (D.Hymes) et des rites d'interaction (E.Goffman).

Troisièmement : dans le courant philosophique, sont mises en exergue la relation interlocutive et la relation intersubjective (F.Jacques) et la rationalisation de l'agir communicationnel (J. Habermas).

De notre position, nous allons, en appui sur ces dernières disciplines, reconstituer un cadre théorique qui puisse recouvrir le caractère verbal et social du

¹ - COSNIER Jacques et al, Geste, Cognition et communication, Nouveaux actes sémiotiques, Université Limoges, Pulim, 1997, p 52

discours interactif médecin-infirmier. On peut déjà préciser le fait que toutes ces approches recouvrent dans leur ensemble toutes les dimensions de ce type d'interaction.

2.2. Notions générales de l'interaction verbale et sociale :

Le terme « *interaction* » fait, jusqu'à présent, l'objet d'une problématique au sein de la linguistique interactionnelle. Autant de terminologies lui sont attribuées par certains auteurs : il est l'équivalent à « *rencontre* » pour Goffman et Edmonson ; tandis que Roulet utilise le terme « *incursion* » ; mais Hymes, Labov et Fanshel utilisent le terme « *speech event* » ; il est aussi l'équivalent à « *événement de communication* » pour Hiddesheimer et Roussel ; et « *interchange* » pour Donaldson, Sacks et Schegloff :

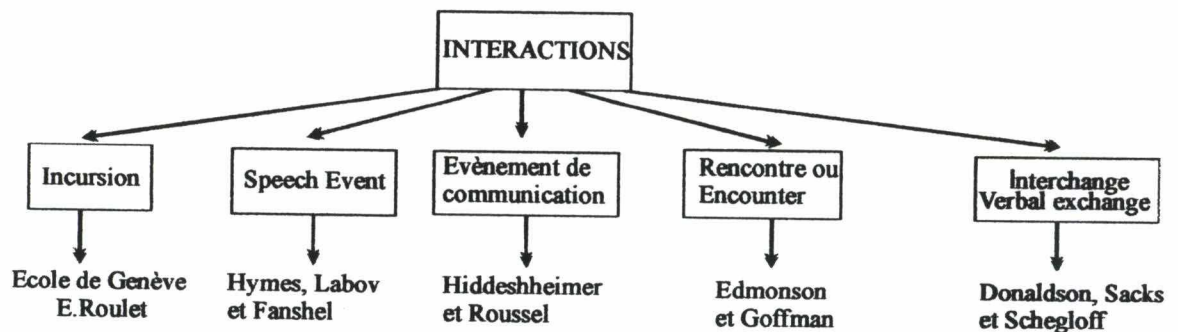


Figure 5 : Notions générales de l'interaction

En tout état de cause, le terme « *interaction* » suggère par lui-même une idée de réciprocité d'actions entre deux interactants. Cette dimension de réciprocité d'action a été l'objet d'étude d'un des ouvrages de Bange qui emploie le terme « *interaction* », précisément au sens d'action sociale réciproque¹. Quant à Bakhtine, l'interaction apparaît, selon lui, comme la réalité fondamentale du langage. Il conçoit ainsi le langage comme une construction sociale. Pour Goffman, il élabore une conception théâtrale de la communication qui consiste à dire que communiquer c'est endosser un rôle social et en donner la meilleure représentation.

Ainsi l'interaction est liée à l'ordre social et se présente comme un jeu entre les différents acteurs sociaux. C'est comme le notent Labov et Fanshel :

¹ - BANGE Pierre, *Analyse conversationnelle et théories de l'action*, © Hatier, / Didier, Paris, 1992, p 71

« L'interaction est une action qui affecte (altère ou maintient) les relations de soi et d'autrui dans la communication de face à face »¹. De sa part, l'ethnométhodologie avance l'idée selon laquelle l'interaction est le lieu où les membres d'une société développent du savoir et du savoir-faire pour organiser leur vie sociale au quotidien à travers des activités pratiques. Elle n'est pas située uniquement entre sujets interagissants mais entre ces sujets et le social qui les encadre. Cette relation est en perpétuel mouvement et transformation, elle se construit et se reconstruit indéfiniment. Et comme le précise C. Bachman : « L'interaction est une action sociale mais plus encore une construction sociale mettant en jeu des relations interpersonnelles en rapport avec un cadre social. Relations fondées sur des rapports de force ou du moins d'influence »².

En un mot, l'interaction dans son fonctionnement, se définit comme le lieu d'influences mutuelles mettant en avant le principe de réciprocité qui régit les échanges entre des individualités.

Il y a par ailleurs, d'autres types d'interactions verbales plus dynamiques ; ce sont les interactions à structure d'échange tel que la conversation, l'entretien, le dialogue...etc. Ce type d'interaction où les acteurs sont des locuteurs et des allocutaires -à tour de rôle- semble convenir à notre sujet de recherche.

3- Fonctions essentielles de l'interaction verbale et sociale :

Après avoir effectué une étude, plus ou moins interne de l'interaction verbale, il convient de retenir qu'elle est une réalité multidimensionnelle qui relève en général de deux grands paradigmes qui déterminent tous ses autres aspects :

-Elle est verbale

-Elle est sociale : l'interaction reste en effet « un processus social de base »³

De la distinction mais surtout de la complémentarité de ces deux faces constitutives de l'interaction verbale et sociale. Celle-ci recèle plusieurs fonctions constitutives indissociables dont nous citons quatre essentielles :

¹- KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, les interactions verbales II, © Armand Colin, Paris, 1992, p 9

²-BACHMANN Christian, Le langage dans les communications sociales quotidiennes : quelques perspectives actuelles, in Etude de linguistique appliquée, Paris, 1980, p 22-23

³- ANDRÉ-LAROCHEBOUVY Danielle, La conversation quotidienne, © Crédif, Paris, 1986, p140

3.1. L'interaction comme lieu d'établissement des relations sociales et d'influences mutuelles :

L'interlocuteur est considéré au centre de toutes les interrelations : « Une société peut-être dite humaine, dans la mesure où ses membres se confirment les uns les autres »¹.

Il devient légitime de se demander : pourquoi les acteurs sociaux ont-ils tendance à se servir des interactions verbales pour établir ces liens sociaux ?

Il semble, en effet, qu'ils se comportent ainsi pour satisfaire un certain nombre de besoins, à travers les interactions verbales, comme le démontre le psychologue William Schutz² en décrivant trois types de besoins sociaux que les sujets parlants s'efforcent, en réalité, de combler par l'interaction :

a- Le besoin d'inclusion : c'est le besoin de se sentir faisant partie d'une communauté sociolinguistique déterminée. Une partie des conversations n'ont d'autres raisons que de manifester l'appartenance au groupe, de permettre à chacun d'y trouver sa place, d'être reconnu comme membre à part entière.

b- Le besoin d'autorité : le sujet parlant tend à exercer son désir d'avoir une influence sur les autres, et à ressentir une impression de pouvoir sur sa propre vie.

c- Le besoin d'affection et de respect : c'est le besoin de connaître sa valeur aux yeux des autres.

Dans le même ordre d'idées, et d'après les théoriciens de l'école de Palo Alto, l'interaction verbale fonctionne aussi bien, tel que nous avons vu plus haut, au niveau informationnel qu'au niveau relationnel : « Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tel que le second englobe le premier »³. Pour C.K. Orecchioni, elle donne la priorité à la relation au détriment du contenu ; car elle soutient la thèse supposant que certains énoncés peuvent être dépourvus de tout contenu, ou du moins, de toute valeur informationnelle, tels que les énoncés qui relèvent de la « communication phatique ». Elle croit également que ces énoncés

¹- KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, Les interactions verbales II, © Armand Colin, Paris, 1992, p9

²- SCHÜTZ William, The interpersonal under world, © Science and Behavior Books, Palo Alto, 1966, p80

³- WATZLAWICK Paul et al, Une logique de la communication, © Seuil, Paris, 1972, p 52

« *phatiques* » auxquels les acteurs ont souvent recours (comme les questions sur l'état de santé, remarque sur le temps... etc.), sont d'une manière ou d'une autre, important au niveau relationnel. Ainsi, l'utilisation des énoncés, tel que (s'il vous plaît, merci, je vous en pris... etc.), ou des termes d'adresse comme (monsieur, madame, docteur... etc), peuvent jouer un rôle crucial au niveau de la relation établie entre les sujets parlants. De même, les termes d'adresse représentent - surtout outre leur valeur déictique- des indicateurs de la relation entretenue par les interactants et contribuent à construire de nouvelles relations entre les acteurs qui se trouvent en tête-à-tête dans une situation de communication nouvelle ou encore à renforcer les liens préexistants entre les interlocuteurs ayant une « *histoire interactionnelle* »¹. Ils sont comme elle le remarque : « *les marqueurs de la relation et non la relation elle-même [...] qui sont considérées à la fois comme des reflets et comme des constructeurs de relation.* »².

L'importance des interactions verbales comme productrices et protectrices des relations sociales trouve tout de même place dans les écrits de D.André-Larochebouvy qui affirme que ce type d'interaction représente le moyen par lequel les participants communiquent et construisent des rapports sociaux leur permettant de renforcer leur appartenance à leur communauté socioculturelle : « *La conversation constitue le tissu langagier grâce auquel les membres d'une communauté non seulement communiquent quotidiennement, mais encore grâce auquel ils assurent leur appartenance au groupe, leur solidarité* »³.

Plus globalement, force est de constater que les interactants doivent opérer à travers le discours une reconnaissance intersubjective de leurs visées respectives. Le fait qu'à un certain moment de l'interaction l'auditeur devient locuteur et réciproquement ; c'est là un fait central, primitif qui détermine la construction de la

¹- Le terme d'histoire interactionnelle est à Vion, l'histoire d'un individu ; cette histoire : « *est constituée de la totalité des interactions auxquelles il a participé ou assisté.* », R.Vion, *La communication verbale : Analyse des interactions* © Hachette 2000, p 99

²- KERBRAT-ORECCHIONNI Catherine, *Les interactions verbales II*, © Armand Colin, Paris, 1992, p15

³- ANDRÉ-LAROCHEBOUVY Danielle, *La conversation quotidienne*, © Crédif, Paris, 1986, p 5

subjectivité. C'est dans ce sens que l'on peut dire que l'interaction représente la dimension permanente de l'humain dynamique, évolutif et surtout social.

Il est donc évident, à partir de ce que nous avons avancé, que le processus de l'interaction verbale est le moyen par lequel les sujets parlants établissent des rapports et des liens sociaux avec leurs semblables. Ils ne sont pas par conséquent seuls maîtres de leurs destins, ni seuls responsables d'ailleurs de leurs dires ; ils sont résolument en relation avec leurs semblables qui déterminent avec eux leur identité et celle du monde où ils évoluent.

De notre position, nous allons montrer que l'interaction verbale et sociale configure les rencontres interpersonnelles, préforme les engagements des médecins et des infirmiers et rend possible une représentation structurée de l'entreprise médicale.

3.2. L'interaction comme processus d'établissement des images identitaires :

Pour Watzlawick, les messages verbaux visent essentiellement à imposer une « certaine définition de soi même. », i.e, dire à l'autre, « *voici comme je me vois.* », ce qui appelle en retour un « *voici comme je vous vois.* »¹. De sa part, G.H. Mead de l'école de Chicago², affirme que l'interaction verbale est le lieu de construction de l'identité de l'individu. Celui-là s'inscrit dans une relation permanente avec ses semblables, en y apportant ses attributs pertinents (statut, rôle, place, etc.) pour les faire valoir devant eux. Ainsi, il remarque qu'il forme son image identitaire à travers un processus de socialisation, qui, à son tour, ne peut s'effectuer que grâce à l'interaction verbale³. Il insiste, d'emblée sur le langage comme étant un processus indispensable à la naissance de soi qui apparaît dans l'expérience et dans l'activité sociale. Il est le résultat des relations que ce dernier soutient avec la totalité des

¹ - KERBRAT-ORECCHIONNI Catherine, Les Négociations conversationnelles, *Verbum* VII, 2-3, 1984, p 233

² - MEAD Georges-Herbert, *L'Esprit, le soi et la société*, © P.U.F, Paris, 1963, p 95

³ - ADLER Ronald & Towne Neil & TOWNE N, *Communication et interaction*, © Etudes Vivantes, Montréal, 1991, p 74

processus sociaux et avec les individus qui y sont engagés¹. De ce point de vue la communication : « est une arme, qui permet à l'individu de maîtriser l'image qu'il donne de soi »². Cette théorisation de « soi » trouve son épanouissement à travers les écrits de E. Goffman qui développe l'idée selon laquelle « *Le monde est un théâtre* » où les acteurs sociaux sont impliqués dans une mise en scène ou une présentation de leurs images identitaires. Il ajoute que l'identification d'autrui, surtout lorsqu'il s'agit des premiers contacts est facilitée par l'influence que chacun des partenaires exerce sur l'autre pour se « *faire valoir* »³. Par ailleurs, il attribue à l'individu une « *face* » sociale, qui désigne l'ensemble des images de soi qu'il doit projeter partiellement lors de sa rencontre avec d'autres interlocuteurs pour recevoir leur reconnaissance : « *L'individu doit compter sur les autres pour compléter un portrait de lui-même. Chacun est responsable de l'image qu'il donne de sa bonne tenue et de celle que sa différence impose aux autres.* »⁴. Cette face et cette image identitaire est concédée donc, par les autres ; son possesseur doit veiller à la préserver, autant que possible, en faisant « *bonne figure* » à chaque fois qu'elle est remise en cause, lors de chaque interaction engagée avec eux : « [...] *le membre d'un groupe quelconque est censé faire preuve de considération : on attend de lui qu'il fasse son possible pour ne pas heurter les sentiments des autres ni leur faire perdre la face [...].* »⁵.

Il faut restituer dans le cadre de cette fonction la part entière de la personnalité des acteurs de l'interaction. Les interactants se meuvent dans la société et dans les rencontres interactionnelles, avec une histoire qui a forgé leur part de cognition, leur part de sociabilité et leur part de psychologie ou d'émotivité. A ce titre, l'interactant doit manifester une capacité puis une compétence à partager le sens des réalités abordées, l'effort de compréhension et d'interprétation des productions

¹- MEAD Georges-Herbert, *L'Esprit, le soi et la société*, © P.U.F, Paris, 1963, p 115

²- PERRENOUD Philippe, *Ambiguïtés et paradoxes de la communication en classe, unige*, 1991, p 9

³-BOUDON Robert & BOURRICAUD François, *Dictionnaire critique de la sociologie*, Presse universitaire de France, 1982, p 29

⁴- GOFFMAN Erving, *Les Rites d'interaction*, © Minuit, Paris, 1974. p 74

⁵- *Ibid*, p 13

des autres. Cette idée est éclaircie par Cosnier qui parle de « quatre questions du parleur : Est-il entendu ? Est-il écouté ? Est-il compris ? Qu'en pense l'écouteur? »¹

En d'autres termes, chacun des interactants est invité à sauvegarder son image et celle de l'autre.

3.3. L'interaction comme lieu d'établissement du sens :

Il faut retenir que le locuteur communique une information à son récepteur en utilisant le langage et pour parvenir à véhiculer cette information, il se sert de toutes les règles : d'ordre syntaxiques qui régissent la façon dont les signes doivent être ordonnés ; d'ordre sémantiques, qui reflètent la façon dont les utilisateurs d'une langue réagissent face à un signe donné, et finalement, des règles régulatrices, qui nous indiquent quelle interprétation on doit apporter à un message dans un contexte déterminé. Alors, le locuteur compose son message linguistique censé être porteur de sens : « *Le sens est, en profondeur, un mode d'action sur autrui en tant que protagoniste du discours [...]. Il constitue d'abord une façon d'intervenir (de jouer ou de combattre) dans le cadre institutionnel de la parole.* »².

Mais, on se pose la question : est-ce que ce message linguistique suffit pour transmettre l'information en question ? P.Charaudeau semble nous apporter la réponse, il pense : « *Qu'un acte de langage signifie autre chose que ce qu'il signifie explicitement* »³. La prise en compte de l'implicite par le locuteur est donc fondamentale pour l'encodage du message. Il semble correct de dire, comme l'estime H.Boyer, que « *Le message n'est plus le simple emballage linguistique d'une information en direction d'un interlocuteur ou d'un lecteur.* »⁴. L'interprétation de l'énoncé impose la prise en compte de leur situation d'énonciation : le lieu d'où l'on parle, le temps où l'on parle, la source de la parole à laquelle se rattachent d'autres sources énonciatifs.

¹- TRAVERSO Véronique, L'analyse des conversations, ©Nathan, 2000, p6

²- KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, Les interactions verbales I, © Armand Colin / Mason, 1998, p10

³- CHARAUDEAU Patrick, Elément de Sémiolinguistique : d'une théorie du langage à une analyse du discours, Connexion 38 (Langage en situation, pratiques sociales et interaction), © Erès, 1982, p10

⁴- BOYER H, Elément de Sociolinguistique, Langue, Communication, Société, © Dunod, Paris, 1991, p53

Il est à signaler, que l'interaction verbale est la voie d'une construction mutuelle et réciproque du sens établi au fur et à mesure par les interactants qui se partagent certaines compétences linguistiques et communicationnelles communes. Reste à ajouter, que cette construction de sens et de signification doit, pour réussir, reposer sur la pertinence et la véracité : c'est-à-dire le respect des maximes griciennes qui sont les principes régulateurs de l'interaction.

3.4. Postulat d'intentionnalité :

D'abord, il convient de définir l'intention comme suit : « *L'intention d'un homme est ce qu'il vise ou ce qu'il choisit.* »¹. En fait, les intentions se précisent au cours de l'interaction. C'est-ce que nous explique P.Bange insistant sur le fait que : « *La communication fonctionne non quand le récepteur a reconnu la signification des structures linguistiques, mais quand il fait, à partir de ces structures et à partir du contexte de l'énonciation, des inférences qui lui permettent d'identifier quelle est l'intention du locuteur à ce moment. Il manifeste sa compréhension par une réaction comportementale, verbale, ou simplement cognitive* »². Il arrive même qu'elles s'inversent de négatives devenant positives, par exemple sous l'effet de la bonne image que nous avons réussi à donner de nous-mêmes. Il faut comprendre d'ailleurs que tout acte de langage est porteur d'un sens conjoint, c'est-à-dire des marques des deux interlocuteurs en contact à la fois.

Par là, nous disons que, dans une interaction, la satisfaction d'un acte de langage repose sur une condition plus primitive qui est la reconnaissance par l'auditeur des actes de langage que le locuteur accomplit. En effet, un acte de parole est accompli si l'auditeur comprend l'intention illocutoire qu'à le locuteur en l'énonçant : « *Par la force illocutoire d'une expression, un locuteur peut motiver un auditeur à accepter l'offre de son acte de parole, et par là à engager un lien rationnellement motivé.* »³. De

¹- BOUDON Robert & BOURRICAUD François, Dictionnaire critique de la sociologie, Presse universitaire de France, 1982, p 299

²- BANGE Pierre, L'Analyse Conversationnelle et théorie de l'Action, © Hatier/ Didier, Paris, 1992, p128

³- HABERMAS Jürgen, Théorie de l'agir communicationnel, Tome I, © A. Fayard, Paris, 1987, p288

là, il faut dire que le simple "bonjour" adressé à l'autre n'est pas à attribuer à celui qui l'a sonorisé mais à lui et conjointement à celui à qui il est adressé.

En somme, le locuteur en produisant son premier acte de parole fournit à l'auditeur un cadre d'analyse ; ce dernier va prendre en compte d'abord la situation d'énonciation : le lieu d'où l'on parle, le temps où l'on parle, la source de la parole (je) à laquelle se rattachent différents autres phénomènes énonciatifs. Mais rien ne garantit à ce dernier qu'il a fait les bonnes hypothèses contextuelles correspondantes à l'intention communicative du locuteur, parce que : « *ce qui compte dans un acte de langage, ce n'est pas quelle intention a le locuteur, mais quelle intention peut lui être prêtée par le récepteur.* »¹.

De son côté, Jakobson écrit : « *il faut comprendre que le langage présente deux aspects très différents selon qu'on se place du point de vue de destinataire ou de celui du destinataire.* »². Prendre en considération une telle idée revient à admettre avec Charaudeau que l'interaction est une mise en fonctionnement de deux types de circuits : - Un circuit externe (ou le lieu situationnel ou encore le lieu du faire) : c'est un lieu où cohabitent un "je" communiquant et un "tu" interprétant, comme partenaires de l'acte de langage poursuivant un projet de parole ou de significations ou leurs regards évaluateurs respectifs.

- Un circuit interne (ou le lieu du dire) où coexistent un "je" énonciateur et un "tu" destinataire, comme être de parole protagonistes assumant des rôles énonciatifs dans un processus de production-interprétation langagière³ :

¹- BRASSAC Christian & GORSE Ajonc, Deux thèmes sur le processus de structuration de la conversation, *Verbum* 7/2-3, 1984, p32

²- JAKOBSON Roman, *Essai de Linguistique Générale*, © Minuit, Paris, 1963, p 209

³- CHARAUDEAU Patrick, L'Interlocution comme interaction de stratégies discursives, in *Verbum* VII-84 2/3, 1989, p 165-166

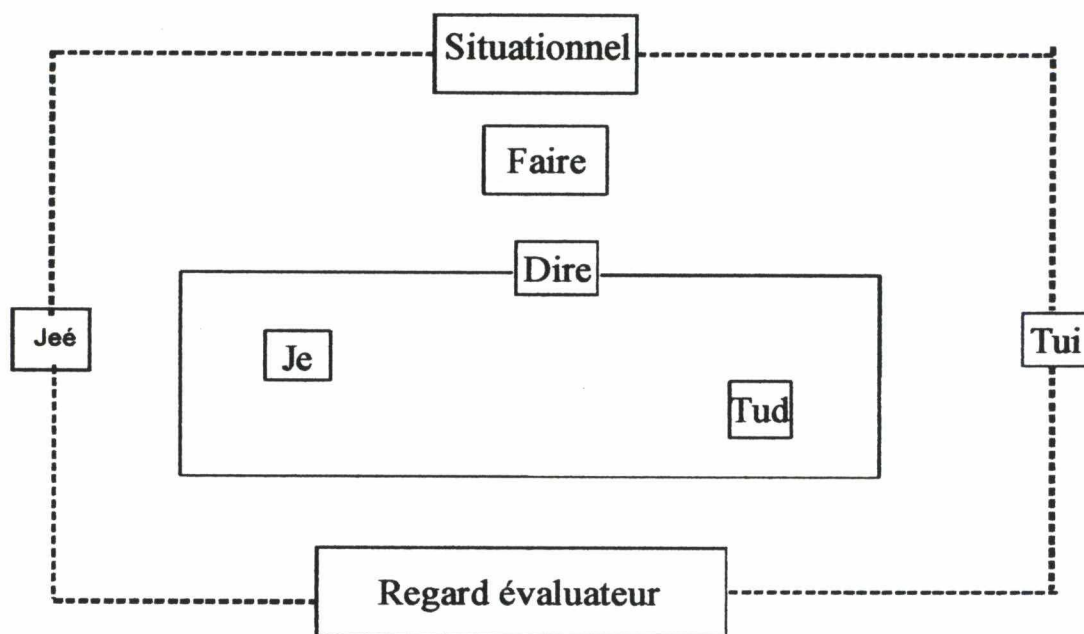


Figure6 : Stratégies discursives de P.Charaudeau

C'est ce qui permet de parler en intégrant l'autre dans son propre discours qui est aussi celui de cet autre. Notons essentiellement, ici, que Charaudeau en amorçant une telle réflexion, tente, à vrai dire, de mettre l'accent sur l'importance de la stratégie d'interaction en tant que facteur inévitable et consciemment élaboré par le sujet communicant, qui n'est que la double face du sujet énonciateur.

Bref, l'interaction se développe à partir de la saisie des intentions du locuteur par l'auditeur ; sa réussite passe par la volonté de chacun de se rapprocher de l'autre, intentionnellement ou non, et d'agir sur lui sur tous les plans (cognitif, affectif, social...etc). Elle se conçoit inéluctablement comme une relation intersubjective.

CHAPITRE II :

Interaction verbale et analyse interactionnelle

1- Les composantes de base de l'interaction verbale et sociale :

Après avoir défini ce que le terme « *interaction* » peut recouvrir, et après avoir cité les critères qui peuvent aider à établir une typologie plus ou moins exhaustive de ses différentes catégories dont nous avons précisé quelques unes, il nous paraît maintenant indispensable d'aborder une définition plus interne de l'interaction, à travers l'étude détaillée de chacune de ses composantes de base qui sont : la situation, le rapport de place et la notion de cadre interactif.

1.1. La situation :

Vu son importance dans le processus de l'interaction, de nombreux auteurs tels que C.Germain, B.Pottier, E.Goffman, C.K.Orecchionni, R.Vion, D.André-Larochebouvy...etc, se sont attachés à donner une définition convaincante au terme « *situation* ». Mais prenons par exemple, la définition de C.Germain, qui consacre tout un livre à la notion de « *situation* » : « *Par situation, nous entendons ici l'ensemble des faits connus par le locuteur et par l'auditeur au moment où l'acte de parole a lieu.* »¹ écrit-il. Dans cette perspective, pour définir la situation de communication, on fera référence à ses participants, à son cadre spatio-temporel et à son objectif. Dans cette perspective, C.K.Orecchionni met en relation d'équivalence le terme « *contexte* » avec celui de « *situation* », tout en utilisant préférentiellement le premier. Elle précise que les données contextuelles ou situationnelles ont une partie liée avec la théorie de l'interaction, parce qu'elles sont déterminantes pour la reconstitution du sens des messages linguistiques.

Mais depuis que l'ethnographie de la communication a formé la collocation « *situation de communication* », cette expression souligne D.André-Larochebouvy est devenue « *une notion fourre-tout* »², souvent confondue dans sa globalité avec le contexte ou caractérisée par l'instabilité terminologique (le même objet étant dénoté par des termes différents). Il reprend la même définition en y introduisant la notion de « *participants* » et plus de précisions dans l'analyse de l'acte de

¹- GERMAIN Claude, La notion de situation en linguistique © Université d'Ottawa, 1973, p 26

²- ANDRÉ-LAROCHEBOUVY Danielle, La conversation quotidienne © Crédif, Paris, 1986, p26

communication. Il la définit : « *la situation est constituée par l'ensemble des faits connus par chacun des participants à chaque moment considéré du processus verbal.* »¹. Tandis que R. Vion pense que la « *situation* » englobe le contexte, le texte et le cotexte qui ne sont, d'après lui, que des aspects de la communication.

Sur la même longueur d'onde, d'autres auteurs soulignent trois situations de communication possibles :

a- *Situation de confirmation* : en nouant leur échange verbal, les interactants se trouvent souvent conduits à coopérer, donc une relation de confirmation de leur personnalité s'établit.

b- *Situation d'opposition* : parfois les protagonistes de la communication trouvent que leurs échanges leur révèlent une sorte d'opposition entre eux ; mais ce désaccord n'implique pourtant aucun refus ou déni de l'existence de chacun d'eux.

c- *Situation de non-identité* : ce troisième cas de figure est ce qu'on peut appeler la non-identité ou la négation : lors de l'établissement de la communication avec autrui, l'un des interlocuteurs se trouve amené : ses propos ne sont pour autant pas pris en considération. Cela peut aller jusqu'à la situation où l'on parle pour lui et l'on répond pour lui, son existence est donc remise en question.

Nous allons traiter ces trois situations dans les manifestations langagières de coopération et de conflits plus loin.

Reste que la situation est plus indispensable aussi bien que le locuteur que pour l'interlocuteur qui l'investit pour parvenir à établir une intercompréhension, et par conséquent une réussite de leur interaction.

1.2. Le rapport des places :

Flahault utilise la « *place* » pour désigner d'une manière très large les rôles institués dans le discours insistant sur le fait que la place doit être pensée comme « *rapport de place* ». Dans cela, on marque à la fois quelle place on prétend occuper et quelle place on prétend assigner au coénonciateur. En fait, quand on considère d'où vient la parole, quelle position occupent les participants d'une interaction

¹ - ANDRÉ-LAROCHEBOUVY Danielle, *La conversation quotidienne* © Crédif, Paris, 1986, p26

(place), on est amené à distinguer entre le statut social des participants (âge, sexe, profession...) considérés indépendamment de cette interaction et le rôle qu'ils jouent en parlant (rôles discursifs : conseiller, conciliateur ... ; ou rôles institutionnels : médecin-malade... etc.). D'ailleurs, dès que l'on parle de rapport de place, la notion de rôle est mise en avant. Cette notion a effectivement partie liée avec le statut social que chaque sujet doit avoir pour se catégoriser socialement parce qu'il est l'un des constituants de l'identité sociale et de l'image de soi. Cette idée est renforcée par D.Maingueneau qui dit qu' : « *Il existe depuis l'antiquité une longue tradition de moralistes qui considèrent les interactions sociales comme un immense théâtre où l'on ne fait que jouer des rôles.* »¹. Dans cette optique, Goffman voit dans la communication une mise en scène où les acteurs exhibent une image d'eux-mêmes qu'ils s'efforcent de préserver à travers l'interaction (face). Il définit le rôle comme : « *un modèle d'action préétabli que l'on développe durant une représentation et que l'on peut présenter ou utiliser en d'autres occasions.* »². Autrement dit, c'est à travers l'interaction que se négocient et se construisent les places de chacun. C'est ce que vient nous préciser Bales, en disant que c'est à partir du volume et du type d'interaction que se mettent en place les statuts différents du groupe³. Il est d'ailleurs évident que, dans toute interaction, l'acteur se trouve amené à jouer le rôle que lui dicte son statut social. Plus précisément, il va adopter les comportements que les autres attendent de lui compte tenu de son statut. Comme l'a fait remarquer Charaudeau, il distingue le rôle social qui associe un certain statut à une certaine situation de communication et le rôle langagier ou communicationnel. Ainsi, un médecin (statut) à l'hôpital (contexte physique) a pour rôle social de traiter les maladies. Ce rôle social est en général associé à divers rôles langagiers (expliquer, interroger, prescrire, conseiller... etc.).

¹- ANDRÉ-LAROCHEBOUVY Danielle, *La conversation quotidienne* © Crédif, Paris, 1986, p 55

²- MAINGUENEAU Dominique, *Les termes clés de l'analyse du discours*, © du Seuil, 1996, p 72

³- BALES, cité dans : BOUDON Robert & BOURRICAUD François, *Dictionnaire critique de la sociologie*, Presse universitaire de France, 1982, p 98

Il reste à dire que le rapport de places joue un rôle primordial dans la définition de la nature du cadre interactif qu'il soit symétrique ou complémentaire.

1.3. Le cadre interactif :

Un cadre interactif est selon Vion : « *la nature du rapport social établi d'entrée, par et dans la situation, rapport qui se maintient jusqu'au terme de l'interaction* »¹. Donc, on dégage de cette définition que le rapport de places ainsi que la situation ont un rôle à jouer pour déterminer le cadre interactif ou « *participatif* », si l'on adopte le terme de C.K.Orecchioni et Goffman. Pour ce dernier, la rencontre sociale doit être pensée au sein de la situation globale où elle se déroule ; pour lui, le cadre participatif désigne l'ensemble des individus qui ont accès à un événement de parole donnée, et dont la prise en compte est essentielle pour comprendre le fonctionnement de la communication². Ce cadre interactif dans lequel se déroule l'interaction peut-être symétrique ou complémentaire, selon bien entendu le rapport de places maintenu par les sujets. Dans l'interaction symétrique par exemple, comme la conversation, le cadre interactif dans lequel se trouvent mêlés les interactants, se construit sur une égalité de rapport de places qui s'établit entre eux-mêmes s'ils possèdent des statuts sociaux et des images identitaires différentes. On peut distinguer par ailleurs, un autre cadre interactif complémentaire où on trouve une complémentarité des rôles et des rapports de places.

Mais malgré la diversité manifestée des échanges, le cadre interactif reste interchangeable. S'il y a de même, une continuité de la rencontre des acteurs accompagnés d'un changement de la situation physique, on peut alors parler d'un autre cadre interactif, car ce nouveau cadre implique obligatoirement la mise en scène d'autres images identitaires n'étant pas forcément les mêmes images précédentes.

¹ - VION Robert, *La communication verbale : Analyse des interactions*, © Hachette 2000, p 110

² - TRAVERSO Véronique, *L'analyse des conversations*, © Nathan, 2000, p 113

Comme nous avons cherché à le montrer, les enjeux de l'interaction mobilisent des catégories à la fois objectives, sociales et subjectives.

C'est pourquoi, la position des protagonistes (médecins et infirmiers) dans notre recherche ne peut se ramener à un paramètre unique, mais se manifeste à la fois sous la forme de statuts sociaux, de rôles et de mises en jeu de faces.

2- Typologies des interactions :

Elles se fondent sur des données relatives à la situation : participants, cadre (lieu et temps), objectifs. Toutefois pour faire une sorte de typologie des interactions verbales, il convient d'emblée, de rendre compte d'un certain nombre de critères :

2.1. Symétrie et complémentarité :

Selon Watzlawick, l'interaction peut être soit symétrique si les individus ont un comportement découlant du sentiment d'une relation à égalité ; soit complémentaire où l'interaction se construit sur une base de différence entre les acteurs puisque l'un d'eux sera en position haute ou supérieure et son interlocuteur en position basse ou inférieure. Ce rapport de domination dans l'échange verbal pouvant d'ailleurs alterner lors de la relation interpersonnelle, peut, à notre avis, être en corrélation, soit avec la nature du sujet (l'un des partenaires est plus faible de caractère par exemple), soit avec la situation de communication, (B est l'hôte de A, et n'ose trop le contredire chez lui par exemple), soit enfin avec des normes d'interaction socioculturelle (à l'hôpital : la différence de statut, d'âge, de sexe...).

Il semble en effet, que les interactants ont tendance à se servir des interactions verbales, -comme le démontre William Schutz¹-, pour satisfaire quelques types de besoins sociaux, citons le besoin d'autorité ; le sujet parlant tend effectivement, en s'engageant dans une interaction verbale quelconque, à exercer son désir d'avoir une certaine influence sur les autres, et à ressentir une impression de pouvoir sur sa propre vie. Ce besoin est instable dans la mesure où les glissements sont possibles

¹- SHÜTZ William, *The interpersonal under world*, © Science and Behavior Books, Palo Alto, 1966, p77

d'un type à l'autre. De même, P.Bange vient insister sur la complémentarité des rôles et sur les buts comme critères à la coordination des actions (théorie de l'action)¹. Il va de soi que certains types d'autorités sont évidents tels celui du père, de l'officier, du médecin chef...etc, car ils sont dictés par les lois sociales ou institutionnelles.

En effet, la relation complémentaire peut-être analysée, dans notre sujet, du point de vue de celui qui émet le message ou le commandement (médecin), et du point de vue de celui qui le reçoit (infirmier). A cet égard, il faut bien voir qu'elle peut être une source de frustrations pour ceux sur lesquels elle s'exerce.

2.2. Coopération et conflit :

Le principe de coopération ou principe de Grice implique que le seul fait d'entrer dans un processus de communication verbale exige que l'on respecte les règles du jeu. Cela ne se fait pas par un contrat explicite mais par un accord tacite consubstantiel à l'activité verbale. Il voit dans ce principe une sorte de « métaprincipe »² qui régit les échanges verbaux et qui est spécifié en un certain nombre de « maximes conversationnelles » qu'en France on préfère parler de « lois du discours » : « *Que votre contribution conversationnelle corresponde à ce qui est exigé de vous, au stade atteint par la conversation, par le but ou la direction acceptée de l'échange parlé dans lequel vous êtes engagés.* »³. Dans les situations où les participants coopèrent volontairement à une activité commune, le maintien de l'interaction les oblige à signaler continuellement qu'ils sont bien partis prenantes de ce qui se passe ; ils doivent manifester leur engagement dans l'interaction. Comme l'a d'ailleurs bien relevé Charaudeau, lorsqu'il parle de contrat⁴. Celle-ci présuppose que les protagonistes appartenant aux mêmes pratiques sociales sont amenés à s'accorder des présentations langagières. Pour être plus précis, nous préférons résumer ce principe de coopération par ce passage de P.Bange qui pense que : « *le principe de*

¹ - BANGE Pierre, *Analyse conversationnelle et théories de l'action*, © Hatier / Didier, Paris, 1992, p 124

² - MAINGUENEAU Dominique, *Les termes clés de l'analyse du discours*, © Seuil, Paris, 1996, p25

³ - Ibid, p 55

⁴ - CHARAUDEAU Patrick, *L'interlocution comme interaction de stratégies discursives*, in *Verbum VII-84* 2/3, 1989, p4

coopération, c'est la forme propre aux interactions du principe de rationalité des actions [...] Agir rationnellement pour réaliser son but dans le cadre d'une interaction, c'est agir coopérativement [...] et plus particulièrement dans le cas des interactions verbales, il est rationnel pour les participants de respecter le principe de coopération parce que cela augmente les chances de parvenir à un équilibre de coordination et de réaliser les buts des actions de communication qui sont d'une manière générale : convaincre ou inciter à faire. »¹. Prendre en considération une telle réalité revient à admettre qu'une action coopérative présuppose l'interdépendance des buts ; chacun a son but qu'il ne peut atteindre sans que l'autre atteigne le sien. Il s'agit plutôt d'un accord entre les partenaires sur les buts individuels que chacun poursuit et sur le degré de compatibilité entre ces buts. Dans cette optique, toute interaction implique en effet une co-action de sorte que si l'un veut conduire encore faut-il que l'autre accepte d'être conduit et participe ainsi à la gestion de l'échange². Plus globalement, un principe de coopération doit y être omniprésent, afin que les interactants réalisent conjointement le « travail interactif », et complètent ainsi « le circuit de l'échange »³ pour sortir du champ de l'action individuelle à un autre terrain plus vaste qui n'est autre que le champ de « l'interaction ».

Par ailleurs, le principe de coopération n'implique pas une harmonie parfaite entre les interactants, mais toute interaction est traversée de tensions. Comme l'a d'ailleurs bien relevé P. Bange : « il n'y a aucune raison de considérer l'interaction comme une harmonie préétablie »⁴. Dans ce sens, les conflits sont omniprésents dans la vie sociale, mais prennent des formes extrêmement variées. Ils peuvent porter sur la distribution des pouvoirs, des valeurs, des idées, des règles du jeu gouvernant un système d'interaction. Cependant, même dans l'interaction la plus polémique, il doit exister un minimum de coopération, une volonté commune de respecter certaines règles. En cela, l'interaction conflictuelle, elle-même implique la coopération : « polémiquer, c'est encore partager, c'est mettre en commun certaines valeurs,

¹ - BANGE Pierre, *L'Analyse conversationnelle et théories de l'action*, © Hatier/Didier, Paris, 1992, p111

² - Ibid, p 111

³ - SAUSSURE Ferdinand de, *Cours de linguistique générale*, © T. Mauro / Payot, Paris, 1972, p29

⁴ - BANGE Pierre, *L'Analyse conversationnelle et théorie de l'action*, © Hatier-Didier, Paris, 1992, p 114

certaines présupposés, certaines règles du jeu, sans lesquels l'échange ne peut tout bonnement pas avoir lieu [...] une polémique, ou la plus violente dispute, résultent de la coopération. »¹. Dés lors, quand on entre en communication, et qu'on prétend y rester, on ne peut pas ne pas coopérer, la coopération étant la condition par excellence de possibilité et de survie de l'interaction, et le refus de coopérer étant pour les interactants en tant que tels proprement suicidaire.

De ce fait, on pourra assister plus loin à des séquences où les médecins et les infirmiers sont à la recherche d'un consensus dans le cas de figure des discussions coopératives, et d'autres séquences où leur discussion tend vers le conflit ou même la dispute ; on parle alors de discussions conflictuelles orientées vers la dispute. Et en tout état de cause, un accord sincère n'est pas indispensable au bon fonctionnement du service ; car les participants de la communication ont également intérêt à trouver un bon arrangement qui permet de poursuivre une interaction harmonieuse. C'est pourquoi, J.Abric souligne que l'interaction se développerait sur la base de « *concessions réciproques* »². Dans une perspective assez proche, Moscovici et Ricateau analysent l'influence comme un processus permettant d'éviter les conflits³.

2.3. Hiérarchie et autorité :

L'interaction n'est pas synonyme d'égalité, de symétrie ; on communique aussi pour justifier une hiérarchie, des privilèges, des ségrégations. De ce point de vue, en termes d'interaction, la hiérarchie est une relation asymétrique entre les acteurs. C'est ce qu'explique M.Weber lorsqu'il dit que le comportement de B dépend de celui de A : B répond aux initiatives et aux désirs de A⁴. Ce type de relation a été mis en évidence dans la microsociologie des groupes de discussion. Cela renvoie à l'idée qu'au cours du déroulement de l'interaction, les différents

¹ - KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, Les interactions verbales II, © Armand Colin, Paris, 1992, p151-153

² - ABRIC Jean-Claude, Psychologie de la communication : Théories et méthodes, © Armand Colin, Paris, 1999, p113

³ - Ibid, p 119

⁴ - WEBER M, cité dans : BOUDON Robert & BOURRICAUD François, Dictionnaire critique de la sociologie, Presse universitaire de France, 1982, p 425

partenaires peuvent se trouver placés en un lieu différent qui structure leur relation interpersonnelle. On dit alors que l'un d'entre eux se trouve occuper une position «*haute*» ou de «*dominant*», cependant que l'autre est mis en position «*basse*» ou de «*dominé*». Cette relation est par essence dissymétrique ; ce qui exprime une hiérarchie entre les interlocuteurs. C'est ce que vient le montrer clairement C.K.Orecchionni lorsqu'elle dit : «*toute dissymétrie des rôles sociaux ait tendance de s'interpréter en termes de dominance.* »¹. Donc, l'interaction est le mécanisme au moyen duquel s'exerce le pouvoir. Celui-ci peut donc être traité comme un fait social. Il est social en ce triple sens qu'il repose sur des attentes et des stratégies, qu'il tend à la réalisation de certains objectifs communs et qu'il s'exerce selon des procédures plus ou moins explicites, les règles de jeux concurrents ou coopératifs. Cela dit, que la relation hiérarchique a donc au moins deux enjeux : «*le contrôle du processus coopératif et le partage des bénéfices qui en résultent.* »².

Dans le milieu professionnel, en l'occurrence médical, les difficultés d'attention ou de compréhension apparaissent à l'encontre de la hiérarchie : bien souvent s'engage un rapport de force qui ne facilite en rien une simple interaction, mais nous nous posons la question suivante : qu'est-ce qui détermine, au sein même de l'échange communicatif cette hiérarchie ? Disons que l'intensité vocale : débit fort et rapide peut dans certains cas relever d'une stratégie de dominance. Ainsi, il semble vrais, qu'un débit ralenti suppose un locuteur sûr de soi, sans crainte de se voir couper la parole assurant ainsi une image forte auprès des autres membres du groupe. C'est ce que nous avons remarqué à travers le corpus collecté, où le temps de parole occupé par les médecins est supérieur à celui des infirmiers. De même, les interruptions, chevauchements, la déviation de la discussion, changement de thèmes ainsi que le ton élevé qui appartiennent exclusivement aux médecins marquent l'importance de leur place hiérarchique.

¹- KERBRAT-ORECCHIONNI Catherine, Les interactions verbales II, © Armand Colin, Paris, 1992, p71

²- BOUDON Robert & BOURRICAUD François, Dictionnaire critique de la sociologie, Presse universitaire de France, 1982, p 429

Signalons que le regard et la posture peuvent être des signes révélateurs de la hiérarchie ; par exemple, lors d'une conversation entre deux personnes de statuts hiérarchiques différents, celui qui est d'un statut supérieur peut s'asseoir dans des postures protocolaires et regarde plutôt en parlant, mais celui qui est d'un statut inférieur regarde plutôt en écoutant. Dans cette perspective, Lacroff déclare que seule la personne de plus haut statut peut initier la « règle de camaraderie »¹, parmi ces familiarités dissymétriques, Goffman signale l'emploi des appellatifs. Cette différence hiérarchique peut être neutralisée par l'intimité en utilisant un langage informel. Ainsi, dans les communautés bi ou plurilingues, les différentes langues en présence n'ont généralement pas un statut d'égalité, l'une d'elle pouvant être dite « high », et l'autre « low », et l'utilisation de la première étant associée à des valeurs comme le prestige et l'autorité.

Il faut retenir que, dans toute organisation, en l'occurrence, médicale, la hiérarchie des statuts doit être aisément lisible. C'est la condition qui rend possible l'interaction, qui donne aux messages et aux consignes le cachet d'authenticité sans lequel ils risquent de se perdre entre les divers étages de celle-ci.

3- Analyse des interactions :

Elle repose sur une méthode inductive, elle part des données cherchant à identifier des comportements interactionnels récurrents, pour en proposer des catégorisations et formuler des généralisations². La démarche est résolument descriptive ; elle se fonde sur l'enregistrement et la transcription minutieuse d'interactions authentiques. On peut dire à ce titre que l'analyse des interactions ne peut faire l'économie de la prise en compte du contexte situationnel, regroupant les éléments de la situation, allant de sa matérialité (lieu, temps, présence physique des individus, etc.) à ses symboles ou sa dimension sociale (lieu institutionnel ou non, formel ou non, cérémoniel ou non, etc.) et aux attributs sociaux des individus.

¹- LACOFF, cité dans : CHARLES René & WILLIAME Christian, La communication orale, © Sylvie Ogée, 1997, p 125

²- TRAVERSO Veronique, L'Analyse des conversations, © Nathan, 2000, p 22

De ce point de vue, l'analyse des productions langagières selon Roulet¹, ne peut être conduite sans recourir à des notions comme celles de buts, de finalités, d'intentions, d'agents, de motifs, d'enjeux...etc. Avant tout, il faut s'attacher au caractère empirique de toute analyse des interactions verbales. Cela aura pour conséquence de confirmer :

- que l'analyse doit s'adapter aux spécificités de chaque type d'interaction en fonction de la situation, de son déroulement, du nombre des participants à son édification et des paramètres de leurs profils communicationnels.
- que l'analyse doit porter sur l'organisation globale des activités interactionnelles.

Il est néanmoins plus qu'avantageux pour toute analyse de l'interaction verbale de récupérer les concepts opératoires de l'analyse du discours tant les méthodes de structuration de l'interaction sont d'une aide substantielle et tant la question discursive et actionnelle dans la pratique langagière est laborieusement traitée, notamment en appui sur la pragmatique linguistique et donc sur la théorie des actes de langage.

3.1. Analyse conversationnelle :

On désigne l'analyse conversationnelle comme l'analyse des interactions verbales dans la mouvance de l'ethnométhodologie. Elle affirme l'interaction comme la matrice fondamentale de la sociabilité des individus, par l'usage donc du langage. Elle affirme ainsi que la construction de l'ordre social réside à un niveau local de la praxie sociale, à travers des procédés élémentaires des échanges entre les membres d'une société. Elle pose la conversation comme un objet d'étude par excellence. On peut dire que l'ethnométhodologie fonde une analyse structurale qui consiste d'une part à déterminer les éléments de base de la conversation et les règles de leur combinaison et d'autre part, à déterminer les mécanismes d'influence dans la succession des éléments (ce qui précède sur ce qui suit et vice

¹- ROULET Eddy et al, L'organisation opérationnelle : un module et un instrument d'analyse de l'organisation du discours, la dimension référentielle, Berne, Lang, 2001, p 110

versa). En cela, elle pose les fondements d'une analyse empirique, en ce sens que la conversation est une construction progressiste, interactive et anticipatrice. Elle fonde alors l'analyse conversationnelle. Celle-ci adopte une démarche déductive et partant des postulats que la conversation est un produit social fini mais bâti sur le principe de la co-activité, elle oriente les recherches sur la reconstruction de la cohérence des conversations et leurs organisations préférentielles à partir des niveaux élémentaires de la construction, à l'image réelle de la production des sujets de la conversation.

Reste à reconnaître à l'analyse conversationnelle son sens réaliste de l'univers des pratiques communicationnelles, en admettant le caractère constructiviste de l'interaction et sa capacité à révéler empiriquement les spécificités des comportements des interactants à travers l'appareil heuristique finement élaboré sur la prise des tours de parole et sa synchronisation.

3.2. Analyse du discours :

Nous considérons le discours comme une production interactive dans le sens de Schegloff, comme un travail effectué par un effort commun des interlocuteurs¹. En effet, l'analyse du discours est en quelque sorte la voie européenne empruntée pour explorer les structures de l'interaction verbale. D'abord, elle constituait un champ d'analyse du texte. Sous l'impulsion de l'école Genevoise, elle opte pour la conversation comme objet d'étude. Elle se présente comme une approche d'obédience linguistique qui, bien qu'elle partage avec l'analyse conversationnelle certains postulats (l'empirisme : conversations quotidiennes enregistrées ; la recherche de la cohérence : la conversation comme construit ordonné ; la focalisation sur les éléments élémentaires et locaux de la construction conversationnelle), elle se distingue largement par l'esprit qui anime ses travaux, à savoir le primat de la logique sur le formel, comme fondement de la reconstruction des mécanismes de construction de la conversation. Animée donc par un point de

¹- SCHEGLOFF, cité dans : CHARAUDEAU Patrick, L'interlocution comme interaction de stratégies discursives, in *Verbum* VII-84 2/3, 1989, p 48

vue logique, ses orientations vont, du moins dans les premiers travaux, vers la définition rigoureuse des unités conversationnelles (en termes d'actes, d'interventions, d'échanges, etc.) et des principes logiques de leurs relations fonctionnelles (en termes d'initiative, rétro-activité, ouverture et clôture, etc.). Elle se doit de décrire les liens étroits que les productions langagières entretiennent avec les activités sociales qu'elles contribuent à médiatiser. C'est pourquoi un modèle d'analyse du discours doit se donner les moyens de décrire avec précision les configurations de participation dans lesquelles s'incarnent les situations de discours. Au bout de tout cela, elle cherche à mettre au point des modèles explicatifs en adéquation avec la description de l'ordonnement des éléments de l'interaction : ces modèles ont pour exigence d'être non contradictoires (recherche de lois générales) et d'être en mesure de fournir des prédictions de types d'ordonnements (recherche de lois génératrices).

En ce sens, l'analyse du discours récupère de façon assez rigoureuse et massivement le corps discursif de l'interaction verbale. Des concepts assez développés sont élaborés en son sein pour décrire finement la mécanique complexe qui régit le texte interactif.

Pour finir, faisons remarquer que l'analyse conversationnelle et l'analyse du discours ont volontairement ciblé leurs orientations de recherche sur des phases très localisées de l'interaction verbale : elles ont accordé une grande importance à des moments précis d'une extrême richesse dans l'interaction verbale, comme les séquences d'ouverture et de clôture ; elles ont aussi accordé la même importance à la notion d'échange qui est mis au cœur de ce qui peut justifier au mieux le caractère interactionnel de la pratique communicationnelle.

PARTIE 2 :
ANALYSE PRATIQUE

CHAPITRE I :
**Structuration divergente des statuts
interactionnels**

1- Corpus :

1.1. Recueil du corpus :

Notre corpus est orienté vers le suivi médical au service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU de Tlemcen avec une idée consistante à entrevoir une étude analytique du discours interactif médecin-infirmier. La méthode utilisée pour faire cette étude est basée sur un enregistrement audio collecté lors de diverses situations d'interactions médecin-infirmier dans le service, puis une transcription méticuleuse, puis une description à partir du reliage des faits saillants et récurrents de l'interaction des participants. Le recueil de notre corpus était guidé au départ par des choix intuitifs ou suggérés par les médecins ou les infirmiers. Au fur et à mesure de l'enregistrement, nos choix deviennent de plus en plus éclairés ; notre souci était à la fois de :

- varier l'échantillon des médecins et d'infirmiers : médecins généralistes et spécialistes ; et des infirmiers brevetés et diplômés d'état.
- varier les situations d'interaction médecin-infirmier : on voulait avoir une représentation assez générale de toutes les activités en exercice dans le service.

Les enregistrements se sont espacés sur quatre mois durant l'année 2005. Chaque enregistrement dure en moyenne 15 minutes. Sa durée va du moment où les soins commencent (là on n'a pas enregistré les salutations). Il faut signaler par ailleurs, quelques ratés dus à une mauvaise qualité du magnétophone : soit il ne capte pas suffisamment les fluctuations des voix des interlocuteurs, parfois basse parfois hautes ; soit sa qualité sonore est altérée par un bruit parasite extérieur. Pour la transcription, nous avons utilisé celle de R.Vion.

Pour ce qui nous concerne, il nous était un peu difficile surtout durant les premiers temps de l'enregistrement de tenir le rôle d'*observatrice* au sein de ce discours interactif, du moment où nous occupions le travail d'infirmière dans ce service. Car, même si nous avons essayé de ne pas déranger le déroulement naturel des activités médicales avec notre magnétophone, nos collègues (médecins et infirmiers) essayaient de nous faire glisser dans l'interaction, tantôt en nous posant

des questions, tantôt en nous adressant des messages mimiques. Nous avons essayé de saisir l'unique occasion que nous avait offerte le surveillant médical du service, en nous aménageant les horaires de travail. Donc nous faisons les gardes et nous enregistrons au cours de la journée. D'ailleurs, tous ceux qui ont travaillé sur les interactions verbales nous semble-t-il, heurtés à ce type de problème. Dans ce contexte, W.Labov parle de "paradoxe de l'observateur" qui le décrit ainsi : « Le but de la recherche est de découvrir comment les gens parlent quand on ne les observe pas systématiquement ; mais la seule façon d'y parvenir est de les observer systématiquement. »¹

1.2. Motivations du choix du corpus :

Les justifications des motivations du choix du corpus se rapportent aux caractéristiques suivantes :

1.2.1. Pourquoi l'interaction en milieu hospitalier ? :

Parce qu'il s'agit d'un type d'interaction dite formelle² : c'est une interaction scientifique supposée être universelle, reproductible et communicable à l'ensemble de la communauté médicale. elle est une interaction institutionnalisée et spécialisée où l'ensemble des procédures médicales pratiquées au quotidien est mené aussi bien dans les gestes (ou les actions visuo-manuelles)³, liées au travail en cours, que dans la conduite interactive des échanges verbaux qui l'accompagnent. Celle-ci nous permettra de considérer le contrôle social sur le déroulement interactionnel médecin-infirmier. Dans notre corpus, ces actions sont interdépendantes, de sorte que les premières sont régulées par les secondes.

1.2.2. Pourquoi l'interaction médecin-infirmier ? :

Si l'interaction médecin-malade a déjà fait l'objet de nombreuses études (Health 1993, Lacoste 1993, Vaysse 1993... etc.) située dans un cadre institutionnel

¹- LABOV William, Sociolinguistique, © Minuit, Paris, 1976, p 289-290

²- BANGE P & KAYSER H, L'organisation d'une consultation. Approche théorique et empirique ; in L'analyse des interactions verbales. La dame de Caluire : une consultation, © Peter Lang, SA, Berne, 1987, p158

³- VION Robert, La communication verbale : Analyse des interactions verbales, © Hachette, Paris, 1992, p 122

des médecins en ne donnant pas l'importance à la place des infirmiers, l'interaction médecin-infirmier dans le cours de l'action du suivi médical à l'hôpital l'a été beaucoup moins et demeure actuellement largement sous-exploitée et sous-étudiée.

Considérons la situation problématique dans laquelle se trouvent les infirmiers: il s'agit pour eux de prendre une place intermédiaire où ils sont à la fois alliés du discours des médecins et alliés du discours des malades. Ces alliances sont en effet tissées dans les moments les plus stratégiques des négociations notamment dans ce contexte professionnel. Nous souhaitons, donc, récupérer la part importante qu'ils constituent en se centrant sur leurs interventions qui se situent à tous les niveaux des procédures médicales.

Le point important derrière cela, est que agir en commun, est une raison supplémentaire de communiquer. Dès lors, l'interaction médecin-infirmier apparaît comme un élément indispensable pour rendre opératoire ce que les auteurs dénomment l'intelligence collective¹ ou le rôle du langage dans la construction collective de l'information et des savoirs, dans l'intercompréhension, dans la négociation et les arbitrages nécessaires au travail médical.

Notre objectif sera, alors de mettre l'accent sur les manifestations langagières de coopération à travers le discours-interactif médecin-infirmier, au service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU-Tlemcen ; surtout parce qu'elles véhiculent au bon moment les questions et les réponses, les demandes et les feed-back, les stimulations et les renforcements, les hypothèses et les arguments qui alimentent le fonctionnement cognitif des médecins et des infirmiers. Celles-ci vont les aider à vivre en bonne intelligence et créer les conditions d'un travail intellectuel serein : C'est ce que vient nous rappeler Philippe Perrenoud en disant que : « *Les psychiatres, les sociologues de travail montrent que le fonctionnement des institutions et des groupes, l'émergence et la résolution des crises et des conflits dépendent en bonnes parties des modes de*

¹- GROSJEAN Michèle & LACOSTE Michèle, *Communication et intelligence collective dans le travail. Etude comparée de trois services hospitaliers*, Paris : Presses universitaires de France (Collection. Travail humain) 1999, p122

communication en vigueur. Il s'ensuit logiquement qu'on peut souvent tenter d'améliorer les choses en améliorant la communication »¹.

1.2.3. Présentation du service :

Le service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU- Tlemcen est divisé en deux unités : unité d'exploration endoscopique contenant deux salles dont une est pour l'exploration haute ou fibroscopie, et l'autre salle pour exploration basse ou colonoscopie, examen proctologique et rectosigmoidoscopie et unité d'hospitalisation dont la capacité est de vingt huit malades. Celle-ci contient quatre salles de malades ; deux pour homme et deux pour femme. Ainsi qu'un bloc opératoire pour ligature, une autre salle de soins et une salle de pharmacie.

Le service comporte trois maîtres assistants dont un occupe un grade de médecin-chef de service, deux médecins généralistes, quatre infirmiers diplômés d'état et six infirmiers brevetés, répartis dans le jour et la nuit ; d'une secrétaire médicale et d'une secrétaire d'administration, de deux commis de salle et d'un agent de course.

Le service reçoit également des malades externes pour des explorations endoscopiques pour des éventuelles hospitalisations. Il est aussi fréquenté exclusivement par les étudiants (de la faculté de médecine, de psychologie et de l'école paramédicale). La philosophie du service est la suivante : fournir aux malades les soins et services requis en fonction de leur état de santé grâce à une démarche de soins méthodique, dynamique, individualisée globale et interdisciplinaire. Il s'agit des consultations relevant de la médecine généraliste et spécialisée. Ce sont des examens endoscopique hauts (fibroscopie et biopsie) et bas (rectosigmoidoscopie, colonoscopie) ; ainsi que des ponctions d'ascites évacuatrices et/ou exploratrices pratiqués quotidiennement par les médecins avec la collaboration des infirmiers. De même, nous citons les soins relevant au rôle propre infirmier qui sont la prise tensionnelle, les prélèvements sanguins, la mise

¹- PERRENOUD Philippe, Ambiguïtés et paradoxes de la communication en classe, unige, 1991, p 9-33 (sitographie)

en place des voies veineuses, de la sonde gastrique et le lavage gastrique, la sonde rectale et le lavement évacuateur, les pansements et l'exécution des schémas thérapeutiques.

Une visite quotidienne est dirigée par un médecin hiérarchiquement plus gradé, afin de préparer, d'affiner les doses médicamenteuses et d'améliorer les conduites à tenir vis-à-vis des malades. De même, une visite générale est organisée tous les mercredis pour la négociation de la conduite à tenir, d'éventuelles passations des malades à d'autres services ainsi que les sorties.

Conventions de transcription

/	rupture de l'énoncé sans qu'il y ait réellement une pause
\	interruption d'un énoncé par l'interlocuteur
+, ++, +++	pause très brève, brève, moyenne
&	enchaînement rapide
≠	intonation montante avec changement de registre
∅	intonation descendante avec changement de registre
!	intonation implicative
<u>NON POUR</u> quoi	accentuation de mot / de syllabe
Mais : BON :: si ::: v : ous	allongement de la syllabe / d'un son
(rire)	description d'aspects du comportement verbal ou non verbal
<... ?>	séquence incompréhensible
(mer)ci	() parties non prononcées : soit : "ci"
=	liaison inhabituelle

1- Interaction à l'hôpital et structure du groupe :

Comme il est indiqué plus haut, notre corpus est constitué de médecins et d'infirmiers. Dans notre situation, il nous revient la tâche de définir chacun d'eux :

1.1. Connaissances qui sous-tendent le savoir médical :

Qu'est-ce qu'un médecin ? :

A cette question, Lazorthes répondrait volontiers : « *le médecin idéal doit être sain d'esprit et de corps, intelligent et pourvu de bon sens [...]. Parmi les nombreuses qualités exigibles d'un médecin, certaines sont médicales, d'autres sont simplement humaines. Par ses longues études, son expérience, le maintien de son information, il obtient le savoir et le savoir-faire. Il faut qu'il cultive le savoir-être : dévouement, délicatesse, psychologie et communication [...] il est l'homme de la relation humaine personnelle* »¹.

La mission du médecin est donc de venir en aide, de tenter de guérir, sinon de soulager en s'adaptant en paroles et en gestes avec ceux qui l'entourent. Son autorité est basée sur les qualités professionnelles et humaines et lui permet d'imposer aux infirmiers les décisions indispensables. Celle-ci naît de la responsabilité, de l'engagement et de la charge : « *elle ne peut être considérée comme un pouvoir qui donne des droits, elle est un service qui crée des devoirs.* »². Balint a défini la "fonction apostolique"³ du médecin pour désigner le fait que la personnalité, les valeurs, les croyances du médecin intervenaient aussi dans les actes médicaux. Il convient d'ajouter que le médecin représente une institution sociale, et détient, bien entendu, le pouvoir et l'autorité en raison de sa compétence et de son savoir de guider l'interaction et de l'orienter vers des directions qu'il juge indispensable pour la santé du malade. Cela dit, le médecin a l'initiative quasi-totale de ses procédés

¹- LAZORTHES Guy, L'homme, la médecine et le médecin, culture générale-PCEM, © Masson, Paris, 1993, p 272

²- SAOULI O & MERZOUG A, Etude de la situation actuelle de la profession paramédicale en Algérie, Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme d'infirmier diplômé d'état, Ecole de formation en sciences paramédicales, 1997, p 33

³- BRETAGNE P, Psychologie médicale, © éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, 2002, p 41

langagiers et exerce un pouvoir indéniable dans un espace interactif¹ qui lui permet d'exercer toutes ses compétences interactionnelles et discursives.

1.2. Affirmation du rôle propre de l'infirmier :

« La fonction infirmière comprend l'analyse, l'organisation et l'évaluation des soins infirmiers et leur dispense soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du rôle propre de l'infirmier [...] dans ce cadre, l'infirmier a la compétence pour prendre et accomplir les soins indispensables. Il identifie les besoins du patient, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. »².

Dans cette optique, le rôle de l'infirmier est important et ses activités sont diverses. Celles-ci visent à promouvoir la santé, à soigner la maladie, à maintenir ou à accroître l'état d'intégrité de la personne. De là, la pratique des soins infirmiers suppose l'acquisition d'un grand nombre de connaissances et d'habiletés qui visent essentiellement à l'application des soins de qualité et à la continuité. En tout état de cause, l'observation, la communication et la collecte des données sont trois opérations imbriquées dans le processus de soins. Il est légalement responsable de l'efficacité de son exercice et de ses conséquences pour le malade : il constitue « l'œil et la main du médecin. »³. Comme il peut se trouver dans une position d'un interlocuteur intermédiaire entre le médecin et le malade en adoptant une démarche tâtonnante qui consiste à maintenir le contact (écouter et comprendre). Il s'y révèle l'acceptation, le respect chaleureux et la compréhension empathique qui aident le malade confronté à une difficulté particulière.

¹- Terme utilisé par R.Vion : Nous désignons par « espace interactif » les différents lieux et moments où les interlocuteurs co-construisent différentes activités et relations interpersonnelles, en fonction d'exigences énonciatives diverses de chaque moment.

²- AUBERT Lucien et al, Législation, Ethique et Déontologie, Responsabilité, Organisation du travail, I.P, © Masson, Paris, 1996, p 88

³- Bulletin du syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques paru dans sa revue officielle : L'information psychiatrique, "Qu'un infirmier ait des clartés sur tout", 2005, p 1 (sitographie)

1.3. Langage et travail collaboratif médecin-infirmier

«On ne peut pas travailler sans communiquer [...]. Ces mots de travail, cette façon officieuse de parler, ce vocabulaire des métiers fonctionnent comme des éléments de construction du groupe de travail, du collectif.»¹.

Tous les terrains d'observation témoignent que l'interaction est indispensable à la plupart des activités de travail en l'occurrence médicales, parfois même elle la constitue. Dans cette entreprise, on considère en premier lieu que la priorité est de vaincre la maladie et que le principal problème est la destruction des germes pathogènes, on verra donc, tous les membres de l'équipe de santé s'organiser pour créer les conditions qui s'imposent dans de tel cas. Prendre en considération une telle idée revient à admettre, avec Borzeix et Fraenkel qu'à un niveau supérieur de complexité, le travail exige de faire converger l'activité de plusieurs personnes et de plusieurs équipes : *«l'équipe est une coopération entre un nombre limité de professionnels différents (dans un même champs d'action) se considérant comme collectivement responsables d'une réalisation, ayant donc une intentionnalité commune, et étant en situation à l'intérieur d'une structure définie, dans un cadre stable et organisé.»². C'est ce que vient prouver à son tour, Alain Blanchet qui définit le groupe comme étant : « un ensemble de personnes ayant la possibilité de se percevoir et d'interagir directement et participant à une activité commune grâce à un système de règles et de normes formelles ou informelles [...]. Il est une totalité dynamique qui détermine le comportement de ceux qui en font partie.»³. Il ajoute que c'est un : « "laboratoire" dans lequel se forment les éléments de la construction sociale [...]. Chaque membre du groupe construit une représentation mentale des autres avec lesquels il communique personnellement.»⁴.*

Il s'agit d'une fonction tout à fait générale par laquelle la diversité des intérêts et des opinions est rendue compatible avec les exigences de la coopération, que

¹- BORZEIX Anni & FRAENKEL Beatrice, Langage et travail : Communication, Cognition, Action, CNRS © 2001, p120

²- AUBERT Lucien et al, Collection de nouveaux cahiers de l'infirmière N° 4; Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail, édit Masson, Paris, 1996, p 98

³- BLANCHET Alain & TROGNON Alain, La Psychologie des Groupes, © Nathan/VUEF, 2002, p 61-64

⁴- Ibid, p 6-8

Adam Smith appelle « *division du travail* »¹. Dans le même ordre d'idées, Durkheim remarque que la division du travail, même si elle s'accompagne d'une spécialisation des tâches, elle est aussi et avant tout un fait d'organisation, ou comme il préfère appeler un phénomène de « *solidarité* »², un phénomène organisé et coordonné. Cela est fondé sur l'idée d'interdépendance des membres du groupe tendant à tisser des liens, à se conformer les uns aux autres, à intérioriser des règles et images communes et à se sentir appartenir à une communauté³. C'est ce que vient soutenir Kurt Lewin, le fondateur de la notion de dynamique de groupe, en disant que c'est dans l'interaction des personnes présentes face à face que se joue l'essentiel des influences sociales.

Comme elle peut aussi être source de blocage, de conflits et de difficultés (blocage de la communication lié à des conflits avec les supérieurs, inhibition face à des membres du groupe perçus comme plus compétents...etc.). L'interaction, dans ce cas là, devient un support qu'utilise le groupe pour faire pression sur ceux qui s'écartent de ses normes.

Souvent, on observe dans une vie de travail, en l'occurrence médicale, que l'interaction médecin-infirmier est inversement proportionnelle à la quantité et à l'importance des traitements en cours. Il faut cependant reconnaître qu'une telle situation est exigeante pour les infirmiers, qui doivent s'adapter à plusieurs modalités d'interactions avec les médecins. Ces interactions, écrit Michel Nadot ont une organisation très particulière : « *la parole est interrompue, les thématiques changent rapidement, se mêlent à des propos pour soi.* »⁴. En effet, la structure de ce type d'interaction ou l'organisation de ces échanges est obtenue en relevant les interventions de chaque participant (médecin ou infirmier) : « *qui parle à qui dans une unité de communication donnée.* Le discours interactif médecin-infirmier est fait alors

¹- BOUDON Robert & BOURRICAUD François, Dictionnaire critique de la sociologie, Presse universitaire de France, 1982, p 79

²- Ibid, p 185

³- BLANCHET Alain & TROGNON Alain, La Psychologie des groupes, © Nathan/VUEF, 2002, p 68

⁴- NADOT Michel, Le Statut des Connaissances dans l'Activité Soignante : un enjeu central au sein du processus de professionnalisation, école du personnel soignant, Université Laval, Québec, 2002, p 66

de langage verbal, de l'écriture sous différentes formes et ne peuvent être isolées de l'ensemble des activités non langagières qui structurent l'entreprise médicale. Il va donc falloir prendre en considération ces éléments hétérogènes intriqués pour déterminer le sens des échanges et pouvoir analyser l'activité de travail au service d'Hépatogastro-Entérologie dans les différentes situations (l'environnement du travail et l'action elle-même). Ces pratiques langagières montrent que les transmissions verbales et non verbales sont aussi un moment de discussion, confrontation, élaboration d'expérience, interrogation et décision... etc. Elles sont tendues vers une finalité, vers une action à accomplir, une solution à trouver.

1.4. Structuration de la relation intersubjective médecin-infirmier :

« La subjectivité consiste pour un locuteur à situer sa parole par rapport à celle d'autrui. »¹.

Admettre l'action intersubjective et la relation actionnelle, c'est travailler à partir de la notion d'actes, comme substance impliquant des contenus informationnels, des contenus actionnels et des contenus relationnels. Cette mise en relief du « contenu relationnel »² des interactions verbales trouve écho dans les écrits de C.K. Orecchionni qui remarque que : « si la théorie linguistique a pendant longtemps accordé une attention quasi exclusive au niveau du contenu, nombreux sont actuellement les auteurs qui considèrent [...] que c'est en réalité dans la communication humaine, la relation qui prime »³. Cela enseigne que même l'interaction médecin-infirmier, aussi technique et rigide qu'elle soit, est perturbée par le facteur incontournable qu'est la relation interpersonnelle. Dans ce sens, l'interactivité, fondement de l'échange de paroles, s'avère une réalité plus complexe. Chaque intervention n'est pas le fait d'un énonciateur, sujet psychologique, individuel et conscient, mais le fait de la relation intersubjective, où chaque locuteur intègre,

¹ - TROGNON A & REB V, l'Adhérence au discours de l'autre : Analyse pragmatique d'une conversation avec un psychotique, *Verbum* VII 2/3, 1984, p 295

² - Cette formulation de l'opposition entre « contenu » et « relation » semble contestable aux yeux de C.K. Orecchionni qui préfère en effet parler de « contenu référentiel » vs « contenu relationnel », dans C.K. Orecchionni, *Les interactions verbales II*, ©.Armand-Colin/Masson, Paris, 1991, p 9

³ - KERBRAT-ORECCHIONNI Catherine, *Les interactions verbales II*, ©.Armand-Colin/Masson, Paris, 1991, p 13

forcément l'autre -sinon il sera amené à le nier- dans ses énonciations, comme le dit avec force F.Jacques : « *Pour que je prenne la parole, il faut qu'elle me soit simultanément donnée par autrui, marquant ainsi que quelque chose pourra se dire entre nous. Dès lors, le locuteur ne saurait décider seul du dire (...).* ». Autrement dit, Il s'agit là de processus de poursuite de la socialisation des interactants qui développent leurs schémas cognitifs socio-pratiques dans le règlement des problèmes de santé du malade en donnant les moyens de faire des propositions de solution. D'ailleurs, comme nous l'avons rappelé ci-dessus, Lazorthes parle du médecin en tant que : « [...] *l'homme de la relation humaine personnelle.* »¹.

Il faut retenir qu'un des éléments essentiels qui forme l'assise théorique de l'interaction médecin-infirmier concerne les connaissances relationnelles qui font appel à leur capacité d'établir des liens, de créer un climat propice à des relations significatives. En effet, l'efficacité de la prise en charge du malade implique que chacun des partenaires (médecin ou infirmier), grâce à l'écoute, utilise son savoir-faire professionnel qui lui permet de développer une relation thérapeutique propice à la réalisation du projet de soins. A cette fin, la planification, l'organisation et le contrôle des soins doivent tenir compte des facteurs qui influencent la qualité de la relation de soins ; soit : la compétence du personnel, des communications claires, efficace et chaleureuse et un climat de collaboration et un sentiment d'appartenance à l'équipe soignante : « *les contacts de l'infirmier avec le médecin peuvent être le prétexte d'une résolution harmonieuse, ce qui confère aux soins un caractère humain qui est une condition sine qua non de leur qualité* »². Il faut alors que tous les deux soient imbus d'une disponibilité, d'une volonté d'aide et d'une ouverture aux autres. Il importe de noter que cette relation dépasse le cadre du seul savoir-faire professionnel, elle représente aussi un enrichissement personnel (meilleures connaissances de soi, acquisition de nouvelles compétences, plus grande

¹- Voir supra en bas de page 52

²- PEPLAU HILDEGARD E, Relations interpersonnelles en soins infirmiers, interédition, 1995, p 85

autonomie, épanouissement, ouvertures aux autres...etc.). Elle favorise les échanges et par extension la réalisation des objectifs. Elle leur sert aussi à entrer en contact, à coopérer et à travailler au sein d'une équipe multidisciplinaire.

Cette relation doit permettre d'établir une communication fonctionnelle et thérapeutique, qui facilitent, rendent claires et efficaces les échanges quotidiens. Celles-ci sont motivés par la reconstitution des statuts médicaux respectifs (médecins spécialistes, médecins généralistes, infirmiers en soins, secrétaire médicale, etc.), de leurs actions et de leurs états cognitifs.

La relation directe médecin-infirmier recouvre l'évaluation et la réorientation d'actions accomplies dans des espaces interactionnels différents et invoqués discursivement dans la prise en charge en cours à travers les tâches de rapport ("Inf: oui [hada houa : c'est lui]:: / [ma tabaach : il n'a pas suivi] correctement son traitement antituberculeux / [tani : aussi]:: il a:: bénéficié d'un:: traitement ana ::rchique à titre privé") et de rappel ("Inf: c'est un malade euh:: qui a été suivi en pneumo pour TBC:: pulmonaire"). L'interdépendance de ces espaces interactifs dans l'entretien médical reflète par ailleurs, un véritable effort de co-construction des actes de soins entre les médecins et les infirmiers :

111. Inf : hier il n'a pas pu dormir / une quinte de toux
112. Inf : il tousse surtout le soir / et::
113. Inf : juste hier soir
114. Dr : Et:: ces crises de toux sont sèches ?
115. Inf : non:: elles sont plutôt productives
116. Dr : il a un téléthorax ?
117. Inf : oui [rah fe dossier : il est dans le dossier]
118. Dr : la derni:: ère fois:: il a:: déjà eu euh :: un : / des soucis de:: radios
119. Inf : silence
121. Dr : vous avez parlé des urines troubles ? c'est ça::?
122. Inf : oui:: une pyurie franche / on fait:: un ECB:: des urines::?
123. Dr : ECB ? / bon:: d'accord plus un antibiogramme
124. Inf : il est toujours sous antibiotique
125. Dr : ben:: on va fenêtrer:: deux jou::rs:: et puis on lance un ECB
126. Dr : sûrement c'est en relation avec sa néphropathie / on fait un ECBU / puis on appelle la nephro
231. Inf : c'est un malade euh :: qui a été suivi en pneumo pour TBC:: pulmonaire
232. Dr : AH ! chez qui euh: on a suspecté une TBC péritonéale je pense:: hein ?

233. *Inf : oui [hada houa : c'est lui]:: / [ma tabaach : il n'a pas suivi] correctement son traitement antituberculeux / [tani : aussi]:: il a:: bénéficié d'un:: traitement ana ::rrique à titre privé*
234. *Dr : donc:: (il) faut voir l'histoire de cette dégénérescence:: / je sais que:: c'est une récurrence au niveau péritonéal*
235. *Dr : DONC:: NOTION D'AMAIGRISSEMENT ? en plus il y a ASCITE ISOLEE plus ATTEINTE ILEOSECAL ?*

Dans l'exemple (121-126), le médecin réaffirme son acceptation de l'examen de l'ECB et donne son accord : ("*bon:: d'accord...*")

Par ailleurs, certaines situations critiques semblent toutefois, de prime abord, moins propices à l'établissement d'une bonne relation. Il existe dans ce sens des moments où la préoccupation des infirmiers ou des médecins est davantage centrée sur la tâche à accomplir que sur la relation avec l'autre.

Plus globalement, nous pouvons dire qu'il s'agit d'aborder les activités communicationnelles qui donnent à l'action pure un cadre interactionnel et interpersonnel. Ce dernier constitue le contenu qui instaure le contrat de l'activité médicale, son organisation et sa compréhension.

2- Intentionnalité informative et structuration des échanges :

2.1. Circulation de l'information :

Une fois les objectifs définis conjointement entre les interactants, il leur faut donner ensuite à l'interaction une matière informative. Celle-ci constitue en effet la substance de l'activité interactionnelle, à travers laquelle les interlocuteurs édifient des univers de connaissance qu'il faut alimenter et faire circuler entre les instances énonciatives pour les faire partager. Partager l'information revient à s'assurer, par des moyens adéquats de sa pertinence. D'ailleurs, toutes les activités actionnelles dans une entreprise sociale, en l'occurrence médicale, sont concernées par l'information, plus particulièrement dans le questionnement médical, l'examen médical et dans le diagnostic.

En effet, l'échange informatif traverse toutes les activités actionnelles du service de Gastrologie en instaurant l'information en tant que finalité en soi. Elle

occupe tous les espaces interactionnels : le questionnement, l'examen médical, constats, le diagnostic affirmatif, la phase de problématisation, la phase de négociation à travers la vérification symptomatique et la manipulation des données, la phase de résolution dans l'univers référentiel et l'univers de l'action pour arriver à la prescription, les directives et les propositions. Au sein de chaque démarche thérapeutique, un besoin d'information se fait sentir à différents moments des activités abordées qui englobent d'autres types de langage :

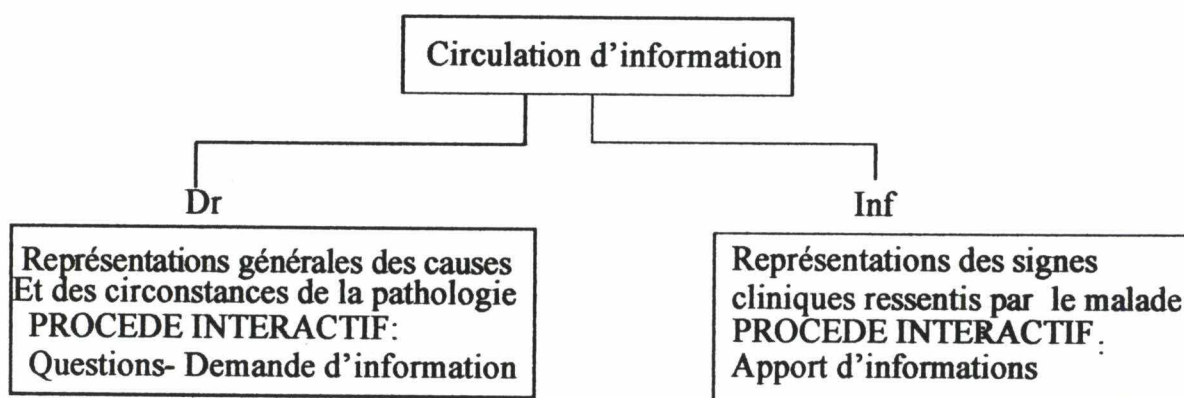


Figure7 : Représentation de la construction interactive de l'acte d'apport d'information

En effet, l'information est soumise constamment à la validation, d'abord parce qu'elle est provoquée et orientée par le questionnement : se négocient alors les thèmes et leurs enchaînements (question-réponse). Ensuite, la réponse informative est soumise à un contrôle où les interlocuteurs sont tenus de manifester une justesse et une exactitude dans l'actualisation verbale des connaissances transmissibles (par exemple, l'examen médical est une vérification des informations apportées par l'interrogatoire.) :

281. Inf : le malade XY se plaint de ballonnement:: / surtout quand il se couche comme ça / ça :: [ma ykadch yrespirer : il ne peut pas respirer] / il est:: dyspnéique
 282. Dr : AH BON ::! il est:: dyspnéique:: ?
 283. Inf : oui ::: j(e) l'ai mis:: sous:: oxygène trois lit:: res
 284. Dr : très:: bien / [nchoufouh : on le voit]?
 285. Dr : euh :: &abdomen distendu :: hépato et splénomégalie [basah ma kan oualou : mais il n'y a rien] à l'auscultation:: c'est euh:: cet ascite:: qui:: qui donne cette gêne respiratoi:: re / j(e) vais l(e) ponctionner: / ça:: ça va:: quand

même le soulager

286. Inf : [njiblek : je ramène] le matériel pou:: r ponction maintenant ?

287. Dr : oui tout:: de suite / je:: je vois:: qu'il est:: vrai:: ment gêné

La flexibilité du langage des médecins offre des possibilités diverses dans la manipulation de l'information. Comme on peut le voir, affirmer des informations sur la base d'une explicitation par la citation de sources expertes permet d'établir dans le discours médical un ordre de pertinence dans l'activité informative : de source sûre, l'information se veut complète et fiable ; de source douteuse, elle est reléguée au second choix :

6. Dr : (il) y=a des varices oesophagiennes grade III à la fibro plus:: syndrome d'HTP

7. Inf : vous avez demandé un avis d'hémo:: il a:: fait une PBM

8. Dr : ET LE RESULTAT ?

9. Inf : y a rien:: / enfin:: pas de signes de malignité su: r les prélèvements examinés

10. Dr : mais:: &hépto:: splénomégalie homogène avec euh:: dilatation de la veine:: splénique reperméabilisation de la:: veine ombilicale / ET l'aspect ETM compatible avec une:: HTP décompensée sur:: foie cirrhotique / donc:: là:: c'est c'est l'indication d'une PBF!

280. Dr : bon alors donc là c'est un peu plus précis ++ben:: on refait une autre fibro:: avec biopsie:: / et:: pour son problème de sténose:: on prépa:: re un bilan près-op pou: r la chirurgie

308. Dr : donc:: l'écho nous révèle un foie hétérogène avec des images nodulaires d'où l'intérêt d'un scanner / ces signes sont en faveur d'un NEO vésiculaire

La circulation de l'information est, dans ces exemples, continue. Dès que les informations antérieures à l'échange révèlent quelque chose de significatif, les médecins éprouvent le besoin de changer d'orientation, pour faire parler davantage l'objet évoqué antérieurement.

2.2. Description et complétude narrative :

Il est clair, que dans le cadre du suivi médical au service d'Hépto-Gastro-Entérologie où se multiplient les rencontres, on ne peut tout régler dans l'espace restreint d'un seul épisode interactionnel. La description constitue alors une activité investie par les médecins eux mêmes de schèmes médico-cognitifs

classificatoires des pathologies et de leurs symptômes constituant leurs savoirs médicaux. Ils s'octroient ainsi le droit de structurer l'information descriptive et leur revient le rôle de cibler les attributs descriptifs. Il faut d'ailleurs retenir, que l'acte de description et de narration, se construit, à l'aide d'échanges simples, où l'acte de réponse assume la totalité des contraintes énonciatives du rapport. Ce sont des échanges, mettant en scène, en deux temps de parole, un demandeur (qui est le médecin) formulant une question, qui exprime son besoin de savoir, et un informateur (qui est l'infirmier) possédant l'information, dont il doit rendre compte. Une série d'échanges minimaux, de type question-réponse, se suivent, complétant progressivement le discours rapporté. Ces questions présidant à la mise en marche de l'échange informatif, explicitent clairement leur valeur pragmatique qui est une requête de dire, soutenue par l'assurance d'écoute, une question-demande d'information, syntaxiquement interrogative :

68. Inf : non::! y=a pas d(e) fièvre:: euh juste une tachycardie isolée
 69. Dr : une tachycardie:: ? à combien ?
 70. Inf : cent vingt
 71. Dr : cent vingt ? bon :: / si :: si il y a une tachycardie sans fièvre ? c'est ça ?
 72. Inf : oui:: sans fièvre
 102. Dr : fais voi:: r le TP:: il est à combien ?
 103. Inf : trente deux / bas::
 104. Dr : i(l) faut le refaire en urgence / soit:: ici soit en privé
 105. Inf : oui d'accord
 106. Dr : et:: puis euh:: je pense qu'on va demandé aussi une formule
 158. Dr : ça:: / ça bon c'est banal / c= n'est pas un indice de gravité / PAS DE DIARRHEES ?..
 159. Inf : si si:: diarrhées glairo-sanglantes en moyenne six selles la nuit
 250. Dr : alors:: comment il évolue ? le Claforan a donné de:: de résultats:: j'espère::
 251. Inf : non:: pansement toujou:: rs infecté:: +y=a même des matières:: fécales qui:: proviennent de la plaie

Ces types de questions se distinguent, dans l'espace descriptif de l'entretien médicalisé, comme des actes descriptifs en soi. Elles comportent le contenu informatif descriptif (avoir de la fièvre, par exemple) et qui le soumettent à

l'attestation de l'interrogé (l'infirmier), jugé compétent pour confirmer sa véracité et sa pertinence.

De même, la narration représente l'activité, à l'aide de laquelle les infirmiers construisent, à travers des tâches spécifiques, les symptômes, en tant qu'objets discursifs d'abord, de les identifier, soit pour attester leur existence par leur confirmation de la part des spécialistes, soit pour l'incliner par leur infirmation :

74. Dr : ça:: / ça bon c'est banal / c=n'est pas un indice de gravité / mais c'est:: c'est:: /
ça objective Ømais:: euh:: pas de FIEVRE
75. Inf : non:: ! y=a pas d(e) fièvre:: euh juste une tachycardie isolée
154. Dr : ET:: de quand ça date ça ? si tôt
155. Inf : je:: je crois cinq jours:: enfin le treize du mois dernier
156. Dr : le treize octobre
157. Inf : oui le treize
158. Dr : ça:: / ça bon c'est banal / c= n'est pas un indice de gravité / PAS DE
DIARRHEES ?
159. Inf : si si:: diarrhées glairo-sanglantes en moyenne six selles la nuit
160. Dr : il est déshydraté!
161. Inf : oui!
162. Dr : (il) faut le réhydrater / voie veineuse et schéma de réa
251. Inf : non:: pansement toujou:: rs infecté:: +y=a même des matières:: fécales qui::
proviennent de la plaie
252. Dr : hein ? quoi? <...?> des MATIERES FECALES / alors euh:: on devrait même
pas l(e) dire (soupir) / elle a fistulisé donc / j'appelle la chirurgie:: tout d=suite
/ c'est la chirurgie qui:: qui doit s'en occuper hein:: euh:: si:: s'il y a:: lieu:: de
la reprendre si son état:: le:: permettra bien sû:: r

De ce fait, les médecins inspirés, trouvent une occasion pour compléter les informations dont ils disposent et neutralisent le flux narratif pour introduire des questions explicitant les informations apportées. A partir de là, ils tentent, d'établir des relations entre les événements racontés, et l'émergence et l'évolution de la maladie. Cela leurs permet, sur un plan analytique, de regrouper les indices d'identification d'un problème, recevant généralement une dénomination spécifique, selon une catégorisation conceptuelle médicale préétablie : avec de tels symptômes, il est possible de conclure en faveur de quelle pathologie. Cela relève du savoir médical, en matière de catégorisation des pathologies :

18. Inf: *il a des épigastralgies*
 19. Dr : *[klit : tu as mangé]*
 20. Mde : *non::! [ma klit oualou : je n'ai rien mangé]*
 21. Inf : *une douleur qui cède par l'alimentation!*
 22. Dr : *hmm d'accord / probablement:: i(l) s'agit d'un ulcè:: re bulbaire*
 34. Inf : *il est toujou:: rs à jeun*
 35. Dr : *on va fai:: re une fibro tout de suite*
 36. Inf : *oui d'accord*
 37. Dr : *voilà::! très :: bien / d'acco:: rd au niveau de l'œsopha:: ge:: (il) y=a rien / la bulbe:: ulcère::! voilà::*
 38. Inf : *[tani : aussi] arrêt des:: matiè ::res et:: des gaz:: / [oua : et] des vomissements en:: jet*
 39. Dr : *ah bon / on fait d'abord un ASP debout*
 40. Inf : *d'accord / vous suspectez un syndro:: me occlusif?*
 41. Dr : *oui!*
 55. Dr : *AH:: (il) y=a:: des niveaux / donc:: j'appelle la:: chirurgie / c'est une urgence :: / (il) faut l'opérer tout de suite*

En cela, le rôle des médecins n'est ainsi pas négligeable, dans la mesure où, par les incitations de leurs interrogations, déclenchent, maintiennent et orientent les différentes tâches narratives.

Par ailleurs, l'état pathologique se présente, dans la narration d'une part, comme étant le résultat d'une analyse logique des trois facteurs : temporalité ("*le soir : Inf : il tousse surtout le soir / et::*"), évènement et action ("*survenue de la fièvre : Inf : hmm oui /elle a fait:: des frissons*"); et d'autre part, sous forme de complication ("*le risque de septicémie: Dr : CA / c'est un problème en plus / C'EST SURTOUT / C'EST SURTOUT:: euh:: pou:: r le risque de:: de SEPTICEMIE*"), soit de déclinaison de la fièvre ("*pas de fièvre : il est apyrétique*").

Ces activités interactionnelles sont représentées sous la forme suivante :

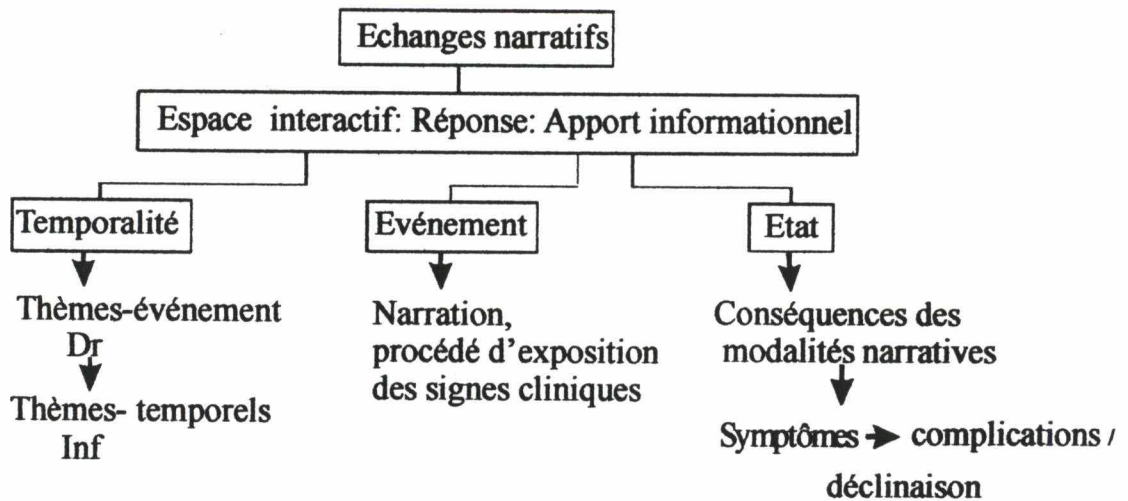


Figure8 : Représentation interactionnelle des échanges narratifs

Par conséquent, les échanges narratifs se développent dans des structures simples, où chaque échange construit, de façon régulière, un fait temporel ou événementiel, avant de passer à un autre, jusqu'à pouvoir tirer des conclusions cliniques :

346. Inf : [el barah deret: hier, elle a fait] un EEG
 347. Dr: j(e) l'ai vue:: / (il) y=a rien:: à signaler / je pense qu'on va demander:: euh:: un autre examen gynécologique\
 348. Inf : hmm
 349. Dr : et qui peut nous apporter:: euh :: / parc=que tous les les signes vraiment:: sont
 350. Inf : hmm
 351. Dr : en faveur d'une ascite d'origine:: gy:: nécologique:: / bein:: si:: on arri::ve à cette certitude: ben alors:: / [tfout le : elle passe en] gynéco ::
 141. Dr: c'est un: gros:: problème / alo:: rs on:: on est obligé:: vous savez:: d'aller jusqu'au bout (soupir) on a:: pas toujou:: rs le choix c'est ça / alors i(l) lui faut un:: scanner pour trancher
 142. Dr: on va prélever un jolie frag:: ment:: pour une deu:: xième:: étude anapath
 6. Dr : (il) y=a des varices oesophagiennes grade III à la fibro plus:: syndrome d'HTP
 7. Inf : vous avez demandé un avis d'hémato:: il a:: fait une PBM
 8. Dr : ET LE RESULTAT ?
 9. Inf : y a rien:: / enfin:: pas de signes de malignité su: r les prélèvements examinés
 10. Dr : mais:: &hépto:: splénomégalie homogène avec euh:: dilatation de la veine:: splénique reperméabilisation de la:: veine ombilicale / ET l'aspect ETM compatible avec une:: HTP décompensée sur:: foie cirrhotique / donc:: là:: c'est c'est l'indication d'une PBF!

Il faut retenir que les questions à valeur de demande d'informations, où il s'agit d'établir l'état de santé général du malade, sont des actes confirmatifs qui sont réalisés, dans le but de considérer et de vérifier son degré de vulnérabilité (*la douleur : sa localisation (épigastralgie), son intensité (une douleur vive) et sa survenue au cours de la journée (c'est vague).*

2.3. Le primat de l'évaluation :

L'évaluation constitue sur le plan théorique le fondement même de l'interaction. Depuis W.Labov, on sait que c'est elle qui instaure les mécanismes mêmes de l'interactivité. D'abord, on dit selon les termes de M.Bakhtine que : « toute énonciation comprend avant tout une appréciation. »¹. L'évaluation pose ainsi inévitablement la problématique de la relation à l'autre : « celui qui appréhende l'énonciation d'autrui n'est pas un être muet, privé de la parole, c'est au contraire un être rempli de paroles intérieures. »². Elle représente le lieu où l'attention s'arrête sur la perception que chaque interlocuteur porte sur l'autre pour lui assigner un profil interactionnel sur lequel la relation est modelée. On tombe ainsi sur la question des alliances qui sont en effet tissées dans les moments les plus stratégiques de la négociation des affaires, notamment dans un contexte professionnel, comme le cas de notre service. Les infirmier n'agissent pas seuls et se positionnent fermement par rapport aux médecins, qui leurs donnent la réplique. Leurs activités réclament, cependant, l'évaluation des médecins. Celle-ci est liée à : « la conviction avec laquelle une proposition est entretenue. »³. Le fait d'affirmer quelque chose aux médecins, perçu partiellement et de façon contingente, doit être accompagné d'un élan de conviction. C'est pour cela, que les infirmiers doivent paraître convaincus et convaincants de façon à assumer leurs dires et leurs actes pour une interaction harmonieuse avec les médecins dans le service. Cette conviction affichée devant

¹- BAKHTINE Mikhaïl, Le marxisme et la philosophie du langage, © Minuit, 1977, p 150

²- Ibid, p 165

³- MOESCHLER Jacques & REBOUL Anne, Dictionnaire encyclopédique de pragmatique, © Seuil, Paris, 1994, p 144

les autres nous renvoie à l'idée d'une négociation de l'appréhension et de l'appropriation des opinions :

18. Inf: il a des épigastralgies
19. Dr : [klit : tu as mangé]
20. Mde : non::! [ma klit oualou : je n'ai rien mangé]
21. Inf : une douleur qui cède par l'alimentation!
22. Inf : oui:: / c'est:: surtout des gastralgies qui cèdent [bel : avec le] Gastrimut
39. Inf : mais euh:: il se plaint de douleurs au niveau de l'hypocondre gauche! / une douleur très vive :: et puis euh :: qui :: qui se réveille très vite
40. Dr : très très net quoi
41. Dr : ET euh:: [ma shamtch : j(e) n'ai pas compris] au fait euh:: ça ça date de:: euh:: de::\n
42. Inf : non::: juste hier / et::: ça s'est :: s'est devenu plus aigu :: ce matin !
43. Dr : et comment ça s= passe dans la journée:: ces ces: douleurs apparaissent au réveil déjà:: ou c'est en fin de journée ?
44. Inf : parfois au réveil / euh:: c'est vague
45. Dr : hmm hmm
46. Inf : [tani : aussi] arrêt des:: matiè ::res et:: des gaz:: / [oua : et] des vomissements en:: jet
47. Dr : ah bon / on fait d'abord un ASP debout
48. Inf : d'accord / vous suspectez un syndro:: me occlusif ?
49. Dr : oui!

Les médecins consacrent précieusement leur temps à la recherche des raisons ayant été à l'origine du symptôme décrit par les infirmiers, qu'est "la douleur", rendant objective leur existence même, en tant qu'objets dynamiques et évolutifs. En réponse à leurs sollicitations, les infirmiers s'assurent des symptômes ressentis par le malade. Autrement dit, ils réagissent selon que le malade ressent telle ou telle douleur, à tels ou tels endroit, avec telle ou telle intensité. Ils introduisent des actes évaluatifs, leur permettant de tirer des conclusions cliniques, à partir d'informations narratives, transformées en observations médicales. Ils développent aussi un discours évaluatif parallèle à la narration.

En effet, les séquences évaluatives constituent des passages obligés que les interactants empruntent pour mener des réflexions les amenant à se constituer des opinions sur les actions, les acteurs et la situation entrant en jeu dans l'entreprise médicale. Ainsi, les actes évaluatifs sont, comme le précise J.Lerot, des actes

conclusifs : « (...) un acte évaluatif qui peut être en même temps conclusif. »¹. Ainsi, dans notre corpus, on remarque l'emploi fréquent dans les introductions des explicitations du conclusif "donc" qui résulte de raisonnement sur des référents amenés à une certaine limite où il est possible à l'interactant sur le plan cognitif d'arrêter un jugement averti et réfléchi. C'est le cas des informations collectées par les infirmiers et les diagnostics établis par les médecins :

261. Inf : il commence à faire un coma / il ne répond: qu'aux stimulations
 262. Dr : AH:: / ça a l'air d'être sérieux
 263. Inf : oui:: il décompense
 264. Dr : AH OUI !
 265. Inf : oui:: &état hémodynamique altéré / des douleurs abdominales:: des diarrhées profuses:: melænas / DESHYDRATATION / tension à sept, une oligo-anurie:: euh:: trois cents de diurèse +ET euh :: FIEVRE à trente neuf cinq
 266. Dr : et le bilan rénal ?
 267. Inf : complètement perturbé:: hyponatrémie à cent vingt + hypokaliémie à deux et demi
 268. Dr : l'hématocrite [djat : et le résultat de l'hématocrite] ?
 269. Inf : vingt cinq
 270. Dr : il a reçu un flacon de sang ?
 271. Inf : oui:: un flacon
 272. Dr : donc avis:: réa et infectieux / on appelle d'abord la rea:: pou: r son problème ioni:: que puis euh::
 273. Dr : &à l'écho, un foie hétérogène et polyadénopathies avec euh :: une dilatation de la voie biliaire principale / bon ben:: même le scanner met en:: evidence un processus lésionnel dont la nature tumorale reste à déterminer / alors:: faut compléter le bilan par une biopsie afin afin:: de:: de préciser la nature anapath de la lésion

Il est à noter, que chaque évaluation doit reposer sur un paramètre de compétence qui lui donne sa validité, c'est-à-dire l'angle sous lequel elle a eu lieu. Elle ne reflète pas seulement la compétence des médecins, mais aussi celle des infirmiers. Chacun évalue les choses selon des termes qui peuvent convenir à son interlocuteur, comme tout acte de langage d'ailleurs dans une situation interactionnelle. Par exemple, les infirmiers peuvent avoir des jugements pertinents sur certaines actions médicales :

¹- LEROT J, Précis de linguistique générale © Minuit, 1993, p 154

121. Dr : vous avez parlé des urines troubles ? c'est ça::?

122. Inf : oui:: une pyurie franche / on fait:: un ECB:: des urines::?

123. Dr : ECB ? / bon:: d'accord plus un antibiogramme

165. Dr : et préparez le pour une Colonoscopie demain

166. Inf : mais:: euh:: je:: je crois que:: [rah ayan bazaf : il est très fatigué] / il commence à:: à sombrer

167. Dr : AH BON:: donc euh Pff son état ne le permet pas:: / d'accord on temporise

Quand les médecins sont convaincus, ils réaffirment leur acceptation et donnent leur accord.

On s'aperçoit alors qu'aussi bien les médecins que les infirmiers peuvent se prévaloir du titre de spécialistes : tous revendiquent une part de mérite à faire valoir certaines opinions. Comme on peut le voir, se joue au niveau de la communication sur l'action une problématique de médiation interactionnelle, dans laquelle les médecins, s'appuient sur la narration et le rapport d'actions des infirmiers. Dans l'exemple ci-dessous, concernant la lecture-interprétation des documents médicaux, les médecins par leur action communicative les fait ouvrir à la réception compréhensive des infirmiers qui prennent conscience de leur intentionnalité actionnelle : ce qu'il ont fait, pour quelles raisons et pour quels résultats : ("Dr : &à l'écho, un foie hétérogène et polyadénopathies avec euh :: une dilatation de la voie biliaire principale / bon ben:: même le scanner met en:: evidence un processus lésionnel dont la nature tumorale reste à déterminer / alors:: faut compléter le bilan par une biopsie afin afin:: de:: de préciser la nature anapath de la lésion").

En général, l'évaluation se présente alors comme un procédé de motivation de l'action qui se situe sur deux plans : d'une part, elle confirme l'engagement des médecins à opter pour un type d'action qu'ils souhaitent faire réaliser à un malade ; d'autre part, elle œuvre pour obtenir l'engagement des infirmiers à réaliser l'action recommandée en les dotant de plus d'informations et en les confortant dans leur position d'exécutants.

Nous la représentons par le schéma suivant :

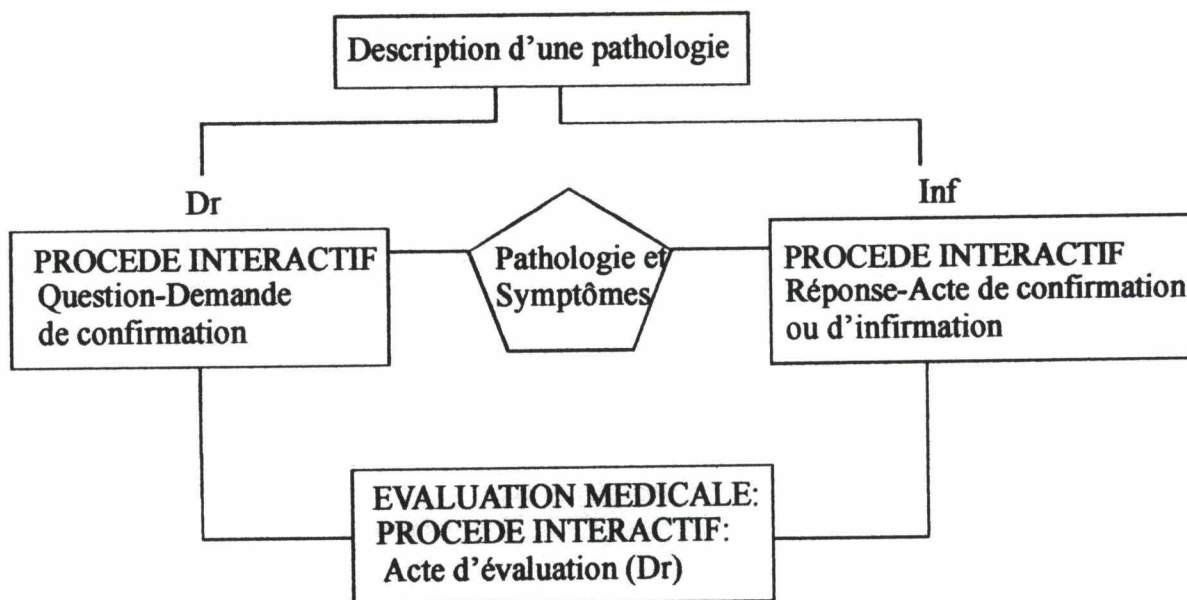


Figure 9 : Représentation de la construction interactive de l'acte d'évaluation

Reste que, le bénéfice que peuvent tirer les infirmiers de leur transmission d'information aux médecins est l'établissement d'une place interactionnelle convenant à leur position : ils tirent satisfaction de ce que leur discours informatif des données médicales techniques est très bénéfique pour la lutte contre la pathologie mise en cause.

3- Stratégies interactionnelles des activités médicales et infirmières

3.1. Compétence médicale et infirmière :

Un cadre technique de l'interaction médicale consiste à imposer aux protagonistes une situation où l'action confirme la compétence professionnelle des médecins et des infirmiers. Dans cela, est pris en compte un enjeu de taille : la compétence. A travers celle-ci, se révèle chez chaque interagissant la volonté d'affirmation de soi de par la prétention à un type de compétence en un domaine donné : « *la performance professionnelle, c'est la volonté du groupe [...] de donner le meilleur de soi dans le domaine professionnel.* »¹. Cela se traduit par une somme d'activités qu'ils peuvent mener, de façon coopérative et complémentaire. Les protagonistes

¹- LEUTEURTRE Hervé & Caveng Joë-Michel, L'évaluation des performances du personnel à l'hôpital, ESF éditeur, Paris 1991, p18

s'arrangent pour mieux formuler les problèmes, en leur donnant une valeur professionnelle garante de leur recevabilité en milieu institutionnel. D'un point de vue culturel, on ne peut nier le fait que chaque interlocuteur (médecin ou infirmier) est chargé d'expériences, résultats d'un parcours unique et socio-individuel, qui le distingue de son protagoniste. D'un point de vue social, la question d'une sociabilité professionnelle spécialisée est plus évidente dans un rapport d'expertise où l'un se distingue nettement de son vis-à-vis par un savoir et un savoir-faire élitiste qui le place dans une position confortable de prestataire.

L'enjeu de la compétence rejoint celle de la vision du monde dans la mesure où, si un interlocuteur prétend à la validité de ses vues, il doit faire montrer d'une certaine capacité à répondre de façon pertinente aux interrogations sur le monde de son partenaire. Cette capacité est testée aussi bien chez les médecins que chez les infirmiers dans le service d'Hépatogastro-entérologie. Dans cela, il est question de choisir qui doit faire quoi. Par l'affirmation de leur compétence professionnelle à travers leurs activités explicatives, les médecins peuvent juger de la validité des interventions des infirmiers. Ils adoptent deux attitudes complémentaires : d'une part dans leur recherche d'information et dans leur résolution d'un problème. Ils investissent dans l'interaction leur part lucide, critique et décisive, et agissent en fonction de ce qu'ils perçoivent comme juste et exact et de ce dont ils sont vraiment convaincus :

231. *Inf* : c'est un malade euh :: qui a été suivi en pneumo pour TBC:: pulmonaire
 232. *Dr* : AH ! chez qui euh: on a suspecté une TBC péritonéale **je pense:: hein ?**
 233. *Inf* : oui [hada houa : c'est lui]:: / [ma tabaach : il n'a pas suivi] correctement son traitement antituberculeux / [tani : aussi]:: il a:: bénéficié d'un:: traitement ana ::rrique à titre privé
 234. *Dr* : donc:: (il) faut voir l'histoire de cette dégénérescence:: / **je sais que:: c'est une récédive au niveau péritonéal**
 235. *Dr* : **DONC:: NOTION D'AMAIGRISSEMENT ? en plus il y a ASCITE ISOLEE plus ATTEINTE ILEOSECALE ?**
 236. *Dr* : **MAIS / comment:: expliquer cette:: per:: te de poids ? IDR négatif ?**
 237. *Inf* : oui:: négatif / et euh:: la recherche du BK dans les crachats en cours
 238. *Inf* : ponction d'ascite faite / ascite exsudatif
 239. *Dr* : pas:: pas de:: de signes d'impré:: gnation : / c'est:: je:: **je crois:: que:: c'est::**

beaucoup plus une TBC PERITONEALE / donc:: euh:: / et bien:: / donc j'a.. / j'appellerai:: euh:: la chirurgie:: tout à l'heure / et puis:: euh:: je crois:: c'est aussi simple de prendre une décision:: / alors:: soit une laparotomie ou une coelio:: soit on entame carrément un traitement antituberculeux : / vous l'avez pesé ?

240. Inf : oui:: il fait cinquante huit Kilos

241. Dr : ben:: quatre comprimés le matin

242. Inf : oui d'accord

C'est un prolongement d'une discussion engagée antérieurement et à laquelle il faut apporter présentement une réponse. Cette dernière doit revêtir un caractère stratégique reposant sur le respect réciproque que se vouent les partenaires de soins et le respect de l'intérêt du malade.

Trouver un compromis entre les attitudes des demandeurs revient à partager les responsabilités, et à se donner des marges de manoeuvre pour montrer à chacun sa véritable place dans le circuit médical. Responsabilité soutenue par des prédicats assertifs représentés en gras, tels que "*penser : je pense que...*", "*croire : je crois que...*", "*savoir : je sais que...*". Les médecins et les infirmiers se donnent alors un profil d'interlocuteurs sérieux, donnant matière à la négociation des soins et des pratiques médicales. Leurs compétences présentent les traits d'une compétence pratique où se manifeste un savoir-faire intuitif, à travers lequel ils peuvent pointer certaines problématiques qui s'avèreront à l'examen cohérentes et fondées : Les médecins confirment leurs doutes au sujet de la lisibilité des radios et la fiabilité du laboratoire : ("*Dr : donc:: euh:: c'est un estomac allongé:: regardez: donc:: + comme je vous disais le haut en bas il manque peut être un cliché ou deux::*") ; ("*Dr : TP bas / J'OSE ESPERER que le labo:: a:: euh:: un bon réactif cette fois-ci (rire)*")

Soulignons, que les activités de la profession de médecin peuvent dépasser à un certain stade le champ de sa compétence spécialisée. Il est parfois confronté à des situations tellement problématiques qu'il se résout à s'avouer incompetent dans son domaine dans lequel il n'arrive pas toujours à expliquer les faits et les gestes médicaux de ses pairs :

59. Dr : *MAIS comment expliquer cette anémie en l'absence de tout saignement:: que ce soit micro ou macroscopique ?*
60. Dr : *HA::! / je n(e) sais quoi di:: re par rapport à ce:: problème d'anémie (...): / fibro saine / lavement baryté normal! je voudrais être sûr de :: \ ≠bon alors quoi dire hein je me suis contredit / ça je n(e) sais pas*
63. Dr : *ce qui m'ennuie:: euh:: c'est:: c'est le résultat non affirmatif de l'anapath ≠sinon:: y= a :: y= a pas :: de :: SIGNES ASSOCIES ?*
65. Dr : *be:: n quand même:: on doit poser:: euh:: quand même un diagnostic:: /Ø(il) faut fai:: re un transit du grêle sinon:: on passera à une:: laparotomie exploratrice:: c'est c'est elle qui va:: trancher!*
141. Dr : *c'est un: gros:: problème / alo:: rs on:: on est obligé:: vous savez:: d'aller jusqu'au bout (soupir) on a:: pas toujou:: rs le choix c'est ça / alors i(l) lui faut un:: scanner pour trancher*
292. Dr : *ET ces dou:: tes je:: je n'arrive pas à:: à voir sur quoi ils sont:: / ils se sont construits:: ? fff je n=sais pas trop en fait*

De ce qui précède, on voit bien, comment au bout de certains raisonnements inachevés, les médecins déclarent forfait en avouant leurs limites dans l'interprétation des faits médicaux et en assurant avec hésitation leurs assertions médicales. En d'autres termes, les médecins définissent leurs responsabilités respectives, en tant qu'intervenants limités à des fonctions particulières : ("Dr : non:: (rire):: je suis loin d'être un spécialiste d'études:: euh:: anapath / je dis:: je suis pas spécialiste dans cette étude / [naayrouh hna fe laboratoire taana oualla fe le privé : on fera l'étude anatomopathologique au niveau de notre laboratoire ou en privé] "). Cette incompétence conjoncturelle relève de l'ordre d'un savoir-faire qui s'inscrit dans la pratique spécialisée de la médecine.

Cela cautionne finalement les médecins et les confirme dans leurs rôles instructifs. Cette distribution symbolique des rôles -parce qu'elle est socialement établie de fait -consiste à rétablir dans leurs consciences la hiérarchie qui gouverne chaque acte médical. Cette divergence complémentaire de compétences les amène souvent à anticiper, comme dans le cas des constats d'examen, sur les problèmes de réception en interrogeant la compétence de l'autre.

Reste que, acquérir une lucidité dans le domaine médical, c'est prendre conscience des démarches thérapeutiques et ses limites. Des limites qui

circonscrivent le champ d'action des infirmiers et des médecins, et qui requiert la conjugaison des compétences : chacun selon son domaine de compétence en cherchant toujours des consensus négociés des problématiques comme départ positif à l'entreprise médicale.

3.2. Stratégies interactionnelles négociées :

Il devient évident que, dans une interaction donnée ; en l'occurrence médicale, les stratégies sont toujours négociées et coordonnées entre les partenaires de soins. C'est ce que soutient R.Vion dans ses dires : « *Nous appellerons donc stratégies les lignes d'actions conjointes effectivement constatées, par l'analyste, une fois l'interaction achevée. Ces lignes d'actions ne sauraient correspondre aux buts préalablement poursuivis ni à la conscience que les sujets ont de ce qui vient de se passer.* »¹. Entre autres, celui qui détient la parole (médecin ou infirmier) opte en général pour une stratégie de passage de la parole ; soit par des marqueurs verbaux (une question par laquelle il demande explicitement à son interlocuteur de prendre le tour de parole), soit encore par des marqueurs non verbaux (un acquiescement de la tête), l'auditeur signale au locuteur qu'il renonce à prendre la parole ou à faire une correction, ainsi lui permet-il de continuer son énoncé.

Dans le questionnement médical, par exemple, on peut suivre la construction d'un symptôme donné ou sa caractérisation et sa localisation, sans pour autant devoir artificiellement la morceler en échanges minimaux :

*Dr : est-ce qu'il saigne **vraiment** ou:: ?*

*Inf : oui vraiment / **AH oui:: ça saigne***

ou :

*Dr : je jette un coup d'œi::l sur le dossier:: / il avait déjà un:: un souci de santé le mois de :: de je crois :: Septembre ? **hein ?** Øest-ce que **cette question là est réglée ?***

*Inf : **oui:: y a:: pas de problèmes***

Aussi bien la modalisation des questions (l'adverbe "vraiment") que les questions explicatives, visant à vérifier la certitude de l'affirmation de l'existence d'un objet

¹ - VION Robert, La communication verbale : Analyse des interactions verbales, © Hachette, 1992, p196

donné ("saignements" et "anémies") provoquent des réponses représentant toutes des actes réactifs entachés d'impulsion :

- L'interjection "AH oui" : appuie, dans la première question la validation du propos mis en doute. Dans le premier exemple, elle renforce un objet, antérieurement avancé, qui reçoit une reconnaissance tardive.

- La réfutation des présupposés référentiels des questions conduit à la contestation de leur pertinence.

C'est une façon pour les protagonistes en interaction d'affirmer des stratégies diverses : les infirmiers peuvent se situer dans une stratégie d'antagonisme qui consiste d'une façon détournée (un simple constat négatif de la situation) à exprimer une plainte forte contre les spécialistes ; les médecins ripostent par une stratégie d'évitement pour ne se situer que sur le plan assertif (admettre le constat négatif), c'est-à-dire n'enchaîner que sur le posé afin d'annuler la plainte. Par exemple, lorsque le médecin, dans l'exemple ci-dessous, se plaint de la qualité du TOGD par l'absence de quelques clichés, l'infirmier confirme leur présence :

245. Dr : [andha : elle a] un TOGD ?

246. Inf : oui [andha : elle a un TOGD] voilà les clichés

247. Dr : donc:: euh:: c'est un estomac allongé:: regardez: donc:: +comme je vous disais le haut en bas il manque peut être un cliché ou deux::

248. Inf : non:: [rahoun fe dossier kamal : ils sont tous dans le dossier]

249. Dr: ah bon:: [hamadou : les voilà] / c'est une sténo::se pyloro-bulbaire!

De même, les médecins peuvent poser une question non littérale : ("Dr : ET:: comment que ça:: se pa::sse aujourd'hui ? y a-t-il:: du:: nouveau depuis:: euh:: hier::?"). A partir de là, elle nécessite la réponse à la question et un ajout d'informations pour compléter les réponses. Les infirmiers sont appelés par le biais de cette question, à faire une conclusion ou une synthèse de la visite précédente :

340. Dr : *qu'est-ce que ç a donne aujourd'hui ? / quoi d=neuf ?*
341. Inf : *oui:: c'est:: bon / il s'améliore / [kan b : il était à...] vingt selles la dernière fois:: aujourd'hui il est à neuf*
342. Dr : *BEN / tant mieux +++ il prend:: toujou:: rs le Cortancyl ? / on a:: je crois:: commencer à réduire:: les doses ?*
343. Inf : *oui:: il est à quatre comprimés*
344. Dr : *ben:: on arrête le schéma de réa et:: euh:: on continue avec les mêmes doses de:: de Cortancyl / vous insistez bien sûr sur le régi:: me sans sel:: / on fait:: comme ça ?*
345. Inf : *oui d'accord*

Cela donnera l'occasion de l'ouverture d'un langage nouveau faisant l'objet d'un échange médecin-infirmier plus pertinent et plus personnalisé.

CHAPITRE II :
Dynamiques et stratégies interactionnelles
globales médecin-infirmier

1- Manifestations langagières de coopération et de conflits :

1.1. Manifestations langagières de coopération :

« Le système de santé suppose la distribution des soins, et il se doit de coopérer avec tous les professionnels de santé afin que les soins soient continus et coordonnés. »¹.

La relation de soins se construit ainsi sur un axe vertical où l'on retrouve :

a- *Des partenaires* qui se diversifient au fur et à mesure que les données se compliquent et nécessitent l'intervention de plusieurs experts.

b- *Des lieux de rencontres multiples*, offrant chacun des caractéristiques interactionnelles diverses : on n'interagit pas de la même manière avec le généraliste ou le spécialiste qu'avec le médecin-chef, et ce, pour des raisons liées aux profils respectifs des interlocuteurs ainsi qu'aux conditions matérielles des rencontres (temps et espace accordés à l'interaction).

Cela dit, que le système de santé suppose la présence de nombreux professionnels de santé (médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmiers en soins, secrétaires médicaux...) qui gravitent autour du malade. Quelque soit leur appartenance, ils partagent tous un but commun qui est la responsabilité de prendre l'initiative, d'établir et d'appliquer les mesures destinées à répondre aux exigences du malade. De leur part, les médecins s'engagent auprès des infirmiers sur la base d'un contrat moral et professionnel qui place leur travail dans un cadre didactique. Il s'agit pour eux d'indiquer aux infirmiers les paramètres et les facteurs qui permettent de mesurer le travail médical à effectuer dans le parcours thérapeutique. Il s'agit techniquement de valoriser chez les infirmiers, l'engagement persévérant à l'action médicale et la prise de conscience de sa finalité et utilité résolutive.

Tout de même, dans cette interaction, les efforts sont d'abord concentrés sur la compréhension du cas du malade pour le traiter. Il est donc important qu'une communication soutenue puisse s'établir entre les médecins et les infirmiers. Dans

¹- Bulletin du syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques paru dans sa revue officielle : L'information psychiatrique, "Qu'un infirmier ait des clartés sur tout", 2005(sitographie)

un cadre interactionnel, notamment de travail comme c'est le cas dans notre corpus, les productions langagières s'inscrivent inévitablement dans des constructions plus larges et finalisées. Les médecins interviennent en tant qu'initiateurs d'activités, pratiquement dans toutes les phases de l'entretien médical. C'est ainsi que l'on peut remarquer leurs efforts constants pour veiller toujours à l'adhésion des infirmiers aux raisonnements médicaux qu'ils entreprennent. Les infirmiers se situent ainsi doublement par rapport aux deux univers : d'une part, en relation de face à face avec les malades, engageant avec eux des échanges interlocutifs dans le but de construire un épisode transitoire dans le parcours thérapeutique; d'autre part, en relation avec les médecins. Ils sont à l'origine de tout signalement de problèmes de santé du malade :

218. Inf : *oh:: oui: il a fait des épisodes d'hématémèses*
 219. Dr : *est-ce qu'il saigne vraiment ou:: ?*
 220. Inf : *oui vraiment / AH oui:: ça saigne*
 221. Dr : *ET::QUAND est-ce la dernière fibro ?*
 222. Inf : *le quinze:: / voilà le compte-rendu*
 223. Dr : *donc c'était quoi:: ? hmm:: des ulcérations:: avec des espaces de muqueuses saines / bon:: ben::*
 251. Inf : *non:: pansement toujou:: rs infecté:: +y=a même des matières:: fécales qui:: proviennent de la plaie*
 256. Inf : *oui:: / mais euh:: elle n'a pas:: l'air:: de:: répondre au:: Claforan / on change d'antibiotique non?*
 261. Inf : *il commence à faire un coma / il ne répond: qu'aux stimulations*
 265. Inf : *oui:: &état hémodynamique altéré / des douleurs abdominales:: des diarrhées profuses:: melaenas / DESHYDRATATION / tension à sept, une oligo-amurie:: euh:: trois cents de diurèse +ET euh :: FIEVRE à trente neuf cinq*

De ce fait, les infirmiers se mettent à l'entière disposition des médecins. Ils obéissent à leurs directives, mais aussi les sollicitent et demandent leur explicitation en manifestant particulièrement leurs intérêts pour les phases consacrées à la résolution de la problématique, et en s'interrogeant et par là, en leur interrogeant sur le sens du diagnostic et la portée de la prescription. :

84. Inf : *Ampi 1g toutes les six heures ?*
 85. Dr : *non :: toutes les huit heures / plus éventuellement un antalgi :: que Perfalgan en perf*
 86. Inf : *oui d'accord*
 87. Dr : *on ajoute aussi Azanta:: c deux fois par jour et euh: par voie ORA::LE on donne Duphalac trois prises par jours*
 88. Inf : *oui d'accord*
 94. Inf : *trois quart seulement:: ?*
 95. Dr : *AH OUI ! trois quart seulement / et euh:: on surveille son bilan: biochimique*
 201. Dr : *faites un lavage gastrique:: serum salé avec:: vingt cc de Duphalac et vingt cc de Maalox*
 202. Inf : *et euh Sandostatine:: à la seringue: électrique*
 205. Dr : *oui:: comme d'habitude:: / trois ampoules / bien sûr surveillance de:: l'état hémo:: dynamique*

Les médecins en leur prodiguant conseils, recommandations et orientations, les font bénéficier d'un potentiel d'expérience qui leurs permettent d'être des interlocuteurs plus avisés, ayant participé davantage sur l'art de négociation de leurs échanges transactionnels à venir dans le service. Ils confirment également la pertinence des interrogations des infirmiers quant à la logique actionnelle des soins et des actes médicaux :

165. Dr : *et préparez le pour une Colonoscopie demain*
 166. Inf : *mais:: euh:: je:: je crois que:: [rah ayan bazaf: il est très fatigué] / il commence à:: à sombrer*
 167. Dr : *AH BON:: donc euh Pff son état ne le permet pas:: / d'accord on temporise*
 256. Inf : *oui:: / mais euh:: elle n'a pas:: l'air:: de:: répondre au:: Claforan / on change d'antibiotique non?*
 257. Dr : *EVENTUELLEMENT / on passe au Pipéracilline 2g:: par 24h*
 258. Inf : *oui:: / [badalt lah : je lui ai changé] la voie veineuse*
 259. Dr : *parfait ::! tu as bien fait:: / c'était un peu inflammée ? [yak : n'est-ce pas] ?*

Cette interaction est ainsi bâtie sur la confrontation de deux univers face auxquels les interlocuteurs se donnent la mission de les concilier ou au mieux de coordonner les actions complémentaires qui s'y déroulent ou s'y dérouleront.

Dans la conception de l'échange, l'interactivité des médecins et des infirmiers est réduite au maximum à une simple affaire de coopération dans la construction

d'interventions qui se succèdent logiquement sur la base d'un simple respect des règles de prise de parole et de force illocutoire et interactive. Ainsi, l'échange revient à articuler une parole contraignante : une question appelle une réponse ; un ordre, l'obéissance ; un offre, l'acceptation, etc. :

102. Dr : *fais voi:: r le TP:: il est à combien ?*
103. Inf : *trente deux / bas::*
104. Dr : *i(l) faut le refaire en urgence / soit:: ici soit en privé*
105. Inf : *oui d'accord*
106. Dr : *et:: puis euh:: je pense qu'on va demander aussi une formule*
107. Dr : *ça / c'est apparu quand ?*
108. Inf : *cet après midi!*
109. Dr : *cet après midi ?*
110. Inf : *hmm oui*
229. Dr : *recto:: demain*
230. Inf : *oui*

Engageant un véritable apport informationnel, les infirmiers se livrent à une pratique reformulative d'épisodes du mal ressentis par le malade et le transmettent aux médecins qui confirment leur pertinence par leurs interrogations. De même, les différentes demandes, soit de renseignements ou d'explicitation, offrent l'occasion d'aller vers l'intercompréhension. Dans un souci d'organisation cognitive de leurs travaux d'observation, les médecins se signalent et signalent aux infirmiers la fin d'une étape et l'enchaînement sur une autre :

139. Dr : *CA:: c'est l'estomac qui parait:: atrophié:: +++d'emblée on voit:: qu'il:: faudra refaire une BDJ pour:: un p=tit peu euh :: confirmer ce diagnostic*
238. Dr : *pas:: pas de:: de signes d'impré:: gnation : / c'est:: je:: je crois:: que:: c'est:: beaucoup plus une TBC PERITONEALE / donc:: euh:: / et bien:: / donc j'a.. / j'appellerai:: euh:: la chirurgie:: tout à l'heure / et puis:: euh:: je crois:: c'est:: aussi simple de prendre une décision:: / alors:: soit une laparotomie ou une coelio:: soit on entame carrément un traitement antituberculeux : / vous l'avez pesé ?*
252. Dr : *hein ? quoi? <... ?> des MATIERES FECALES / alors euh:: on devrait même pas l(e) dire (soupir) / elle a fistulisé donc / j'appelle la chirurgie:: tout d=suite / c'est la chirurgie qui:: qui doit s'en occuper hein:: euh:: si:: s'il y a:: lieu:: de la reprendre si son état:: le:: permettra bien sû:: r*
273. Dr : *&à l'écho, un foie hétérogène et polyadénopathies avec euh :: une dilatation de la voie biliaire principale / bon ben:: même le scanner met en:: evidence un*

processus lésionnel dont la nature tumorale reste à déterminer / alors:: faut compléter le bilan dont la nature tumorale reste à déterminer / alors:: faut compléter le bilan par une biopsie afin afin:: de:: de préciser la nature anapath de la lésion

280. Dr : *bon alors donc là c'est un peu plus précis ++ben:: on refait une autre fibro:: avec biopsie:: / et:: pour son problème de sténose:: on prépa:: re un bilan près-op pou: r la chirurgie*

307. Dr: *EFFECTIVEMENT / donc effectivement on revoit les toutes premières:: investigations:: et puis:: on explo:: re donc a priori l'œsophage*

En effet, l'introduction des données est un moyen d'informer les médecins de problèmes de santé qu'ils devront gérer par la suite. C'est une organisation, dont la verbalisation constitue une manière de graver de façon sonore les différentes étapes de l'enchaînement des actions, accomplies ou à accomplir : Action 1 (objet 1) → Constat 1 (objet 1) → Action 2 (objet 2) → Constat 2 (objet 2), etc. :

<i>Dr : on va fai:: re une fibro tout de suite</i>	→ Action 1
<i>Dr : ouh la ::lah i=y a une formation bourgeon:: nante:: au niveau de l'œsophage</i>	→ Constat 1
<i>Dr: on va prélever un jolie frag::ment:: pour une deu:: xième:: étude anapath</i>	→ Action 2
<i>Dr : l'anapath retrouve un NEO gastrique peu différencié</i>	→ Constat 2

D'ailleurs, cette organisation peut être perçue comme étant interne au travail des médecins, mais sa verbalisation, donc son partage avec les infirmiers, fait du constat un acte rassurant pour ces derniers. Quant aux infirmiers, ils peuvent aussi conditionner l'action médicale. Au jeu du questionnement, l'action s'oriente en fonction de leurs confirmations ou de leurs infirmations des observations :

39. Inf : *mais euh:: il se plaint de douleurs au niveau de l'hypocondre gauche! / une douleur très vive :: et puis euh :: qui :: qui se réveille très vite*

40. Dr : *très très net quoi*

46. Inf : *[tani : aussi] arrê des:: matiè ::res et:: des gaz:: / [oua : et] des vomissements*

en::jet

47. Dr : *ah bon / on fait d'abord un ASP debout*

48. Inf : *d'accord / vous suspectez un syndro:: me occlusif ?*

49. Dr : *oui!*

55. Dr : *AH:: (il) y=a:: des niveaux / donc:: j'appelle la:: chirurgie / c'est une urgence:: / (il) faut l'opérer tout de suite*

Le point important derrière cela, est que tous les deux, dans le service s'approprient conjointement et manifestent mutuellement leurs positions, fermes ou relatives, vis-à-vis de leurs dires et de leurs contenus.

En clair, tous les deux accomplissent pleinement leurs rôles, c'est-à-dire déterminer et soigner la pathologie mise en cause en s'engageant sur la voie de la coordination des actions thérapeutiques -non encore définies et retenues comme solutions- adaptée à la situation particulière de chaque malade confirmant ainsi leur investissement coopératif dans la recherche de la résolution, dans le sens où s'ouvre devant eux une voie de planification d'actions qui instaurera un contexte volontariste de passage à l'acte.

Ainsi les zones d'accords ne témoignent pas de la résolution du problème mis au cœur de cette interaction où les positionnements des interactants sont complémentaires et la régulation des échanges ainsi que la distribution des tours de parole sont moins souples et moins fluides, mais se présentent sous forme de séquences "méta" où l'objet est de se mettre d'accord sur les termes de négociation et ses modalités.

1.2. Manifestations langagières de conflits :

Il va de soi que, comme toute interaction, le type de discours interactif médecin-infirmier a ses limites. C'est ainsi que le projet interactionnel peut être mis en échec et ce, tout simplement pour des raisons propres à la nature même de toute interaction. De cet état de fait, naissent des situations de divergences, basées sur des malentendus. Sur la même longueur d'onde, dans le cadre du suivi médical, les infirmiers n'arrivent pas toujours à concilier les discours et à se

construire une certaine cohérence qui justifie leurs démarches thérapeutiques et les résultats qui en découlent, d'où le recours aux médecins qui sont investis d'une autorité professionnelle dans laquelle ils se réfugient pour trouver des réponses à des interrogations diverses. Dans plusieurs circonstances, ils comprennent très bien la question posée par les médecins spécialistes ou généralistes, ils reconnaissent ses contraintes illocutoires, admettent sa pertinence contextuelle et co-textuelle, mais souvent refusent, pour des raisons divers, d'y répondre (ce refus peut se traduire par un silence) : par exemple, on risque, pour des raisons psychologiques, de manquer de sincérité ou, au contraire, de montrer une franchise qui peut nuire à l'autre :

96. Dr : *il a:: fait de la températu ::re ?*

97. Inf : *on l'a :: pas chiffré:: / +++mais:: il est: euh:: apyrétique::*

98. Dr : *[el barah : hier] j'ai:: laissé: les consigne : de faire une courbe de température chez ce malade :: où :: est-ce qu'elle est:: la fiche ::?*

99. Inf : *silence*

100. Dr : *j'ai bien dit:: où :: est-ce qu'elle est:: la fiche ::?*

101. Inf : *on a pas :: j'étais:! <... ?> (voix très basse) on a:: pas de thermomètre :: Øil est apyrétique*

La manifestation d'hésitation des infirmiers peut être traduite dans ce contexte par les médecins par un manque de lucidité ; donc leur ignorance. D'abord, dans un discours aphasique, où ni la production ni l'écoute ne sont assurées : les brèches de l'intercompréhension sont exacerbées. A la surface des échanges, le problème semble être lié aux infirmiers qui ne se rappellent pas la finalité de l'épisode invoqué : ils ne répondent pas à l'introduction de la requête des médecins. De leur part, les médecins peuvent produire une question, dont les contraintes illocutoires, thématiques et contextuelles ne visent aucunement la sollicitation d'informations, mais, par exemple, l'adresse d'un reproche, l'aveu d'ignorance, etc :

310. Inf : vous parlez de::\
311. Dr : la Dermato :: ouais ?
312. Dr : oui : [dja chafou : il est venu le voir] ?
313. Inf : oui [dja : il est venu]
314. Dr : qu'est-ce qui:: qu'est-ce qu'il a décidé ? / qu'est ce qu'il:: lui a donné::
comme traitement::?
315. Inf : DES:: CORTICOIDES:: euh :: je n=sais pas::++ je n=sais pas ce que c'est::
316. Dr : vous:: ne savez:: pas ce que c'est:: ?
317. Inf : ce sont j : je crois des comprimés:: de quinze:: miligrammes:: [manich akla :
je ne me rappelle pas] c=que c'est:: / : [maniche akla : je ne me rappelle
pas] la marque:: euh ce sont des corticoïdes plus FORTS que l'ECONAZOLE
elle a dit::
318. Dr : et de quel traitement:: tu parles::?
319. Dr : appelez la dermato:: / i=faut voir ce qu'elle a prescrit::
320. Inf : silence

Par ailleurs, l'extension de la demande des infirmiers suivie de la recommandation des médecins donne l'occasion d'un autre conflit ; les médecins se voient refuser leur recommandation et le malade sa demande. Ces conflits entrent dans le cadre d'une négociation mettant en jeu, d'une part, le savoir et le rôle propre des infirmiers et d'autre part, le pouvoir de décision des médecins. Les innombrables interrogations des médecins et leurs capacités critiques vis-à-vis des réactions des infirmiers peuvent arriver à mettre en doute ces derniers. Le problème se pose à notre avis sur un tout autre registre, celui qu'on peut qualifier d'attitude interactionnelle : La question du médecin ("Dr : et de quel traitement:: tu parles::?") a créé un effet d'inhibition chez l'infirmier, c'est-à-dire inhiber sa dynamique discursive et contribuer sérieusement à l'échec de ses activités transactionnelles. L'infirmier semble s'étonner de se voir interroger sur des faits connus : ("Dr : des:: rectorragies ou:: des:: moelenas ?"). Par exemple, dans le rapport d'actions, le contexte historique de l'interaction confronte sérieusement les interactants à la question de l'oubli volontaire, ce qui donne à l'acte de rappel les tonalités d'une accusation qui débouche sur une attitude interactionnelle de blocage : ("Dr : [el barah : hier] j'ai:: laissé: les consigne : de faire une courbe de température chez ce malade :: où:: est-ce qu'elle est:: la fiche ::?; Inf : on a pas :: j'étais:!

<... ?> (voix très basse) on a:: pas de thermomètre:: Øil est apyrétique"); comme il peut être admis comme un oubli non volontaire des faits, dont le rappel révèle une différence d'appréciation de l'échelle d'importance accordée aux événements en question et ce qui, au prix d'une négociation de la situation, peut déboucher sur une phase résolutive. Alors deux attitudes peuvent prendre forme : d'une part, les infirmiers pourraient douter que les médecins accordent peu d'intérêt à leurs interventions ; d'autre part, une stratégie implicite se cacherait derrière le rappel qui vise à obtenir autre chose que la simple information. Celle-ci circule dans un langage hermétique entre médecins et infirmiers, fruit d'une communication homme-machine. Les médecins, dans ce cas dominant la conversation en ce qu'ils produisent l'essentiel du discours échangé. Ce qui autorise les infirmiers à considérer cette "hyperdirectivité"¹ comme nocive de leurs territoires. Les infirmiers développent ainsi, pour ne pas perdre la face, des contre-pouvoirs et des tentatives d'imposer leurs propres paroles et leurs droits conversationnels quoi que les médecins les récupèrent à leurs profits ayant le dernier mot. Ils élèvent souvent leurs voix pour dénoncer des carences au niveau de la communication spécialisée ("c'était pas du sang"). Ils se trouvent souvent désorientés et dépassés par les événements, ne maîtrisant pas vraiment les solutions pour s'en sortir :

145. Inf : [jabou la malade m les urgences : on a ramené la malade du service des urgences]
 146. Dr : [chkoun : quelle malade] ? l'accident caustique ?
 147. Inf : oui:: / elle est:: dans un état catastrophique / &dyspnée:: hypotension à sept:: encombrement bronchique / on l'a:: mis sous oxygène et:: plasmagel
 148. Dr : mais pourquoi:: vous l'avez admis sans m'aviser ?
 149. Inf : elle est parti aux urgences:: juste pou:: r AVIS de chirurgie
 150. Dr : mais:: IL FALLAIT M'AVISER d'abord / c'est la réa:: qui devait:: la prendre
 151. Inf : mais la passation n'a pas:: été signé / et:: la malade est toujou:: rs hospitalisé [andna : chez nous] / [houdet : elle est partis] pour avis SEULEMENT
 152. Dr : la malade [thoued : part aux] les urgences [oue ça: y est : et puis c'est tout] / appelez l'ambulance

¹ - WEST & FRAHENKEL, cité dans : KERBRAT-ORECCHIONI Catherine, Les interactions verbales II, © Armand-Colin/Masson, Paris, 1991, p116

153. Inf : silence

C'est un fait, bien que cela ne soit pas un acte volontaire visant à les nuire : on dénit leurs capacités d'agir.

Ainsi, au fur et à mesure que les infirmiers essayent de convaincre les médecins de la validité de certains symptômes en les problématisant, afin qu'ils soient pris en considération, les médecins tentent soit de minimiser les faits ; soit de les reconnaître, sans leur donner de manière marquée une valeur positive :

67. Inf : oui:: tension à neuf et demi:: et:: [rah ayan : il est fatigué]

73. Dr : silence

74. Inf : maintenant, elle est à onze / [basah : mais] à chaque fois [ydir : il fait] une hypotension:: comme ça à huit neuf!

75. Dr : pff:: c'est vrai une tension comme ça à neuf et demi +++ ça ne m'étonne pas qu'il soit comme ça fatigué::

76. Dr : c=à-dire:: euh:: une au:: tre solution hein / pour quelqu'un qui a une fragilité :: est-ce qu'il se fatigue moins ? / c'est pas évident / je m(e) pose la question vis-à-vis de ::\

77. Inf : hmm oui

78. Dr : euh:: j(e) dirais que ça :: ça m'avancerait plus / i(l) faut voir ça donc à priori ::\

79. Dr : ça:: / ça bon c'est banal / c=n'est pas un indice de gravité / mais c'est:: c'est:: / ça objective Ømais:: euh:: pas de FIEVRE

Donc, le principal grief qu'ils retiennent des pratiques des spécialistes et des généralistes est la pauvreté des situations de dialogue. Même si le mode de leur fonctionnement ne permet pas des formes de dialogues nourries, ce "peu" qu'ils daignent dire prend des formes humiliantes :

154. Dr : le malade:: me dit qu'il a fait des hématoméses:: hier

155. Inf : non:: il a:: vomit:: / c'était pas du sang / j'étais présente [kla kebda mathouna oua tkayaha : il a mangé du foie]

156. Dr : AH:: bon::! et l'aspect des vomissements:: / j(e) veux dire euh:: c'était rougeâtre:: ou noirâtre:: ?

157. Inf : c'était pas du sang [ki kla tkaya : il a vomit après avoir mangé]

158. Dr : ET:: comment que ça:: se pa::sse aujourd'hui ? y a-t-il:: du:: nouveau depuis:: euh:: hier::?

159. Inf : [aoued der des rectorragies el barah : hier, il a refait des rectorragies] ::
 160. Dr : des:: rectorragies ou:: des:: moelenas ?
 161. Inf : DES RECTORRAGIES

Le médecin répète la même question au malade :

328. Dr : [dam mkhalat b les selles:: oualla : des selles mêlées de sang ou c'est..] du sang franc
 329. Mde: [lla :: non] du sang:: [koulchi dam : du sang franc]::
 330. Inf : silence

Les effets d'une telle stratégie, même si cette dernière est involontaire, peuvent être particulièrement fâcheux. Les infirmiers en tirant un sentiment de non reconnaissance et d'injustice par rapport aux efforts qu'ils ont honnêtement fournis, se trouvent dans une position déplaisante.

Mais, certains échanges en apparence conflictuels peuvent avoir pour principale fonction d'exprimer et de consolider une relation de solidarité entre les interactants :

334. Dr : non :: non :: [rani nahdar a la :: X : je parle de X] ::
 335. Inf : [ih : ah] (rire)
 336. Dr : je crois pas moi:: je parlais:: de de:: problèmes d'hémorroïdes [elli dkhal aliha : pour lequel il est admis dans ...] le service ::
 337. Inf : [ih : ah] :: ça yest : je m(e) rappelle:: / celui qui a:: fait des douleurs profuses:: [dert lah ana : je lui ai fais] Temgesic / ça y est::

De ce fait, assouplir le cadre organisationnel de l'échange en donnant aux infirmiers plus d'initiatives dans leurs interventions, leur donner une liberté motivée et raisonnée de choisir entre des options réfléchies, orienter les actions selon leurs informations transmises peuvent en effet, dynamiser la recherche résolutive et justifie le recours à la négociation comme mode de règlement : « Bien sûr, j'établirai une distinction entre accord et négociation (...). Les gens peuvent se mettre d'accord sur quelque chose sans négocier (...). Avoir un accord laisse évidemment place pour la

*négociation si l'accord commence à se rompre. »*¹. En effet, il y a des espaces interactionnels où il est permis d'avoir une liberté de ton et d'autres, comme dans les réunions de service où, par la plainte, les infirmiers ou les médecins expriment un besoin de communication et réclament des réarrangements. Ce genre de requêtes est à prendre dans le sens de "réclamer" et de "revendiquer" : « Réclamer quelque chose à quelqu'un, c'est exiger avec insistance qu'il donne cette chose (mode d'accomplissement), en présupposant (condition préparatoire) qu'elle nous est due ou qu'elle est indispensable »².

« Revendiquer, c'est réclamer une chose en présupposant qu'on y a droit (condition préparatoire), ce qui augmente le degrés de puissance »³.

Cela entre dans le cadre de l'éthique professionnelle des médecins et des infirmiers où il s'agit de les soutenir pour protéger leurs droits d'avoir toutes les facilitations pour accéder aux soins. Les requêtes qui entrent dans ce cadre touchent à tout ce qui consiste à régler des problèmes inhérents à la relation. L'objet mis en cause sera amené, au moins d'un point de vue éthique, à être amélioré ou au pire à être éliminé au profit du bien être de l'individu. Cette situation donne au suivi thérapeutique du service un cadre particulier, qualifié de problématique, en ce sens qu'il abrite une interaction qui a pour finalité de régler des problèmes sur fonds de tensions et de conflits d'intérêts :

363. Dr : *des fois [tani : aussi] les consignes ne sont pas suivi correctement / pour une:: mala:: de qui:: qui doit recevoir deux:: litres par jour:: elle ne reçoit qu'un litre par exemple / et on aura une oligurie et/ou une déshydratation*
364. Dr : *ça nous arrive aussi de transmettre une consigne:: qui ne s'exécute pas on ne sait:: pas pourquoi:: euh:: des fois:: les infirmiers disent qu'ils ont oublié*
365. Inf : *je:: voudrais parler sur les fiches de réa / des fois les médecins prescrivent des traitements sans nous tenir au courant / et:: on se trouve parfois devant une situation où c'est le malade qui nous dicte la conduite à tenir / [el barah le malade dja andi : hier, le malade est venu] pour me demander de lui placer une voie veineuse / parc=que le médecin [gallah douk : il lui a dit] les infirmiers [ydiroulek : ils te feront le] serum / et::euh:: quand j'ai vérifié la*

¹- STRAUSS Anselm, La trame de la négociation, © Harmattan, 1992, p 252

²- VANDERVEKEN Daniel, Les actes de discours, Pierre Mardaga Editeur, 1988, p187

³- Ibid, p188

fiche:: je l'ai trouvé dans le dossier du malade

366. *Inf : [tani : aussi] des fois les médecins nous disent faites ça:: ou ça ORALEMENT:: sans écriture sur la fiche d'admission / on est pas couvert comme ça::*

367. *Inf : les prélèvements aussi :: à huit heure on fait un prélèvement systématique pour les nouveaux entrants / puis à neuf heure on fait un TP en urgence pour le même malade / à dix heure on fait un ionogramme toujou:: rs pour le même malade / docteur:: les malades ont des veines fragiles / donc on aimerait bien qu'on s'organise!*

368. *Dr : quand il s'agit d'une urgence [allah ghaleb : Dieu Tout Puissant] on est des fois:: obligés à:: travailler comme ça hein ? +++donc:: euh :: toute consigne ou acte médical ou paramédical doit être écrit sur la fiche navette:: d'accord:: on fait comme ça:: voilà!*

Pour les infirmiers, être associés au traitement, être informés et comprendre les démarches thérapeutiques, leurs raisons et leurs aboutissements sont autant d'encouragements dans leurs actes. Cacher tout cela nourrit leurs méfiances et croît leurs inquiétudes et provoquera une attitude de recul défensif qui peut nuire à leurs démarches thérapeutiques : "démoralisation"... etc.

C'est pour cette raison là que les médecins spécialistes ou généralistes, ne doivent pas oublier que mener un entretien médical ne consiste pas toujours à diriger les infirmiers du début à la fin, mais à moduler leurs propres conduites, afin qu'un réel échange puisse s'instaurer. Cette nécessité de coordination est accordée par C.Kerbrat-Orecchionni qui vient montrer avec justesse que : « le dialogue "véritable", c'est celui où les partenaires coopèrent à une tâche commune (...), à une œuvre de clarté et de transparence du sens, et "luttent de conserve pour le succès de la communication". »¹. Car, on sait bien que les médecins, malgré leurs souhaits de monopoliser la parole, aiment que les infirmiers manifestent leurs présences, leurs attentions et leurs opinions. De même, La présence de problèmes, selon leur multiplicité et le degré de leur complexité dans l'interaction, engendre en effet un contexte d'imprévisibilité faisant de chaque interaction un cadre nouveau et inattendu. Cela dit, aussi bien les médecins que les infirmiers doivent négocier à nouveau, que ce soit dans le sens d'une confirmation ou d'une transformation, leurs

¹- KERBRAT-ORECCHIONNI Catherine, Les interactions verbales II, © Colin/Masson, Paris, p 150

rôles interactionnels en devenir.

Plus globalement, ce parcours aura contribué à montrer qu'on est devant un cas où il y a un télescopage entre deux stratégies interactionnelles opposées que les médecins et les infirmiers doivent se manifester mutuellement en cherchant à trouver un terrain d'entente ou un compromis, où les rôles de chacun sont bien définis. C'est ce que n'a pas manqué de le relever Almeida (1988, p 158) : « *la conversation peut donc échouer trop vite par un excès d'accord, ou par un excès de désaccord (...). Autrement dit, la conversation fonctionne comme un jeu : si le partenaire n'oppose pas de résistance, le jeu s'estompe. S'il n'apporte pas de coopération, le jeu s'annule. Ni une litanie d'accords réciproques, ni une suite de blocages systématiques ne produisent une conversation.* »¹.

En un mot, on voit que les démarches thérapeutiques, essentiellement fondées sur la négociation d'intérêts du malade, se construit à travers la structure binaire conflictuel / consensuel dont la dynamique intense s'essouffle par intermittence.

2- Activités interactionnelles d'investigations et de problématisations :

L'ensemble des procédures médicales et paramédicales pratiquées au quotidien sont menées par les médecins et les infirmiers avec une grande maîtrise aussi bien dans les gestes (ou les actions visuo-manuelles) que dans la conduite interactive des échanges verbaux qui les accompagnent. La tâche principale qui incombe aux médecins et aux infirmiers est de traiter la pathologie. Celle-ci déclenche une série d'actions verbales et non verbales routinisées, qui sont orientées vers la résolution d'un problème de santé. Schématiquement, l'opération se déroule comme suit : on détermine dans un premier temps la nature de la pathologie par le biais de trois procédures à savoir : le questionnement médical, l'examen médical et le diagnostic ; à la fin, on agit sur la pathologie identifiée par une série de mesures qui rentrent dans le cadre de la prescription et la recommandation. Il est à noter qu'à chaque procédé médical, ayant un objectif particulier à suivre, correspond une séquentialité particulière. Comme on va le

¹- ALMEIDA, 1988, p 158, cité dans KERBRAT-ORECCHIONNI Catherine, *Les interactions verbales*, Tome II, © Armand-Colin/Masson, Paris, 1991, p149

voir, le questionnement médical et le diagnostic sont des séquences essentiellement verbales. Elles se distinguent par le type d'actes de langage et des échanges qui les composent.

Soulignons, que les différentes phases du suivi médical au service d'Hépatogastro-Entérologie ne se présentent pas, dans le même cours effectif de tous les malades, dans l'ordre que nous allons représenter. Nous observons ainsi, à différents moments de l'entretien, l'élaboration de manière privilégiée d'ensembles d'activités :

a- Au début : Les procédures médicales s'élaborent en alternant questionnement médical et examen médical :

56. Inf : *mais euh:: il se plaint de douleurs au niveau de l'hypocondre gauche! / une douleur très vive :: et puis euh :: qui :: qui se réveille très vite*
57. Dr : *très très net quoi*
58. Dr : *ET euh:: [ma fhamtch : j(e) n'ai pas compris] au fait euh:: ça ça date de:: euh:: de::*
59. Inf : *non:: juste hier / et:: ça s'est :: s'est devenu plus aigu :: ce matin !*
60. Dr : *et comment ça s= passe dans la journée:: ces ces: douleurs apparaissent au réveil déjà:: ou c'est en fin de journée ?*
61. Inf : *parfois au réveil / euh:: c'est vague*
62. Dr : *hmm hmm*
63. Inf : *[tani : aussi] arrêt des:: matiè ::res et:: des gaz:: / [oua : et] des vomissements en:: jet*
46. Dr : *bon: j(e) vais l'examiner / ça va pouvoi:: r (...)*
47. Inf : *attends / [naounek : laissez moi vous aider]...? [hot yedek : pose ta main]*
48. Mde : *d'accord*
49. Dr : *voilà allez ! / mets le dans une position dorsale / là ça s(e) ra encore le mieux:: hein?*
50. Inf : *hmm oui*

b- Au milieu : En alternant questionnement-examen médical-diagnostic ; diagnostic médical-demande d'explicitation-examen médical- diagnostic :

18. Inf : *il a des épigastralgies*
19. Dr : *[klit : tu as mangé]*
20. Mde : *non::! [ma klit oualou : je n'ai rien mangé]*
21. Inf : *une douleur qui cède par l'alimentation!*
34. Dr : *hmm d'accord / probablement:: i(l) s'agit d'un ulcè:: re bulbaire*

35. Inf : *il est toujou:: rs à jeun*
 36. Dr : *on va fai:: re une fibro tout de suite*
 37. Inf : *oui d'accord*
 38. Dr : *voilà::! très :: bien / d'acco:: rd au niveau de l'œsopha:: ge:: (il) y=a rien / la bulbe:: ulcère::! voilà::*

c- A la fin : En alternant prescription-questionnement-prescription; prescription-diagnostic-examen-prescription :

91. Dr : *donc on va:: on va commencer:: le:: vaccin ::*
 92. Inf : *l'INTERFERON /oui d'accord / mais [hna :: / la première fois nekhedmou bih : onl'utilise pour la première fois] on ne sait:: la technique::de:: de l'injection !*
 93. Dr : *oui:: je sais que:: c'est un nouveau traitement / moi personnellement:: euh:: je neconnais pas la technique / mais on va assister tous à la présentation du vaccin[maa : avec] le délégué médical [douk yji l'après-midi : il va venir cet après-midi]/:: le délégué médical va venir nous le présenter / la techni:: que:: les effetssecondaires:: tout tout:: Øl'essentiel:: on va:: commencer par trois quart seu::lement*
 94. Inf : *trois quart seulement:: ?*
 95. Dr : *AH OUI ! trois quart seulement / et euh:: on surveille son bilan: biochimique*
 162. Dr : *(il) faut le réhydrater / voie veineuse et schéma de réa*
 163. Dr : *ramenez le malade pour une recto:: maintenant*
 168. Dr : *moi je crois qu'on peut:: / on peut di:: re ce diagnostic là*
 169. Inf : *alors c'est une maladie de Crohn ?*
 170. Dr : *oui:: probablement / mais euh:: d'abord on fait:: une biopsie / ET:: on demande une coproparasitologie des selles:: / ça pourrait nous aider énormément*

Comme on peut le constater, toutes ces phases ne constituent pas des blocs homogènes, se succédant selon un ordre logique de cause à effet où chaque étape permet la réalisation d'une autre jusqu'à épuisement du problème. Elles se présentent plutôt comme des espaces interactifs aux frontières ouvertes, susceptibles d'être élargies comme d'être raccourcies, selon les exigences de la situation.

2.1. **Activité du questionnement médical :**

L'échange interrogatif est le noyau du questionnement médical dont l'acte directeur est la question. Il se présente sous forme de séquences englobant des

échanges interrogatifs (questions-réponses) où les médecins occupent la position d'interrogateurs (initiateurs des échanges) et les infirmiers celle des répondeurs dans le souci d'expliquer le mieux possible les problèmes du malade. Mais, le questionnement est souvent intégré dans la phase examen où il engage à des actes informationnels :

30. Inf : *enfin:: d'un seul coup une douleur:: r bien précise!*
 31. Dr : *hmm*
 32. Dr : *[hassit b la douleur men kbal : vous avez senti cette douleur auparavant] / j(e) veux dire [ki takoul thass ben had el oudjaa : vous sentez cette douleur après avoir mangé]?*
 33. Mde : *non [ma ydjinich eloudjaaa ki nkoun chabaane : je sens pas la douleur après avoir mangé]*

Les médecins initient un interrogatoire prospectif afin d'élargir le champ de la recherche des raisons des symptômes ressentis par le malade :

359. Dr : *MAIS CE QUI M'IMPORTE / sur le plan DIGESTIF/ il supporte bien tout ça:: hein ? ØPAS DE NAUSEEES ?*
 360. Inf : *non: pas de nausées*
 127. Dr : *eah:: bon on ELIMINE *
 128. Inf : *oui*
 129. Dr : *eah:: les éléments les plus importants euh:: de de lésions (...) / y en a pas au niveau des membres inférieurs ? y en a pas::?*
 130. Inf : *non:: y en a pas:: c'est:: c'est simplement le ventre*
 75. Inf : *non::! y=a pas d(e) fièvre:: euh juste une tachycardie isolée*
 76. Dr : *une tachycardie:: ? à combien ?*
 77. Inf : *cent vingt*
 78. Dr : *cent vingt ? bon :: / si :: si il y a une tachycardie sans fièvre ? c'est ça ?*
 79. Inf : *oui:: sans fièvre*

En effet, les questions et les réponses permettent de conforter l'observation ou, au contraire, souligner sa faiblesse et laisser ouvert le champ de l'exploration des symptômes pathologiques.

2.1.1. Structures d'échanges interrogatifs :

Il apparaît probable que dans le fonctionnement réel du discours interactif médecin-infirmier, le schéma "Initiative-réponse" est primordial : « *une initiative est*

un acte qui n'est pas une réponse au contenu explicite d'un acte antérieur ni à un contenu explicite accepté par les deux partenaires et qui appelle une réponse »¹. En effet, la structure de l'échange, sous forme de paire adjacente ou d'échange ternaire, n'est plus fondée sur un enchaînement linéaire d'interventions à valeurs interactives interdépendantes : l'initiative détermine la réactive, laquelle détermine l'évaluation qui clôt l'échange selon le principe du double accord. Nous empruntons ce schéma (initiative-réponse) au discours-interactif médecin-infirmier dans le service de Gastrologie où les infirmiers, se retrouvent, totalement dans la position d'informateurs, assurés d'un espace d'intervention ouvert, sans aucune contrainte, sauf celle de répondre à la question et nous voulons pour preuve que de plus, si la réaction n'est pas celle projetée par les locuteurs qui sont les médecins, l'acte dit initiatif est soumis à une négociation avec les interlocuteurs qui sont les infirmiers, pour être interactivement corrigé, modifié, annulé. De même pour l'acte dit réactif et pour l'acte dit évaluatif. Sous des formes de surfaces variées, ces initiatives réalisent quelques grandes fonctions interactionnelles :

a- Apport d'information en vue d'une coopération au diagnostic :

<i>Inf : oui:: tension à neuf et demi:: et:: [rah ayan : il est fatigué]</i>	➔ Initiative
<i>Dr : silence</i>	➔ Non-réponse
<i>Inf : maintenant, elle est à onze / [basah : mais] à chaque fois [ydir : il fait] une hypotension:: comme ça à huit neuf!</i>	➔ Reprise d'initiative
<i>Dr : ça:: / ça bon c'est banal / c=n'est pas un indice de gravité</i>	➔ Réponse écartant l'initiative comme non-pertinente

¹- LACOSTE Michèle, Etude de linguistique appliquée N°37 : Communications sociales et didactique des langues vivantes étrangères : La vieille dame et le médecin (contribution à une analyse des échanges linguistiques inégaux) ; ELA 37. 34-43, 1980, p 39

b- Demande d'information en vue d'accès au diagnostic :

<i>Dr : qu'est-ce que ç a donne aujourd'hui ?</i> <i>Inf : j=n sais pas ::</i> <i>je n=l'ai pas encore vue</i>	→ Initiative → Réponse annoncée → Réponse différée
--	---

c- Demande d'information en vue de la coopération à l'effectuation de la prescription :

<i>Inf : Ampi 1g toutes les <u>six heures</u> ?</i> <i>Dr : non:: toutes les <u>huit heures</u> / plus</i> <i>éventuellement un antalgi:: que</i> <i>Perfalgan en perf</i>	→ Initiative → Réponse
---	---

En fait, le refus des initiatives par les médecins revêt des formes variées : silence, réponse amorcée mais non terminée, annoncée mais non donnée, prise d'une autre initiative concurrente avec la première (poser une question sur un autre sujet). La réussite immédiate de l'initiative, sous forme d'obtention d'une réponse dépend de l'acte illocutoire réalisé "Demande/Apport d'information". C'est que toute information donnée par les infirmiers est porteuse d'une interrogation potentielle sur le sens médical du symptôme rapporté. La demande d'information pour exécution de la prescription reçoit un accueil privilégié : dans les conditions normales, les infirmiers sont tenu d'y répondre. Cette langue de partage reproduit fidèlement les frontières des droits et des devoirs respectifs des deux partenaires : le droit des médecins à obtenir plus d'informations sur l'état de santé du malade, le droit des infirmiers à avoir toutes les explicitations sur le diagnostic et l'application de la fiche thérapeutique ; ainsi que les moyens de l'exécuter, qui appartiennent sans contester à la définition de la situation acceptée par chacun.

2.1.2. Typologies des questions et typologies des activités interactionnelles :

« Le rôle de *POURQUOI* est toujours d'introduire une sorte de rupture (relativement aux préconstruits culturels) dans la schématisation, de désigner un manque de cohérence et le rôle de *PARCE QUE* est de combler la lacune en introduisant un aspect nouveau »¹.

Allant de la question à la réponse, il convient de dire que si les infirmiers doivent répondre à une question, celle-ci doit se contraindre elle-même, préalablement, à des contraintes spécifiques, consistant à donner des raisons valables à son énonciation : par exemple, se situant seulement sur le plan propositionnel, à proposer un thème intéressant pour l'interlocuteur. Quant à la réponse, elle aussi, doit se contraindre à des conditions spécifiques, consistant à justifier la pertinence de sa position en tant que réactive et à honorer l'intérêt accordé au thème en l'enrichissant. Dans cette optique, les réponses des infirmiers sont toujours apportées à des questions des médecins, interprétées constamment comme des pourquoi et des comment des faits narrés.

Il a été constaté, le soin que prennent les médecins pour élaborer au mieux leurs questions, à travers l'opération de cadrage thématique et référentiel, et les questions explicatives qui leur font suite. Il est à remarquer cependant qu'à certains endroits du questionnement médical, les questions sont problématiques pour les infirmiers et n'atteignent pas leurs effets maximaux et économiques pour déclencher la réponse. Par conséquent, les médecins procèdent à un travail d'explicitation plus ou moins laborieux :

274. Dr : *il y a un mois que ça traîne sous quelle forme ?*

275. Inf : *sous quelle forme ? j:: je :: comprends pas (rire)*

276. Dr : *j=veux dire :: euh :: enfin dans ces histoires là :: on a : différents degrés*

277. Inf :

hmm

278. Dr : *de :: différentes manifestations:: des:: euh :: des symptô ::mes*

279. Inf : *ben:: & opéré pour ulcère en quatre vingt dix neuf / il a bénéficié d'un traitement anarchique à titre externe / [aouad dja andna : puis il est revenu chez nous] pour::
:: d'une sténo:: se gastrique*

¹- GRIZE Jean-Blaise, *Logique et langage*, © Ophrys, Paris, 1990, p108

En s'interrogeant sur la construction formelle, sémantique et pragmatique, l'examen des interventions interrogatives structurants l'échange, révèle qu'elles ont pour valeurs pragmatiques principales la demande d'information, notamment dans les échanges narratifs, et la demande de confirmation dans les échanges descriptifs. Les médecins interrogent les infirmiers pour obtenir d'eux des informations pouvant aider au diagnostic. Eventuellement, les réponses de ceux-ci a vocation d'enrichir en qualité et quantité le contexte médical en recouvrant tous les sens ambivalents de la question : la réponse portera alors non seulement sur le quoi, amenant des réponses informatives latérales, mais aussi sur le pourquoi et le comment de la question, amenant des informations métadiscursives. Sur le plan de leur structure pragmatique et interactionnelle, les échanges interrogatifs constituent, essentiellement, des échanges confirmatifs. Ils sont ouverts par des demandes de confirmation, qui intègrent en leur sein les objets symptomatiques interrogés ("Dr : ET:: elle a:: de la fièvre aussi ?") :

70. Dr : pff :: *c'est vrai une tension comme ça à neuf et demi / ça ne m'étonne pas qu'il soit comme ça fatigué ::*
71. Dr : *c'est-à-dire :: euh :: une au :: tre solution hein / pour quelqu'un qui a une fragilité :: est-ce qu'il se fatigue moins ? / c'est pas évident / je m=pose la question vis-à-vis de ::*
72. Inf : *hmm oui*
73. Dr : *euh :: je dirais que ça :: ça m'avancerait plus / i=faut voir ça donc à priori ::(...)*
74. Dr : *ça :: / ça bon c'est banal / c=n'est pas un indice de gravité / mais c'est :: c'est :: / ça objective (...) / mais :: euh :: pas de FIEVRE*

Ces échanges interrogatifs, pour remplir leurs fonctions et atteindre leurs visées pragmatico-interactionnelles, sont structurées comme suit :

a- La question-demande simple : dont la configuration représente une structure comportant un seul acte interrogatif principal qui est l'initiateur de l'échange et l'orienteur des réponses, ayant à tous points de vue (intonation, morpho-syntaxique, valeur pragmatique) tous les critères le définissant explicitement comme question (*quel est le problème ?, comment il évolue ?*). A ce type d'acte correspondent des sous-catégories d'actes initiatifs, ayant pour fonction, soit une

requête autorisant les infirmiers de dire ou de parler à propos d'un objet déterminé : Soit des pré-actes interrogatifs programmatifs qui consistent à ouvrir des échanges subordonnés visant l'introduction d'un échange principal :

1. Dr : *ET CES CONJONCTIVES:: sont complètement décolorées ? elle saigne ?*
2. Inf : *oui:: i(l) fait toujo:: urs des :: hématémèses!*
8. Dr : *ET LE RESULTAT ?*
9. Inf : *y a rien:: / enfin:: pas de signes de malignité su: r les prélèvements examinés*
23. Dr : *je jette un coup d'œi::l sur le dossier:: / il avait déjà un:: un souci de santé le mois de :: de je crois :: Septembre ? hein? Øest-ce que cette question là est réglée ?*
24. Inf : *oui:: y a:: pas de problèmes*
25. Dr : *pas eu ::h de suite ?*
26. Inf : *non!*
27. Dr : *pas euh de:: conséquences (...) hmm d'accord*
28. Inf : *et d'ailleurs ce n'est plus le même euh:: type de douleurs*
340. Dr : *qu'est-ce que ç a donne aujourd'hui ? // quoi d=neuf ?*
341. Inf : *oui:: c'est:: bon / il s'améliore / [kan b : il était à...] vingt selles la dernière fois:: aujourd'hui il est à neuf*
342. Dr : *BEN / tant mieux +++ il prend:: toujou:: rs le Cortancyl ? / on a:: je crois:: commencer à réduire:: les doses ?*
343. Inf : *oui:: il est à quatre comprimés*
344. Dr : *ben:: on arrête le schéma de réa et:: euh:: on continue avec les mêmes dose de:: de Cortancyl / vous insistez bien sûr sur le régi:: me sans sel:: / on fait:: comme ça ?*
345. Inf : *oui d'accord*

Ces questions président à la mise en marche de l'échange informatif.

b- La question-demande complexe : dont la configuration présente une structure comportant un acte indirect, ambigu et ambivalent. Il ne s'énonce pas de manière explicite en tant que question, mais sur le mode implicite et comporte un acte interrogatif principal et/ou suivi d'une ou de plusieurs autres questions explicatives, pour spécifier les présupposés de la réponse attendue. La question fait elle-même l'objet d'interrogations par l'interlocuteur qui réclame sa reformulation en vue de son explicitation. Celles-ci sont subordonnées à l'interrogation principale, et servant à l'étayer. Ce sont les actes introducteurs de la question, représentés en italique, et les actes interrogatifs reformulateurs, représentés en graphie soulignée :

- ("il y a un mois que ça traîne sous quelle forme ?").
- ("ET CES CONJONCTIVES:: sont complètement décolorées ? elle saigne ?").
- ("≠ça c'est apparue brutalement ? c=à-di:: re que:: insister un petit peu sur la façon où s'est installée l'hématémèse / euh:: la quantité ?").
- ("et comment ça s= passe dans la journée:: ces ces: douleurs apparaissent au réveil déjà:: ou c'est en fin de journée ?").

Dans ces exemples, les médecins, pour mieux communiquer les objets symptomatiques qu'ils incriminent, déploient des stratégies, où prime l'effort d'explicitation des objets de leurs questions et de contrainte des réponses. Dans la plupart des cas, ils rendent explicite les objets de leurs questions, qui, du point de vue de leurs valeurs pragmatico-interactionnelles, elles se présentent majoritairement comme des actes principaux, suivis ou non d'actes interrogatifs explicatifs. Cela revient à dire que les médecins, à l'initiative des échanges, maîtrisent le déroulement de l'interrogatoire. Ils sont orientés et supposent des attentes d'ordre argumentatif. Quant aux infirmiers, ils opèrent par des calculs inférentiels leurs assignations d'une valeur pragmatique donnée, que l'on suppose être l'intention cachée du locuteur interrogateur (par exemple une question-reproche : ("Dr : vous:: ne savez:: pas ce que c'est:: ?").

A partir de ce type de questions, se profileront donc des échanges confirmatifs où les infirmiers informent les médecins sur des symptômes bien définis et bien formulés, qui seront retenus, par la suite, par ces derniers, comme autant de points gagnés dans l'investigation de la pathologie.

Cela révèle que les médecins et les infirmiers affichent clairement et préférentiellement, dans une suite continue d'échanges interrogatifs finalisés, leurs buts de faire une bonne exploration de la pathologie en cause.

En un mot, le questionnement constitue en tant qu'activité dynamique, un contexte d'investigation où il s'agit d'interroger les partenaires de soins pour récolter une somme d'informations verbales ciblées pour atteindre un type de savoir qu'est le diagnostic et la résolution de la problématique.

2.2. Activité de l'examen médical :

2.2.1. Evolution interactionnelle de l'examen médical :

L'examen médical constitue la suite logique du questionnement médicalisé, en tant que prolongement de la phase d'investigation dans le suivi médical au service de Gastrologie. Il est fondé sur l'action directe, portée par les médecins en collaboration avec les infirmiers sur le malade, dans leur recherche empirique des symptômes. Cela se déroule à travers diverses manipulations et observations, à la suite desquelles il est possible de recueillir une somme d'informations, complémentaires à celle du questionnement, dont les médecins se servent, d'ailleurs, comme contenu propositionnel d'arrière plan. C'est donc une étape de vérification empirique d'informations verbales. Il présente une séquentialité double sous forme de séries d'actions directes dirigées sur le corps du malade, en alternance avec des observations et des commentaires verbaux : c'est la maîtrise des moyens et des mécanismes d'obtention des résultats : les médecins reconstruisent la douleur, en la stimulant et en mesurant son intensité, à l'aide de leur sens et de leur matériel médical. Cette étape préliminaire de l'examen médical, contribue à la constitution d'un nouveau contrat interactionnel : passer du jeu question-réponse à celui consistant à se livrer à l'observation et à la manipulation :

39. *Inf : mais euh:: il se plaint de douleurs au niveau de l'hypocondre gauche ! / une douleur très vive :: et puis euh :: qui :: qui se réveille très vite*
40. *Dr : très très net quoi*
41. *Dr : ET euh:: [ma fhamtch : j(e) n'ai pas compris] au fait euh:: ça ça date de:: euh:: de::*
42. *Inf : non:: juste hier / et:: ça s'est :: s'est devenu plus aigu :: ce matin!*
43. *Dr : et comment ça s= passe dans la journée:: ces ces: douleurs apparaissent au réveil déjà:: ou c'est en fin de journée ?*
44. *Inf : parfois au réveil / euh:: c'est vague*
45. *Dr : hmm hmm*
50. *Dr : bon: j(e) vais l'examiner / ça va pouvoi:: r (...)*
281. *Inf : le malade XY se plaint de ballonnement:: / surtout quand il se couche comme ça / ça :: [ma ykadch yrespirer : il ne peut pas respirer] / il est:: dyspnéique*
282. *Dr : AH BON ::! il est:: dyspnéique:: ?*
283. *Inf : oui ::: j(e) l'ai mis:: sous:: oxygène trois lit:: res*

284. Dr : très:: bien / [nchoufouh : on le voit]?

285. Dr : euh :: &abdomen distendu :: hépato et splénomégalie [basah ma kan oualou : mais il n'y a rien] à l'auscultation:: c'est euh:: cet ascite:: qui:: qui donne cette gêne respiratoi:: re / j(e) vais l(e) ponctionner: / ça:: ça va:: quand même le soulager

286. Inf : [njiblek : je ramène] le matériel pou:: r ponction maintenant ?

287. Dr : oui tout:: de suite / je:: je vois:: qu'il est:: vrai::ment gêné

En effet, Les médecins sortent de l'isolement de l'observation pour inclure et associer la parole des infirmiers. Celle-ci éclaire les données brutes, recueillies de façon technique, dans la phase de l'observation et de la manipulation. Cet éclairage est apporté à travers la verbalisation des actes d'observation.

Il faut retenir, que l'examen médical montre une succession de tâches, caractérisant un plan d'action (en raison de sa prévisibilité). Les médecins y imposent une démarche ou un mode de procédure régulier et quasiment ritualisé :

- Ils annoncent aux infirmiers une action dirigée sur le malade : ("bon:: j(e) vais l'examiner / ça va pouvoi :: r (...)")

- Ils leur dictent un comportement à suivre, pour faciliter la réalisation de l'examen médical : ("aide moi à l'introdui:: re / quand j=te dis de:: pousser tu pousses / d'accord ?")

- Ils observent le malade et l'examinent : l'action d'observation et de manipulation est en cours de réalisation : ("ET CES CONJONCTIVES:: sont complètement décolorées ? elle saigne ?")

- Ils livrent un constat, une fois l'action achevée : se propose comme une réponse à une question sous-jacente dans l'examen médical : ("voilà:: très:: bien", "d'acco:: rd au niveau de l'œsopha:: ge y=a rien rien / la bulbe:: ulcère:: / voilà! ").

Ce plan d'action est reproductible du fait qu'il répond à un ordre d'enchaînement logique selon lequel chaque procédure occupe une place déterminée.

En situation concrète de réalisation de l'examen médical, l'ordre logique se trouve complexifié par des actes perturbateurs et réorganiseurs, où la relation interlocutoire et interpersonnelle joue un grand rôle aux côtés de la relation

purement technicienne. L'examen médical, alors, engage à des actes à orientation fortement actionnelle, consistant en des directifs engageant les interlocuteurs à une relation d'influence.

2.2.2. Activités complémentaires de l'examen médical :

Plus globalement, force est de constater que l'examen médical est organisé autour de trois types d'activités complémentaires. Deux d'entre elles, les activités à orientation opérationnelles et les activités à orientation verbo-opérationnelles, sont menées et dirigées par les médecins avec les interventions des infirmiers ; ainsi que les activités intermédiaires. Ces différentes activités comportent chacune des tâches subalternes que nous détaillons comme suit :

a- **Les phases de verbalisation** : regroupent des actes verbaux, liés aux actions visuo-manuelles de l'examen médical, sous forme d'annonces, de constats, d'échanges interrogatifs et de verbalisations des opérations. Ce sont des échanges discursifs qui soutiennent les actions opérationnelles, en les dotant d'un contenu communicable, donc partagé. Elles permettent de discuter le contenu de l'observation muette. Ce contenu sert à coordonner les actions des médecins et celles des infirmiers en les manifestant mutuellement. Il suffit aux médecins donc, d'énoncer une directive pour que les infirmiers anticipent sur le geste et l'exécutent. Les infirmiers, bien qu'ils soient l'exécuteurs de l'action, font répondre à des ordres, dont ils sollicitent des précisions, des conseils et des recommandations auprès des médecins : "*quoi faire ? Comment le faire ?*" :

163. Dr : ramenez le malade pour une recto:: maintenant

164. Inf :

oui d'accord

165. Dr : et préparez le pour une Colonoscopie demain

166. Inf : *mais*:: *euh*:: *je*:: *je crois que*:: [*rah ayan bazaf : il est très fatigué*] / il commence à:: à sombrer

167. Dr : AH BON:: *donc euh Pff son état ne le permet pas*:: / *d'accord on temporise*

194. Inf : [*ndir lou : je lui place un*] *Plasmagel* / *il risque de collapser*

195. Dr : *oui*:: [*ghir direlou : oui place lui un plasmagel*] / *il a*:: *beaucoup*:: *saigné*

Ce sont des interrogatives évaluatives de la situation, et de la conformité de ses actes avec le contrat d'examen médical auquel il est lié.

b- Les phases verbo-opérationnelles : regroupent des phases procédurales, ayant la particularité d'être, soit purement actionnelles et silencieuses (observations et diverses manipulations techniques), soit mixtes (actionnelles et verbales), pendant lesquelles sont mis en contribution des actes langagiers visant l'action ou résultant d'elle. On y retrouve les directives, les verbalisations d'actions, les démonstrations d'examen et les justifications :

245. Dr : [andha : elle a] un TOGD ?
246. Inf : oui [andha : elle a un TOGD] voilà les clichés
247. Dr : donc:: euh:: c'est un estomac allongé:: regardez: donc:: +comme je vous disais le haut en bas il manque peut être un cliché ou deux::
248. Inf : non:: [rahoum fe dossier kamal : ils sont tous dans le dossier]
249. Dr : ah bon:: [hamadou : les voilà] / c'est une sténo::se pyloro-bulbaire!

c- Les phases intermédiaires : se situent entre le pôle verbal et le pôle actionnel du travail clinique des médecins. Elles surviennent, à l'initiative des infirmiers qui est plus que significative et se traduit par leurs réponses aux questions, leurs réactions aux injonctions et aux demandes des médecins dans leurs actes de suivi :

2. Inf : oui:: i(l) fait toujo:: urs des :: hématémèses!
3. Dr : AH:: DES HEMATEMESES !
4. Dr : ça c'est apparue brutalement ? c=à-di:: re que:: insister un petit peu sur la façon où s'est installée l'hématémèse / euh:: la quantité ?
5. Inf : oui:: juste maintenant:: / de grande:: abondance
6. Dr : (il) y=a des varices oesophagiennes grade III à la fibro plus:: syndrome d'htp
7. Inf : vous avez demandé un avis d'hémato:: il a:: fait une PBM
8. Dr : ET LE RESULTAT ?
9. Inf : y a rien:: / enfin:: pas de signes de malignité su: r les prélèvements examinés
10. Dr : mais:: &hépato:: splénomégalie homogène avec euh:: dilatation de la veine:: splénique reperméabilisation de la:: veine ombilicale / ET l'aspect ETM compatible avec une:: HTP décompensée sur:: foie cirrhotique / donc:: là:: c'est c'est l'indication d'une PBF!

Ces phases sont représentées sous la forme simplifiée suivante :

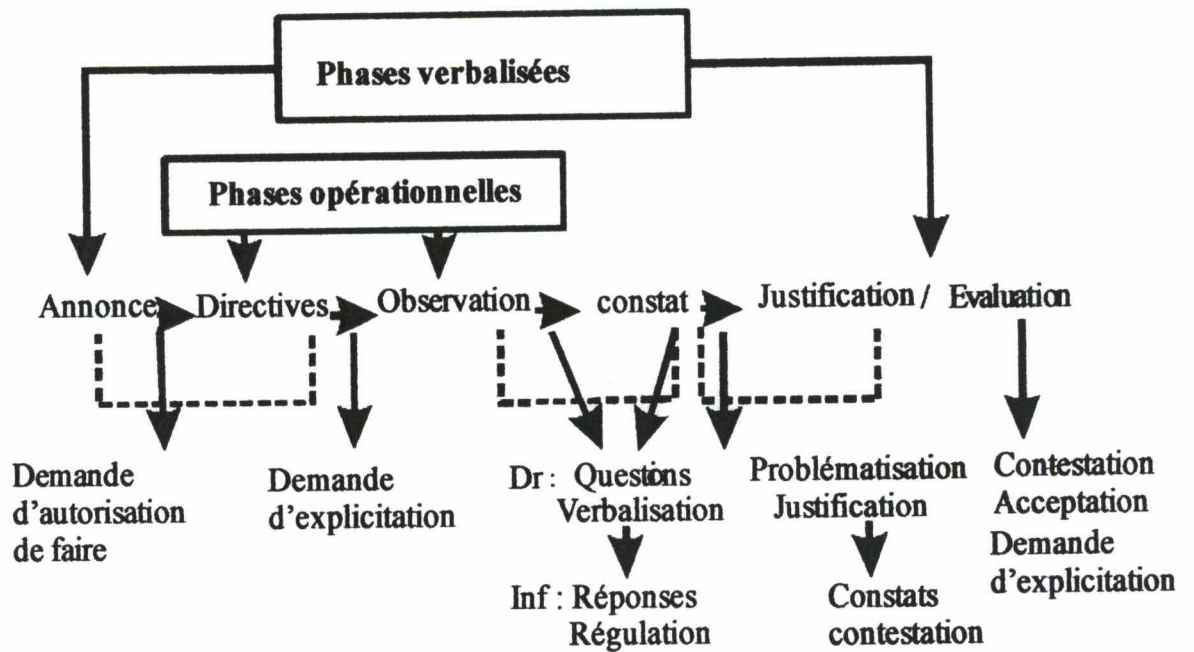


Figure 10 : Représentation des activités complémentaires de l'examen médical

On s'aperçoit ainsi que dans le cas de l'examen médical, l'action brute (visuo-manuelle) représente le contenu substantiel du cadre interactionnel considéré, et les activités verbales qui lui sont inhérentes ne sont envisagées que dans une relation de subordination. Il est à préciser par ailleurs que les premières informations symptomatiques, recueillies dans la première étape d'investigation, sont à prolonger, dans le cadre de l'examen, selon leur pertinence : (*"lame d'ascite réactionnelle et dyspnée ou rectorragies et anémies"*)...etc. Les médecins examineront aussi bien les indices symptomatiques qui ont été établis comme pathologiques, que ceux qui ne l'ont pas été, mais que les infirmiers ont pu rendre problématiques et significatifs.

Plus globalement, ces mouvements interactionnels traversent la procédure de l'examen médical, à travers des réseaux d'échanges différents, présentant un degré de complexité variable.

2.3. Problématisation et négociation :

Cette phase -marque d'absence de prise de décision actionnelle- se traduit, sur le plan de la construction structurelle et interactionnelle des échanges, par la faiblesse de l'acte d'évaluation en clôture des échanges : c'est une clôture qui

laisse en suspens la co-orientation des mouvements de l'argumentation vers l'action. Les suppositions des infirmiers sont jetées dans la dynamique interactionnelle à la façon de stimulateurs qui n'ont d'effets que de susciter les réactions des médecins : ce seront des réactions de peur confirmant les symptômes et les pathologies soupçonnées, ou de quiétude s'ils sont infirmés :

147. Inf : oui:: / elle est:: dans un état catastrophique / &dyspnée:: hypotension à sept:: encombrement bronchique / on l'a:: mis sous oxygène et:: plasmagel
251. Inf : non:: pansement toujou:: rs infecté:: +y=a même des matières:: fécales qui:: proviennent de la plaie
252. Dr : hein ? quoi? <... ?> des MATIERES FECALES / alors euh:: on devrait même pas l(e) dire (soupir) / elle a fistulisé donc / j'appelle la chirurgie:: tout d=suite / c'est la chirurgie qui:: qui doit s'en occuper hein:: euh:: si:: s'il y a:: lieu:: de la reprendre si son état:: le:: permettra bien sû:: r
253. Dr : ET:: elle a:: de la fièvre aussi ?
254. Inf : hmm oui /elle a fait:: des frissons
255. Dr : CA / c'est un problème en plus / C'EST SURTOUT / C'EST SURTOUT:: euh:: pou:: r le risque de:: de SEPTICEMIE
256. Inf : oui:: / mais euh:: elle n'a pas:: l'air:: de:: répondre au:: Claforan / on change d'antibiotique non?
257. Dr : EVENTUELLEMENT / on passe au Pipéracilline 2g:: par 24h
258. Inf : oui:: / [badalt lah : je lui ai changé] la voie veineuse
259. Dr : parfait ::! tu as bien fait:: / c'était un peu inflammée ? [yak : n'est-ce pas]
260. Inf : oui:: c'était inflammée
261. Inf : il commence à faire un coma / il ne répond: qu'aux stimulations
262. Dr : AH:: / ça a l'air d'être sérieux
263. Inf : oui:: il décompense
264. Dr : AH OUI !
265. Inf : oui:: &état hémodynamique altéré / des douleurs abdominales:: des diarrhées profuses:: melænas / DESHYDRATATION / tension à sept, une oligo-anurie:: euh:: trois cents de diurèse +ET euh :: FIEVRE à trente neuf cinq

Comme on va le voir, la construction de la problématique est traitée de la manière suivante :

- Le rapport scanner / néo (tumeur) gastrique est établis en trois séquences : consultation du dossier médical, questionnement médical, lecture du dossier :

139. Dr : CA:: c'est l'estomac qui paraît:: atrophié:: +++d'emblée on voit:: qu'il:: faudra refaire une BDJ pour:: un p=tit peu euh :: confirmer ce diagnostic

140. Dr : donc:: la fibro:: trouve une formation bourgeonnante: mais l'anapath n'est pas:: tranchante / on demande quand même un scanner pour voir cette histoire de::\

141. Dr: c'est un: gros:: problème / alo:: rs on:: on est obligé:: vous savez:: d'aller jusqu'au bout (soupir) on a:: pas toujou:: rs le choix c'est ça / alors i(l) lui faut un:: scanner pour trancher

- Le rapport néo gastrique / amaigrissement et examens médicaux insatisfaisants :

235. Dr : DONC:: NOTION D'AMAIGRISSEMENT ? en plus il y a ASCITE ISOLEE plus ATTEINTE ILEOSECALÉ ?

236. Dr : MAIS / comment:: expliquer cette:: per:: te de poids ? IDR négatif ?

306. Dr : les autres explorations qu'on avait fait:: sont:: sont pas affirmatives ?

- Le rapport biopsie / néo gastrique : présentation de supports techniques

362. Dr : l'anapath retrouve un NEO gastrique peu différencié

Au regard de ces exemples, ce dialogue est désigné sous le terme de "Négociation". Sur le plan du contenu propositionnel, la négociation permet le développement de l'information¹ ; sur le plan structurel, elle permet la constitution cohérente des échanges interlocutifs ; sur le plan relationnel (identités et rapports de place), elle permet aux interactants de se déterminer mutuellement chacun dans son rôle et dans son champ de compétence : « La négociation est un procédé modeste et empirique qui ne requiert pas un consensus de fond à chacune de ses étapes, chacun s'ingénue à dissimuler ce qu'il vise, à faire croire ce qui n'est pas, à capturer puis à retenir une information. »². En effet, le dialogue est le moyen sûr d'atténuer les risques encourus par les interactants, et de créer une certaine cohérence dans le discours spécialisé à travers une expérience riche, mais surtout confronté à toute sa multiplicité entre les

¹- TRAVERSO Veronique, La conversation familière : Analyse pragmatique des interactions, Pul, 1996, p 20

²- JACQUES Francis, Trois stratégies interactionnelles, conversation, négociation, dialogue ; in Echanges sur la conversation, Editions du CNRS, Paris, 1988, p 45-68

protagonistes. Il devient évident que la création d'un ordre social et interactionnel négocié est nécessaire dans une situation réunissant les infirmiers et les médecins en raison de leurs sociabilités.

A propos de la négociation à travers la manipulation des données visuelles, les assertions ne sont interprétées que dans ce qu'elles peuvent révéler comme intention d'agir face à un document informatif, autrement dit, ce que peut envisager les médecins comme action à l'issue des résultats obtenus par l'imagerie médicale :

6. Dr : (il) y=a des varices oesophagiennes grade III à la fibro plus:: syndrome d'HTP
7. Inf : vous avez demandé un avis d'hémato:: il a:: fait une PBM
8. Dr : ET LE RESULTAT ?
9. Inf : y a rien:: / enfin:: pas de signes de malignité su: r les prélèvements examinés
10. Dr : mais:: & hépato:: splénomégalie homogène avec euh:: dilatation de la veine:: splénique reperméabilisation de la:: veine ombilicale / ET l'aspect ETM compatible avec une:: HTP décompensée sur:: foie cirrhotique / donc:: là:: c'est c'est l'indication d'une PBF!
47. Dr : ah bon / on fait d'abord un ASP debout
55. Dr : AH:: (il) y=a:: des niveaux / donc:: j'appelle la:: chirurgie / c'est une urgence :: / (il) faut l'opérer tout de suite
65. Dr : be:: n quand même:: on doit poser:: euh:: quand même un diagnostic:: /Ø(il) faut fai:: re un transit du grêle sinon:: on passera à une:: laparotomie exploratrice:: c'est c'est elle qui va:: trancher!
141. Dr : c'est un: gros:: problème / alo:: rs on:: on est obligé:: vous savez:: d'aller jusqu'au bout (soupir) on a:: pas toujou:: rs le choix c'est ça / alors i(l) lui faut un:: scanner pour trancher
142. Dr : on va prélever un jolie frag:: ment:: pour une deu:: xième:: étude anapath
273. Dr : & à l'écho, un foie hétérogène et polyadénopathies avec euh :: une dilatation de la voie biliaire principale / bon ben:: même le scanner met en:: evidence un processus lésionnel dont la nature tumorale reste à déterminer / alors:: faut compléter le bilan par une biopsie afin afin:: de:: de préciser la nature anapath de la lésion

Ce qui permet une figuration selon le schéma suivant :

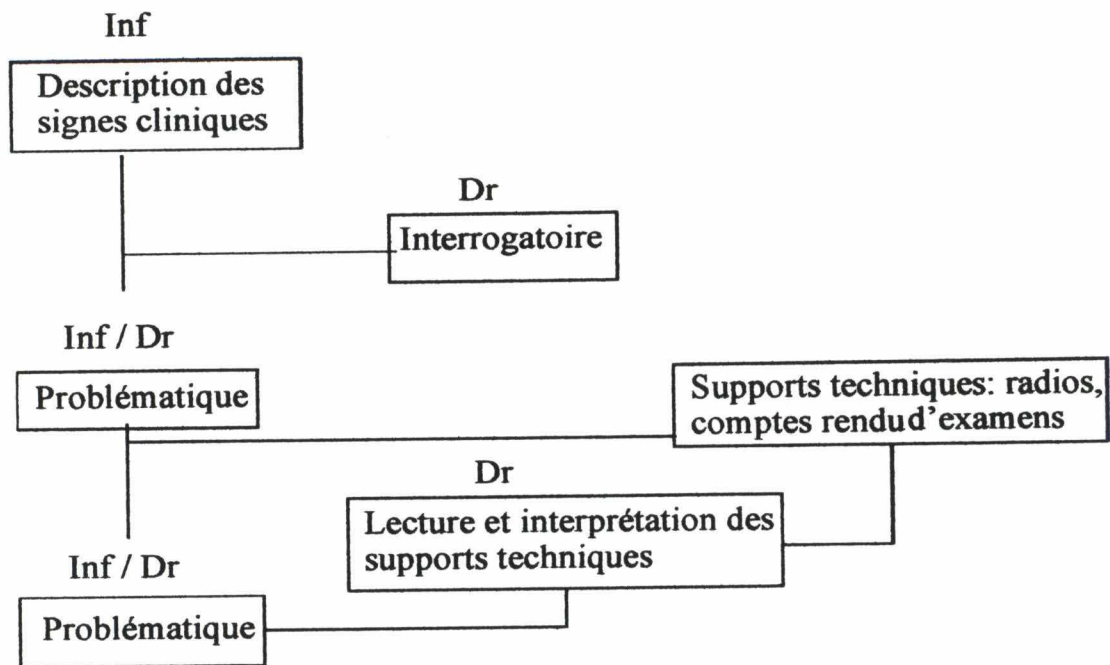


Figure 11 : représentation de la co-construction interactive de la problématique

Par ailleurs, il y a des phases dans l'interaction relevant de l'expertise médicale qui ont une dimension technique, où le geste professionnel constitue l'occupation principale. Tel est le cas devant l'urgence de la situation, des vies dépendent de la réaction immédiate, où les médecins prennent seuls la décision en s'aidant de toutes les informations dont ils disposent et n'ont pas à se soucier de la façon dont l'ordre sera reçu par les infirmiers. Ce qui compte pour eux c'est que cet ordre soit immédiatement exécuté : ("Dr : ramenez le malade pour une recto / Inf : oui d'accord"). Cette réponse des infirmiers n'est que facultative. Ainsi la passation de la malade au service des urgences qu'a ordonné le chef de service est considérée comme une action devant avoir lieu : ("Dr : la malade [thoued : part aux] les urgences [oue ça: y est: et puis c'est tout] / appelez l'ambulance"). Obéir, sera donc, un comportement stratégique le plus rationnel.

Plus généralement, les négociations sont dans leur ensemble remportées par les médecins, qu'il s'agisse de la structuration de l'interaction ou du thème traité et de la nature de la gravité du mal.

En un mot, la négociation constitue un cadre pré-résolutif aux problèmes du malade. En effet, en tant que telle, elle révèle dans les échanges interactionnels la complexité de la réalité médicale.

2.3.1. Production-Interprétation ou explicitation et manipulation des données :

Toute action médicale repose, en surface ou en profondeur, sur un processus de production-interprétation lié à chaque acte. Pour retracer le circuit interactionnel de cette activité, la littérature linguistique nous aiguille sur les faits suivants : d'abord, disons que pour qu'il y ait activité d'interprétation, il faut qu'il existe une situation problématique : « *Il s'agit de situations dans lesquelles le sujet fait des paraphrases afin d'explicitier ou de justifier son interprétation (...).* »¹. L'enrichissement des énoncés à expliciter les concepts qu'ils représentent se fait ainsi sur la base de données qui peuvent avoir plusieurs sources : documents médicaux, anciens échanges, fiches cliniques, etc. Il s'agit d'y revenir et de les revoir sous l'éclairage d'une compréhension partagée entre les protagonistes.

Comme on peut le voir, les médecins se portent volontaires pour accomplir cette tâche informationnelle, puisqu'il devient évident que la volonté des infirmiers de poursuivre les démarches thérapeutiques dépend largement de leur compréhension des mécanismes des soins. Ils poursuivent deux objectifs à travers leur lecture commentée des documents et du dossier médical du malade :

- s'assurer de l'entière coopération des infirmiers qui sont plus à l'écoute d'argumentations dotées davantage d'éléments pertinents :

133. Dr : *ouh la::lah i=y a une formation bourgeon:: nante:: au niveau de l'œsophage*

134. Inf : *hmm hmm*

135. Dr : *tiens regard::*

136. Inf : *hmm hmm*

137. Dr : *c=qu'on rega:: rde c'est l'œsophage:: / il) y=a donc:: &rétrécissement de l'œsophage supérieur / présence de la:: rges ulcérations creusantes au niveau*

¹- DOLITSKY M & PIÉRAUT-LE BONNEC G, La compréhension du «non-sens», in L'ambiguïté et la paraphrase, Centre de Publication de l'Université de Caen, 1988, p 147-151

de l'œsophage / et puis:: ça c'est le fundus / donc:: présence au niveau du fundus de zones de:: nécroses localisées au niveau de l'antra et le reste de l'estomac

138. Inf : *et cette mince euh:: ça fait partie du:: du*

139. Dr : *CA:: c'est l'estomac qui paraît:: atrophié:: +++d'emblée on voit:: qu'il:: faudra refaire une BDJ pour:: un p=tit peu euh :: confirmer ce diagnostic*

200. Inf : *il est:: très:: agité*

201. Dr : *aide moi à l'introdui:: re / quand j(e) te dis de:: pousser tu pousses / d'accord ?*

202. Inf : *oui d'accord*

- développer leurs discours sur la base d'informations fiables et de preuves matérielles, confirmant ou infirmant leurs suppositions. C'est dans ce cadre que l'on peut placer par exemple les échanges du questionnement.

De même, l'explicitation se développe par le biais de deux procédés complémentaires, à savoir la lecture et l'interprétation. Dans l'activité de lecture, il est question, d'une part de reprise d'informations contenues dans des documents rédigés (sonorisation de contenus rédigés) et d'autre part, de mise en mots de signaux figurant sur des supports photographiques (déchiffrement et encodage en signes linguistiques de l'imagerie médicale). La lecture se révèle donc, comme une activité interactionnelle où les protagonistes (médecins et infirmiers) procèdent à la reprise des données contenues dans ces documents consultés. Mais, c'est beaucoup plus les médecins qui sont le plus souvent les initiateurs de l'activité d'explicitation-interprétation :

137. Dr : *c=qu'on rega:: rde c'est l'œsophage:: / il) y=a donc:: &rétrécissement de l'œsophage supérieur / présence de la:: rges ulcérations creusantes au niveau de l'œsophage / et puis:: ça c'est le fundus / donc:: présence au niveau du fundus de zones de:: nécroses localisées au niveau de l'antra et le reste de l'estomac*

244. Dr : *&à la fibro:: bulbe et duodénum présence de sang noirâtre / donc lésions caustiques œsophagiennes stade IIb / lésions caustiques gastriques stade IIIa++ l'écho faite en urgence a révélé la:: présence d'un épanchement pleural / très probablement :: une perforation œsophagienne / donc :: avis chirurgical:: euh:: si si on élimine un tableau chirurgical*

273. Dr : *&à l'écho, un foie hétérogène et polyadénopathies avec euh :: une dilatation de la voie biliaire principale / bon ben:: même le scanner met en:: évidence un*

processus lésionnel dont la nature tumorale reste à déterminer / alors:: faut compléter le bilan par une biopsie afin afin:: de:: de préciser la nature anapath de la lésion

308. Dr : *donc:: l'écho nous révèle un foie hétérogène avec des images nodulaires d'où l'intérêt d'un scanner / ces signes sont en faveur d'un NEO vésiculaire*

Dans la phase de manipulation des données médicales visuelles, les gastrologues, fort de leur position sociale, ouvre des champs discursifs assez larges où leur compétence informative peut s'étendre et créer par là une atmosphère où tous les acteurs de soins se sentiront à l'aise :

133. Dr : *ouh la::lah i=y a une formation bourgeon:: nante:: au niveau de l'œsophage*

134. Inf : *hmm hmm*

135. Dr : *tiens regard::*

136. Inf : *hmm hmm*

137. Dr : *c=qu'on rega:: rde c'est l'œsophage:: / il) y=a donc:: &rétrécissement de l'œsophage supérieur / présence de la:: rges ulcérations creusantes au niveau de l'œsophage / et puis:: ça c'est le fundus / donc:: présence au niveau du fundus de zones de:: nécroses localisées au niveau de l'antré et le reste de l'estomac*

138. Inf : *et cette mince euh:: ça fait partie du:: du*

139. Dr : *CA:: c'est l'estomac qui paraît:: atrophié:: +++d'emblée on voit:: qu'il:: faudra refaire une BDJ pour:: un p=tit peu euh :: confirmer ce diagnostic*

201. Dr : *aide moi à l'introdui:: re / quand j(e) te dis de:: pousser tu pousses / d'accord ?*

202. Inf : *oui d'accord*

354. Dr : *là:: on est dans l'œsophage c'est sain + regarde*

355. Inf : *hmm:: [kayen : il y a] des aliments au niveau du fundus*

356. Dr : *oui [hadouk : ce sont] des aliments ça:: ça risque de:: de nous fausser les résultats*

357. Inf : *oui:: absolument*

Les médecins sont satisfaits d'avoir comblé le travail communicatif, et les infirmiers sont pris en considération dans l'investigation médicale. Cette compétence discursive préserve la face de chaque locuteur.

En ce sens, l'explicitation est l'activité qui intervient sur la masse informative pour régler tous les problèmes de compréhension qui surviennent lors de l'appréhension des matériaux verbaux ou techniques qui véhiculent l'information

médicale. Les médecins vont directement -notamment si les documents sont longs- au repérage et à la reprise des segments et des énoncés clés, c'est-à-dire les plus parlants selon l'intérêt poursuivis lors de l'entretien en cours : ("Dr : & à l'écho, un foie hétérogène et polyadénopathies avec euh :: une dilatation de la voie biliaire principale / bon ben:: même le scanner met en:: evidence un processus lésionnel dont la nature tumorale reste à déterminer / alors:: faut compléter le bilan par une biopsie afin afin:: de:: de préciser la nature anapath de la lésion "). Pour cela, se met en place à travers la lecture un filtrage intentionnel des informations. Dans ce sens, La désignation procède à l'explicitation des actions de la lecture même, à travers des prédicats tels que "voir", "explorer" et des prédicats démonstratifs et présentatifs tels que "c'est", "ça c'est", "il y a" ; accompagnés d'adverbes de lieu (repérage typographique sur les documents) tels que "là" et d'adverbes comme "effectivement" pour appuyer la véracité ou l'attestation visuelle des faits. Ces énoncés introducteurs amènent ensuite des énoncés porteurs d'informations que l'on peut classer dans plusieurs registres : des constats, des descriptions et des commentaires :

139. Dr : **CA:: c'est l'estomac** qui paraît:: atrophié:: +++d'emblée on voit:: qu'il:: faudra refaire une BDJ pour:: un p=tit peu euh :: confirmer ce diagnostic
140. Dr : donc:: la fibro:: trouve une formation bourgeonnante: mais l'anapath n'est pas:: tranchante / on demande quand même un scanner pour voir cette histoire de::\
141. Dr : **c'est un**: gros:: problème / alo:: rs on:: on est obligé:: vous savez:: d'aller jusqu'au bout (soupir) on a:: pas toujou:: rs le choix c'est ça / alors i(l) lui faut un:: scanner pour trancher
142. Dr : on va prélever un jolie frag:: ment:: pour une deu:: xième:: étude anapath
143. Inf : voilà la sonde
273. Dr : bon alors donc **là** c'est un peu plus précis ++ben:: on refait une autre fibro:: avec biopsie:: / et:: pour son problème de sténose:: on prépa:: re un bilan près-op pou: r la chirurgie
307. Dr : **EFFECTIVEMENT** / donc effectivement on revoit les toutes premières:: investigations:: et puis:: on explo:: re donc a priori l'œsophage
274. Dr : **il y a** un mois que ça traîne sous quelle forme ?

Cela consiste d'une part, à évacuer certains faits insignifiants dans le contexte où ils sont traités. D'autre part, et de manière plus avantageuse, il consiste à extraire des documents comportants des informations qui peuvent susciter un

intérêt pour l'ordre du jour. Les médecins ne peuvent que chercher d'abord à trouver de l'ordre dans une masse de symptômes allant dans tous les sens : ils cherchent à distinguer ce qui est important ou secondaire, réglé ou à traiter, à suivre ou à délaissé, etc :

250. Dr : alors:: comment il évolue ? le Claforan a donné de:: de résultats:: j'espère::
 251. Inf : non:: pansement toujou:: rs infecté:: +y=a même des matières:: fécales qui::
 proviennent de la plaie
 252. Dr : hein ? quoi? <... ?> des MATIERES FECALES / alors euh:: on devrait même
 pas l(e) dire (soupir) / elle a fistulisé donc / j'appelle la chirurgie:: tout d=suite
 / c'est la chirurgie qui:: qui doit s'en occuper hein:: euh:: si:: s'il y a:: lieu:: de
 la reprendre si son état:: le:: permettra bien sû:: r
 253. Dr : ET:: elle a:: de la fièvre aussi ?
 254. Inf : hmm oui /elle a fait:: des frissons
 255. Dr : CA / c'est un problème en plus / C'EST SURTOUT / C'EST SURTOUT:: euh::
 pou:: r le risque de:: de SEPTICEMIE
 256. Inf : oui:: / mais euh:: elle n'a pas:: l'air:: de:: répondre au:: Claforan / on change
 d'antibiotique non?
 257. Dr : EVENTUELLEMENT / on passe au Pipéracilline 2g:: par 24h
 46. Inf : [tani : aussi] arrêt des:: matiè ::res et:: des gaz:: / [oua : et] des vomissements
 en:: jet
 47. Dr : ah bon / on fait d'abord un ASP debout
 48. Inf : d'accord / vous suspectez un syndro:: me occlusif ?
 49. Dr : oui !
 74. Dr : ça:: / ça bon c'est banal / c=n'est pas un indice de gravité / mais c'est:: c'est:: /
 ça objective Ømais::euh:: pas de FIEVRE
 75. Inf : non::! y=a pas d(e) fièvre:: euh juste une tachycardie isolée

La lecture se présente alors comme un moyen d'introduire puis de développer la description d'un symptôme, pour qu'enfin il puisse être vérifié : se crée alors un passage de l'impression à la vérification et ainsi s'établit déjà une reconnaissance du sérieux que peut revêtir le cas du malade. L'échange interactionnel nous révèle une implication des médecins et des infirmiers dans l'activité d'interprétation, allant des formes ambiguës et hermétiques à des formes intelligibles, fruit d'explicitation, où se fait l'ajustement et le réajustement des erreurs d'interprétations et où il est nécessaire de se pencher sur les mécanismes de conversation ordinaire que déploient les médecins et les infirmiers sur la base d'un

matériau de discours et de référents spécialisés. Tout cela interpelle bien entendu la légitimité des interprétations :

141. Dr : *donc:: la fibro:: trouve une formation bourgeonnante: mais l'anapath n'est pas:: tranchante / on demande quand même un scanner pour voir cette histoire de::*
142. Dr: *c'est un: gros:: problème / alo:: rs on:: on est obligé:: vous savez:: d'aller jusqu'au bout (soupir) on a:: pas toujou:: rs le choix c'est ça / alors i(l) lui faut un:: scanner pour trancher*
143. Dr: *on va prélever un jolie frag:: ment:: pour une deu:: xième:: étude anapath*
144. Inf: *voilà la sonde*
145. Dr : *voilà / à mon sens / ce qu'il a développé:: euh:: c'est une limite:: c'est une inflammation au niveau de ::<... ?>*
307. Dr: *EFFECTIVEMENT / donc effectivement on revoit les toutes premières:: investigations:: et puis:: on explo:: re donc a priori l'œsophage*

Plus globalement, l'explicitation-interprétation consiste à éclaircir des faits et des dires qui peuvent prêter à confusion et porter préjudice à la compréhension de tous les partenaires de soins en passant par plusieurs procédés qui tissent des relations multiples : des relations de justification, de confirmation, de correction... etc. En d'autres termes, elle est l'activité qui intervient sur la masse informative pour régler tous les problèmes de compréhension qui surviennent lors de l'appréhension des matériaux verbaux ou techniques qui véhiculent l'information médicale.

2.3.2. La négociation référentielle :

Elle constitue un moyen discursif qui fixe les éléments de la réalité médicale¹ (diagnostic) sur lesquels des actions interviennent pour y apporter des transformations. Ils détermineront dans la réalité pathologique du malade, des éléments référentiels pour lesquels la parole s'engage à en attester la véracité (avec des degrés divers, allant des diagnostics hypothétiques aux diagnostics affirmatifs). En d'autres termes l'univers référentiel médical est partagé équitablement entre les

¹- Comme l'indique déjà la citation ci-après d'un point de vue théorique général : « la communication linguistique ayant souvent pour objet la réalité extra-linguistique, les locuteurs doivent pouvoir désigner les objets qui la constituent : c'est la fonction référentielle du langage (le ou les objets désignés par une expression forment son référent) » O. Ducrot & T. Todorov, 1972, p 317

médecins et les infirmiers concernant l'acte d'évaluation de la situation thérapeutique du malade. Les infirmiers participent à l'établissement des référents pathologiques et alimentent par leurs informations et leurs interrogations, la réflexion clinique que les médecins contrôlent au plan médical pour atteindre leurs buts communs qui est la résolution des problèmes de santé du malade :

112. Inf : *il tousse surtout le soir / et::*
113. Inf : *juste hier soir*
114. Dr : *Et:: ces crises de toux sont sèches ?*
115. Inf : *non:: elles sont plutôt productives*
116. Dr : *il a un téléthorax ?*
117. Inf : *oui [rah fe dossier : il est dans le dossier]*
118. Dr : *la derni:: ère fois:: il a:: déjà eu euh :: un : / des soucis de:: radios*
119. Inf : *silence*
120. Dr : *on va:: le mettre:: sous Clamoxyl cinquents:: deux gélules deux fois::*

Si dans les échanges précédents, les ajustements, que chaque locuteur introduit, dans l'orientation référentielle des actes langagiers, aboutissent à l'obtention d'une réponse et d'un acte évaluatif marquant une complétude de l'échange, dans bien d'autres cas les problèmes sont plus handicapants et en témoigne la non correspondance du référent de la question à la réalité pathologique du malade :

23. Dr : *je jette un coup d'œi::l sur le dossier:: / il avait déjà un:: un souci de santé le mois de :: de je crois :: Septembre ? hein ? Øest-ce que cette question là est réglée ?*
24. Inf : *oui:: y a:: pas de problèmes*
25. Dr : *pas eu ::h de suite ?*
26. Inf : *non!*
27. Dr : *pas euh de:: conséquences (...) hmm d'accord*
28. Inf : *et d'ailleurs ce n'est plus le même euh:: type de douleurs*
29. Dr : *ah bon:: / c'est plus le même:: / et sinon ça s(e)rait entre quoi et quoi ? inflammation ?*

La question est ici défectueuse à plusieurs titres. Emanant d'une source écrite, donc fixée et sûre, elle s'énonce sur un mode implicite (son objet est absent "cette question là"), et joue sur la connivence, mettant en avant un savoir partagé entre les

médecins et les infirmiers. La première réponse de l'infirmier ("*oui:: y a:: pas de problèmes*") est suffisante pour compléter l'échange, au regard de cette connivence. Mais les questions explicatives qui la suivent révèlent une brèche dans cette connivence, puisqu'il existe une erreur de données d'arrière plan ("*ce n'est plus le même type de douleurs*"). Cela a pour effet d'annuler la question et de tirer profit de l'échange, sur le plan informationnel.

Il faut dire que le processus de soins se déroule dans une situation où les médecins et les infirmiers se montrent assez responsables des démarches thérapeutiques et assez impatients d'obtenir des résultats favorables qui statuent l'état de santé du malade. Leurs interrogations et leurs doutes se multiplient et toutes les réponses consistent à construire un monde référentiel positif dont lequel les actions sont évaluées selon leurs conditions de réussite :

154. Dr : *ET:: de quand ça date ça ? si tôt*

155. Inf : *je:: je crois cinq jours:: enfin le treize du mois dernier*

156. Dr : *le treize octobre*

157. Inf : *oui le treize*

158. Dr : *ça:: / ça bon c'est banal / c= n'est pas un indice de gravité / PAS DE DIARRHEES ?..*

159. Inf : *si si:: diarrhées glairo-sanglantes en moyenne six selles la nuit*

160. Dr : *il est déshydraté!*

161. Inf : *oui!*

162. Dr : *(il) faut le réhydrater / voie veineuse et schéma de réa*

Dans ce cadre prévisionnel de l'action, les médecins optent pour une vision optimiste dans laquelle prévaut le prédicat "*proposer des solutions*" : (*réhydratation, rectoscopie et colonoscopie et schéma thérapeutique... etc.*). Cela n'aura comme conséquence capitale que la motivation forte des infirmiers à envisager sérieusement l'action dans la mesure où le savoir permet et rassure sur leur utilité au détriment d'un certain confort et d'une certaine oisiveté. Mais ce qui importe c'est l'efficacité de l'action.

En cela, la motivation de l'action est tournée vers son accomplissement en ce sens qu'il rend possible des conséquences thérapeutiques bénéfiques au malade.

Cette adaptation à la situation particulière du malade confirmera l'investissement coopératif des médecins et des infirmiers dans la recherche de la résolution, dans le sens où s'ouvre devant eux une voie de planification d'actions qui instaurera un contexte volontariste de passage à l'acte en cherchant en général à obtenir un contexte serein pour la poursuite des soins, en rétablissant rationnellement tous les paramètres favorables.

3- Activité interactionnelle de résolution :

3.1. Evaluation et prévision sur le déroulement de l'action médicale :

Il faut entendre par résolution de problème la verbalisation de l'action. Comme le précise P.Bange, cette verbalisation constitue l'appropriation des éléments de connaissance permettant de traduire un savoir-faire en action : « (...) l'action se présente sous deux faces, l'une externe, l'autre interne. D'un côté, elle est un ensemble observable de gestes, de modifications physiques dans un ensemble physique. De l'autre, elle consiste en processus cognitifs : perceptions, buts, décisions, valeurs, savoir social, etc. c'est cette face interne, dont tous les aspects sont liés entre eux, qui compose la signification de l'action. »¹. Cela dit, qu'on se retrouve dans un cadre explicite de la tâche, où les protagonistes (médecins et infirmiers) vont la mettre verbalement en exécution : le travail consiste en la coordination des actions (dans un cadre interactionnel) ; l'action recouvre ainsi son sens procédural et se définit par la façon dont elle peut être effectuée effectivement dans une situation spécifiée². Comme le suggère ces lignes, cette finalisation a connu des phases de problématisation que l'on peut qualifier de conceptualisation et connaît à présent une phase de concrétisation.

En situation de résolution, le discours médical se situe au niveau de l'explicitation des concepts. Elle ne consiste pas à apporter des réponses affirmatives aux malades. Elle est à estimer relativement en réponse aux phases de problématisation et de négociation examinées plus haut. Il s'agit d'établir les diagnostics qui seront susceptibles -moyennant quelques éléments de pertinence (certitudes)- d'être à l'origine d'actions médicales efficaces. A l'issue des activités

¹- BANGE Pierre, *Analyse conversationnelle et théories de l'action*, © Didier, 1992, p 77

²- VERMERSCH Pierre, *L'entretien d'explicitation*, Paris, ESF éditeur, 1994, p 52-53

d'interprétation des actions médicales en situation d'échec ou en situation de succès, les interactants abordent, dans la phase de résolution, la création d'une situation où de possibles solutions peuvent être trouvées. Celles-ci sont pensées sur la base d'un savoir plus confirmé sur la pathologie et sur la thérapie (diagnostic) et d'une prise de décision quant aux actions plus rationnelles qu'il faut entreprendre : « Ainsi au cours de la résolution, les anticipations pourront porter, soit sur les états de la situation, soit sur la procédure à suivre (...). »¹ :

280. Dr : bon alors donc là c'est un peu plus précis ++ben:: on refait une autre fibro:: avec biopsie:: / et:: pour son problème de sténose:: on prépa:: re un bilan près-op pou: r la chirurgie
307.Dr: EFFECTIVEMENT / donc effectivement on revoit les toutes premières:: investigations:: et puis:: on explo:: re donc a priori l'œsophage

Se doutant bien que des solutions définitives ne sont pas possibles et parler en termes de résolution revient à se donner la tâche d'analyser le travail des interactants dans la mise en place d'un dispositif de recherche de solutions. Tout au plan on ne peut obtenir que des résultats locaux et restreints qui mèneront progressivement au résultat final. Ce sera plus une concertation sur les moyens de résolution qui indiqueront aux médecins les stratégies d'approche des solutions. Il s'agit de rationaliser l'action médicale au niveau fonctionnel, au sens d'activation et de partage des logiques rationnelles de contrôle de la pratique de la médecine. Les médecins spécialistes et généralistes en Gastrologie rationalisent le parcours thérapeutique du malade et pistent les solutions pour lesquelles, avec la collaboration des infirmiers s'engageront et assumeront la responsabilité. Parler en terme de rationalisation des solutions, revient à préciser que ce type d'interaction médicale n'engage à la résolution que sur le plan cognitif, en ce sens que ce qui paraît le plus important, c'est la maîtrise des moyens et des mécanismes d'obtention des résultats :

¹- HOC Jean-Michel, Psychologie cognitive de la planification, PUG, 1987, p 11

61. Dr : okay / (il) y= a plein de petits trucs:: euh:: je crois:: sur lesquels on peut ::\
62. Inf : intervenir
12. Dr : 30:: non !+ il risque de saigner +++ sclérothérapie et ligature:: ? mais j(e) crois pas que:: c'est la solution:: vue son âge / l'intervention est trop lourde aussi:: / [tani : aussi]:: je :: pense euh:: son problème cardiaque:: dilatation cavitaire avec des troubles moteurs ? c'est ça hein ?
13. Inf : oui des troubles moteurs
14. Dr : on temporise donc::
59. Dr : be:: n quand même:: on doit poser:: euh:: quand même un diagnostic:: /Ø(il) faut fai:: re un transit du grêle sinon:: on passera à une:: laparotomie exploratrice:: c'est c'est elle qui va:: trancher!
206. Dr : quand on a:: des:: récidives:: comme ça:: et ben:: on fait plusieurs séances de ligatures / qui:: peu:: t aller jusqu'à six / ET:: qui:: habituellement donnent ::\
207. Inf : de bon résultats ouais
208. Dr : la plupart du temps, oui et puis voilà::!
209. Dr : oui / et ben:: on l'espère très bien:: on fait comme ça / hein / voilà::!

Cela dit, les actions médicales ne sont pas toutes assurées d'une parfaite efficacité. Elles peuvent être remises en cause rétroactivement (elles s'avèrent inefficaces ou insuffisantes) et d'autres actions substitutives apparaissent mieux appropriées où les médecins modèrent leurs engagements selon les chances qu'ils accordent à leur efficacité. Leur plan d'actions se résume en une tentative de résolution raisonnée mais pas assurée.

3.2. Subtilités de l'affirmation dans le discours interactif médecin-infirmier :

C'est la synthèse du questionnement médical et de l'examen médical, comportant des affirmations définissant la pathologie et portant des jugements sur l'état de santé du malade. Le diagnostic est donc l'acte qui consiste en l'affirmation ou en la négation des faits pathologiques. Il constitue l'étape qui succède logiquement aux étapes d'investigation où le gastrologue procède à l'analyse des symptômes et à leur attribution définitive et certaine d'un statut pathologique donnée. Cependant, son affirmation est le résultat d'un travail déductif qui ne s'obtient pas toujours dans des conditions favorables. Les médecins y tiennent un discours cohérent et assez développé sur la pathologie identifiée, en y déployant leur savoir médical et leurs compétences cliniques : les conclusions

tirées correspondent sans équivoque à la symptomatique observée. Ils constituent, dans l'ensemble de l'entretien médicalisé, une clairvoyance qui se construit dans le cadre d'une structure informative, déployant une boucle argumentative, complète et donnée comme une acquisition bien établie, dont la trame et les étapes successives offrent les cohésions suivantes :

- D'abord, la nomination de la pathologie : une fois les données symptomatiques réunies à partir du questionnement, de l'examen médical, du bilan biologique et radiologique et l'examen endoscopique haut et/ou bas, les médecins en saisissent la signification et la concentre dans un item lexico-médical qui réfère directement à la pathologie identifiée : "*une RCH*"

- Ensuite l'identification de la pathologie identifiée : les médecins peuvent procéder à la définition de la pathologie : "*l'RCH est une...*" cette définition revient à accorder à l'ensemble de l'équipe soignante le bénéfice de rappel.

- Enfin, la confrontation empirique : poursuivant leurs travaux, les spécialistes justifient le diagnostic technique et savant, et retraduisent leur discours médical dans des termes empiriques, c'est-à-dire en référence aux informations collectées par les infirmiers.

Ainsi, en fonction des résultats obtenus dans la collecte et le tri des symptômes selon leur pertinence : ("*ascite*"= corrélation de faits : "*épanchement liquidien au niveau de l'abdomen + subictère + tension artérielle basse + asthénie (fatigue)*") : C'est une élaboration ponctuelle, où les médecins ordonnent leur diagnostic. En effet, cette corrélation de faits peut être suivis d'une demande d'explicitation ("*ah bon ?*" ? "*et sinon ça s=rait entre quoi et quoi ?*", "*inflammation ?*") ou d'une mise en doute, à travers une réaction mitigée ("*hmm*") qui leur permettent d'être reformulés explicitement et renforcés dans leur pertinence et dans leur valeur informative :

231. Inf : *c'est un malade euh :: qui a été suivi en pneumo pour TBC:: pulmonaire*

232. Dr : *AH ! chez qui euh: on a suspecté une TBC péritonéale je pense:: hein ?*

233. Inf : *oui [hada houa : c'est lui]:: / [ma tabaach : il n'a pas suivi] correctement son traitement antituberculeux / [tani : aussi]:: il a:: bénéficié d'un:: traitement*

- ana ::rchie à titre privé*
234. Dr : *donc:: (il) faut voir l'histoire de cette dégénérescence:: / je sais que:: c'est une récurrence au niveau péritonéal*
235. Dr : *DONC:: NOTION D'AMAIGRISSEMENT ? en plus il y a ASCITE ISOLEE plus ATTEINTE ILEOSECALE ?*
236. Dr : *MAIS / comment:: expliquer cette:: per:: te de poids ? IDR négatif ?*
237. Inf : *oui:: négatif / et euh:: la recherche du BK dans les crachats en cours*
238. Inf : *ponction d'ascite faite / ascite exsudatif*
239. Dr : *pas:: pas de:: de signes d'impré:: gnation : / c'est:: je:: je crois:: que:: c'est:: beaucoup plus une TBC PERITONEALE / donc:: euh:: / et bien:: / donc j'a/ j'appellerai:: euh:: la chirurgie:: tout à l'heure / et puis:: euh:: je crois:: c'est: aussi simple de prendre une décision:: / alors:: soit une laparotomie ou une coelio:: soit on entame carrément un traitement antituberculeux : / vous l'avez pesé ?*
240. Inf : *oui:: il fait cinquante huit Kilos*
241. Dr : *ben:: quatre comprimés le matin*
242. Inf : *oui d'accord*
243. Dr : *c'est une TBC PERITONEALE / [andek microbe fe m'ssaren bassah:: vous avez un microbe au niveau des intestins mais] c'est pas gra:: ve / [naatik un traitement taa : je vous un traitement de] six moix oua douk triah : vous allez vous sentir beaucoup mieux] /c'est:: effectivement un:: un traitement de six mois*

Dans cet exemple, la correspondance entre l'amaigrissement, l'ascite exsudative et le diagnostic "TBC péritonéale" est établie de façon directe.

Sur le plan interactionnel, le diagnostic s'étale sur une intervention continue et complète qui :

- clôt la phase de l'examen
- pose le diagnostic d'une façon affirmative et argumentée : "RCH", "RCH parce que..." : c'est un concentré de tout un processus d'investigation qui aboutit, et par le biais duquel les médecins posent de manière définitive et sûre leur conclusion ou leur jugement sur ce qui a constitué auparavant une énigme. Cette dernière est levée par la force de l'évidence des symptômes qui réfèrent explicitement à une pathologie donnée et donne lieu directement à l'acte de prescription et/ou de décision :

175. Dr : j'ai admis un cirrhotique:: connu du service c'est un X pou: r ruptu:: re de VO / saignement de grande abondance
203. Dr : faites un lavage gastrique:: serum salé avec:: vingt cc de Duphalac et vingt cc de Maalox
204. Inf : et euh Sandostatine:: à la seringue: électrique
349. Dr : et qui peut nous apporter:: euh ::(...) / parc=que tous les les signes vraiment:: sont
350. Inf : hmm
351. Dr : en faveur d'une ascite d'origine:: gy:: nécologique:: / bein:: si:: on arri::ve à cette certitude: ben alors:: / [tfout le : elle passe en] gynéco::

D'autre part, l'acte de diagnostic n'a pas pour valeur unique d'apporter quelque réponse que ce soit, nominative ou explicative, au mauvais état de santé du malade. On a bien d'ailleurs montré que certaines pathologies se refusent au diagnostic : elles ne sont identifiables dans l'espace du suivi médical : ("comment expliquer la perte de poids ? MAIS comment expliquer cette anémie en l'absence de tout saignement, que ce soit micro ou macroscopique ?"). Les médecins ne peuvent qu'avouer leur ignorance et leur perplexité temporaire, en attente de preuves tangibles. La formule "y=a rien" ne convient décidément pas au malade. Est-ce un diagnostic définitif ou seulement un résultat possible de l'exploration faite et qui n'a rien révélée pour le moment ? Ce type d'interrogations constitue quand même un diagnostic, dans la mesure où elles soulèvent des problèmes. Ces derniers, du fait de leur insistance, seront examinés de plus près avec des moyens techniques plus sophistiqués, à savoir les examens complémentaires :

6. Dr : (il) y=a des varices oesophagiennes grade III à la fibro plus:: syndrome d'HTP
7. Inf : vous avez demandé un avis d'hémato:: il a:: fait une PBM
8. Dr : ET LE RESULTAT ?
9. Inf : y a rien:: / enfin:: pas de signes de malignité su: r les prélèvements examinés
10. Dr : mais:: &hépto:: splénomégalie homogène avec euh:: dilatation de la veine:: splénique reperméabilisation de la:: veine ombilicale / ET l'aspect ETM compatible avec une:: HTP décompensée sur:: foie cirrhotique / donc:: là:: c'est c'est l'indication d'une PBF!
65. Dr : be:: n quand même:: on doit poser:: euh:: quand même un diagnostic:: /Ø(il) faut fai:: re un transit du grêle sinon:: on passera à une:: laparotomie exploratrice:: c'est c'est elle qui va:: trancher!

273. Dr : & à l'écho, un foie hétérogène et polyadénopathies avec euh :: une dilatation de la voie biliaire principale / bon ben:: même le scanner met en::evidence un processus lésionnel dont la nature tumorale reste à déterminer / alors:: faut compléter le bilan par une biopsie afin afin:: de:: de préciser la nature anapath de la lésion

308. Dr : donc:: l'écho nous révèle un foie hétérogène avec des images nodulaires d'où l'intérêt d'un scanner / ces signes sont en faveur d'un NEO vésiculaire

Cet échange harmonieux est renforcé par l'acte de mise en place du diagnostic dans un langage usuel partagé avec les infirmiers.

3.3. Le diagnostic à travers le discours de l'infirmier :

Sur le plan interactionnel, s'ouvre un espace de libre parole, à travers lequel, les médecins posent des problématiques, dégagent les responsabilités des échecs et des manquements, soulignent les lieux de défaillance, etc. De leur part, les infirmiers problématisent l'état du malade qui s'identifie préférentiellement à eux et reproduit sa détermination à résoudre son problème de santé : « Dans ce contexte, on parle d'infirmier "réfèrent", à partir du moment où une relation soignant/soigné s'est mise en place. »¹. Ils signalent la gravité des signes cliniques décrits par le malade en leur donnant un caractère alarmant. Cela est dit le "diagnostic infirmier", concerne surtout les réponses du malade sur un état pathologique. Ils anticipent donc à la formulation des diagnostics et de la prescription en se posant des questions puis en confrontant leurs hypothèses à une réalité objective qui peut ouvrir d'autres voix permettant aux médecins de les développer, de les confirmer en tant qu'experts et de compléter leur information et leur compréhension. Les doutes alors se transforment en affirmation :

18. Inf: il a des épigastralgies

21. Inf : une douleur qui cède par l'alimentation!

22. Inf : oui:: / c'est:: surtout des gastralgies qui cèdent [bel : avec le] Gastrimut

¹- PERLEUTER Léon et al, Nouveaux cahiers de l'infirmière N°3: Démarches relationnelles et éducatives : initiation et stratégies de recherche, 2^{ème} édition, © Masson, Paris, 2002, p 31

30. Inf : *enfin:: d'un seul coup une douleu:: r bien précise!*
31. Dr : *hmm*
34. Dr : *hmm d'accord / probablement :: i(l) s'agit d'un ulcè ::re bulbaire*
35. Inf : *il est toujou:: rs à jeun*
36. Dr : *on va fai:: re une fibro tout de suite*
37. Inf : *oui d'accord*
38. Dr : *voilà::! très :: bien / d'acco:: rd au niveau de l'œsopha:: ge:: (il) y=a rien / la bulbe:: ulcère::! voilà::*
39. Inf : *mais euh:: il se plaint de douleurs au niveau de l'hypocondre gauche ! / une douleur très vive :: et puis euh :: qui :: qui se réveille très vite*
40. Dr : *très très net quoi*
41. Dr : *ET euh:: [ma fhamtch : j(e) n'ai pas compris] au fait euh:: ça ça date de:: euh:: de::*
42. Inf : *non:: juste hier / et:: ça s'est :: s'est devenu plus aigu :: ce matin!*
43. Dr : *et comment ça s= passe dans la journée:: ces ces: douleurs aparraissent au réveil déjà:: ou c'est en fin de journée ?*
44. Inf : *parfois au réveil / euh:: c'est vague*
45. Dr : *hmm hmm*
46. Inf : *[tani : aussi] arrêt des:: matiè ::res et:: des gaz:: / [oua : et] des vomissements en:: jet*
47. Dr : *ah bon / on fait d'abord un ASP debout*
48. Inf : *d'accord / vous suspectez un syndro:: me occlusif?*
49. Dr : *oui !*
50. Dr : *bon: j(e) vais l'examiner / ça va pouvoi:: r (...)*
51. Inf : *attends / [naounek : laissez moi vous aider]...? [hot yedek : pose ta main]*
52. Mde : *d'accord*
53. Dr : *voilà allez ! / mets le dans une position dorsale / là ça s(e) ra encore le mieux:: hein?*
54. Inf : *hmm oui*
55. Dr : *AH:: (il) y=a:: des niveaux / donc:: j'appelle la:: chirurgie / c'est une urgence :: / (il) faut l'opérer tout de suite*

Les infirmiers déclenchent l'interrogatoire des médecins en suggérant des thèmes : ils avancent un diagnostic ("un syndrome occlusif"). Leur intervention active dans le diagnostic constitue un fait important, dans la mesure où, leur contribution dans les phases antérieures semblait s'imposer de soi puisqu'il devrait réagir aux questionnements des médecins. Ils trouvent là une occasion d'évacuer leurs alertes : leurs diagnostics, à défaut d'affirmer l'existence de quelques pathologies déjà soupçonnées par les médecins. Ces derniers y sont plutôt sollicités pour intervenir dans un rayon d'actions plus élargi, traversé par des courants d'activités multiples et diverses et alimenté par des tensions très fortes. Il en ressort que ce

diagnostic prématuré repose sur la concordance entre les symptômes, répertoriés par les infirmiers de par leur savoir, et leur révélation dans la réalité pathologique. C'est un jeu d'exactitude, où la défectuosité de l'acte descriptif concernerait par conséquent l'approximation ou l'omission des traits caractéristiques de la pathologie mise en cause.

On remarque que le diagnostic infirmier est plus global et aussi plus descriptif que le diagnostic médical. Autrement dit, un même diagnostic infirmier peut être applicable à plusieurs types de pathologie. Par exemple, pour un problème de diarrhées chroniques, il pourra être le même, qu'il s'agisse d'une maladie de CROHN ou de RCH. C'est pour cela, pour un diagnostic médical donné, les infirmiers devront la plupart du temps poser plusieurs diagnostic de soins, car le malade peut éprouver d'autres difficultés qui y sont reliées :

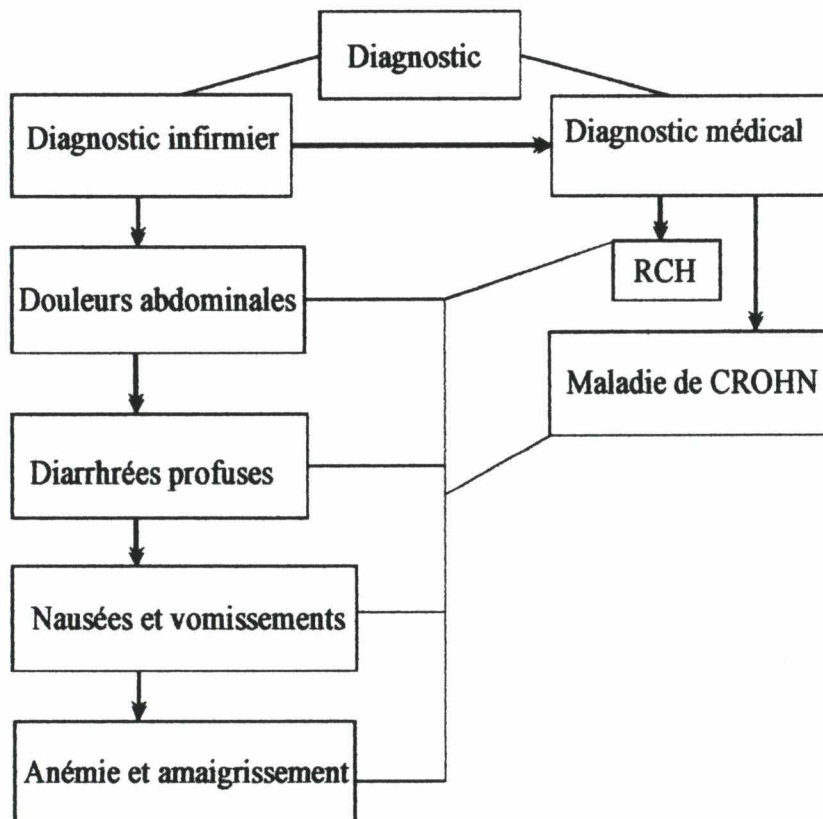


Figure12: Représentation de la construction interactive de l'activité de diagnostic infirmier

Les conclusions des médecins font constater, de façon élaborée dans le fonds, des états pathologiques, qui se présentent, à la surface du discours, de façon ordinaire. C'est une mise en ordre, à partir de laquelle émerge, dans toute la splendeur de sa pertinence et de sa logique, une vérité attestée et convaincante. Cette conviction est marquée par la réceptivité passive et positive des infirmiers, qui acceptent les propos du diagnostic de manière explicite (verbale) ou tacite (écoute silencieuse).

On peut envisager avec cela, que le diagnostic est posé conjointement par les médecins et les infirmiers.

3.4. Prescription ou la maîtrise de l'exercice du pouvoir de décisions :

Le cadre technique de l'activité médicale se retrouve dans la prescription médicale (la conduite à tenir : schéma de réanimation, antibiothérapie, examens complémentaires,... etc.). Elle est alors spécifique à la fonction des médecins et fait appel à des activités verbales et non verbales : les médecin rédigent leur schéma de traitement en faisant des commentaires et en prodiguant des recommandations (dosages et voies d'administrations du médicament par exemple). Cela reflète l'intention de soumettre au "Faire" les interlocuteurs, en l'occurrence les infirmiers qui s'entretiennent sur les modalités du traitement et de son efficacité réclamant de plus amples renseignements et davantage d'explicitation :

84. Inf : *Ampi 1g toutes les six heures ?*

85. Dr : *non :: toutes les huit heures / plus éventuellement un antalgi :: que Perfalgan en perf*

86. Inf : *oui d'accord.*

87. Dr : *on ajoute aussi Azanta:: c deux fois par jour et euh: par voie ORA::LE on donne Duphalac trois prises par jours*

88. Inf : *oui d'accord*

91. Dr : *donc on va:: on va commencer:: le:: vaccin ::*

92. Inf : *l'INTERFERON / oui d'accord / mais [hna :: / la première fois nekhedmou bih : on l'utilise pour la première fois] on ne sait:: la technique::de:: de l'injection!*

93. Dr : *oui:: je sais que:: c'est un nouveau traitement / moi personnellement:: euh:: je ne connais pas la technique / mais on va assister tous à la présentation du vaccin [maa : avec] le délégué médical [douk yji l'après-midi : il va venir cet après-midi] /:: le délégué médical va venir nous le présenter / la techni:: que::*

chirurgie qui:: qui doit s'en occuper hein:: euh:: si:: s'il y a:: lieu:: de la reprendre si son état:: le:: permettra bien sûr:: r
 253. Dr : ET:: elle a:: de la fièvre aussi ?
 254. Inf : *hmm oui /elle a fait:: des frissons*
 255. Dr : CA / c'est un problème en plus / C'EST SURTOUT / C'EST SURTOUT:: euh:: pou:: r le risque de:: de SEPTICEMIE
 256. Inf : oui:: / mais euh:: elle n'a pas:: l'air:: de:: répondre au:: Claforan / on change d'antibiotique non?
 257. Dr : EVENTUELLEMENT / on passe au Pipéracilline 2g:: par 24h

Cette prise de décision est présentée par ce schéma :

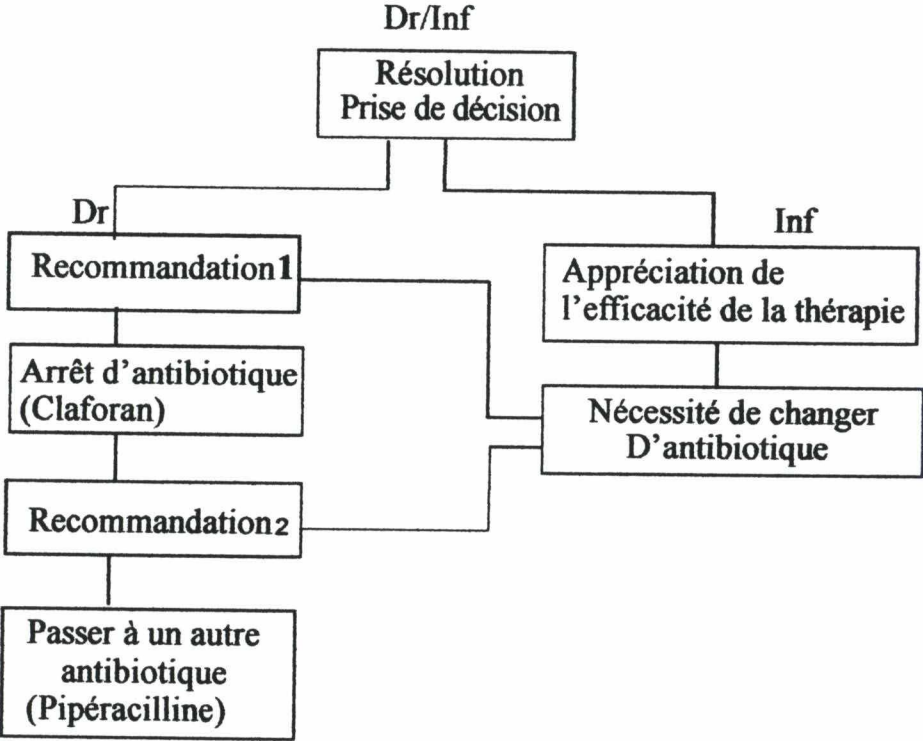


Figure 13 : Représentation de la construction de la résolution de la problématique

Structurellement, sur le plan de la prescription médicamenteuse, les échanges se déroulent dans un cadre coopératif où les protagonistes arrivent à s'accorder sur leurs responsabilités physiques et morales mutuelles face à la médication. Les recommandations et les incitations des médecins sont caractéristiques, dans le cas où les infirmiers montrent de bonnes dispositions à recevoir les instructions, par un usage de prédicats explicites et directs. Cela se passe néanmoins dans un respect mutuel dans lequel il y a généralement évitement des actes de conflits.

Cette activité interactionnelle est représentée sous la forme suivante :

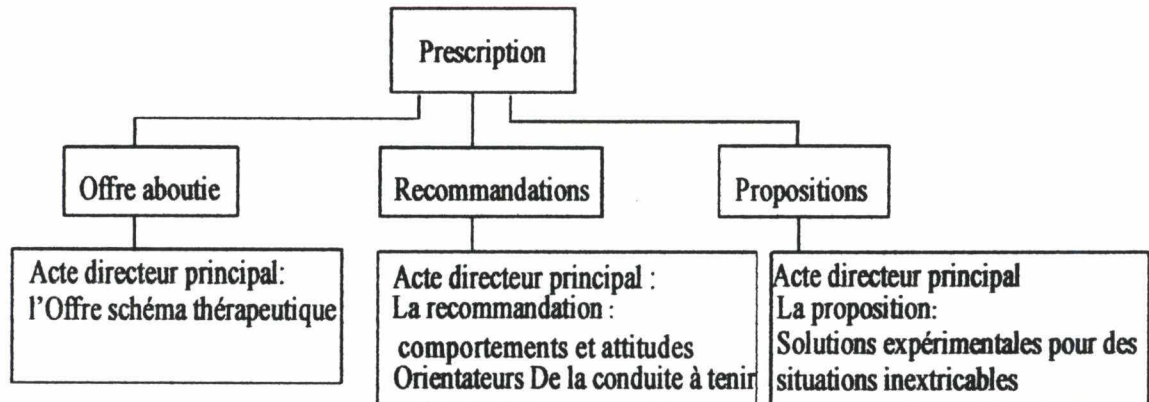


Figure 14: Représentation de la construction de l'acte de prescription

3.5. Directives et recommandations pratiques :

La directive est un acte qui vise une action technique. Cette dernière implique une relation de soumission à un ordre de choses obligatoire mais non vexatoire, portant sur un objet déterminé, parfois minutieux, dont la fréquence, l'intensité et la direction sont spécifiées. Au fait, l'action médicale comme finalité, passe par la directive et la recommandation, qui constitue les actes verbaux organisant l'activité d'observation et de manipulation dans l'espace-temps où elle se déroule. Elle intervient à la fin des entretiens pour assurer la complétude des tâches qui s'y accomplissent; c'est-à-dire les actes qui lui donnent naissance : inciter, ordonner, recommander aux infirmiers d'aller vers les instances d'exécution des actions médicales :

203. Dr : *faites un lavage gastrique:: serum salé avec:: vingt cc de Duphalac et vingt cc de Maalox*
204. Inf : *et euh Sandostatine:: à la seringue: électrique*
205. Dr : *oui:: comme d'habitude:: / trois ampoule / bien sûr surveillance de:: l'état hémodynamique*

Les directives indiquent, comme on le voit dans ces exemples, les modalités de la réalisation des activités médicales : "où se mettre ? Qu'est-ce qu'il faut faire ? Dans quelle position se tenir ?...etc". Ce sont des injonctions qui dictent l'action à réaliser par les

médecins et les infirmiers, et qui conditionnent ainsi le bon déroulement de l'observation. Elles se construisent comme suit :

- Nomination de l'action demandée sous forme d'une requête de faire ou d'une autorisation : "*faites*" ou "*je vous laisse faire*". Cette relation prédicative (prédiquer une action) est d'ordre relationnel : les médecins ordonnent et/ou autorisent, et les infirmiers obéissent et/ou sollicitent l'autorisation et spécifient la requête.

- D'abord l'action est introduite dans la chaîne interactionnelle, soit en rupture avec ce qui précède ("*bon*", "*non*", "*c'est bon*"), soit en continuité ("*et*", "*et puis*", "*alors*", "*ok*", "*oui*", etc.).

- Ensuite, l'action est orientée qualitativement : "*plus bas*", "*en avant*", pour donner une orientation spécifique à l'action : "*plusieurs fois*", "*un petit peu*", "*fort*", pour définir sa fréquence et son intensité :

189. Dr: *ben:: le plus important:: c'est:: euh:: PAS D'ALIMENTATION ORALE:: pendant au moins quarante huit heures*

95. Dr : *AH OUI ! trois quart seulement / et euh:: on surveille son bilan: biochimique*

304. Inf : *il est sous trithérapie et euh:: les transaminases sont toujours élevées*

305. Dr : *pfff je sais je sais / il y a: / c'est un taux [chouia : un peu] élevé / mais C'EST PAS GRA:: VE*

342. Dr : *BEN / tant mieux +++ il prend:: toujou:: rs le Cortancyl ? / on a:: je crois:: commencer à réduire:: les doses ?*

343. Inf : *oui:: il est à quatre comprimés*

344. Dr : *ben:: on arrête le schéma de réa et:: euh:: on continue avec les mêmes dose de:: de Cortancyl / vous insistez bien sûr sur le régi:: me sans sel:: / on fait:: comme ça ?*

345. Inf : *oui d'accord*

Par exemple, l'explicitation de l'infirmier de l'état des "*transaminase*" (304), est une confirmation d'une action thérapeutique recommandée par le médecin, à savoir "*surveiller les transaminases*".

En cela, la directive implique, comme condition nécessaire, la légitimité de l'action : celui qui l'énonce est investi institutionnellement par un pouvoir et un savoir rationnel sur la nature de l'action à exécuter ; celui qui la réalise doit manifester sa volonté et sa capacité à coopérer à l'action et l'assumer.

En somme, notre étude nous a permis de percevoir les dynamiques du discours interactif médecin-infirmier, autour de la notion de coopération professionnelle :

- Actionnelle :

- Questionnement-Apport d'information : (description, narration, rapport)
- Examen : (observation, constat)
- Problématisation : (plainte, requête)
- Négociation : (évaluation, explicitation)
- Résolution : (résolution référentielle, actionnelle)
- Diagnostic : (diagnostic négocié, affirmatif)
- Prescription : (offre, recommandation, proposition)

- Structurelle :

- Echanges explicatifs
- Echanges à focalisation problématique
- Echanges à orientation référentielle, relationnelle ou énonciative

- Enonciative :

- Annonces introductrices, organisatrices, actionnelles et de relance interactionnelle
- Recommandations et propositions abouties

- Relationnelle :

- Pouvoir partagé
- Responsabilisation
- Conviction ou non conviction
- Degrés de motivation

Nous trouvons ci-dessous une illustration de cette dynamique interactionnelle globale des activités médicales :

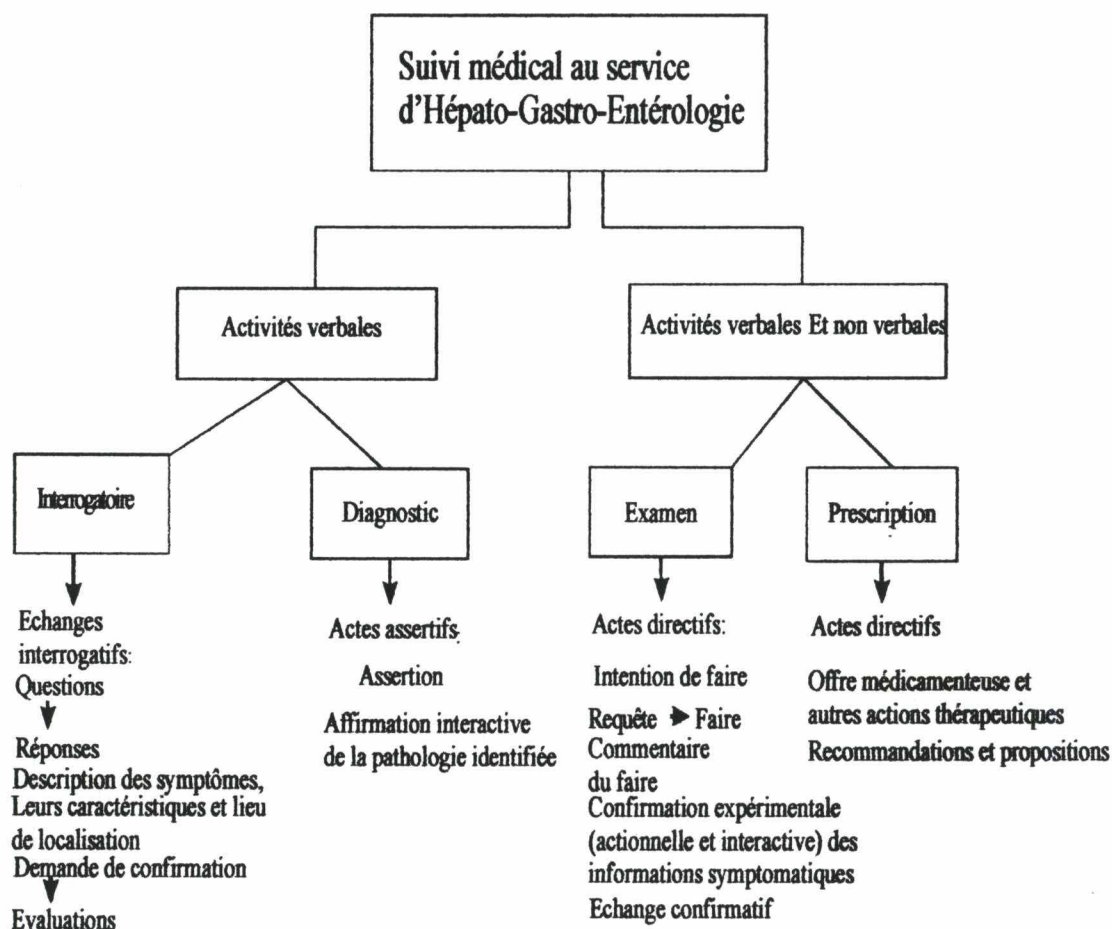


Figure 15 : Schéma représentatif de la dynamique interactionnelle globale du déroulement des activités médicales et les actes langagiers leur correspondant

Enfin, il faut signaler que notre objectif n'est pas tant d'effectuer cette énumération que de montrer que le discours interactif médecin-infirmier se construit, non à travers une accumulation de procédés variés, mais à travers des combinaisons variées et multiples que les interactants tissent et puisent dans différentes possibilités des ressources langagières.

Nous ne pouvons donc, clore cette somme d'acquis que par une démonstration de la coopération médecin-infirmier et leurs rôles dans la médiation interactionnelle. Le suivi médical-particulièrement dans sa fonction de médiation-est à ce titre un exemple, si ce n'est pas un modèle, qui permet d'entrevoir la plénitude d'un travail âpre de dialogue négocié dans les entreprises de professionnalisation.

CONCLUSION

Le corpus nous a permis, tant au niveau de son architecture globale (voir les figures schématiques des constructions des différentes activités médicales et les actes de langage leurs correspondants) que dans ses compositions locales, de percevoir le discours interactif médecin-infirmier au service d'Hépatogastro-Entérologie de Tlemcen. Nous sommes centrés sur la coopération professionnelle dans l'activité langagière. De même, l'analyse nous a confronté à des composantes non langagières interférant constamment avec les interactions verbales proprement dites.

A l'amorce de chaque action médicale, les interactants se trouvent déjà et inévitablement dans une dynamique interactionnelle dont les dimensions sociales, humaines et contextuelles -explicitement représentées dans les activités langagières qui y sont menées- ne doivent pas leur échapper. Chaque action ne représente qu'un moment transitoire dans un parcours thérapeutique long, pour lequel il faut établir un plan d'action général pouvant donner conscience aux interactants de la logique qui gouverne la successivité des faits et des événements : ce qu'ils ont pu dire et faire, ce qu'ils disent et font et ce qu'ils peuvent dire et faire à l'avenir.

En effet, la démarche de soins est éducative et thérapeutique, lorsque les infirmiers et les médecins se respectent mutuellement en tant que personnes semblables, bien que différents, et en tant que personnes partageant la résolution des problèmes. Il devient évident que, si la qualité des soins, dépend de la conception des stratégies diagnostiques et thérapeutiques, et donc de l'expertise professionnelle, la coopération nécessaire à l'application de ces stratégies est apparue tout aussi primordiale. Elle est structurée autour d'une répartition des tâches et une négociation des rôles et des responsabilités en fonction d'une hiérarchisation des statuts impliquant des relations et des modes de communications -dont certains types d'actes de paroles comme l'ordre, le conseil, la recommandation...etc.- facilement reconnaissables. Cette hiérarchisation enclenche une dynamique de participation où les transmissions d'informations se révèlent indispensables entre les médecins et les infirmiers, du moment où cette

entreprise leurs donne le droit et le devoir de prendre constamment l'information sur les malades qui occupent le centre de ce type d'interaction. Cela dit, que les soins ne reposent pas sur une mono-gestion exclusive, mais ils sont plutôt dispersés selon un modèle où toutes les personnes soignantes se partagent l'autorité, et non selon un modèle traditionnel linéaire d'autorité. Il se crée donc entre les médecins et les infirmiers un complexe autorité-coopération qui suppose la compétence en accordant à chacun le maximum des libertés dans l'accomplissement de sa tâche. L'entente est dans ce cas stratégique. Cela a pour conséquence de montrer également que cette coopération participe du pouvoir créatif conjoint des interactants.

Sur la même longueur d'ondes, le discours interactif médecin-infirmier entre dans une dynamique de socialisation des interactants qui développent leurs schémas cognitifs socio-pratiques dans le règlement de leurs problèmes au quotidien ordinaire ou institutionnel. Cela dit que, dans l'organisation de leurs activités interactionnelles, les interactants s'associent pour adhérer conjonctuellement, aux raisonnements qui sont à la base de la construction de l'ordre social souhaité. Il résulte que la relation entre les médecins et les infirmiers ne revêt pas un caractère mécanique, mais un caractère interpersonnel dont les considérations "humanitaires" ne sont pas négligeables : la violence est exclue et le respect est de rigueur. Un tel climat est possible puisque les rôles sont explicites, définis dans une démarche commune et qui s'exprime dans les modalités d'échanges entre les participants. De cela, l'harmonisation des pratiques ne peut être que le fruit d'un travail âpre de négociation interactionnelle (structurale et énonciative) où les médecins et les infirmiers s'accordent pour définir leurs responsabilités respectives, en tant qu'intervenants limités à des fonctions particulières.

En somme, la catégorisation médecin-infirmier tombe dans l'espace interactionnel et s'éloigne d'un rapport social dichotomique, pour se fondre dans un rapport de transversalité des rôles et des compétences pouvant aboutir à la

dynamisation de la situation problématique débattue.

Nous considérons, de ce fait, que notre projet de recherche est loin d'être fermé et qu'il mérite de s'ouvrir à un autre axe de réflexion, qui serait, à nos yeux, la part du malade dans ce type de discours interactif.

Quelle serait donc la part du malade dans ce discours ?

Comment caractériser assez nettement cette interaction triangulaire médecin-infirmier-malade sans exclure à priori certains enjeux peut-être un peu cachés qu'elle pourrait remplir?

Quel degré de dynamicité et de complexité interactionnelle donne-t-elle à voir?

BIBLIOGRAPHIE

14. COTINAUD Olivier, *Eléments de psychologie pour l'infirmière*, édition du Centurion, Paris, 1970
15. GERMAIN Claude, *La notion de situation en linguistique*, © Université d'Ottawa, 1973
16. GOFFMAN Erving, *Rites d'interaction*, © Minuit, ISBN, 1974
17. Frechet Serge, *Communication interpersonnelle et négociation commerciale*, Enseignement supérieur tertiaire, © Ellipses, © marketing SA, 1997
18. GRIZE Jean-Blaise, *Logique et langage*, Editions Ophrys, Paris, 1990
19. HABERMAS Jürgen, *Théorie de l'agir communicationnel*, Tome I, © A. Fayard, Paris, 1987
20. HOC Jean-Michel, *Psychologie cognitive de la planification*, PUG, 1987
21. HYMES Dell, *Vers la compétence de communication*, © Crédif-Hatier, Col. «LAL », Paris, 1984
22. JACQUES Francis, *Trois stratégies interactionnelle conversation, négociation, dialogue ; in Echanges sur la conversation*, Editions du CNRS, Paris, 1998
23. JACQUES Francis, *L'espace logique de l'interlocution*, P.U.F, Paris, 1985
24. JAKOBSON Roman, *Essai de linguistique générale*, © Minuit, Paris, 1963
25. KERBRAT-ORECCHIONNI Catherine, *Les interactions verbales*, Tome I, © Armand-Colin/Masson, Paris, 1990
26. KERBRAT-ORECCHIONNI Catherine, *Les interactions verbales*, Tome II, © Armand-Colin/Masson, Paris, 1991
27. KERBRAT-ORECCHIONNI Catherine, *Les actes de langage dans le discours*, *Théorie et fonctionnement*, © Chirat, 2001
28. KERBRAT-ORECCHIONNI Catherine, *L'Énonciation de la subjectivité dans le langage*, © Armand-Colin, Paris, 1980
29. KERBRAT-ORECCHIONNI Catherine, *Les Négociations Conversationnelles*, *Verbum VII*, 2-3, 1984
30. LABOV William, *Sociolinguistique*, © Minuit, Paris, 1976

- 31.LAZORTHES Guy, L'homme, la médecine et le médecin, culture générale-PCEM, © Masson, 1993, Paris
- 32.LEROT J, Précis de linguistique générale © Minuit, 1993
- 33.LETEURTRE Hervé & Caveng Joë-Michel, L'évaluation des performances du personnel à l'hôpital, ESF éditeur, Paris 1991
- 34.MAINGUENEAU Dominique, Les termes clés de l'analyse du discours, © Seuil, 1996
- 35.MAINGUENEAU Dominique, Analyser les textes de communication, © Nathan / Her, Paris, 2000
- 36.MEAD Georges-Herbert, L'esprit, le soi et la société, © P.U.F, Paris, 1963
- 37.MOESCHLER Jacques & REBOUL Anne, Dictionnaire encyclopédique de pragmatique, © Seuil, Paris, 1994
- 38.MOSCOVICCI Serge, Psychologie sociales des relations à autrui, collection de Henri Mitterand, © Nathan / VUEF, Paris, 2000
- 39.MUCCHIELLI Alex et al, Théories des processus de la communication, © Armand Colin / Mason, Paris, 1998
- 40.MUCCHIELLI Alex, Les situations de Communication, © Armand-Colin, Paris, 1991
- 41.MUCCHIELLI Roger, Communication et réseaux de communication, E.S.F éditeur, 1998
- 42.PHANEUF Margot, Orientation vers le diagnostic infirmier, Copyright©, MC Graw-Hill Editeurs, Quebec, 1986
- 43.QUÉRÉ Louis, A propos de l'agir communicationnel chez Habermas, Paris, MSH, 1987
- 44.RICHARD A & BOURDEAU N, La communication efficace, de l'intention aux moyens d'expression, © De Boeck université, Belgique, 1998
- 45.ROULET Eddy et al, L'organisation opérationnelle : un module et un instrument d'analyse de l'organisation du discours, la dimension

- référentielle : un module et un instrument d'analyse de l'organisation du discours, la dimension référentielle, Berne, Lang, 2001
46. SACKS Harvey et al, A Simplest systematics for the organization of Turn-Talking in conversation, in Schenkein.J 1978
 47. SALLES Jean-Pierre & SIMON Yves, L'expression et la communication dans la vie sociale et professionnelle, © Dunod, Paris, 1970
 48. SALIN Geneviève-Dominique, Une approche ethnographique de la communication, © Hatier/Crédif, Paris, 1998
 49. SAUSSURE Ferdinand de, Cours de linguistique générale, © T. Mauro / Payot, Paris, 1972
 50. SCHÜTZ William, The interpersonal under world, © Science and Behavior Books, Palo Alto, 1966
 51. STRAUSS Anselm, La trame de la négociation, © Harmattan, 1992
 52. TRAVERSO Veronique, L'analyse des conversations, ©Nathan, 2000
 53. TRAVERSO Veronique, La conversation familière : Analyse pragmatique des interactions, Pul, 1996
 54. VANDERVEKEN Daniel, Les actes de discours, Pierre Mardaga Editeur, 1988
 55. VERMERSCH Pierre, L'entretien d'explicitation, Paris, ESF éditeur, 1994
 56. VION Robert, Les sujets et leurs discours : énonciation et interaction, © ANRT, 1998
 57. VION Robert, La communication verbale : Analyse des interactions verbales, © Hachette, Paris, 1992
 58. WATZLAWICK Paul et al, Une logique de la communication, © Seuil, Paris, 1972
 59. WALTER Beatrice, Les savoirs infirmiers, Lamarre, 1992

Revue :

1. AUBERT Lucien et al, Collection de nouveaux cahiers de l'infirmière N°4; Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail, © Masson, Paris, 1996
2. BRASSAC Christian & GORSE Ajonc, Deux thèmes sur le processus de structuration de la conversation, Verbum 7/2-3, 1984
3. Bretagne P, Psychologie médicale, © éditions scientifiques et médicales, Elsevier SAS, 2002
4. CAPUL Jean-Yves, La communication, Cahiers français N° 258, ENSP : 92/10, 1992
5. CHARAUDEAU Patrick, L'interlocution comme interaction de stratégies discursives, in Verbum VII-84 2/3, 1989
6. CHARAUDEAU Patrick, Elément de Sémiolinguistique : d'une théorie du langage à une analyse du discours, Connexion 38 : (Langage en situation, pratiques sociales et interaction) © Erès, 1982
7. COSNIER Jacques et al, Soins et communication, PUL, Lyon, 1993
8. COSNIER Jacques et al, Geste, Cognition et communication, Nouveaux actes sémiotiques, Université Limoges, Pulim, 1997
9. DOLITSKY Marlène & PIÉRAUT-LE BONNIEC G, La compréhension du «non-sens», in L'ambiguïté et la paraphrase, Centre de Publication de l'Université de Caen, 1988
10. GROSJEAN Michele & LACOSTE Michele, Communication et intelligence collective dans le travail. Etude comparée de trois services hospitaliers, Paris : Presses universitaires de France (Collection. Travail humain), 1999
11. LACOSTE Michele, Etude de linguistique appliquée N°37/Communications sociales et didactique des langues vivantes et étrangères : La vieille dame et le médecin (contribution à une analyse des échanges linguistiques inégaux) ; ELA 37. 34-43, univ Paris-Nord, 1980

12. MEUNIER Jean-Pierre & PERAYA Daniel, Introduction aux théories de la communication : Analyse sémiopragmatique de la communication médiatique, Bruxelles, De Boek univ, 1993
13. MOREAU Christian, L'infirmière, d'abord une hospitalière, revue de l'infirmière N°2, 1991
14. NADOT Michel, Le statut des connaissances dans l'activité soignante : un enjeu central au sein du processus de professionnalisation, école du personnel soignant, Université Laval, Quebec, 2002
15. PEPLAU HILDEGARD E, Relations interpersonnelles en soins infirmiers, interédition, 1995
16. PERRENOUD Philippe., Ambiguités et paradoxes de la communication en classe, unige, 1991
17. PERLENUTER Léon et al, Nouveaux cahiers de l'infirmière N°4 : Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail © Masson, Paris, 1995
18. PERLENUTER Léon et al, Nouveaux cahiers de l'infirmière N°3: Démarches relationnelles et éducatives : initiation et stratégies de recherche, 2^{ème} édition, © Masson, Paris, 2002
19. SAOULI O & MERZOUG A, Etude de la situation actuelle de la profession paramédicale en Algerie, Memoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme d'infirmier diplômé d'état, Ecole de formation en sciences paramédicales, 1997
20. SYLVIE Delon, Concept du rôle propre infirmier, mémoire de fin d'étude, Ecole des cadres, CH.Mazamet, 1997
21. TROGNON A & REB V., l'Adhérence au discours de l'autre : Analyse pragmatique d'une conversation avec un psychotique, Verbum VII 2/3, 1984

Dictionnaires :

1. BOUDON Robert & BOURRICAUD François, Dictionnaire critique de la sociologie, Presse universitaire de France, 1982H.Boyer, Elément de Sociolinguistique, Langue, Communication, Société, © Dunod, Paris, 1991
2. Dictionnaire Quillet de la langue française © Librairie de Quillet, 1983
3. AKOS, Encyclopédie pratique de médecine, TomeI, EMC, Silla.M.Consoli, Prof © Elsevier, Paris, 1998
4. MOUNIN Georges, Dictionnaire de la linguistique, Quadrige/Presses universitaires de France, 2^{ème} édition, 1995

Sitographie :

1. Philosophie de l'hôpital
2. L'implantation des groupes de médecine
3. Bulletin du syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques paru dans sa revue officielle : L'information psychiatrique, "Qu'un infirmier ait des clartés sur tout", 2005
4. MAHUT B & GRÉHAIGNE J-F, Gestuelle communicative dans l'intervention en EPS, UFR-Staps de Besançon, Faculté des lettres, Laboratoires ELADI (EA 2281), IUFM de Franche comité (internet)

ANNEXES

Corpus :

1. Dr : ET CES CONJONCTIVES:: sont complètement décolorées ? elle saigne ?
2. Inf : oui:: i(l) fait toujo:: urs des :: hématoméses!
3. Dr : AH:: DES HEMATEMESES !
4. Dr : ≠ça c'est apparue brutalement ? c=à-di:: re que:: insister un petit peu sur la façon où s'est installée l'hématémèse / euh:: la quantité ?
5. Inf : oui:: juste maintenant:: / de grande:: abondance
6. Dr : (il) y=a des varices oesophagiennes grade III à la fibro plus:: syndrome d'HTP
7. Inf : vous avez demandé un avis d'hémato:: il a:: fait une PBM
8. Dr : ET LE RESULTAT ?
9. Inf : y a rien:: / enfin:: pas de signes de malignité su: r les prélèvements examinés
10. Dr : mais:: &hépto:: splénomégalie homogène avec euh:: dilatation de la veine:: splénique reperméabilisation de la:: veine ombilicale / ET l'aspect ETM compatible avec une:: HTP décompensée sur:: foie cirrhotique / donc:: là:: c'est c'est l'indication d'une PBF!
11. Inf : voilà le bilan d'hémostase / TP à 30
12. Dr : 30:: non !+ il risque de saigner +++ sclérothérapie et ligature:: ? mais j(e) crois pas que:: c'est la solution:: vue son âge / l'intervention est trop lourde aussi:: / [tani : aussi]:: je :: pense euh:: son problème cardiaque:: dilatation cavitaire avec des troubles moteurs ? c'est ça hein ?
13. Inf : oui des troubles moteurs
14. Dr : on temporise donc::
15. Mde : [andi laoudjaa hna: j'ai des douleurs ici]
16. Inf : [hna: ici] ?
17. Mde: [ouah hna : oui ici]
18. Inf: il a des épigastralgies
19. Dr : [klit : tu as mangé]
20. Mde : non::! [ma klit oualou : je n'ai rien mangé]
21. Inf : une douleur qui cède par l'alimentation!
22. Inf : oui:: / c'est:: surtout des gastralgies qui cèdent [bel : avec le] Gastrimut
23. Dr : je jette un coup d'œi::l sur le dossier:: / il avait déjà un:: un souci de santé le mois de :: de je crois :: Septembre ? hein ? Øest-ce que cette question là est réglée ?
24. Inf : oui:: y a:: pas de problèmes

25. Dr : pas eu :: h de suite ?
26. Inf : non!
27. Dr : pas euh de :: conséquences (...) hmm d'accord
28. Inf : et d'ailleurs ce n'est plus le même euh :: type de douleurs
29. Dr : ah bon :: / c'est plus le même :: / et sinon ça s(e)rait entre quoi et quoi ?
inflammation ?
30. Inf : enfin :: d'un seul coup une douleu :: r bien précise !
31. Dr : hmm
32. Dr : [hassit b la douleur men kbal : vous avez senti cette douleur auparavant] / j(e) veux
dire [ki takoul thass ben had el oudjaa : vous sentez cette douleur après avoir
mangé]?
33. Mde : non [ma ydjinich eloudjaa ki nkoun chabaane : je sens pas la douleur après avoir
mangé]
34. Dr : hmm d'accord / probablement :: i(l) s'agit d'un ulcè :: re bulbaire
35. Inf : il est toujou :: rs à jeun
36. Dr : on va fai :: re une fibro tout de suite
37. Inf : oui d'accord
38. Dr : voilà ::! très :: bien / d'acco :: rd au niveau de l'œsopha :: ge :: (il) y=a rien / la
bulbe :: ulcère ::! voilà ::
39. Inf : mais euh :: il se plaint de douleurs au niveau de l'hypocondre gauche! / une douleur
très vive :: et puis euh :: qui :: qui se réveille très vite
40. Dr : très très net quoi
41. Dr : ET euh :: [ma fhamtch : j(e) n'ai pas compris] au fait euh :: ça ça date de :: euh ::
de :: \
42. Inf : non :: juste hier / et :: ça s'est :: s'est devenu plus aigu :: ce matin !
43. Dr : et comment ça s=passe dans la journée :: ces ces : douleurs apparraissent au réveil
déjà :: ou c'est en fin de journée ?
44. Inf : parfois au réveil / euh :: c'est vague
45. Dr : hmm hmm
46. Inf : [tani : aussi] arrêt des :: matiè :: res et :: des gaz :: / [oua : et] des vomissements en ::
jet
47. Dr : ah bon / on fait d'abord un ASP debout
48. Inf : d'accord / vous suspectez un syndro :: me occlusif ?
49. Dr : oui!

50. Dr : bon: j(e) vais l'examiner / ça va pouvoi:: r (...)
51. Inf : attends / [naounek : laissez moi vous aider]...? [hot yedek : pose ta main]
52. Mde: d'accord
53. Dr: voilà allez ! / mets le dans une position dorsale / là ça s(e) ra encore le mieux::
hein?
54. Inf : hmm oui
55. Dr : AH:: (il) y=a:: des niveaux / donc:: j'appelle la:: chirurgie / c'est une urgence :: /
(il) faut l'opérer tout de suite
56. Dr : là:: oui c'est sensible / abdomen distendue / CONJONCTIVES normo colorées (...)
57. Inf : oui:: euh :: il n'a n'a pas:: saigné::
58. Dr : même la fibro:: elle est :: saine !
59. Dr : MAIS comment expliquer cette anémie en l'absence de tout saignement:: que ce soit
micro ou macroscopique ?
60. Dr : HA::! / je n(e) sais quoi di:: re par rapport à ce:: problème d'anémie (...): / fibro
saine / lavement baryté normal (...) je voudrais être sûr de :: \ ≠bon alors quoi dire
hein je me suis contredit / ça je n(e) sais pas
61. Dr : okay/(il) y= a plein de petits trucs:: euh:: je crois:: sur lesquels on peut ::\
62. Inf : intervenir
63. Dr : ce qui m'ennuie:: euh:: c'est:: c'est le résultat non affirmatif de l'anapath ≠sinon::
y= a :: y= a pas :: de :: SIGNES ASSOCIES ?
64. Inf : non !
65. Dr : be:: n quand même:: on doit poser:: euh:: quand même un diagnostic:: /Ø(il) faut
fai:: re un transit du grêle sinon:: on passera à une:: laparotomie exploratrice::
c'est c'est elle qui va:: trancher!
66. Dr : ben:: alors ce qui m'ennuie un petit peu c'est le fait qu'il soit asthénique++ depuis::
son hospitalisation:: / c'est ça ?
67. Inf : oui:: tension à neuf et demi:: et:: [rah ayan : il est fatigué]
68. Dr : silence
69. Inf : maintenant, elle est à onze / [basah : mais] à chaque fois [ydir : il fait] une
hypotension:: comme ça à huit neuf!
70. Dr : pff:: c'est vrai une tension comme ça à neuf et demi +++ ça ne m'étonne pas qu'il
soit comme ça fatigué::
71. Dr : c=à-dire:: euh:: une au:: tre solution hein / pour quelqu'un qui a une fragilité :: est-
ce qu'il se fatigue moins ? / c'est pas évident / je m(e) pose la question vis-à-vis

de :: \

72. Inf : hmm oui
73. Dr : euh:: j(e) dirais que ça :: ça m'avancerait plus / i(l) faut voir ça donc à priori :: \
74. Dr : ça:: / ça bon c'est banal / c=n'est pas un indice de gravité / mais c'est:: c'est:: / ça objective Ømais::euh:: pas de FIEVRE
75. Inf : non::! y=a pas d(e) fièvre:: euh juste une tachycardie isolée
76. Dr : une tachycardie:: ? à combien ?
77. Inf : cent vingt
78. Dr : cent vingt ? bon :: / si :: si il y a une tachycardie sans fièvre ? c'est ça ?
79. Inf : oui:: sans fièvre
80. Inf : [tani el barah: hier aussi] l'équipe de nuit a signalé:: une polyurie nocturne
81. Dr : AH OUI !
82. Inf : oui un litre cinq cents:: en douzes heures::
83. Dr : alors là:: / il faut faire un ionogra:: me puis on demandera un avis de cardio
84. Inf : Ampi 1g toutes les six heures ?
85. Dr : non :: toutes les huit heures / plus éventuellement un antalgi ::que Perfalgan en perf
86. Inf : oui d'accord
87. Dr : on ajoute aussi Azanta:: c deux fois par jour et euh: par voie ORA::LE on donne Duphalac trois prises par jours
88. Inf : oui d'accord
89. Mde : [nta taayerli hada : c'est vous qui va faire l'étude du fragment]
90. Dr : non:: (rire):: je suis loin d'être un spécialiste d'études:: euh:: anapath / je dis:: je suis pas spécialiste dans cette étude / [naayrouh hna fe laboratoire taana oualla fe le privé : on fera l'étude anatomopathologique au niveau de notre laboratoire ou en privé]
91. Dr : donc on va:: on va commencer:: le:: vaccin ::
92. Inf : l'INTERFERON /oui d'accord / mais [hna :: / la première fois nekhedmou bih : on l'utilise pour la première fois] on ne sait:: la technique::de:: de l'injection !
93. Dr : oui:: je sais que:: c'est un nouveau traitement / moi personnellement:: euh:: je ne connais pas la technique / mais on va assister tous à la présentation du vaccin [maa : avec] le délégué médical [douk yji l'après-midi : il va venir cet après-midi] /:: le délégué médical va venir nous le présenter / la techni:: que:: les effets secondaires:: tout tout:: Øl'essentiel:: on va:: commencer par trois quart seulement

94. Inf : trois quart seulement:: ?
95. Dr : AH OUI ! trois quart seulement / et euh:: on surveille son bilan: biochimique
96. Dr : il a:: fait de la températu ::re ?
97. Inf : on l'a :: pas chiffré:: / +++mais:: il est: euh:: apyrétique::
98. Dr : [el barah : hier] j'ai:: laissé: les consigne : de faire une courbe de température chez ce malade :: où :: est-ce qu'elle est:: la fiche ::?
99. Inf : silence
100. Dr : j'ai bien dit:: où :: est-ce qu'elle est:: la fiche ::?
101. Inf : on a pas :: j'étais! <... ?> (voix très basse) on a:: pas de thermomètre :: Øil est apyrétique
102. Dr : fais voi:: r le TP:: il est à combien ?
103. Inf : trente deux / bas::
104. Dr : i(l) faut le refaire en urgence / soit:: ici soit en privé
105. Inf : oui d'accord
106. Dr : et:: puis euh:: je pense qu'on va demandé aussi une formule
107. Dr : ça / c'est apparu quand ?
108. Inf : cet après midi!
109. Dr : cet après midi ?
110. Inf : hmm oui
111. Inf : hier il n'a pas pu dormir / une quinte de toux
112. Inf : il tousse surtout le soir / et::
113. Inf : juste hier soir
114. Dr : Et:: ces crises de toux sont sèches ?
115. Inf : non:: elles sont plutôt productives
116. Dr : il a un téléthorax ?
117. Inf : oui [rah fe dossier : il est dans le dossier]
118. Dr : la derni:: ère fois:: il a:: déjà eu euh :: un : / des soucis de:: radios
119. Inf : silence
120. Dr : on va:: le mettre:: sous Clamoxyl cinquents:: deux gélules deux fois::
121. Dr : vous avez parlé des urines troubles ? c'est ça::?
122. Inf : oui:: une pyurie franche / on fait:: un ECB:: des urines::?
123. Dr : ECB ? / bon:: d'accord plus un antibiogramme
124. Inf : il est toujours sous antibiotique
125. Dr : ben:: on va fenêtrer:: deux jou:: rs:: et puis on lance un ECB

126. Dr : sûrement c'est en relation avec sa néphropathie / on fait un ECBU / puis on appelle la nephro
127. Dr : euh :: bon on ELIMINE \
128. Inf: oui
129. Dr : euh :: les éléments les plus importants euh :: de de lésions (...) / y en a pas au niveau des membres inférieurs ? y en a pas ::?
130. Inf : non:: y en a pas:: c'est:: c'est simplement le ventre
131. Inf : Dr X a signé la passation pour le samedi
132. Dr : tant mieux
133. Dr : ouh la::lah i=y a une formation bourgeon:: nante:: au niveau de l'œsophage
134. Inf : hmm hmm
135. Dr : tiens regard::
136. Inf : hmm hmm
137. Dr : c=qu'on rega:: rde c'est l'œsophage:: / il) y=a donc:: &rétrécissement de l'œsophage supérieur / présence de la:: rges ulcérations creusantes au niveau de l'œsophage / et puis:: ça c'est le fundus / donc:: présence au niveau du fundus de zones de:: nécroses localisées au niveau de l'antra et le reste de l'estomac
138. Inf : et cette mince euh:: ça fait partie du:: du\
139. Dr : CA:: c'est l'estomac qui paraît:: atrophié:: +++d'emblée on voit:: qu'il:: faudra refaire une BDJ pour:: un p=tit peu euh :: confirmer ce diagnostic
140. Dr : donc:: la fibro:: trouve une formation bourgeonnante: mais l'anapath n'est pas:: tranchante / on demande quand même un scanner pour voir cette histoire de::\
141. Dr : c'est un: gros:: problème / alo:: rs on:: on est obligé:: vous savez:: d'aller jusqu'au bout (soupir) on a:: pas toujou:: rs le choix c'est ça / alors i(l) lui faut un:: scanner pour trancher
142. Dr : on va prélever un jolie frag:: ment:: pour une deu:: xième:: étude anapath
143. Inf : voilà la sonde
144. Dr : voilà / à mon sens / ce qu'il a développé:: euh:: c'est une linite:: c'est une inflammation au niveau de ::<... ?>
145. Inf : [jabou la malade m les urgences : on a ramené la malade du service des urgences]
146. Dr : [chkoun : quelle malade] ? l'accident caustique ?
147. Inf : oui:: / elle est:: dans un état catastrophique / &dyspnée:: hypotension à sept:: encombrement bronchique / on l'a:: mis sous oxygène et:: plasmagel

148. Dr : *mais pourquoi:: vous l'avez admis sans m'aviser ?*
149. Inf : *elle est parti aux urgences:: juste pou:: r AVIS de chirurgie*
150. Dr : *mais:: IL FALLAIT M'AVISER d'abord / c'est la réa:: qui devait:: la prendre*
151. Inf : *mais la passation n'a pas:: été signé / et:: la malade est toujou:: rs hospitalisé
[andna : chez nous] / [houdet : elle est partis] pour avis SEULEMENT*
152. Dr : *la malade [thoued : part aux] les urgences [oue ça: y est : et puis c'est tout] /
appelez l'ambulance*
153. Inf : *silence*
154. Dr : *ET:: de quand ça date ça ? si tôt*
155. Inf : *je:: je crois cinq jours:: enfin le treize du mois dernier*
156. Dr : *le treize octobre*
157. Inf : *oui le treize*
158. Dr : *ça:: / ça bon c'est banal / c= n'est pas un indice de gravité / PAS DE
DIARRHEES ?*
159. Inf : *si si:: diarrhées glairo-sanglantes en moyenne six selles la nuit*
160. Dr : *il est déshydraté!*
161. Inf : *oui!*
162. Dr : *(il) faut le réhydrater / voie veineuse et schéma de réa*
163. Dr : *ramenez le malade pour une recto:: maintenant*
164. Inf : *oui d'accord*
165. Dr : *et préparez le pour une Colonoscopie demain*
166. Inf : *mais:: euh:: je:: je crois que:: [rah ayan bazaf : il est très fatigué] / il commence
à:: à sombrer*
167. Dr : *AH BON:: donc euh Pff son état ne le permet pas:: / d'accord on temporise*
168. Dr : *moi je crois qu'on peut:: / on peut di:: re ce diagnostic là*
169. Inf : *alors c'est une maladie de Crohn ?*
170. Dr : *oui:: probablement / mais euh:: d'abord on fait:: une biopsie / ET:: on demande
une coproparasitologie des selles:: / ça pourrait nous aider énormément*
171. Inf : *hmm oui*
172. Dr : *oui:: c'est ça*
173. Mde: *[Assam gallek]*
174. Inf : *[khassak dir taayar taa les selles : vous devez faire un examen des selles]*
175. Dr : *j'ai admis un cirrhotique:: connu du service c'est un X pou: r ruptu:: re de VO /
saignement de grande abondance*

176. Inf : [ih :: hada : ah, c'est celui qui..] il a déjà subit:: deux séances de:: ligatures l'année dernière ::
177. Dr : oui:: je m(e) rappelle / faites attention: c'est:: une HEPATITE B POSITIF
178. Inf : AH:: les cho:: ses se sont comme même accélérées
179. Dr : hmm oui
180. Dr : il y a plusieurs facteurs si vous voulez qui entrent en jeu dans ces histoires / JE PENSE / parce que bon hein / c'est une récédive:: euh::
181. Inf : j(e) je crois:: parce qu'il ne suit pas correctement son régime sans sel
182. Dr : hmm / c'est aussi un facteur important / ça :: ça joue un rôle / le fait de ne pas suivre\
183. Inf : hmm
184. Dr : correctement son régime
185. Inf : hmm
186. Inf : [bassah : mais]:: il m'a dit:: il peut pas suivre un régime sans sel
187. Dr : il faut:: insister sur le régime cette fois-ci
188. Inf : d'accord
189. Dr : ben:: le plus important:: c'est:: euh:: PAS D'ALIMENTATION ORALE:: pendant au moins quarante huit heures
190. Inf : au bout d'une semaine ça:: ça ira mieux
191. Dr : oui / et ben on fait comme ça / hein / voilà::!
192. Inf : oui d'accord / [andou : il a] une voie veineuse ?
193. Dr : il est:: déjà piqué
194. Inf : [ndir lou : je lui place un] Plasmagel / il risque de collapser
195. Dr : oui:: [ghir direlou : oui place lui un plasmagel] / il a:: beaucoup:: saigné
196. Inf : vous avez placé la sonde de:: Blackmoore ?
197. Dr : non:: / il n'ont rien fait aux:: urgences / on va:: la placer tout de:: suite
198. Inf : je: je ramène une sonde [m la pharmacie : de la pharmacie]
199. Dr : oui:: prépare le matériel:: / j(e) vais le voir
200. Inf : il est:: très:: agité
201. Dr : aide moi à l'introdui:: re / quand j(e) te dis de:: pousser tu pousses / d'accord ?
202. Inf : oui d'accord
203. Dr : faites un lavage gastrique:: serum salé avec:: vingt cc de Duphalac et vingt cc de Maalox
204. Inf : et euh Sandostatine:: à la seringue: élèctrique

205. Dr : oui:: comme d'habitude:: / trois ampoule / bien sûr surveillance de:: l'état hémoo:: dynamique
206. Dr : quand on a:: des:: récidives:: comme ça:: et ben:: on fait plusieurs séances de ligatures / qui:: peu:: t aller jusqu'à six / ET:: qui:: habituellement donnent::\
207. Inf : de bon résultats ouais
208. Dr : la plupart du temps, oui et puis voilà::!
209. Dr : oui / et ben:: on l'espère très bien:: on fait comme ça / hein / voilà::!
210. Dr : tous:: euh:: ces signes:: sont en faveur d'une:: cirrho:: se / on fait une fibro d'abord et:: on discutera de tous ça après
211. Inf : une cirrhose
212. Dr : oui:: probablement:: une cirrho:: se
213. Dr : donc:: SIGNES D'HTP / VO grade II // [andha : elle a] la sérologie ?
214. Inf : HEPATITE C POSITIF
215. Dr : qu'est-ce que ç a donne aujourd'hui ?
216. Inf : il sombre::
217. Dr : AH BON / quand même:: il me paraît anémique ?
218. Inf : oh:: oui: il a fait des épisodes d'hématémèses
219. Dr : est-ce qu'il saigne vraiment ou:: ?
220. Inf : oui vraiment / AH oui:: ça saigne
221. Dr : ET::QUAND est-ce la dernière fibro ?
222. Inf : le quinze:: / voilà le compte-rendu
223. Dr : donc c'était quoi:: ? hmm:: des ulcérations:: avec des espaces de muqueuses saines / bon:: ben::
224. Inf : il a pris:: des antiinflammatoires ::
225. Dr : des ANTIINFLAMMATOIRES! MAIS:: NON:: c'est une contre indication
226. Inf : je lui est déjà expliqué ça / [fahamtou bach ma yerfed : je lui ai expliqué de ne prendre] aucun traitement sans nous:: aviser / [kan andou : il faisait] des:: lombalgies [oua rfed : et il a pris le] Ketoprofène quatre cents milligrammes
227. Dr : hmm CONJONCTIVES DECOLOREES / il a reçu un ou deux flacons de sang ?
228. Inf : un seul:: / hémocrite en cours
229. Dr : recto:: demain
230. Inf : oui
231. Inf : c'est un malade euh :: qui a été suivi en pneumo pour TBC:: pulmonaire
232. Dr : AH ! chez qui euh: on a suspecté une TBC péritonéale je pense:: hein ?

233. Inf : oui [hada houa : c'est lui]:: / [ma tabaach : il n'a pas suivi] correctement son traitement antituberculeux / [tani : aussi]:: il a:: bénéficié d'un:: traitement ana ::rrique à titre privé
234. Dr : donc:: (il) faut voir l'histoire de cette dégénérescence:: / je sais que:: c'est une récursive au niveau péritonéal
235. Dr : DONC:: NOTION D'AMAIGRISSEMENT ? en plus il y a ASCITE ISOLEE plus ATTEINTE ILEOSECAL ?
236. Dr : MAIS / comment:: expliquer cette:: per:: te de poids ? IDR négatif ?
237. Inf : oui:: négatif / et euh:: la recherche du BK dans les crachats en cours
238. Inf : ponction d'ascite faite / ascite exsudatif
239. Dr : pas:: pas de:: de signes d'impré:: gnation : / c'est:: je:: je crois:: que:: c'est:: beaucoup plus une TBC PERITONEALE / donc:: euh:: / et bien:: / donc j'a.. / j'appellerai:: euh:: la chirurgie:: tout à l'heure / et puis:: euh:: je crois:: c'est:: aussi simple de prendre une décision:: / alors:: soit une laparotomie ou une coelio:: soit on entame carrément un traitement antituberculeux : / vous l'avez pesé ?
240. Inf : oui:: il fait cinquante huit Kilos
241. Dr : ben:: quatre comprimés le matin
242. Inf : oui d'accord
243. Dr : c'est une TBC PERITONEALE / [andek microbe fe m'ssaren bassah:: vous avez un microbe au niveau des intestins mais] c'est pas gra:: ve / [naatik un traitement taa : je vous un traitement de] six mois oua douk triah : vous allez vous sentir beaucoup mieux] /c'est:: effectivement un:: un traitement de six mois
244. Dr : &à la fibro:: bulbe et duodénum présence de sang noirâtre / donc lésions caustiques oesophagiennes stade IIb / lésions caustiques gastriques stade IIIa ++ l'écho faite en urgence a révélé la:: présence d'un épanchement pleural / très probablement :: une perforation oesophagienne / donc :: avis chirurgie:: euh:: si si on élimine un tableau chirurgical
245. Dr : [andha : elle a] un TOGD ?
246. Inf : oui [andha : elle a un TOGD] voilà les clichés
247. Dr : donc:: euh:: c'est un estomac allongé:: regardez: donc:: +comme je vous disais le haut en bas il manque peut être un cliché ou deux::
248. Inf : non:: [rahoum fe dossier kamal : ils sont tous dans le dossier]
249. Dr: ah bon:: [hamadou : les voilà] / c'est une sténo::se pyloro-bulbaire!

250. Dr : alors:: comment il évolue ? le Claforan a donné de:: de résultats:: j'espère::
251. Inf : non:: pansement toujou:: rs infecté:: +y=a même des matières:: fécales qui::
proviennent de la plaie
252. Dr : hein ? quoi? <... ?> des MATIERES FECALES / alors euh:: on devrait même pas
l(e) dire (soupir) / elle a fistulisé donc / j'appelle la chirurgie:: tout d=suite / c'est
la chirurgie qui:: qui doit s'en occuper hein:: euh:: si:: s'il y a:: lieu:: de la
prendre si son état:: le:: permettra bien sû:: r
253. Dr : ET:: elle a:: de la fièvre aussi ?
254. Inf : hmm oui /elle a fait:: des frissons
255. Dr : CA / c'est un problème en plus / C'EST SURTOUT / C'EST SURTOUT:: euh::
pou:: r le risque de:: de SEPTICEMIE
256. Inf : oui:: / mais euh:: elle n'a pas:: l'air:: de:: répondre au:: Claforan / on change
d'antibiotique non?
257. Dr : EVENTUELLEMENT / on passe au Pipéracilline 2g:: par 24h
258. Inf : oui:: / [badalt lah : je lui ai changé] la voie veineuse
259. Dr : parfait ::! tu as bien fait:: / c'était un peu inflammée ? [yak : n'est-ce pas] ?
260. Inf : oui:: c'était inflammée
261. Inf : il commence à faire un coma / il ne répond: qu'aux stimulations
262. Dr : AH:: / ça a l'air d'être sérieux
263. Inf : oui:: il décompense
264. Dr : AH OUI!
265. Inf : oui:: &état hémodynamique altéré / des douleurs abdominales:: des diarrhées
profuses:: melænas / DESHYDRATATION / tension à sept, une oligo-anurie::
euh:: trois cents de diurèse +ET euh :: FIEVRE à trente neuf cinq
266. Dr : et le bilan rénal ?
267. Inf : complètement perturbé:: hyponatrémie à cent vingt + hypokaliémie à deux et
demi
268. Dr : l'hématocrite [djat : et le résultat de l'hématocrite] ?
269. Inf : vingt cinq
270. Dr : il a reçu un flacon de sang ?
271. Inf : oui:: un flacon
272. Dr : donc avis:: réa et infectieux / on appelle d'abord la rea:: pou: r son problème
ioni:: que puis euh::
273. Dr : &à l'écho, un foie hétérogène et polyadénopathies avec euh :: une dilatation de la

voie biliaire principale / bon ben:: même le scanner met en:: evidence un processus lésionnel dont la nature tumorale reste à déterminer / alors:: faut compléter le bilan par une biopsie afin afin:: de:: de préciser la nature anapath de la lésion

274. Dr : il y a un mois que ça traîne sous quelle forme ?
275. Inf : sous quelle forme ? j:: je:: comprends pas (rire)
276. Dr : j=veux dire:: euh:: enfin dans ces histoires là:: on a: différents degrés\
277. Inf : hmm
278. Dr : de:: différentes manifestations:: des:: euh:: des symptô:: mes
279. Inf : ben:: & opéré pour ulcère en quatre vingt dix neuf / il a bénéficié d'un traitement anarchique à titre externe / [aouad dja andna : puis il est revenu chez nous] pour:: suspicion:: d'une sténo:: se gastrique
280. Dr : bon alors donc là c'est un peu plus précis ++ben:: on refait une autre fibro:: avec biopsie:: / et:: pour son problème de sténose:: on prépa:: re un bilan près-op pou: r la chirurgie
281. Inf : le malade XY se plaint de ballonnement:: / surtout quand il se couche comme ça / ça :: [ma ykadch yrespirer : il ne peut pas respirer] / il est:: dyspnéique
282. Dr : AH BON ::! il est:: dyspnéique:: ?
283. Inf : oui ::: j(e) l'ai mis:: sous:: oxygène trois lit:: res
284. Dr : très:: bien / [nchoufouh : on le voit]?
285. Dr : euh :: &abdomen distendu :: hépato et splénomégalie [basah ma kan oualou : mais il n'y a rien] à l'auscultation:: c'est euh:: cet ascite:: qui:: qui donne cette gêne respiratoi:: re / j(e) vais l(e) ponctionner: / ça:: ça va:: quand même le soulager
286. Inf : [njiblek : je ramène] le matériel pou:: r ponction maintenant ?
287. Dr : oui tout:: de suite / je:: je vois:: qu'il est:: vrai:: ment gêné
288. Dr : voilà::! donc la lettre en question est signée des urgen:: ces hein / le dix sept septembre / hein ?
289. Inf : oui:: le dix Septembre
290. Dr : Ces faits depuis huit jours rs [yak : n'est-ce pas] ?
291. Inf : hmm oui
292. Dr : ET ces dou:: tes je:: je n'arrive pas à:: à voir sur quoi ils sont:: / ils se sont construits:: ? fff je n=sais pas trop en fai\
293. Inf : <... ?> (voix très basse)

294. Inf: [andou tani : il a aussi] un syndrome dépressif qui a fait:: euh reculer la découverte de ces symptômes / il a le sentiment:: qu'on:: a pas donné:: euh:: suffisamment de précisions su::r les examens complémentaires qu'on a fait et euh:: qu'un SCANNE:: R pourrait ::\
295. Dr : trancher (rire)
296. Inf: (rire)
297. Dr : elle a peur d'avoi:: r un NEO GASTRIQUE
298. Inf OUI / elle s'inquiète ++ elle dit:: si moi j(e) vais mourir qu'est c=qu'ils vont devenir:: mes enfants / c'est ce qu'elle m'a dit
299. Dr : c'est pas ça:: du tout:: non non / ça doit être une sténose de l'œsophage supérieur
300. Dr : oui je vois:: ≠ il y a:: j: je crois aussi [andou : il a] un frère et sœur décédés:: ça:: ça c'est ça doit être une cholestase familiale ? Øet le bilan biochimique::? je vois pas d=bilan biochimique
301. Inf : si si [kayen : il y a un bilan] fait à titre privé:: voilà:: les résultats::
302. Dr : TGO à 200:: TGP 150 Bilirubine deux fois la normale / la formule:: une leucocytose
303. Dr : TP bas / J'OSE ESPERER que le labo:: a:: euh:: un bon réactif cette fois-ci (rire)
304. Inf : il est sous trithérapie et euh:: les transaminases sont toujours élevées
305. Dr : pfff je sais je sais / il y a:: / c'est un taux [chouia : un peu] élevé / mais C'EST PAS GRA::VE
306. Dr : les autres explorations qu'on avait fait:: sont:: sont pas affirmatifs ?
307. Dr: EFFECTIVEMENT / donc effectivement on revoit les toutes premières:: investigations:: et puis:: on explo:: re donc a priori l'œsophage
308. Dr : donc:: l'écho nous révèle un foie hétérogène avec des images nodulaires d'où l'intérêt d'un scanner / ces signes sont en faveur d'un NEO vésiculaire
309. Dr : donc:: autrement pour le problè:: me médical de l'autre fois:: / il:: / il va bien ?
310. Inf : vous parlez de::\
311. Dr: la Dermato :: ouais ?
312. Dr : oui : [dja chafou : il est venu le voir] ?
313. Inf : oui [dja : il est venu]
314. Dr : qu'est-ce qui:: qu'est-ce qu'il a décidé ? / qu'est ce qu'il:: lui a donné:: comme traitement::?
315. Inf : DES:: CORTICOIDES:: euh :: je n=sais pas::++ je n=sais pas ce que c'est::
316. Dr : vous:: ne savez:: pas ce que c'est:: ?

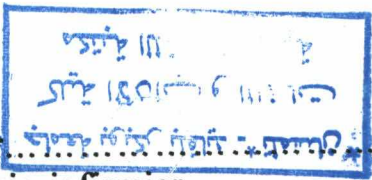
317. *Inf* : ce sont j : je crois des comprimés:: de quinze:: miligrammes:: [manich akla : je ne me rappelle pas] c=que c'est:: / : [maniche akla : je ne me rappelle pas] la marque:: euh ce sont des corticoïdes plus FORTS que l'ECONAZOLE elle a dit::
318. *Dr* : et de quel traitement:: tu parles::?
319. *Dr* : appelez la dermato:: / i=faut voir ce qu'elle a prescrit::
320. *Inf* : silence
321. *Dr* : le malade:: me dit qu'il a fait des hématémèses:: hier
322. *Inf* : non:: il a:: vomit:: / c'était pas du sang / j'étais présente [kla kebda mathouna oua tkayaha : il a mangé du foie]
323. *Dr* : AH:: bon::! et l'aspect des vomissements:: / j(e) veux dire euh:: c'était rougeâtre:: ou noirâtre:: ?
324. *Inf* : c'était pas du sang [ki kla tkaya : il a vomit après avoir mangé]
325. *Dr* : ET:: comment que ça:: se pa::sse aujourd'hui ? y a-t-il:: du:: nouveau depuis:: euh:: hier::?
326. *Inf* : [aoued der des rectorragies el barah : hier, il a refait des rectorragies] ::
327. *Dr* : des:: rectorragies ou:: des:: moelenas ?
328. *Inf* : DES RECTORRAGIES
329. *Dr* : [dam mkhalat b les selles:: oualla : des selles mêlées de sang ou c'est..] du sang franc
330. *Mde* : [lla :: non] du sang:: [koulchi dam : du sang franc]::
331. *Inf* : silence
332. *Inf* : il est sous Cortancyl dix comprimés en une seule prise:: et:: il n'a pas:: pris Maalox
333. *Dr* : non:: les corticoïdes seuls ne donnent pas des rectorragies
334. *Dr* : non :: non :: [rani nahdar a la :: X : je parle de X] ::
335. *Inf* : [ih : ah] (rire)
336. *Dr* : je crois pas moi:: je parlais:: de de:: problèmes d'hémorroïdes [elli dkhal aliha : pour lequel il est admis dans ...] le service ::
337. *Inf* : [ih : ah] :: ça yest : je m(e) rappelle:: / celui qui a:: fait des douleurs profuses:: [dert lah ana : je lui ai fais] Temgesic / ça y est::
338. *Dr* : vous préparez : euh:: le matériel pour un examen proctologique::
339. *Inf* : oui d'accord
340. *Dr* : qu'est-ce que ç a donne aujourd'hui ? / quoi d=neuf?

341. *Inf* : oui:: c'est:: bon / il s'améliore / [kan b : il était à...] vingt selles la dernière fois::
aujourd'hui il est à neuf
342. *Dr* : BEN / tant mieux +++ il prend:: toujou:: rs le Cortancyl ? / on a:: je crois::
commencer à réduire:: les doses ?
343. *Inf* : oui:: il est à quatre comprimés
344. *Dr* : ben:: on arrête le schéma de réa et:: euh:: on continue avec les mêmes dose de::
de Cortancyl / vous insistez bien sûr sur le régi:: me sans sel:: / on fait:: comme
ça ?
345. *Inf* : oui d'accord
346. *Inf* : [el barah deret: hier, elle a fait] un EEG
347. *Dr* : j(e) l'ai vue:: / (il) y=a rien:: à signaler / je pense qu'on va demander:: euh:: un
autre examen gynécologique
348. *Inf* : hmm
349. *Dr* : et qui peut nous apporter:: euh :: / parc=que tous les les signes vraiment:: sont
350. *Inf* : hmm
351. *Dr* : en faveur d'une ascite d'origine:: gy:: nécologique:: / bein:: si:: on arri::ve à
cette certitude: ben alors:: / [tfout le : elle passe en] gynéco ::
352. *Dr* : voie veineuse:: d'abord / et euh:: j(e) vais écrire son schéma thérapeutique
353. *Inf* : oui d'accord
354. *Dr* : là:: on est dans l'œsophage c'est sain + regarde
355. *Inf* : hmm:: [kayen : il y a] des aliments au niveau du fundus
356. *Dr* : oui [hadouk : ce sont] des aliments ça:: ça risque de:: de nous fausser les
résultats
357. *Inf* : oui:: absolument
358. *Dr* : Effectivement donc ils sont:: formels au niveau gastrique
359. *Inf* : voilà::! ça c'est la fibro la plus récente
360. *Dr* : MAIS CE QUI M'IMPORTE / sur le plan DIGESTIF/ il supporte bien tout ça::
hein ? ØPAS DE NAUSEES ?
361. *Inf* : non: pas de nausées
362. *Dr* : l'anapath retrouve un NEO gastrique peu différencié
363. *Dr* : des fois [tani : aussi] les consignes ne sont pas suivi correctement / pour une::
mala:: de qui:: qui doit recevoir deux:: litres par jour:: elle ne reçoit qu'un litre
par exemple / et on aura une oligurie et/ou une déshydratation
364. *Dr* : ça nous arrive aussi de transmettre une consigne:: qui ne s'exécute pas on ne

- sait:: pas pourquoi:: euh:: des fois:: les infirmiers disent qu'ils ont oublié.*
365. *Inf : je:: voudrais parler sur les fiches de réa / des fois les médecins prescrivent des traitements sans nous tenir au courant / et:: on se trouve parfois devant une situation où c'est le malade qui nous dicte la conduite à tenir / [el barah le malade dja andi : hier, le malade est venu] pour me demander de lui placer une voie veineuse / parc=que le médecin [gallah douk : il lui a dit] les infirmiers [ydiroulek : ils te feront le] serum / et::euh:: quand j'ai vérifié la fiche:: je l'ai trouvé dans le dossier du malade*
366. *Inf : [tani : aussi] des fois les médecins nous disent faites ça:: ou ça ORALEMENT:: sans écriture sur la fiche d'admission / on est pas couvert comme ça::*
367. *Inf : les prélèvements aussi :: à huit heure on fait un prélèvement systématique pour les nouveaux entrants / puis à neuf heure on fait un TP en urgence pour le même malade / à dix heure on fait un ionogramme toujou:: rs pour le même malade / docteur:: les malades ont des veines fragiles / donc on aimerai bien qu'on s'organise pour mieux les aider*
368. *Dr : quand il s'agit d'une urgence [allah ghaleb : Dieu tout puissant] on est des fois:: obligés à:: travailler comme ça hein ? +++donc:: euh :: toute consigne ou acte médical ou paramédical doit être écrit sur la fiche navette:: d'accord:: on fait comme ça:: voilà !*

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE	6
Chapitre I : Communication et interaction	7
1- Facteurs généraux de la communication.....	8
1.1. La communication comme situation technique (modèle de Shannon).....	9
1.2. La communication bilatérale et feed-back.....	12
1.3. Savoir-faire communicatif.....	13
1.4. Compétences et stratégies discursives.....	16
2- De l'interaction verbale et sociale.....	18
2.1. Champs disciplinaires de l'interaction.....	18
2.2. Notions générales de l'interaction verbale et sociale.....	19
3- Fonctions essentielles de l'interaction verbale et sociale.....	20
3.1. L'interaction comme lieu d'établissement des relations sociales et d'influence mutuelle.....	21
3.2. L'interaction comme processus d'expression des images identitaires.....	23
3.3. L'interaction comme lieu d'établissement de sens.....	25
3.4. Le postulat d'intentionnalité.....	26
Chapitre II : Interaction verbale et analyse interactionnelle	29
1- Composantes de base de l'interaction verbale et sociale.....	30
1.1. La situation.....	30
1.2. Le rapport de places.....	31
1.3. Le cadre interactif.....	33
2- Typologies des interactions.....	34
2.1. Symétrie et complémentarité.....	34
2.2. Coopération et conflits.....	35
2.3. Hiérarchie et autorité.....	37
3- Analyse des interactions.....	39
3.1. Analyse conversationnelle.....	40
3.2. Analyse du discours.....	41
PARTIE 2 : ANALYSE PRATIQUE	43
Chapitre I : Structuration divergente des statuts interactionnels	44
1- Interaction à l'hôpital et structure du groupe.....	52
1.1. Connaissances qui sous-tendent le savoir médical.....	52
1.2. Affirmation du rôle propre de l'infirmier.....	53



- 1.3. Langage et travail collaboratif médecin-infirmier..... 54
- 1.4. Structuration de la relation intersubjective médecin-infirmier..... 56
- 2- Intentionnalité informative et structuration des échanges médecin-infirmier.... 59**
 - 2.1. Circulation de l'information..... 59
 - 2.2. Description et complétude narrative..... 61
 - 2.3. Le primat de l'évaluation..... 66
- 3- Stratégies interactionnelles des activités médicales et infirmières..... 70**
 - 3.1. Compétence médicale et infirmière..... 70
 - 3.2. Stratégies interactionnelles négociées..... 74

Chapitre II : Dynamiques et stratégies interactionnelles globales médecin infirmier 77

- 1- Manifestations langagières de coopération et de conflits..... 78**
 - 1.1. Manifestations langagières de coopération..... 78
 - 1.2. Manifestations langagières de conflits..... 83
- 2- Activités interactionnelles d'investigations et de problématisations..... 91**
 - 2.1. Activité du questionnement médical..... 93
 - 2.1.1. Structures d'échanges interrogatifs..... 94
 - 2.1.2. Typologies des questions et typologies des activités interactionnelles..... 97
 - 2.2. Activité de l'examen médical..... 101
 - 2.2.1. Evolution interactionnelle de l'examen médical..... 102
 - 2.2.2. Activités complémentaires de l'examen médical..... 103
 - 2.3. Problématisation et négociation..... 105
 - 2.3.1. Production-interprétation ou explicitation et manipulation des données..... 110
 - 2.3.2. La négociation référentielle..... 115
- 3- Activités interactionnelles de résolution..... 118**
 - 3.1. Evaluation et prévision sur le déroulement de l'action médicale..... 118
 - 3.2. Subtilités de l'affirmation dans le discours interactif médecin-infirmier..... 120
 - 3.3. Le diagnostic à travers le discours de l'infirmier..... 124
 - 3.4. Activité de prescription ou la maîtrise de l'exercice du pouvoir de décision..... 127
 - 3.5. Directives et recommandations pratiques..... 130

CONCLUSION..... 138

BIBLIOGRAPHIE..... 137

ANNEXES..... 146