

République algérienne démocratique et populaire

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

UNIVERSITÉ -ABOUBAKR BELKAÏD-TLEMCEM

Faculté des lettres et des langues

Département de français

Intitulé :

**Modalités des interactions en situation de travail hospitalier.
Cas d'étude : les interactions médecin-infirmier-malade dans
le service d'hépto-gastro-entérologie du CHU Tlemcen**

Thèse en vue d'obtention du diplôme de docteur en sciences du langage

Présentée par :

M^{me} Djamila HALLI BOUCHENAF

Sous la direction de

M. Boumediene BENMOUSSAT

Pr. université de Tlemcen

Membres du jury :

Mme.Souad Taleb	MCA	U.Tlemcen	Présidente
M.Boumediene Benmoussat	Professeur	U.Tlemcen	Rapporteur
Mme.Kheira Merine	Professeur	U.Oran	Examinatrice
M.Abelhamid Kridech	Professeur	U.Mostaganem	Examineur
Mme.Kheira Yahiaoui	MCA	ENS.Oran	Examinatrice
M.Smain Benmansour	MCA	U.Tlemcen	Examineur

Année universitaire 2022/2023

Remerciements

Je voudrais adresser ma profonde gratitude et ma sincère reconnaissance à :

- Monsieur Boumediene Benmoussat pour son aide, ses conseils et ses orientations qui ont largement contribué à l'aboutissement de ce travail.
- Les membres du jury pour avoir accepté de lire et d'évaluer ce travail.
- Ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce projet.
- Ma famille, en particulier ma mère, ma sœur mon époux et mes enfants, pour leur entière disponibilité, leur soutien ainsi que la patience dont ils ont fait preuve à mon égard pour atteindre cet objectif.

À la mémoire de mon père,

Je dédie ce travail

INTRODUCTION

L'hôpital de part son statut institutionnel constitue un lieu où se tissent des relations sociales particulières déterminant des formes de réalisations spécifiques. La médecine y est placée dans un contexte socio-interactionnel hétérogène : centre hospitalier et universitaire, personnel médical et paramédical, le malade et la maladie. Comme l'a affirmé Carayol.V (1994 :18-19), plus qu'une institution thérapeutique, l'hôpital est une multitude d'institutions ayant des rôles sociaux variés : rôles de soins et de prévention, de formation de l'équipe médicale et paramédicale, ainsi qu'un lieu de recherche. Il est à noter que l'importance des conditions collectives dans les formes de communication au travail est, encore plus visible à l'hôpital. C'est pourquoi, on dit que le travail à l'hôpital offre un bon terrain d'observation pour les communications professionnelles qui sont à la base d'assurer entre les partenaires une communication réciproque, une coopération médicale et une bonne relation thérapeutique dans des situations très différentes. De ce fait, la communication, considérée comme partie prenante de la structuration de cet ensemble social, a une finalité sociale et informationnelle et s'inscrit au cœur du processus thérapeutique. Elle constitue une ressource indispensable pour la construction de l'action collective dans un contexte institutionnel hétérogène. Il convient alors de l'analyser finement sur la base de pratiques réelles.

D'ailleurs, concernant la structuration des interactions, les tenants de l'analyse interactionnelle signalent un processus complexe de la coordination des actions et des structures de participation des interactants où chaque mode d'intervention prend une part spécifique dans la construction de l'interaction de l'intervenant. Et c'est là où se définissent les individus et leurs rôles et s'édifient les différentes dimensions des communications. Globalement, ces modalités interactionnelles se réalisent dans tous les hôpitaux. Tous les partenaires de soins agissent ensemble, et mobilisent collectivement, au moment opportun, des savoirs ou des capacités partagées ainsi que tout un ensemble de ressources de leurs répertoires sociaux et langagiers, effectivement variables en fonction de différentes situations. Le but en est alors de fournir, à la fois des informations, mais aussi des clés d'identification de la pathologie et donc de résolution du problème du malade.

Tel est indiqué, nous travaillons sur un type d'interaction institutionnelle et formelle. En revanche, le type informel n'est pas négligé. Nous avons décidé de prendre en compte tous les échanges langagiers, y compris les plaisanteries, les blagues, les moqueries, etc. Cette disposition a eu pour corollaire de transcrire toutes les données langagières et ne rien laisser échapper.

Quant à l'unité d'analyse que nous avons choisie dans ce présent travail, elle se veut empirique de type qualitatif et est alors centrée sur les modalités interactionnelles ternaires : médecin-infirmier-malade dans le service de Gastrologie de l'hôpital de Tlemcen. Celles-ci prennent plusieurs formes, puisqu'elles englobent des contextes énonciatifs variés et s'inscrivent au cœur du processus thérapeutique. Il s'agit :

- D'aborder toutes les interactions qui émergent pendant le déroulement des activités médicales : examens endoscopiques, visites quotidiennes et générales, négociations, prises de décisions, etc. ;
- Et d'observer comment les acteurs définissent eux mêmes les éléments contextuels créant ainsi une véritable dynamique interactionnelle.

D'un point de vue théorique, l'examen des rapports entre communications, interactions, activités, contextes dans une institution, en l'occurrence hospitalière, demande un appui sur des outils linguistiques issus de l'analyse interactionnelle, de l'ethnométhodologie, de la sociolinguistique interactionnelle, de la contextualisation, etc. En ce sens, le regard proposé se veut ouvert à une nécessaire interdisciplinarité, vu la multidimensionnalité de l'interaction.

Sur la base de ce cadre théorique, les notions clés de ce travail sont traitées à une perspective microsociologique fondée sur une attitude méthodologique donnant la primauté à une démarche d'observation et de description qui se situe à tous les niveaux de la construction des interactions du corpus ; et à une démarche qui met l'accent sur l'influence réciproque des interactants et le contexte, enrichi des apports de deux approches communicationnelles et contextuelles. Ce qui rend nécessaire, d'adopter une démarche qui consiste en un va et vient entre communication, et contexte dans la mesure où toute analyse des interactions concrètes doit s'appuyer sur une analyse des contextes.

Cette démarche semble cruciale dans la mesure où elle déclenche le processus de contextualisation qui consiste en l'élaboration d'un cadrage de l'expérience et en la recherche des contextes pertinents pour les acteurs dont le but est de construire un sens à l'énoncé. En un sens, nous voudrions évoquer certaines implications réciproques entre ces deux approches.

Nous faisons donc, la problématique réflexive pour la suite de ce travail :

- Etant donné que l'hôpital est une institution thérapeutique hétérogène, comment les partenaires de soins, (médecin, infirmier et malade) ayant des savoirs différents co-construisent-ils les interactions communicationnelles pendant l'activité thérapeutique, en articulant données linguistiques, données interactionnelles et données contextuelles ? Quelles capacités interactionnelles requises pour nourrir les actions médicales au sein de l'équipe ? Quelles stratégies interactionnelles mobilisées et comment en dégager la spécificité ? Quel degré de dynamique et de complexité, donnent-elles à voir ?

Cette question de base nous amène d'abord, à identifier des notions clés, des acteurs et des relations qu'ils entretiennent pour construire ensemble l'interaction. Ce qui mène à penser à d'autres interrogations qui sont les suivantes :

- Comment concevoir la communication, l'interaction, l'action et le contexte ? Comment les caractériser au regard de l'activité thérapeutique et quels liens les unissent ?

- Comment les acteurs parviennent-ils à s'orienter dans des situations d'action et d'activités communicationnelles diversifiées ? Dans quelles mesures, les activités communicationnelles sont affectées par les changements contextuels et l'inverse ?

Pour répondre à ces questions, nous proposons les hypothèses suivantes :

1- Dans un milieu de travail, en l'occurrence médical, les interactions sont co-construites en permanence par les trois parties : médecins, infirmiers et malades, en ce qu'ils reproduisent des actions en des situations diversifiées. Fondamentalement, il s'agit d'une verbalisation sur le travail de la part des participants ayant des niveaux hiérarchiques différents et donc des compétences spécifiques et partagés, visant à établir

un objectif unique. Chacun va agir en fonction de ce qu'il perçoit comme juste, exact et rationnelle et donc, va montrer sa part lucide, critique et décisive. Ce qui nous permet d'accorder à tous les trois un pouvoir structurant partagé majeur dans l'établissement de l'action, la construction de l'interaction et donc la réussite de l'action médicale.

2- L'entreprise médicale se caractérise par son instabilité, son hétérogénéité et par la variabilité des rapports entre action, communication, contexte et interaction qui les médiatise. Dans le cadre de ce collectif, les activités interactionnelles impliquent de définir chaque activité réelle dans son accomplissement. Ce qui mène à supposer qu'elles sont affectées et varient en fonction des activités contextuelles.

3- Chaque situation interactionnelle est insérée dans un contexte d'action où viennent correspondre des activités interactionnelles diversifiées. Celles-ci apparaissent clairement comme des activités situées dans un contexte spécifique. Ce qui donne l'émergence de modalités interactionnelles diversifiées, ainsi que des stratégies et une dynamique interactionnelle explicites.

Nous avons partagé le présent travail en trois chapitres : le premier concerne les données thématiques, les cadres théoriques et les outils méthodologiques. Nous nous penchons, en premier lieu, sur des notions théoriques (communications, interactions et analyse interactionnelle) et sur la problématique du contexte, de la situation et de la contextualisation, afin de mieux appréhender les contraintes, d'éclairer les choix théoriques et méthodologiques et d'apporter quelques détails et précisions utiles. C'est pourquoi, toutes ces notions vont se forger tout le long de cette étude. En deuxième lieu, nous présentons la méthodologie et les approches suivies. Le corpus est présenté d'une manière détaillée ainsi que la problématique et les hypothèses.

Dans le deuxième chapitre, nous avons procédé à une étude exhaustive des notions clés telles que la coopération, la communication, l'action et le contexte dans le corpus des activités médicales. A ce titre, les ambiguïtés se dévoilent grâce à un recours massif et renforcé aux exemples. Nous avons dans un premier temps, mis l'accent sur la communication et l'activité collective où nous discutons de tous les participants et de leurs savoirs, ainsi que les relations qu'ils entretiennent entre eux, lors de l'effectuation

de l'activité médicale. Dans un deuxième temps, nous avons éclairci les rapports complexes qui existent entre communication et action ; ainsi entre communication et contexte. Nous nous sommes efforcée de faire une description centrée sur une typologie des communications et des actions en situation de travail collectif hospitalier. En effet, nous distinguons des communications fonctionnelles qui sont en relation directe avec l'exécution de la tâche réelle. A l'inverse, l'humour peut survenir après quelques temps d'échanges fonctionnels dont on trouve diverses traces tout au long des interactions : (blagues, anecdotes, moqueries, etc.). Nous notons aussi, des communications subordonnées à l'action : des communications qui la précèdent, d'autres qui la suivent, mais aussi d'autres, qui sont structurées en parallèle. De même, nous détaillons les liens qui unissent contextes et communications ; ceux-là vont permettre d'acquérir une vue explicite de la place dominante du contexte dans les faits langagiers.

Le troisième chapitre, est consacré à des discussions plus élaborées sur la dynamique et les stratégies interactionnelles globales et selon le contexte de l'activité médicale. Nous nous sommes intéressées à la structuration de la dynamique interactionnelle en modalités différentes. Notons ici que l'information constitue le noyau de toute activité médicale et interactionnelle. C'est pourquoi, nous avons jugé indispensable de repérer toutes les activités communicationnelles qui émergent pendant le déroulement des activités médicales dans des contextes différents, à savoir les activités communicationnelles de l'interrogatoire, les activités communicationnelles pendant l'examen endoscopique, les activités communicationnelles de négociation.

Celles-ci sont question du corpus qui a servi de base à notre étude et dont l'ensemble est mis en valeur à chaque chapitre.

Enfin, ce présent travail est clos par une conclusion qui apporte les éléments de réponse aux interrogations soulevées au départ.

CHAPITRE I :

***Données thématiques, cadres théoriques et
outils méthodologiques***

C'est en faisant le point sur le corpus que nous avons pu cerner notre cadre théorique et nous avons pris appui sur les perspectives théoriques basées essentiellement sur la communication, l'interaction, le contexte et l'analyse interactionnelle.

I.1. Communication, action, contexte et contextualisation dans l'interaction verbale en milieu de travail hospitalier

I.1.1 Modèles de la communication

Notre intérêt est porté sur plusieurs modèles :

I.1.1.1. Interactionnisme et systémique

La systémique adopte une approche interactionniste et postule que les individus, étant des éléments actifs du système social, sont en interactions permanentes et sont compréhensibles parce qu'ils prennent un sens ensemble, dans un contexte spécifique. En d'autres termes, cette analyse systémique cherche à montrer comment tous les acteurs d'un système jouent en collectivité. En cela, elle prend nettement distance des approches linguistiques : « Nous n'avons pas seulement pour objet les effets d'un segment de communication sur le récepteur, ce qui est d'une manière générale l'objet de la pragmatique [...]. Nous voudrions [...] mettre moins l'accent sur les relations de l'émetteur (ou du récepteur) et du signe, que sur la relation qui unit émetteur et récepteur, en tant qu'elle est médiatisée par la communication. » (Watzlawick et al, 1972 : 59). Toute structure interactionnelle est ainsi gouvernée par des règles. En ce sens, tout se passe comme dans un jeu d'échec : Il y a des règles qui régissent les coups. Ce modèle vise à observer et puis à analyser les systèmes de communication dans leurs permanences et leurs changements. Les chercheurs se centrent sur les aspects de la communication qui paraissaient non pertinents avant le développement de ce modèle. Ainsi, nous citons :

- L'influence mutuelle des interactants : l'interaction est fondamentalement une construction collective.
- La multicanalité : tout message linguistique est fait du verbal, du non verbal et du para-verbal.
- La pluricodicité : à chaque canal correspond un code.

- Éléments extralinguistiques, en particulier d'ordre psychosociologique.

On s'aperçoit que ce modèle prend en compte l'analyse des communications interpersonnelles dans leur dimension sociale, interactionnelle, contextuelle et collective.

Pour notre part, nous allons l'appliquer à notre analyse pour mettre en évidence les structures interactionnelles des participants.

I.1.1.2. Production et interprétation chez Orecchionni

C.K.Orecchionni vient compléter le schéma de Jakobson, et met l'accent beaucoup plus sur les interlocuteurs, en tant qu'acteurs sociaux ayant des compétences particulières capitales dans la production et l'interprétation des messages linguistiques. Elle démontre clairement, 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. Ce modèle, d'après Orecchionni, est commun à l'ensemble des individus qui font recours aux mêmes mécanismes en vue d'encoder et de décoder des messages.

Cela est illustré par le schéma suivant :

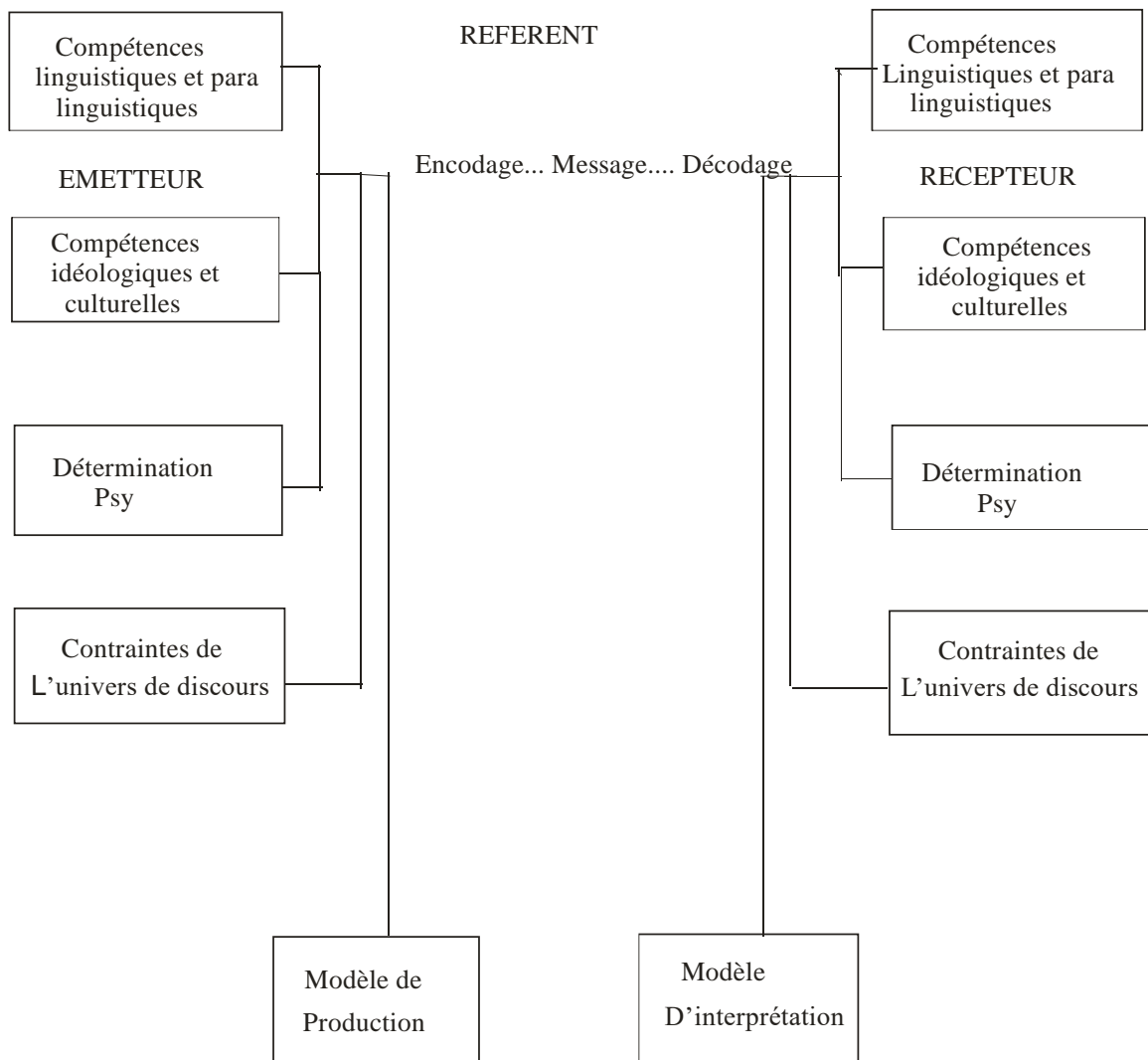


Figure 1 : Schéma de communication : Modèle de production et d'interprétation

Malgré les apports de ce schéma liés à l'univers de discours et à l'ouverture à la dimension sociale, il manque plusieurs caractéristiques de la communication verbale. Orecchioni isole aussi, certains aspects des interactions tels que le cadre spatio-temporel, les participants et la relation cognitivo-affective qu'ils entretiennent. Or l'interaction se définit en fonction du statut participatif de chacun des participants. Un rôle pragmatique leur est assigné.

Ce qui est le cas dans notre situation à l'hôpital où chacun des sujets parlants assure un rôle bien déterminé.

I.1.1.3. Constructivisme

La théorie constructiviste met en avant l'idée que chaque société développe en permanence en son sein, un système de perception du monde et l'interprète selon des réalités construites. En effet, c'est l'individu qui construit son savoir dans un monde réel et s'attache alors, à la construction du sens partagé avec les autres : « L'importance de ce phénomène conduit à reconsidérer les notions d'émetteur et de récepteur : pendant qu'il émet son message, le locuteur est aussi récepteur ; pendant qu'il écoute, le récepteur est aussi émetteur. Tout message, au moins dans une situation de face à face, est co-construit » (Traverso.V, 2011 : 6).

Dès lors, on est dans un champ d'interaction qui 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.

Cette construction de sens et de signification reposant sur la pertinence et la véracité, est nettement apparente dans notre corpus. Nous allons à partir de cette théorie décrire le champ des relations humaines dans le domaine hospitalier, comme étant un domaine en perpétuel mouvement, un domaine en co-construction et co-partage d'action, dépendant des stratégies interactionnelles des acteurs qui interagissent et s'influencent mutuellement. Nous résumons les principes de cette théorie dans le schéma suivant :

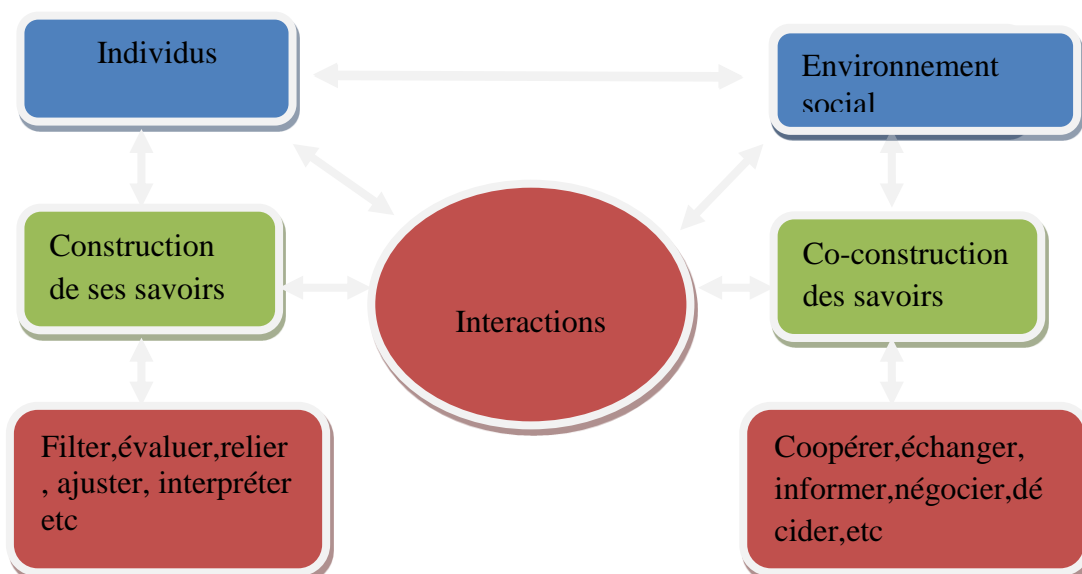


Figure 2 : Schéma représentatif de la théorie constructiviste

En un mot, le schéma avancé trace pertinemment deux étapes essentielles du constructivisme ; la première représente l'individu qui construit ses propres savoirs dans un environnement social pendant l'interaction : il filtre, évalue, ajuste les informations en fonction du contexte, et puis il interprète. La deuxième étape consiste en une co-construction des savoirs : il s'agit d'agir et d'interagir, dans le but de développer des connaissances communes.

I.1.1.4. Situationnel de Mucchielli

Il envisage la communication en termes de processus faisant apparaître les différents contextes dont le but est de donner une interprétation sémantique à l'énoncé. Le locuteur en produisant son premier énoncé 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 à laquelle se rattachent différents autres phénomènes énonciatifs. De même, la communication se développe à partir de la saisie des facteurs contextuels 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.).

Ce modèle est illustré dans le schéma suivant :

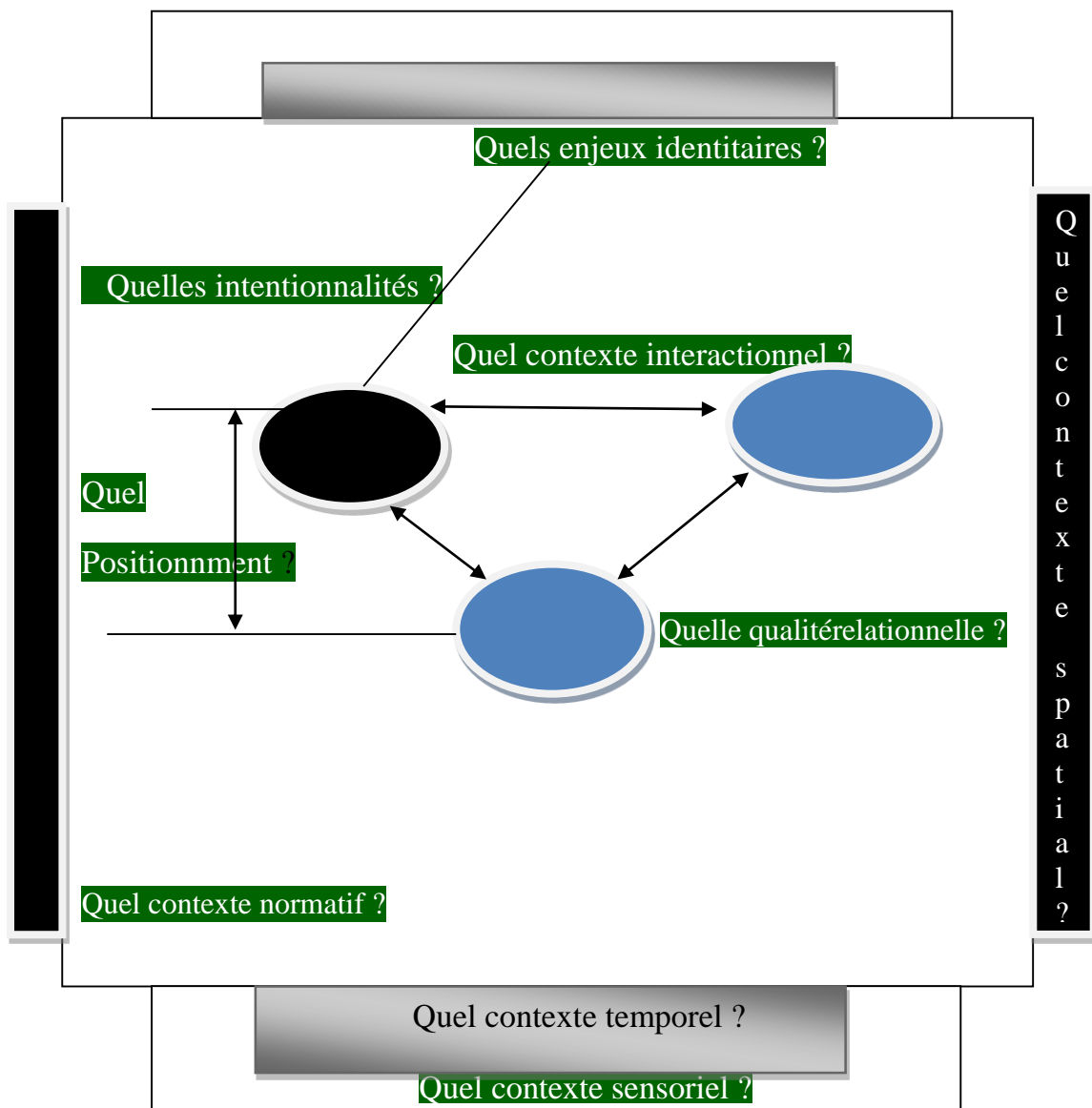


Figure 3 : Modèle situationnel de A.Mucchielli

Tel que l'indique A.Mucchielli (2008 : 15) dans ce schéma, toute situation de communication est décomposable en sept contextes interdépendants et en interrelation, constituant ainsi la dimension de référence de cette situation. Ce sont le contexte des intentionnalités, le contexte des contraintes situationnels, le contexte des positionnements, le contexte spatio-temporel, le contexte normatif, etc. Dès lors, l'échange n'a du sens que lorsqu'il est mis en relation avec tous les contextes dans

lesquels il se déroule car chaque contexte se trouve dans toute situation de communication et va influencer sur la manière d’agir des interlocuteurs confrontés à ces contextes, leur permettant de s’informer et de communiquer.

En cela, le sens final de la communication est une synthèse des différentes significations apparues à travers les mises en contexte.

I.1.1.5. Circuits de Charaudeau

Avec Charaudeau 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" communicant et un "tu" interprétant, comme partenaires de l’échange communicatif 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 étant des protagonistes assumant des rôles énonciatifs dans un processus de production-interprétation langagière (Charaudeau.P, 1989 :165-166) :

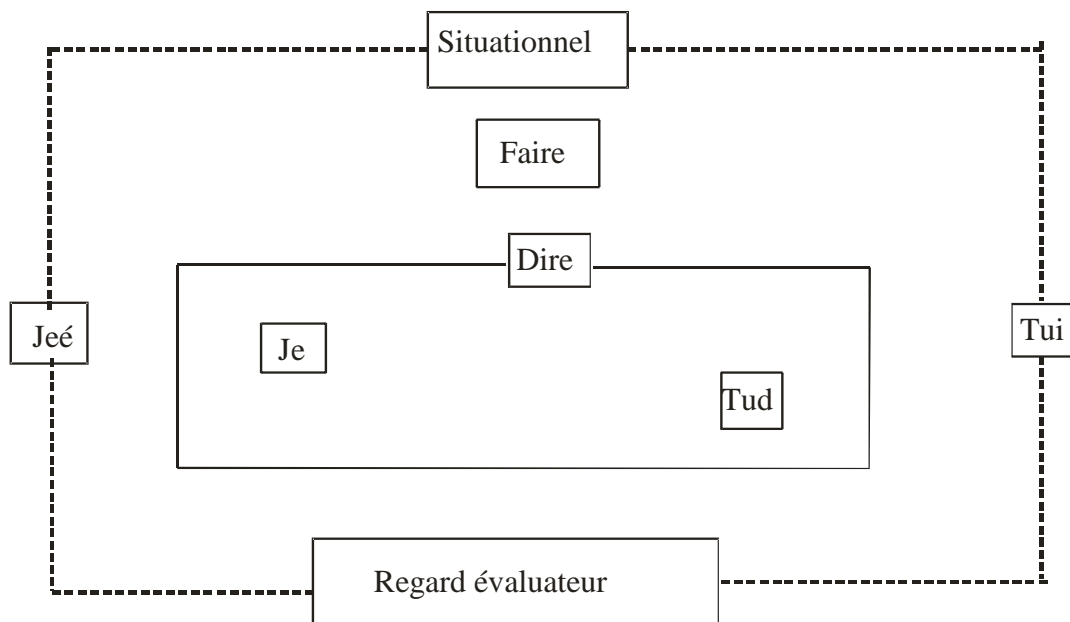


Figure 4 : Stratégies discursives de P. Charaudeau

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.

I.1.2. Dialectique communication-action dans l'interaction verbale

I.1.2.1. De la communication en général

Dans un très large sens, on peut stipuler que la communication, c'est être en relation. Cette relation est fondamentalement subordonnée à un échange d'informations et de significations entre les acteurs sociaux. De même, 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. » (K.Orecchionni.C : 2001, p 58).

Cela dit, que la communication est régie par le système (ABAB)¹ où permutent en permanence les rôles d'émetteur et de récepteur. 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 »² 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

¹- SACKS Harvey et al, (1978 : 125) : 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 et A devient récepteur à son tour. Chacun va ainsi encoder et envoyer, recevoir et décoder.

²- Notion anglo-américaine signifiant information en retour. Cela suppose que la parole est 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.

le relever C.K.Orecchionni en disant que : « tout processus communicatif implique une détermination réciproque et continue des comportements des partenaires en présence. » (K.Orecchionni.C : 1990, p17).

A ce titre, nous tenons à décrire pertinemment la communication comme étant une interaction : « Toute communication est une interaction. Étant une interaction, elle s'inscrit dans un processus d'influence réciproque entre les acteurs sociaux. » (Mucchielli.A & al : 1998 : 65). F.Jacques (1998 : 45-58), l'un des théoriciens de l'interaction, formule avec force cette même idée et lui accorde une dimension sociale très forte, et stipule que 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.

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.

I.1.2.2. Action, action verbale et action sociale

Avant d'entamer la relation entre action et communication, il nous paraît impératif de soulever d'abord, l'identification de l'action. Celle-ci est en perpétuelle dépendance avec la situation dans laquelle elle prend forme et se construit continuellement dans l'interaction dynamique des acteurs dans un travail coopératif :

« L'action s'instaure dans un espace d'irréversibilité clos. Il y faut en effet pour que se réalise une action, un acteur ayant projet et pouvoir d'initier une modification physique dans l'état du monde, laquelle par un jeu d'enchaînement expérientiel devrait aboutir à la réalisation du but qui se trouve le projet initial. L'action se fonde donc sur l'atteinte du but inscrit dans un projet finalisé, pour la réalisation » (P.Charaudeau, 1995 : 152).

Sur la même longueur d'ondes, P.Bange dans sa théorie de l'action distingue : action ; action sociale et action verbale. Il donne à l'action une conception beaucoup plus comportementale en disant : « un comportement d'un individu dans une situation donnée est une action lorsqu'il peut interpréter selon son intention en vue de la réalisation d'un

but qui lui donne sens. ». Pour l'action sociale, « c'est une action qui réalise son but grâce à l'action en retour d'un co-acteur ; l'action sociale présuppose donc une coordination des attributions de sens entre l'acteur et le co-acteur. ». L'action verbale, est alors pour Bange : « une action sociale accomplie au moyen de la production de chaînes de sons ou de signes graphiques pourvues de significations. » (P.Bange, 1992 : 207).

En un sens, le terme action désigne un comportement ayant une signification pour l'individu, orienté vers un but organisé, commun, intentionnel et conscient.

I.1.2.3. Action et communication

P.Charaudeau, dans sa théorie de l'action, identifie la notion de l'action à celle de l'interaction dans la mesure où elles partagent toutes les deux le même paradigme : elles sont sociales : on parlera donc d'action sociale et d'interaction sociale du moment où elles sont réalisées dans un contexte social partagé par les co-acteurs. C'est ce que renforce 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 » (Bachmann.C, 1980 : 22-23).

De même, plusieurs modèles d'analyse visent à décrire l'interaction du groupe comme une action : « dans une action efficace, si les membres d'un groupe d'agents coopèrent pendant une période donnée en vue d'un but collectif, à chacun des moments concernés, chaque agent entreprend l'action nécessaire à ce moment-là au but du groupe. » (Lacoste.M et al, 1994 : 56).

La perspective développée ici, permet d'avancer l'idée selon laquelle les communications et les actions sont en relation dialectique : pour analyser toute activité, il devient impératif d'analyser l'interaction permettant de mettre en évidence tant l'élaboration collective de l'activité que les différents savoirs et statuts des participants :

« Tandis qu'une action peut être accomplie par un seul individu, la communication sert à accomplir des interactions, c'est-à-dire des actions menées à leur terme

par la coopération de personnes. L'action et l'interaction sont délimitées naturellement par leur motivation (ou stimulus) et leur accomplissement (ou effet). » (J.Lerot 1993 : 110).

Autrement dit, l'action et l'interaction sont à saisir dans la réciprocité sociale au sein d'un contexte défini par elles mêmes. Le principe mis en évidence dans ce cas, est celui de la coopération. Celle-ci se traduit par la notion de construction collective qui assure l'intercompréhension des actions de chaque co-acteur dans la mesure où elle associe différents concepts : le partage, le partenariat, l'interdépendance, le pouvoir qui sont au cœur de toute interaction. Elle est aussi associée à plusieurs modes d'interaction et de résolution de problèmes. Il peut s'agir aussi d'un continuum par lequel les interactions varieraient.

Tel est le cas de la présente étude, il s'agit d'un enchaînement de structures d'actions pour répondre à un problème qui règne dans le collectif et dont la solution requiert plusieurs activités pour pouvoir arriver à une résolution définitive. Il s'agit ici, d'un cadre participatif mixte où plusieurs partenaires sont mobilisés successivement à l'intérieur d'un même échange pour aboutir à un but commun.

C'est pourquoi, il nous paraît important, de souligner dans le cas de cette recherche, que l'analyse des interactions entre les sujets se fait du point de vue de la dynamique de l'action car une seule action implique souvent plusieurs communications, plusieurs lieux et plusieurs participants. Cela dit, qu'elle est construite par les partenaires au sein des interactions et n'est interprétable que dans un contexte. Les acteurs y mobilisent des stratégies spécifiques à chaque situation réelle.

Dans cette optique, l'unité de base de l'interaction verbale et sociale repose essentiellement sur une dimension comportementale et intentionnelle : fondamentalement, le sens s'édifie par un comportement stratégique qui témoigne de l'intention de l'énonciateur ainsi que l'interprétation de cette intention par son co-énonciataire.

En un mot, la démarche suivie dans ce présent travail n'appréhende ni la communication en elle-même, ni l'interaction, ni l'action, mais s'efforce de les associer. Cela nous amène à dire que, action, communication, et interaction se complètent et s'articulent de manière pertinente.

I.1.2.4. Dimensions organisationnelle, contextuelle et interactionnelle de la communication

N'étant pas considérée comme un simple processus de transfert d'information mais comme un lieu de création d'une nouvelle connaissance collective, la communication dans le service de gastrologie reste une ressource indispensable pour accomplir les activités médicales. Notons que pour étudier la relation entre action et communication dans notre milieu de travail, il nous a paru indispensable de prendre en compte les dimensions de la communication que nous avons classées en trois types :

- **Sa dimension organisationnelle :**

Cette dimension constitue une forme sociale, un niveau de régulation de l'action collective en milieu hospitalier. Tout le monde est amené à cadrer son action et communique ainsi pour créer une certaine organisation dans le groupe et donc pour de bonnes conditions d'exécution du travail réel. C'est ce que n'a pas manqué de relever De Montmollin (1997 : 71) : « [...] Dans nombre de situations, les communications constituent une partie des tâches mêmes des opérateurs [...] les communications sont indispensables à la coopération et, plus généralement, à la dimension collective de l'activité ». C'est ce qui est nettement visible dans l'exemple suivant :

0501. Dr¹ : tlaa men fadlak++ \ X hémorroïdaires
[montez sur table s'il vous plaît]

0502. Inf² : alli chwiya rassek
[relevez un peu la tête]

0503. Dr¹ : 'men / men fawek we nta had el mouchkil taa lbwasser taalej alihom
[depuis quand vous traitez pour ce problème d'hémorroïdes?]
0504. Inf² : hdar / hdar: 'men fawak
[dites depuis quand]
0505. Mde : mafhamtekch
[je ne vous comprends pas]
0506. Dr¹ : 'men fawek we nta taalej alih
[depuis quand vous traitez pour ce problème?]
0507. Mde : maalajtch khlas
[je n'ai jamais traité]
0508. Dr¹ : a:h! maalajtch alihom khlas
[ah! vous n'avez jamais traité pour ce problème]
0509. Mde : ih: walou
[oui jamais]
0510. Dr¹ : 'yettardgoulek beddam
[vous saignez?]
0511. Mde : ouah
[oui]
0512. Dr¹ : i::wa:h
[d'accord]
0513. Inf² : erkhef matziyarch+ ella ghi sbar saafna / ghi sbar chwiya sbar
[décontractez vous, aidez nous, patientez]
0514. Dr¹ : <...?>
0515. Inf² : ghi bechwiya
[tout doucement]

Tel est indiqué, les trois partenaires de la communication s'organisent, coopèrent et communiquent pour mener à bien cette activité d'examen endoscopique bas.

- **Sa dimension de négociation :**

Les protagonistes (médecins, infirmiers, malades) mobilisent leurs savoirs communs, confrontent leurs expériences et négocient les interventions de chacun pour l'interprétation et la construction des actions communes dans le but est d'atteindre une fin commune. Dès lors, l'intégration des points de vue est considérée comme un point central de convergence vers la solution. Avec cette dimension de négociation, l'interaction va aboutir à des décisions qui vont résoudre des problèmes et dans plein des cas, clore des dossiers.

C'est ce qui est nettement apparent dans l'extrait suivant tiré d'une négociation lors d'une visite générale :

0664. Dr¹ : euh:: multiples ulcérations+ exulcérations: entrées chouf euh:: Bloud::
[regardez]

0665. Mde : oui

0666. Dr¹ : matachrabch des médicaments:: des antiinflammatoires::res wella:
[vous ne prenez pas de médicaments, des antiinflammatoires ou autres]

0667. Mde : euh si:: euh (je) suis sous traitement médical

0668. Dr¹ : 'assem rak tachrab [qu'est-ce que vous prenez?]

0669. Mde : hadi:: ah hmm

0670. Inf¹ : riyah / riyah [essayez vous]

0671. Mde : astaghfir Allah+ jit maa <...?> [que Dieu me pardonne]

0672. Dr¹ : hmm hmm

0673. Mde : weuh:: be / Bedelix

0674. Dr¹ : ih [oui] (quoi encore)

0675. Mde : we lakhor nsiteh++ ghi chwiya rani: rani: ça va / ça va riyah basah euh::
hadi:: XX [et un autre, j'ai oublié la marque, je commence à me rétablir]

0676. Dr¹ : ih [d'accord]

0677. Mde : ana manich aref mais d'après::s++ c'est intoxication yballi d'origine
médicamenteuse / yballi plus euh: balek euh:: alimentaire
[je ne sais pas, mais je crois que c'est une intoxication médicamenteuse,
ou beaucoup plus une intoxication alimentaire]

0678. Dr¹ : ella:: ella: makanch [non, non, ce n'est pas ça]

0679. Mde : ah

0680. Dr¹ : te te [non]

0681. Mde : kount chrabt euh:: \ [j'ai déjà pris..]

0682. Dr¹ : des / des antiinflammatoires machi:: \

0683. Mde : chrabt euh:: / chrabt Nifluril bezaf [j'ai pris beaucoup le Nifluril]
 0684. Dr¹ : hmm
 0685. Mde : kount euh:: \
 0686. Dr¹ : voi::là Nifluril hiya elli deretlek had echi
 [c'est le Nifluril qui vous a causé ce problème]
 0687. Mde : ouah Nifluril+ chrabt Nifluril beza:f+++ d'aprè::s mes / mes collègues
 alouli: hatta:: / hatta alimentaire
 [oui, j'ai beaucoup pris le Nifluril, mais d'après mes collègues, c'est aussi
 une intoxication alimentaire]
 0688. Dr¹ : ella [non]
 0689. Mde : wana:: chrabt euh: Nifluril bezaf hein 'rak faham \
 [oui, j'ai beaucoup pris le Nifluril, vous avez compris]
 0690. Dr¹ : Nifluril MACHI alimentaire+ maybanouch / maymeddouch les ulcères
 [c'est d'origine médicamenteuse et non pas alimentaire, l'intoxication
 alimentaire ne donne pas des ulcères]
 0691. Mde : kanet andi un problème dentai:re++ j'ai voulu trai / traiter le problème
 dentaire euh \ [j'avais un problème dentaire]
 0692. Dr¹ : hadi hiya: des problèmes dentaires+++ kanet temchilek le (e)ddame
 [exactement, c'est une complication suite à des problèmes dentaires]
 0693. Mde : oui
 0694. Dr¹ : des / des / des saignements:: we koulchi 'smaat
 [vous avez des saignements et tout, vous comprenez?]
 0695. Mde : ouah++ <...?>
 0696. Dr¹ : ah oui:
 0697. Mde : euh:: \
 0698. Dr¹ : chouf smaani+ naatik un traitement derwak+ taawed twelli un contrôle
 endoscopique d'ici un mois et demi \
 [écoutez moi, je vous donne un traitement tout de suite, et puis vous
 revenez dans un mois et demi]
 0699. Mde : inchallah [si Dieu veut]

Dans cet exemple, ces interactions négociationnelles entre le médecin et le malade ont abouti à connaître la cause principale de la survenue des ulcérations à la fibroscopie, et qui revient à une origine médicamenteuse (prise excessive de médicaments antiinflammatoires) et non pas à une origine alimentaire, comme pensait la malade. A partir de la connaissance de la cause, le médecin arrive à résoudre le problème en prescrivant un traitement et en donnant à la malade un rendez vous après un mois.

- **Sa dimension contextuelle :**

Les facteurs contextuels entrent et se fondent dans le jeu interactionnel pour expliquer les faits langagiers. Ils constituent une part importante du travail opéré pour l'interprétation des énoncés tant au niveau actionnel que communicatif.

De sa part, Falzon souligne que l'organisation des interactions lors de l'activité collective impliquent la connaissance de la situation où les partenaires se trouvent engagés et le partage d'un même savoir général ainsi que la répartition des tâches et les actions à réaliser :

« la majeure partie des communications de travail correspond au traitement de situations standards, pour lesquelles les opérateurs disposent de schémas opératifs, et pour lesquelles ils ont créé un langage simplifié et bien adapté. En revanche, lorsque des situations non habituelles interviennent, il n'existe plus de langage spécialisé adapté : les opérateurs ont alors recours au langage naturel. » (Léglise.I, 1999 : 191).

L'activité langagière est de ce fait, en perpétuel interaction avec les situations sociales au sein desquelles elle est produite (Boutet.J, 1994 : 61-62) :

0870. Inf¹ : ella ella ghi:: bechwiya: houtti rasse:k+ ha::kda+ khelli yeddek hadi hakda:
we hadi: hakda

[non, non, tout doucement, baissez la tête, très bien, mettez la main
comme ça]

0871. Int(is) : elle a des antécédents diabéti:ques+ elle a:: pri::s \

0872. Dr¹ : l'eau de javel

0873. Int(is) : elle a pris l'eau de javel le vendredi

0874. Dr¹ : i:h ha:kda:: ana mandirlekch fibrosco:pi:e après une semaine++ c'est pas
l'indication

[alors, dans ce cas, je ne peux pas vous faire une fibroscopie]

0875. Int(is) : elle a::++ non

0876. Dr¹ : c'est 15 jours biensû::r

0877. Int(is) : 15 j hmm hmm

0878. Dr¹ : manaamlouch fibroscopie une semaine on la fait dans les 24-48 heu::res+
[on ne doit pas faire une fibroscopie une semaine après l'ingestion
caustique]

0879. Int(is) : oui::

0880. Dr¹ : après euh:: maximum+ weuh men: / on la fait 15 jours après+ ça y est ça y
est houwdah

[fais la descendre] (de la table d'examen)

0881. Int(is) : ça y est ça y est

0882. Dr¹ : khellih hatta la semaine prochaine

[on la programme pour la semaine prochaine]

0883. Inf¹ : ah:

0884. Int(is) : la semaine prochain:ne

0885. Dr¹ : oui oui++ euh: goutlek 15 jou:rs

0886. Int(is) : oui

0887. Dr¹ : raki fahma:++ si vous voulez voir c'(est)-à dire l'évolution taa la corti XX
derwak il faut pas le fai:re+++ khellini naktablek ana hna rendez-vous+
khater je serai en congé:+ 'fawek andha el cons euh:: / el fibroscopi::e ki
yaaytoulha euh::

[vous comprenez, je ne peux pas faire une fibroscopie tout de suite, je vous
donne un rendez-vous parce que je serai en congé, quelle est sa journée
de fibroscopie, comment elle s'appelle ?]

(le médecin décide de donner un autre rendez vous plus proche à la malade
et va la confier à sa collègue parce qu'il va sortir en congé)

0890. Inf¹ : samedi inchaallah

Dans cet exemple, tout le monde s'est préparé pour effectuer une fibroscopie pour une malade qui a pris de l'eau de javel. Mais, lorsque le médecin interne lance une information selon laquelle, la durée de prise de la javel était moins d'une semaine, le médecin assistant décide de reporter l'acte vu que c'est une contre-indication formelle et de la reprogrammer encore une deuxième semaine.

La communication est alors organisée interactionnellement de manière privilégiée à travers les échanges entre participants et n'est jamais réalisée sans variations contextuelles.

En voici un tableau représentatif :

Dimension organisationnelle	Dimension négociationnelle	Dimension contextuelle
<ul style="list-style-type: none"> • Organisation et exposition des règles de la communication • Régulation des problèmes techniques et relationnelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Relation de coopération • Evaluations • Confrontations des expériences et négociations • Résolution collective des problèmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance des situations multiples lors de la réalisation de la tâche :Aspect cognitif ; Aspect pragmatique ; Aspect langagier

Tableau 1 : Représentation des dimensions de la communication en situation de travail hospitalier

I.1.3. Problématique du contexte, de situation et de contextualisation

I.1.3.1. Contexte, notion clé de l'interaction et l'analyse interactionnelle

Tout d'abord, il convient de cerner la notion de contexte, à laquelle, multiples acceptions sont attribuées. Elle peut désigner un ensemble d'informations emmagasinées dans la mémoire des interlocuteurs pour interpréter des énoncés. Mais, elle peut aussi désigner l'environnement linguistique d'un énoncé :

« le terme contexte a été utilisé avec différentes significations dans la littérature linguistique. Il est fréquemment employé pour désigner l'environnement linguistique d'un terme ou d'un énoncé. Il peut aussi désigner un ensemble d'informations dont dispose l'interlocuteur et qui lui servent pour interpréter le discours considéré. ». (J.Moeschler & A.Reboul, 1994 : 526).

Jakobson lui prête une attention particulière du fait qu'il joue un rôle crucial dans l'opération de décodage effectué par le destinataire. Ce rôle est d'après lui, d'expliquer comment et pourquoi ce dernier est amené à donner telle ou telle interprétation à l'énoncé adressé par son destinataire. Il prend un exemple concernant l'ambiguïté lexicale : lorsque le locuteur énonce [por], il sait d'avance s'il veut désigner un [port] ou [porc] , tandis que le récepteur est obligé, pour sa part, d'avoir recours « aux probabilités conditionnelles offertes par le contexte » (Jakobson. R : 1963, p 209).

C'est au contexte alors que revient le rôle de donner à la phrase sa signification. Il est constitué en fait, de « propositions qui correspondent à des informations tirées de l'environnement physique de l'interlocuteur, de l'interprétation des énoncés immédiatement antérieurs et d'informations tirées des connaissances de l'interlocuteur sur le monde. » (D.Sperber, D.Wilson, 1989 : 120). Il s'agit donc, de propositions contextuelles provenant de l'interprétation précédente des énoncés. C'est une adaptation nécessaire pour répondre à des objectifs précis que les interactants doivent satisfaire en fonction de leurs rôles et de leurs statuts. Chaque interactant, avant de nouer l'échange discursif, essaye de planifier certaines stratégies adaptées à la situation dans laquelle il se trouve engagé.

En somme, le contexte est une construction indigène qui résulte de l'effort des participants qui interprètent la situation et en sélectionnent les propriétés pertinentes.

Toutefois, Orecchioni (1996 : 38) affirme que la notion du contexte est à la fois indispensable pour les interactions et l'analyse interactionnelle, et problématique.

Ce qui mène à en distinguer deux conceptions différentes :

- **La thèse du contexte statique :**

On trouve chez L.Mondada que le contexte est statique. Cela dit, qu'il est donné à l'ouverture de l'interaction, et qu'il ne va pas changer au cours de et sous l'influence même de l'interaction. Elle le définit comme « un ensemble prédéfini de paramètres [...] permettant d'isoler des variables comparatives (tels que, par exemple, le lieu, le temps, les catégories caractérisant les participants, [...]) » (1998 : 248). Avec cette définition, le

contexte est continuellement statique dans la mesure où toutes les données sociales, culturelles, extralinguistiques et interactionnelles sont préexistantes.

Paradoxalement, dans notre institution, nous notons qu'un contexte de l'activité fortement stable peut avoir une négligence de la variabilité de celui-ci. En ce sens, les partenaires élaborent un référentiel commun qui devient de plus en plus spécifique et n'acceptent aucun changement qui peut être nocif pour le groupe. Prenons l'exemple, de l'activité d'endoscopie basse liée à ce référentiel commun construit par toute l'équipe de soins, mal connu par le malade programmé, peut conduire à des problèmes à l'équipe qui néglige les effets de ce contexte censé être statique.

- **La thèse du contexte variable :**

Pour Van Dijk, le contexte est l'ensemble des « interprétations individuellement variables de la situation sociale en cours » (2004 : 350) ou comme les « diverses manières dont les participants interprètent la situation communicative présente » (1997 : 220). Le contexte doit ainsi être défini comme une représentation mentale qu'élaborent les interactants à propos de la situation sociale et de l'événement communicatif auxquels ils prennent part. Cela suppose qu'il est construit en permanence et n'est pas constant.

Cette même idée est soutenue par P.Auer (1992 : 22), à la suite de ses travaux inspirés en grande partie de J.Gumperz, qui montre que le contexte est dynamique. Il relève que certains paradigmes situationnels émergent au fil de l'interaction et se voient continuellement reconstruits en fonction du déroulement même de cette interaction et que inversement, d'autres ne sont pas parfois pris en compte. C'est ce qu'explique avec justesse C.K.Orecchioni lorsqu'elle précise que : « [...] le contexte ne constitue pas un faisceau de données objectives, mais un ensemble de représentations de ces données intériorisées par les participants, et susceptibles d'être mobilisées à tout moment d'un procès de communication » (dans Roulet.E, 2001 : 101).

Ces données sont mutuellement communiquées par les interactants au cours de leur élaboration conjointe des hypothèses interprétatives des énoncés : des informations sont

ajoutées, renforcées, modifiées ou carrément supprimées. Ce qui donne à l'énoncé sa pertinence. Ainsi apparaît l'idée d'un contexte variable.

Par sa nature évolutive, dynamique et hétérogène, le contexte est considéré aussi, selon Gumperz, comme étant le principe général subordonné aux autres principes de la production et de l'analyse des pratiques langagières, notamment en situation d'interaction. Cette situation réunit des interactants autour d'une activité sociale et autre communicationnelle, mettant en valeur des stratégies interactionnelles appropriées à la situation.

Dans le présent travail, nous insistons sur l'aspect « dynamique » du contexte qui accompagne les activités médicales. Le contexte devient ainsi, un élément fondamental, épistémique et méthodologique où les partenaires sont des sujets systémiques. De cette manière, le contexte constitue une part importante du travail opéré tant au niveau actionnel que communicatif dans la déconstruction de la situation de départ et la reconstruction d'une situation nouvelle faisant de chaque interaction un cadre nouveau et inattendu.

I.1.3.2. Contexte et situation

On note certaines confusions terminologiques entre les notions de contexte et de situation. Parfois, utilisées de manière équivalente, ou indifférenciée. Sur ce point, R.Vion (1992 : 105) intervient :

« il semble que l'habitude ait été prise, ces dernières années, de préférer le terme de contexte à celui de situation. Ces deux termes ne sont pas explicités au niveau des relations qu'ils pourraient entretenir. Nous avons même le sentiment que chez certains, ils sont synonymes. ».

Il ajoute que la situation englobe le contexte, le co-texte et le texte qui ne sont d'après lui que des aspects de la communication. Citons aussi, la position de K.Orecchionni qui met en relation d'équivalence le terme de contexte avec celui de situation tout en utilisant préférentiellement le premier.

Par rapport à la notion de situation, Van Dijk refuse de considérer le contexte comme une situation qui servirait de cadre à l'interaction et qui serait descriptible à priori et de

l'extérieur par le seul analyste : les situations sociales pouvant faire l'objet de descriptions multiples. Il ajoute :

« la thèse principale de ma théorie du contexte est que les contextes ne devraient pas être définis comme une sorte de situation sociale dans laquelle le discours prend place, mais plutôt comme une représentation mentale, ou comme un modèle construit par les locuteurs à propos d'une telle situation » (2004 : 349) Van Dijk .

Le contexte est aussi qualifié de situationnel : la situation comme environnement cognitif. Il est pris comme un ensemble de faits connus et de données co-construites et négociées par les participants à chaque moment de l'acte d'énonciation. En ce sens, et pour Porquier. R & Py. B (2004 : 48) : « un énoncé ne devient intelligible que placé dans son contexte de situation ... le langage est enraciné dans la réalité de la culture, la tribale et les coutumes des gens... et ne peut être expliqué sans se référer constamment à ces contextes plus larges des énoncés verbaux. ». La situation vient donc s'intégrer à l'énoncé comme un élément indispensable à son interprétation.

Dans cette perspective, pour définir la situation de communication, on fera référence à ses participants, à son cadre spatio-temporel et à son objectif. A la lumière de cette définition, la notion de situation se trouve utilisée comme parasyonyme ou reprise anaphorique de la notion du contexte dans la mesure où toute communication est située.

Pour notre part, nous nous penchons sur les communications en tant que composantes de l'activité dans une situation de travail hospitalier, du moment où elle s'inscrit dans un contexte.

I.1.3.3. Contextualisation

Selon Gumperz, la question du contexte cède sa place à celle de la contextualisation : « processus par lequel les énoncés se voient ancrés dans des contextes, contextes qui à leurs tour rendent possible l'interprétation de ces énoncés. » (Gumperz.J, 1982 : 75). Il s'agit d'un processus pris par les participants au cours même de l'interaction et par lequel les énoncés sont insérés dans des contextes, contextes qui à leurs tour rendent pertinents tout acte d'énonciation.

Gumperz donne la primauté à l'analyse du langage en situation en adoptant l'idée selon laquelle un effet de sens résulte de la manifestation simultanée d'un ensemble d'indices communicationnels qui forment selon lui le contexte. Cela dit qu'au sein des interactions se jouent continuellement et simultanément des interprétations des participants en fonction de ces indices perçus et produits différemment. En ce sens, les interprétations peuvent être identiques, diverses, voire contradictoires. Les protagonistes co-construisent et co-interprètent leurs performances langagières en reliant productions langagières/indices de contextualisation.

En termes très généraux, la contextualisation comprend toutes les activités par lesquelles les participants rendent pertinent les aspects du contexte qui, à son tour, est responsable de l'interprétation d'un énoncé. Avec cette définition, le sens des mots et des énoncés n'est donné que dans un contexte qui en permet la production et la constitution sémantique. Ce contexte est à son tour, donné par d'autres mots, d'autres énoncés et par la situation dans laquelle se trouvent les participants, leurs connaissances socio-culturelles partagées, leurs positions sociales respectives et leurs enjeux propres.

Une des activités de contextualisation repose sur le fait que les participants invoquent certains aspects de la situation lorsqu'ils interagissent. Cela renforce l'idée selon laquelle, l'approche contextualiste offre des perspectives intéressantes en termes de création d'un savoir commun.

La contextualisation témoigne donc de l'effort permanent des participants pour comprendre leur environnement notamment dans les institutions, telle que la nôtre.

J.Gumperz avance deux hypothèses sur lesquelles repose la notion de contextualisation qu'il considère comme une théorie de l'interprétation :

- L'interprétation du langage en situation repose toujours sur des présupposés inférentiels : « l'interaction exclusive entre individus d'un même milieu aboutit à des présupposés de communication non verbalisés, liés au contexte. » (Gumperz.J, 1989 : 69). En ce sens, la contextualisation ne transmet pas de significations directes ; mais elle sert à enclencher le processus d'inférence. C'est-ce que nous explique P.Bange qui insiste 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* » (Bange.P, 1992 : 128).

- Les participants à la communication font toujours des tentatives hypothétiques pour évaluer les intentions communicatives en prenant appui sur des hypothèses de base pré-construites et qui constituent une partie du processus conversationnel.

Sur la même longueur d'onde, et pour l'interprétation de l'énoncé, les locuteurs s'appuient sur des indices de contextualisation (formes employées à partir de certains éléments) : nature de l'activité en cours ; la manière d'interpréter le sens; la manière de rapporter une phrase à ce qui précède ou à ce qui suit, etc. C'est ce que soulignent Grosjean et Lacoste : (1999 : p13) : « l'acte de communication ne se réduit pas à un simple décodage, il met en œuvre des mécanismes d'interprétation qui s'appuient sur un traitement contextuel de la signification.». Ces éléments sont déterminés et partagés communément. Ces indices verbaux, non verbaux et paraverbaux servent à relier des faits langagiers au savoir contextuel des interlocuteurs. En ce sens, qu'ils permettent aux participants de reconstituer les éléments du contexte dont ils ne disposaient pas au départ.

De même, les indices de contextualisation fonctionnent dans la communication en intervenant dans le processus d'inférence à divers niveaux et peuvent entraîner des suppositions sur ce qui précède et sur ce qui va suivre la séquence immédiate. Ils comprennent des phénomènes du verbal, du non verbal et de paraverbal.

En effet, les situations de travail à l'hôpital, offrent de nombreux exemples d'indicateurs fournis par le contexte, révélateurs d'anomalies et exploitables pour la résolution des problèmes. Tel est l'exemple suivant :

0496. Dr¹ : el hadj ghi saafni::+ très important de toute façon j(e) vais retirer
[aidez moi s'il vous plait]

0497. Inf¹ : 'alach ma:: ydirch euh:: <...?>
[pourquoi il ne fait pas de...?]

0498. Dr¹ : ella: il fait une stase importante
[non..]

0499. Inf¹ : saha
[d'accord]

0500.Dr¹ : douk naatilkom une sonde gastrique amlouhalou ghadwa fe sbah
INCHALLAH:: douk nahdar maa la secrétaire / maa euh::
[je vous donne une sonde gastrique, placez une sonde gastrique, demain
matin, j'en parlerai à la secrétaire]

Le médecin faisant sa fibroscopie au malade, rencontre une stase importante et décide de reporter cet acte, en recommandant de placer une sonde gastrique pour l'évacuation de cette stase. Ph. Zarifian exprime en ces termes :

« C'est que ces participants sont eux-mêmes insérés dans des formes sociales qui les contraignent. Ce dont ils peuvent parler est nécessairement limité par ces contraintes, contraintes de rythme de travail, contraintes de lieu de travail, d'espace limité de postes de travail, d'absorption de l'attention par la réalisation des opérations quotidiennes, etc. » (1998 : 230).

Globalement, tout changement inhabituel et imprévu du contexte doit être pris en compte, comme susceptible d'invalider l'action en cours et d'anticiper une autre action qui la remplace. C'est ce que montrent les tenants de l'ethnographie de la communication lorsqu'ils définissent la notion de contexte comme étant « un ensemble de savoirs

culturels et interactionnels et une capacité à agir de manière appropriée dans des contextes ou des situations spécifiques. » (J.Moeschler & A.Reboul, 1994 : 33).

Nous revenons sur ce point plus en détails ultérieurement.

A la lumière de ces définitions, les éléments de contextualisation sont assimilés aux faits suivants :

✓ Le cadre : c'est le cadre situationnel et institutionnel où se déroule l'interaction : le lieu, le temps, les rôles sociaux et les finalités : « toute action et événement seront interprétés et justifiés par rapport à la finalité thérapeutique de la relation et les infractions quasi permanentes aux protections habituelles de l'intimité seront ici normalisés par ce cadrage spécifique. » (Lacoste.M, 1980 : 27).

✓ Les participants : le sexe, l'âge, l'appartenance socio-culturelle et socioprofessionnelle.

✓ La relation entre les participants : la relation de service peut être consensuelle ou conflictuelle, formelle ou informelle...etc. D'après P.Falzon (1991 : 233), le locuteur s'adapte aux connaissances de son interlocuteur par des procédés conscients ou inconscients et génère des vocabulaires spécialisés au domaine d'exécution.

✓ Les savoirs partagés entre les interlocuteurs : droits et devoirs des uns vis-à-vis des autres. Il s'agit d'une plate-forme communicative commune qui fournit les présupposés nécessaires au fonctionnement de l'interaction.

Pour mener à bien ces processus d'interprétations et d'évaluation des intentions et donc d'effectuer des communications efficaces, Gumperz ajoute que les locuteurs doivent impérativement partager ces présupposés.

En ce qui nous concerne et ce qui nous semble fait la spécificité du concept de contextualisation, ce sont les différentes dimensions de l'interaction sur lesquelles a porté toute notre attention. Nous avons mis l'accent sur des activités communicationnelles dans leurs temps et leurs lieux d'occurrence. De même, nous avons pris en compte leurs contenus : (savoir et savoir-faire des participants) ; et leurs destinataires : (malades, infirmiers, médecins). Nous avons étudié la manière dont ces différents savoirs sont

énoncés en situation de travail hospitalier simultanément modifié par le contexte et modifiant ce contexte.

Dans cette perspective, l'analyse des interactions des médecins, des infirmiers et des malades révèle une partie du savoir des uns et des autres. Ces savoirs ainsi révélés sont à la base de toutes les activités médicales et, assortis d'éléments de contextualisation servent ensuite aux participants à se situer eux-mêmes dans les interactions et à se situer par rapport aux autres participants.

I.2. Cadre et approches théoriques

Nous nous sommes inspirée en grande partie des champs disciplinaires de l'analyse interactionnelle. Nos choix théoriques et méthodologiques sont alors construits à partir des approches communicationnelles et contextuelles. Nous avons bénéficié de leurs savoir-faire méthodologique ; surtout en ce qui concerne les méthodes de descriptions et d'explication des phénomènes langagiers.

En cela, la démarche générale que nous avons suivie, est empirico-inductive, de type qualitatif, qui se donne pour objectif d'analyser des données en vue de comprendre des phénomènes sociaux. En effet, nous avons collecté des données naturelles³ et pertinentes, essentiellement obtenues par l'observation non participante des acteurs en situation d'interaction dans un milieu de travail hospitalier, que nous avons fixées par un enregistrement audio, transcrites par la suite et puis décrites et interprétées : « dans une méthode qualitative, on distingue classiquement la phase de recueil et la phase de traitement des données. [...] La spécificité fondamentale des méthodes qualitatives vient de leur inscription dans le paradigme compréhensif (ou subjectiviste ou encore interprétatif). » (Mucchielli.A, 2004 : 212-213)

Ces approches applicables à tous les domaines de l'activité sociale, en l'occurrence médicale, nous ont servies de base dans le travail d'observation directe et de description des situations d'interactions concrètes. Nous nous proposons d'étudier des phénomènes sociaux ainsi que les différents phénomènes communicationnels et interactionnels qui les caractérisent. Ainsi, nous nous efforçons à définir d'une manière exhaustive, toutes les

³- Les données naturelles sont « des données qui existent en l'état indépendamment de leur exploitation pour la recherche.» (Kerbrat-Orecchioni.C, 2005 : 24)

actions médicales dans le cadre des interactions sociales contextualisées, tout en mettant l'accent sur l'ensemble des interactants qui disposent des représentations cognitives et des savoirs distribués et nécessairement partagés (pouvoir d'agir et d'interagir, stratégies communicatives, constructions partagées de sens, etc.).

Notre but en est alors de mieux comprendre la dynamique interactionnelle qui émerge entre les acteurs co-présents, lors de la réalisation de la tâche médicale.

Pour ce faire, nous avons intégré multiples approches théoriques du moment où le champ de l'interactionnisme est un domaine hétérogène. Ce que vient affirmer K. Orecchioni :

« La réflexion en matière d'interactionnisme est à l'heure actuelle extrêmement diversifiée : on ne peut pas parler à ce sujet d'un "champ" ou d'un "domaine" homogène, mais plutôt d'une "mouvance" qui traverse plusieurs disciplines, et dont l'unité repose sur quelques postulats fondamentaux plutôt que sur l'existence d'un ensemble unifié de propositions descriptives ».
(K. Orecchioni, C, 1990 : 55).

En cela, nos choix théoriques différents, mais complémentaires sont légitimement justifiés et deviennent dans notre étude, une nécessité absolue.

I.2.1. Analyse interactionnelle, conversationnelle et discursive

I.2.1.1. Analyse interactionnelle

Tel qu'il est indiqué plus haut, nous nous sommes inspirées largement des travaux de l'analyse interactionnelle qui est un champ pluridimensionnel vu la pluridimensionnalité de l'interaction.

Fondée sur l'enregistrement et la transcription minutieuse d'interactions authentiques, la présente étude implique des interactants qui sont des sujets sociaux et psychologiques ayant des tâches à réaliser collectivement. Sur la base de ce cadre, nous admettons les fondements de leur attitude dans notre recherche où les participants sont à la fois mobilisés et configurés dans l'activité coopérative du travail. Nous cherchons à

regrouper tous les éléments du contexte où se déroule l'échange allant de sa matérialité (lieu, temps, présence physique des individus, etc.) à ses symboles ou sa dimension sociale (lieu institutionnel, formel ou non, etc) et aux attributs sociaux des individus.

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.

I.2.1.2. Analyse conversationnelle

C'est un courant de l'ethnométhodologie qui est née de la rencontre de plusieurs disciplines : la linguistique énonciative, la pragmatique et la sociologie. Pierre Bange (1992 : 16) la définit comme : « l'observation et la description des dialogues oraux spontanés dans leur contexte naturel d'occurrence, en tant qu'ethnométhodes communicationnelles».

Etant son objet d'étude, la conversation est conçue par l'analyse conversationnelle comme « un ensemble de séquences d'actions canoniques ou réalisées de manière préférentielles par les sujets parlants » J. Moeschler et A. Reboul (1994 : 472)

En cela, il s'agit d'une recherche empirique sur des échanges langagiers produits conjointement par deux ou plusieurs participants dans des situations de communications diversifiées et authentiques.

L'importance de ces échanges comme producteurs et protecteurs des relations sociales trouve place dans les écrits de D.André-Larochebouvy qui affirme que ces conversations représentent 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 » (1984 : 77). Ces échanges se présentent le plus souvent sous forme de paires-adjacentes, tels que le couple question-réponse, échanges de salutations, etc. Cet auteur admet le caractère constructiviste de l'interaction : (comportements des interactants, prise des tours de parole...). Elle s'est attachée à montrer les procédures que les interactants utilisent pour gérer les différentes phases de la conversation (compétence communicative des locuteurs). C'est ce que soutient avec justesse Hymes, en stipulant que pour communiquer, le sujet parlant doit connaître la langue et doit savoir s'en servir du contexte social et en situation de communication. Il doit ainsi maîtriser les usages et les rites sociaux propres à sa communauté. Les analystes de la conversation partagent en cela un intérêt commun avec les ethnographes de la communication et la sociolinguistique variationniste : aspects formels qui structurent les conversations ; marqueurs linguistiques (types de questions et de réponses, tours de paroles...). Le système de tours de parole et les règles de transition de tours de parole sont un exemple manifeste de l'influence de la grammaire générative sur l'analyse conversationnelle.

De même, l'analyse conversationnelle a apporté à la linguistique une nouvelle théorie dite « le discours dans l'interaction ». Elle a contribué à élargir le champ de recherche en linguistique en développant différents niveaux d'organisation des séquences d'action, tours de paroles, organisation globale de la conversation. Ce courant a aussi donné naissance à une théorie de contexte.

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.

Nous avons bénéficié en grande partie de ce principe, en ce qu'il s'appuie sur le repérage de régularités et de récurrences dans la co-construction des interactions en contexte réel.

I.2.1.3. Analyse du discours

Elle correspond à l'étude linguistique des conditions de production d'un énoncé. Elle s'intéresse à l'usage réel du langage par les locuteurs dans des situations réelles. De ce fait, il devient impératif de prendre en compte les composantes de la situation de communication. On dépasse alors le stade abstrait de l'analyse de la langue hors du contexte. Elle vient explorer les structures de l'interaction verbale. D'abord, elle s'intéressait en particulier à l'étude de texte écrit monologal. Par la suite, l'analyse du discours s'est penchée sur l'étude de l'usage réel du langage par des locuteurs réels dans des situations réelles. On ne parle plus de phrase, mais d'énoncé. L'accent est mis sur l'énonciateur qui est censé de transformer la langue en discours. Sous l'impulsion de l'école Genevoise, elle opte pour la conversation comme objet d'étude. 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. En cela, 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).

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.

C'est dans ces perspectives communes que se situe l'étude que nous proposons ici, considérant essentiellement, comme il est indiqué plus haut, l'analyse des interactions et du contexte dans lequel elles sont produites.

I.2.2. Pragmatique

La pragmatique est la partie de la linguistique qui traite le langage associé à son utilisation et à l'action. Née à Harvard avec John Austin, elle introduit la notion nouvelle d'« actes de langage » (Siouffi.G, Raemdonc.V, 2012 : 146) issue de la philosophie du langage. En cela, les faits langagiers sont définis comme des actes réalisés par les individus à l'aide du langage, et sont catégorisés selon leur but : le cas de la présente étude, où l'on trouve plusieurs actes de langage, tel que : demander, informer, décider, recommander,etc. Le langage pour les tenants de cette théorie sert à agir et à interagir.

Elle prend racine contre la conception traditionnelle selon laquelle, le langage sert principalement à décrire la réalité. Austin, en opposition avec cette conception de la fonction du langage, défend une vision selon laquelle, le langage sert à agir sur le monde et à accomplir des actes situés dans un réseau relationnel. Cet accent mis en particulier sur la relation (sa nature et ses modalités) au moment du déroulement de l'interaction est l'un des apports majeurs de l'approche pragmatique. Le langage, c'est tout autant d'agir sur la réalité et permet d'accomplir un acte se faisant une réaction. Sous cet angle, le langage n'est plus réduit à sa seule fonction de véhicules des significations, mais il a des effets pragmatiques.

Et donc, la pragmatique linguistique a eu tendance à insister sur « l'aspect conventionnel et codique du langage » : face à un énoncé, la théorie des actes de langage admet que l'interprétation se fait essentiellement de façon conventionnelle. Cela dit, que les activités de langage dépendent en grande partie de conventions sociales implicites connus par l'ensemble des interactants et qui varient selon les contextes (participants, lieu, temps, intentions...etc.). On parle aussi d'une force illocutoire, dans laquelle l'énonciateur utilise des conventions sociales et communicationnelles de manière que son co-énonciateur comprenne son acte. Un acte de parole est alors 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. » (Habermas.J, 1987 : 288).

En ce sens, la pragmatique renforce l'idée selon laquelle, outre que le sens des énoncés, l'interlocuteur, par la pratique langagière s'adresse à un autre en vue d'agir sur le contexte et donc de transformer les représentations des choses et des buts prédéfinis.

Cette théorie s'ancre dans le domaine des interactions en situation de travail, hospitalier constituées de liens de réciprocité, de négociation et de coopération et dans lesquelles, les interactants structurent leurs relations, engagent des actions et co-construisent en permanence des sens à leurs énoncés. Nous mettons donc en avant ce caractère pragmatique des interactions dans cette étude .

Cette dynamique des rapports sociaux dans un environnement d'acteurs, tel que l'hôpital, offre des opportunités stratégiques. Nous allons ainsi, emprunter quelques idées théoriques à notre analyse ; à savoir la notion de stratégies discursives où nous nous interrogeons sur la relation entre interaction, ordre social et activité de travail. Nous devons revoir tous les indices d'interprétation des activités langagières mises dans des espaces interactionnels différents.

I.2.3. Approches ethnosociolinguistiques

L'interaction y est considérée comme un processus social de base. On distingue :

I.2.3.1. Microsociologie des interactions

Elle est représentée d'une part par l'ethnométhodologie avancée par H.Garfinkel et A.Cicourel et d'autre part, par l'ethnographie de la communication avancée par D.Hymes et J.Gumperz qui introduisent le concept de la compétence communicative dans lequel, la langue est considérée comme une composante de communautés socioculturelles.

En fait, la microsociologie de la communication est à concevoir comme la description des échanges communicatifs entre des personnes insérées dans un contexte social déterminé. Pour sa part, E.Goffman 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 » (Boudon.R& Bourricaud. F : 1982 : 29). Les interactants sont résolument en relation avec leurs semblables qui déterminent avec eux leur identité et celle du monde où ils évoluent. 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 : « [...] 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 [...]. » (ibid : 13).

De même, lorsque nous discutons du monde professionnel, en l'occurrence médical, nous nous appuyons sur cette notion microsociologique du groupe médical pour évoquer les statuts et les rôles, la nature des relations, ainsi que l'espace. Ce qui va permettre de reconstituer le cadre de l'interaction recouvrant son caractère verbal et social. Les interlocuteurs sont ainsi, coopératifs et 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.

I.2.3.2. Ethnographie et ethnométhodologie de la communication

- Ethnographie de la communication :

Elle est apparue officiellement avec Dell Hymes en 1962 dans son ouvrage : "the ethnographie of speaking" qui introduit la notion de compétence communicative dans laquelle la langue est considérée comme une composante de communautés socioculturelles. Son objet théorique est le rôle des facteurs contextuels dans l'interprétation d'un énoncé : « les énonciations vont être considérées comme des actions verbales en relation avec une situation de communication qui comporte des dimensions spatio-temporelles et surtout sociales. » (P.Bange, 1992 : 9). Sa notion de base est la description des normes et des règles de l'usage du langage en contexte et qui renvoie à une capacité performative et une richesse du social situé au cœur des collectifs.

C'est à ce titre que nous allons intervenir pour insérer encore, la notion du contexte dans celle de compétence communicative, sur laquelle nous reviendrons plus en détail dans notre analyse.

Avec cette notion, D.Hymes va au-delà de la connaissance du code linguistique de Saussure et de Chomsky en incluant le savoir social et culturel. Pour lui, parler une langue est une question d'usage et d'adéquation au contexte : « [...] Pour parler, il faut aussi savoir utiliser la langue de manière appropriée dans une grande variété de situations [...] Cette compétence communicative est très largement implicite, elle s'acquiert à travers les interactions [...] Cette compétence se modifie constamment en fonction des expériences de chacun. » (Maingueneau.D, 1996: 19). De ce fait, le sujet parlant d'après Hymes, utilise une multitude de règles : règles de formation du langage, règles d'utilisation d'un niveau approprié à son interlocuteur, à l'endroit où il se trouve, au sujet abordé...etc.

Cela dit que, 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 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. Cette approche de "stratégies discursives" vise à décrire les stratégies de communication et toutes les valeurs et attitudes d'ordre social qui, selon Hymes sont indissociables dans l'usage de la langue. De leur part, Charaudeau.P et Maingueneau.D ajoutent que cette approche est

« interprétative en ce qu'elle met l'accent sur les processus de compréhension actualisés par les participants au cours d'une interaction, processus dont l'analyse repose sur la notion de contextualisation : « l'emploi par des locuteurs/auditeurs de signes verbaux qui relie ce qui se dit à un moment donné et en un lieu donné à leur connaissance du monde. » (Maingueneau.D, 2002 : 235)

La parole telle qu'elle est conçue par D.Hymes, est un système régi par des règles : « les règles de la parole correspondent aux manières dont les locuteurs associent des modes d'élocution particuliers des sujets ou des formes de messages, avec des activités et des contextes particuliers. » (D.Hymes, 1984 : 36). Il développe ainsi le modèle SPEAKING pour analyser tous les aspects des situations de communication :

- Setting ou cadre spatio-temporel et psychologique de l'interaction : toute énonciation est caractérisée par un lieu convenable, une temporalité et un effet psychologique.
- Participants : les individus présents et impliqués dans le déroulement de l'action.
- Ends ou finalités de l'activité communicative : buts communs, intention, résultats de l'interaction.
- Acts ou thèmes : renvoient au contenu et à la forme du message.
- Key ou tonalité : permet de rendre compte de la façon dont on peut transiter d'un ton à l'autre.
- Instrumentalities ou moyens : ce sont les instruments de la communication et qui regroupent : les canaux linguistiques et paralinguistiques et les codes.
- Norms ou normes d'interactions et d'interprétation de la situation de communication : ce sont des règles sociales collectivement partagées. On

en distingue : les normes d'interaction : tour de paroles, interruptions, chevauchements, silences...etc. Et les normes d'interprétation qui regroupent les connaissances préalables des présupposés sociaux et culturels où se déroulent les interactions. Ces normes pré-existants sont confirmées et renforcées par les participants au cours de leurs échanges.

- Genres : correspond au type d'activité du langage : conversation, récit, anecdote...etc. La situation est là une unité d'observation et d'analyse.

L'étude du langage est alors envisagée comme un comportement social et culturel. Son rôle est de décrire les actions insérées dans des situations réelles de la vie quotidienne, permettant de construire des relations humaines explicites : « La diversité des systèmes communicatifs ne doit pas être envisagée dans ses seuls aspects négatifs (problèmes d'intercompréhension), car elle joue aussi un rôle positif important comme marqueur d'identité du locuteur, ou pour la construction de la relation interpersonnelle » (Kerbrat-Orecchionni.C, 1996 :12).

Le modèle de Hymes évolue vers les aspects énonciatifs de la communication dans leurs dimensions interactives et relationnelles à partir des années 80. De nombreuses notions viennent naitre de ce modèle : compétence de conversation, compétence d'interaction ou de situation, compétence sociale...etc.

Cependant et d'après Hymes, cette notion de compétence de communication est beaucoup plus pertinente et englobante en ce qu'elle recouvre toutes les notions citées.C'est dans une perspective voisine que J.Gumperz, le co-fondateur de cette approche met en rapport direct les notions de signification, structure et emploi du langage : « le cadre ou "savoir d'arrière-plan partagé" nous donne les éléments nécessaires pour saisir ce qui n'a pas été verbalisé et replacer ce qui est entendu ou vu dans un univers connu et connaissable. » (Gumperz.J, 1989 : 123). Son centre d'intérêt alors, est la façon dont la situation et la culture influencent les interlocuteurs pour produire des inférences conversationnelles et interpréter les indices de contextualisation et donc donner une interprétation sémantique à l'énoncé.

En ce qui nous concerne, nos partenaires construisent des représentations et des raisonnements leur permettant d'agir ensemble d'une façon coordonnée et mobilisent au

moment opportun, tout un ensemble de ressources de leurs répertoires sociaux et langagiers et qui vont effectivement varier en fonction de différentes situations. Nous aborderons plus en détail ce point dans notre analyse.

- **Ethnométhodologie de la communication :**

Elle est une branche de la sociologie et de l'ethnographie de la communication. Elle correspond à l'ensemble des méthodes utilisées par les membres d'une communauté pour gérer la communication. Elle 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 : « Les fondements de ce courant de pensée portent sur le sujet social, créateur de l'acte communicatif de la réalité sociale quotidienne, à travers ses savoirs, ses représentations et ses stratégies discursives pour atteindre certains buts. » (Barry, A.O, 2005 : 14). Cette même idée est renforcée par Kerbrat-Orecchioni (1996 :13) qui affirme que : « La vie en société apparaît alors comme un «accomplissement continu», comme un travail permanent pour construire son identité sociale, pour rendre intelligible l'ensemble de ses comportements, et se faire admettre comme membre habilité de cette société. ».

De ce fait, l'interaction 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.

Ses réflexions de base sont les suivantes :

- Les interactants d'un milieu socio-culturel donné appliquent des normes implicites spécifiques dans leurs échanges quotidiens.
- Les normes pré-existantes sont confirmées et renforcées par les participants au cours de leurs échanges. Chacun construit sa propre identité au sein de la communauté sociale.
- Les locuteurs mobilisent des stratégies appropriées lors des échanges pour interpréter et évaluer des énoncés.

Au sein de l'ethnométhodologie, le courant de l'analyse conversationnelle qui se centre sur les échanges langagiers s'est développé et s'est attaché à montrer les stratégies que les interactants utilisent pour gérer les différentes phases de la conversation.

Enfin, l'approche ethnométhodologique, privilégie la prise en compte du contexte, avec notamment la notion d'action située⁴ dans la compréhension des fondements de l'action humaine.

En ce qui nous concerne, nous pouvons préciser le fait que toutes ces approches recouvrent dans leur ensemble toutes les dimensions de l'interaction. D'ailleurs, il est impératif de noter que le domaine professionnel, en l'occurrence, médical n'est pas un domaine très bien délimité. Au contraire, c'est un domaine hétérogène, où la réflexion prend ces approches variées qui se rejoignent et s'influencent et qui ont certaines caractéristiques en commun. C'est pourquoi, nous allons en appui sur ces courants, reconstituer un cadre théorique qui puisse recouvrir la dynamique interactionnelle (structurelle et fonctionnelle) des participants engagés dans la réalisation d'une tâche collective.

I.3. Cadre méthodologique

I.3.1. Postulats théoriques

I.3.1.1. Sur la communication

Notre étude des interactions et des actions dans le collectif en situation de travail à l'hôpital est inspirée en grande partie de l'approche communicationnelle. Celle-ci place comme enjeu central le lien social. Nous bénéficions de cette approche du moment où nous nous proposons d'étudier les différents phénomènes communicationnels qui renvoient tout particulièrement aux interactions en situation sociale structurant ainsi les relations de travail et participant à sa réalisation. Compte tenu de notre objectif d'analyse, nous réalisons un focus sur les interactions et les relations interpersonnelles en milieu de

⁴- Notion avancée par L.Suchman. L'action ne peut être interprétée que par rapport aux données de la situation, en référence à un contexte. Nous reviendrons sur cette notion plus loin.

travail qui consiste à comprendre la contribution de l'activité communicationnelle à la réalisation de l'activité médicale dans ses différents contextes.

En bref, les interactions et les actions sont importantes à étudier dans le cadre de cette approche.

I.3.1.2 Sur le contexte

Le contexte relève de l'ensemble des activités par lesquelles, les participants construisent l'interprétation d'une énonciation. Autrement dit, le sens d'un énoncé est construit à travers la mise en relation des différentes interprétations liées aux contextes d'action:

« La compréhension par les hommes des phénomènes (et donc des communications) repose sur un «sens qui émerge » (donner du sens et comprendre, c'est une seule et même chose). Cette «émergence » est par ailleurs, liée à une « contextualisation », c'est-à-dire à une mise en relation du phénomène avec des éléments constitutifs de son environnement » (Mucchielli.R, 2005 : 5).

Nous bénéficions de leur principe d'interdépendance :

- Contenu du phénomène étudié : les éléments qui le constituent ; les variables qui changent au fil du temps.
- Le processus communicationnel par lequel il se développe : Les actions et les interactions des participants.
- Le contexte dans lequel s'inscrit ce phénomène : intentionnalités, contraintes situationnelles, positionnements relatifs aux participants, contexte socio-culturel.

Cela veut dire, que cette approche associe des hypothèses contextuelles et des formes langagières.

De même, notre tâche est de contextualiser les phénomènes langagiers et actionnels en situation de travail à l'hôpital pour faire émerger un sens commun (contexte

interprétatif commun). Nous réfléchissons sur chaque dimension interactionnelle prise à part : dimension structurelle, dimension langagière, dimension relationnelle, dimension contextuelle...etc et nous les mobilisons tous à la fois, devant chaque phénomène langagier à étudier dans le but de donner à chacun sa spécificité.

Nous menons donc en bonne logique cette étude qui porte sur l'analyse des interactions en milieu de travail hospitalier représentées par trois participants : le médecin, l'infirmier et le malade.

I.3.1.3 Sur l'interaction verbale et sociale

L'interaction est un terme générique, qui suppose une situation de communication en général en face à face ou au moins simultanée (téléphone, liaison radio) avec deux ou plusieurs participants. Il s'agit d'une idée de réciprocité d'actions entre deux ou plusieurs interactants. Cette dimension de réciprocité d'action est employée chez Bange, précisément au sens d' « action sociale réciproque » (Bange.P : 1992 : 71). L'interaction est d'après lui, prise dans un processus complexe de coordination des actions et d'accomplissement de diverses pratiques sociales, fondées sur la réciprocité coopérative et les influences mutuelles entre les interactants qui construisent des représentations communes de l'environnement dans lequel ils interviennent. Quant à Goffman, l'interaction est une « rencontre sociale » qui doit être pensée au sein de la situation globale où elle se déroule. Sur la même longueur d'onde, Bakhtine, stipule que l'interaction apparaît, comme une construction sociale de base.

En cela, l'interaction dans son fonctionnement, se définit comme le lieu d'influence mutuelle mettant en avant le principe de réciprocité qui régit les échanges entre des sujets et le social qui les encadre. Par sa nature verbale et sociale, l'interaction constitue un cadre dans lequel des activités langagières sont construites à partir des données linguistiques (syntaxiques, lexicales, énonciatives...) et des données interactionnelles (stratégies communicatives, intentions, implicites et explicites...).

De même, les outils théoriques visés par cette étude sont largement attachés au potentiel humain en matière d'usage du langage qui dépend de l'influence mutuelle des participants l'un sur l'autre. C'est ce que n'a pas manqué de relever C.K.Orecchionni en disant que : « tout processus communicatif implique une détermination réciproque et

continue des comportements des partenaires en présence. » (K. Orecchionni.C, 1990 : 17). Il faut restituer de plus, la part entière de la personnalité des acteurs de l'interaction considérés comme des sujets psycho-socio-affectifs, en soulignant les compétences stratégiques et interactionnelles respectives de chacun. Ce n'est donc pas seulement l'information contenue dans les messages qui est pris en compte, mais aussi et surtout l'aspect interpersonnel de l'échange.

De part notre rôle, nous allons mettre l'accent sur sa multifonctionnalité. Nous cherchons alors, à décrire son aspect relationnel, son aspect communicationnel et son aspect pratique. Cela justifie nos choix théoriques.

A ce titre, il devient clair, que ces postulats théoriques se complètent pour éclairer le schéma de notre travail. Ce qui est récapitulé comme suit :

Communication	Contexte	Interaction	Analyse de l'interaction
<u>Etudier les phénomènes communicationnels :</u> 1. Relationnel : - Triade : médecin-infirmier-malade - Connaissances partagées ou distribuées - Relation coopérative ou conflictuelle : 2-Communications fonctionnelles et non fonctionnelles entre des acteurs sociaux	<u>Construire un sens à l'énoncé :</u> - Connaissance des situations multiples lors de la réalisation de la tâche - Mise en relation des contextes d'action : 1- Contenu du phénomène à étudier : variables et éléments qui le constituent 2- Processus communicationnel dans lequel il s'inscrit 3- Intentionnalités ; contraintes situationnelles ; positionnements	<u>Verbale, Sociale, Influences mutuelle et réciprocité coopératives des actions :</u> -Cadre d'activités langagières : données linguistiques(syntaxiques, lexicales, énonciatives...) et des données interactionnelles (stratégies communicatives, intentions, implicites et explicites...)	<u>Démarche inductive :</u> - Analyser des données réelles et observables puis les expliquer - Modèle descriptif et explicatif des phénomènes langagiers -L'analyse doit s'adapter aux spécificités de chaque type d'interaction - l'analyse doit porter sur l'organisation globale des activités interactionnelles

Tableau 2 : Représentation des postulats théoriques

I.3.2. Choix et constitution du corpus

I.3.2.1. Corpus et aléas du terrain

Il s'agit, comme il est indiqué plus haut, d'une recherche qualitative et interprétative où l'analyse des données est inspirée de l'approche communicationnelle et contextuelle et sur une démarche consistant en des allers-retours entre ces deux approches

en se penchant sur deux principales activités qui sont les activités communicationnelles et les activités contextuelles.

L'interprétation des données repose sur un cadre d'analyse dans lequel les dimensions de la communication d'ordre varié sont soulignées et mises en rapport avec les dimensions contextuelles. Alors, nous nous sommes basée sur un enregistrement audio, transcrit selon le modèle de Robert Vion qui nous a servi de base pour effectuer la présente analyse. la démarche suivie articule le recueil des données empiriques et la théorisation de ces éléments. Elle est structurée en terme de tâches : les activités sont clairement repérables tant au niveau actionnel qu'au niveau interactionnel.

Nous nous exprimons ici, pour représenter les différentes activités interactionnelles menées dans le service d'Hépatogastro-entérologie du CHU de Tlemcen dans des contextes différents : visite quotidienne, ou générale ; examen endoscopique haut ou bas, négociation et résolution des problèmes, prescription et recommandation...etc. Nous tenons à attacher l'analyse avec les spécificités de chaque type d'interaction lié au contexte d'action où il se déroule. Sont soulignées aussi, les stratégies interactionnelles par phases d'activités telles que le passage de la parole, l'art de poser des questions et de répondre...etc.

Toutes ces situations sont particulièrement pertinentes puisqu'elles sont analysables comme interaction coopérative devant permettre la transmission d'information et la construction des activités médicales collectives.

Nous avons ainsi retenu les outils théoriques ainsi que les méthodes à suivre pour faire ressortir ces phénomènes à partir du corpus lui même.

Et comme nous l'avons souligné plus haut, nous nous sommes inspirée des travaux menés en interaction et en analyse interactionnelle, en ethnosociolinguistique, en analyse du discours et en analyse conversationnelle.

I.3.2.2. Motivations du choix du corpus

Notre choix est justifié par la complexité du problème à étudier. Problème complexe parce qu'en plus de faire intervenir toutes les activités langagières du service,

nous sollicitons parallèlement tous les éléments contextuels qui permettent à nos interactants (médecins maître-assistant, médecins résidents, médecins internes ; infirmiers diplômé d'état, infirmiers brevetés ; toutes les catégories de malades), de se comprendre et de s'entendre tout en évoquant les compétences psycho-sociales de chacun pour les mettre en perspective. La complexité du problème provient alors de cette situation pluridisciplinaire.

D'autant plus, nous soulignons les difficultés méthodologiques à délimiter les informations pertinentes et donc des cadres d'analyse pertinent au sein d'un collectif complexe au moment du recueil des données ainsi que le caractère relatif aux notions de contexte, situation, contexte situationnel...etc qui se voit attribuer différentes définitions selon les approches. Cette multiplicité de notions complique, nous semble, la tâche d'analyse. Cela est renforcé avec justesse par Mintzberg.H, (1990 : 304) lorsqu'il dit :

« le fonctionnement du travail hospitalier doit répondre continuellement à un environnement complexe et imprévisible, ne peut s'appuyer sur une stratégie délibérée [...] ne peut déterminer précisément des modes d'action de ces activités et les imposer à travers quelques formes de planification formalisée. ».

Le modèle de l'organisation hospitalière requiert alors un mode de coordination mutuelle de la part du collectif du travail ainsi qu'un partage de tous les savoirs.

Nous cherchons donc à comprendre en profondeur les aspects qui unissent un savoir, un savoir-faire et des situations réelles prises dans leurs contextes interactionnelles : « les faits sont compréhensibles et interprétables du simple fait que les acteurs et les observateurs sont inscrits dans une réalité sociale et historique. » (C.Giraud, 1994 : 51). C'est pourquoi, nous avons abordé le terrain à partir de thèmes et de questions tirées d'un cadre théorique préliminaire ayant guidé notre corpus. Le corpus ainsi recueilli nous permet d'identifier et de découvrir les implications qui existent entre les deux approches suivies. Chacune des situations actionnelles et interactionnelles autour des protagonistes choisis est un cas à part entière et fait l'objet d'un certain nombre de critères à observer. Chaque action est analysée en profondeur pour cerner les éléments qui marquent le degré d'interdétermination des approches prédéfinies.

La pertinence d'une telle étude s'explique par le fait qu'il existe à notre connaissance peu d'études qui ont traité ce sujet. Cependant, plusieurs auteurs ont fait part d'expériences intéressantes dans différents secteurs tels que les soins palliatifs, la relation soignant-soigné. Ces expériences sont le plus souvent centrées sur des interactions dyadiques : soit médecin-malade ; médecin-infirmier ; infirmier-malade.

En bref, si l'hypothèse est que chaque situation interactionnelle est insérée dans un contexte d'action où viennent correspondre des activités langagières diversifiées, il devient alors, impératif d'avoir une compréhension approfondie de l'hétérogénéité interactionnelle et énonciative dans ses dimensions langagières, actionnelles, sociales et contextuelles vu la multidimensionnalité des interactions ; d'où l'intérêt d'une telle étude.

I.3.2.3. Démarches pour la constitution du corpus

Le corpus a été développé en quatre temps : sélection, enregistrement, transcription et exploration globale.

- Sélection des publics soignants et soignés :

Nous avons sélectionné des sources de données en fonction de leur pertinence par rapport à l'objet étudié. Notre sélection est diversifiée : nous avons varié l'échantillon de médecins d'infirmiers et de malades. Nous avons travaillé sur des catégories de médecins de statut différents (spécialistes, résidents, internes). Cela va de même avec les infirmiers dont on trouve les diplômés d'état et les brevetés. Concernant les malades, nous avons sélectionné les malades en rapport avec l'activité médicale que nous avons enregistrée et nous nous sommes engagée à respecter la confidentialité des données.

nous avons aussi enregistré le maximum de données situationnelles et contextuelles d'interaction ainsi que les discussions informelles pour avoir un panorama global de toutes les activités en exergue dans le service allant de l'interrogatoire, l'examen endoscopique haut et bas, visite quotidienne, visite générale, négociation, diagnostic jusqu'à résolution de problèmes, prescriptions et recommandations. La diversité des situations nous a permis de générer des idées et des questions théoriques pour l'analyse. Chacune de ces situations actionnelles et interactionnelles autour des protagonistes choisies est un cas à part entière et fait l'objet d'un certain nombre de critères à observer.

Chaque action est analysée en profondeur pour cerner les éléments qui marquent le degré d'interdétermination des approches pré-définis.

Ainsi, nous pourrions effectuer de meilleures analyses de l'activité interactionnelle et contextuelle : «le premier critère est l'homogénéité de l'échantillon (...) Mais par la suite, le chercheur doit s'attacher à la diversification interne de son groupe (homogénéisé) » (Pirès, 1997, p153). Mais, il nous était impossible d'espérer constituer un échantillon représentatif au sens statique du terme. D'ailleurs, nous avons constitué notre échantillon théorique au sein de ces données qui nous ont servi de base dans notre analyse.

Nous avons également observé le caractère actif et ou passif que les participants associent à leurs rôles. Parfois, on a senti le caractère gênant de notre part et de la part des malades quand il s'agit d'un examen endoscopique bas. Nous avons aussi observé le positionnement de chacun ; un processus nous semble, important puisqu'il tient compte de la dynamique interactionnelle dans des contextes d'action différentes ; un processus de co-construction des savoirs communs et différents. Ce point est renforcé par Hlady-Ryspal (2000) lorsqu'il dit que l'étude de cas doit contenir des cas ayant suffisamment de traits en commun.

- **Enregistrement plurilocuteurs :**

Notre corpus est orienté vers l'analyse des modalités interactionnelles en situation de travail à l'hôpital. Il s'agit donc, d'un enregistrement audio plurilocuteurs. Nous avons opté pour un enregistrement d'épisodes complets d'interactions verbales pour ne laisser rien échapper et donc pour une meilleur analyse de l'activité à étudier.

Avant d'entamer la tâche d'enregistrement, il a fallu se rapprocher des participants et surtout des malades et établir avec eux un contact sérieux et amical pour gagner leur sympathie et donc s'assurer de leurs coopérations. Notre présence régulière sur les lieux doit sa légitimité du fait que nous faisons partie de ce service et que nous avons effectué plusieurs interventions relatives au métier d'infirmière quelques années avant. Notre position actuelle de chercheur, ayant pour objectif d'analyser les interactions et les actions dans un contexte de travail collectif, est alors clairement expliquée à l'ensemble des

interlocuteurs avec qui nous avons effectué notre recherche, dès le début de notre présence. Pour cela, nos relations avec le personnel soignant a toujours été solides et harmonieuses mis à part quelques moments de tensions qui rentrent dans le cadre de toute relation humaine. Etant donné cette relation et ce type de coopération, il nous était relativement facile d'effectuer notre enregistrement.

Paradoxalement, il nous était un peu difficile surtout durant les premiers temps de l'enregistrement de tenir le rôle d'observatrice au sein de ces modalités interactionnelles, car même si nous avons essayé de ne pas déranger le déroulement naturel des activités médicales, les médecins et les infirmiers essayaient de nous faire glisser dans l'interaction, tantôt en nous posant des questions, tantôt en nous adressant des messages mimiques. Sinon, nous avons opté pour une observation passive pour la grande majorité des activités médicales.

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. » (Labov.W, 1976 : 289-290). Notre but alors est de regarder la réalité quotidienne. Cependant, en tant qu'observatrice et chercheur, nous sommes prêtes à vivre une nouvelle expérience interactionnelle enrichissante autre que l'expérience actionnelle que nous avons vécu pendant l'exercice de notre métier d'infirmière. D'ailleurs, cette démarche est préconisée par J.Gumperz qui souligne que :

« pour comprendre et évaluer une situation dans la perspective de l'un des participants, il faut que les chercheurs soient entièrement impliqués dans la vie quotidienne de l'organisation considérée. Outre qu'il leur faut observer ce qui se passe, ils doivent connaître les buts et les attentes des participants. Les ethnographes de la communication ont pour tâche difficile de vivre dans le milieu étudié afin de mettre à jour les stratégies pratiques des autres participants ; mais ce faisant, leur engagement sur le terrain est tel qu'ils deviennent eux-mêmes l'un des objets de leur enquête. » (Gumperz.J, 1989 : 17).

La présence du chercheur sur les lieux des enregistrements devient alors, un moment indispensable à la compréhension des données recueillies et donc à la réalisation de son enquête qui devrait toucher à tous les angles mis au point.

Cependant, le problème qui s'est posé c'est de chercher le mode de recueil convenable pour obtenir un matériau pertinent nécessaire à l'analyse des données. De toute façon, à la suite des premières observations dans cette situation de travail et d'interactions avec les participants, nous avons bâti un protocole de recueil de données approprié aux différentes situations tout en adoptant une attitude plutôt intuitive et naïve que rationnelle. Au fur et à mesure de l'enregistrement, nos choix deviennent de plus en plus éclairés

Notre échantillon est alors constitué de plusieurs phénomènes langagiers dont chacun joue le rôle d'un point focal sur lequel faire porter l'analyse qualitative. Les enregistrements en nombre de 33, se sont espacés sur cinq mois. Chaque enregistrement dure en moyenne 15 minutes. La durée de l'enregistrement va du moment où les actions médicales commencent jusqu'à leur fin.

Outre de ces enregistrements, des notes pour plus d'informations, des remarques, des commentaires personnels et des éléments liés au contexte des situations observées sont pris dans un journal de recherche spécifique à chaque interaction pour rattraper les passages non-audibles à l'enregistrement. Il constitue pour nous un support primordial du moment où nous faisons recours à ce document à chaque fois qu'il y ait ambiguïté pendant l'analyse.

Bref, nous espérons construire une méthode qui amplifie et qui révèle des savoirs de niveaux multiples dans ce milieu de travail collectif.

- Transcription des enregistrements :

Pour commencer l'analyse, nous avons soumis ce corpus-comme nous l'avons signalé plus haut- à une transcription selon le modèle de Rober Vion (1992) :

/	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

Tableau 3 : Conventions de transcription

Cette étape est une étape clé pour l'interprétation des données. En effet, pour une meilleure transcription, de nombreuses réécoutes ont en effet été nécessaires. Nous avons opté pour des écoutes attentives d'abord de tous les enregistrements et puis de chaque enregistrement. Il faut signaler, qu'il nous était difficile, surtout au début de tout transcrire en raison d'un bruit sonore qui a accompagné quelques enregistrements ; ainsi que les voix fluctuantes des interlocuteurs. Il nous a fallu faire recours aux notes prises après chaque enregistrement pour mettre en relation les sons et leurs graphies : (un terme médical non audible pris comme note par exemple ; positionnement des participants, action effectuée, ainsi que nos interprétations personnelles). Les enregistrements sont transcrits dans leur intégralité : le verbal, le non verbal ainsi que le paraverbal. Cependant, nous mettons l'accent beaucoup plus sur le verbal et le paraverbal. L'ensemble des faits, des remarques, et des éléments liés au contexte des situations sont notés dans un carnet spécifique à chaque interaction. Il constitue pour nous un support primordial pour

l'analyse. Au début des transcriptions, il nous a servi de base pour ajouter des explications et des commentaires mises entre parenthèse.

- **Exploration globale et choix interprétatifs**

Elle permet un premier repérage de certains phénomènes saillants. Nous avons fait des choix interprétatifs sur le matériau verbal et para-verbal et également sur l'activité en cours des interlocuteurs ainsi que le contexte d'énonciation. De nombreuses données ont servi à l'analyse. Donc, nous avons pu sélectionner quelques séquences plus larges qui nous paraissent caractéristiques du fonctionnement langagier dans un contexte de tâche collective. Ainsi, nous avons pu découper, dans ce type d'interaction ternaire des unités signifiantes en rapport direct avec les approches à étudier.

Cela nous a amené à classer les actions médicales et les interactions leurs correspondantes car nous avons remarqué clairement qu'à chaque action correspond des procédés langagiers spécifiques. A partir de là, les choix empiriques et méthodologiques commencent beaucoup plus à s'éclaircir. Ce n'est que par la suite qu'une certaine complexité est dégagée des enregistrements de différentes activités médicales.

- **Présentation du service d'hépto-gastro-entérologie**

Le service d'hépto-gastro-entérologie de l'hôpital de Tlemcen est une petite organisation se caractérisant par une double hiérarchie : l'une médicale et l'autre administrative. De plus la nature de l'activité médicale et paramédicale qui est de satisfaire aux besoins des malades en qualité, équité, pertinence et efficacité ; le service s'attache à des modalités d'organisation et de fonctionnement nouvelles. 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.

Le service accueille essentiellement des pathologies digestives : RCH (Recto-Colite-Hémorragique), les maladies de Crohn, les hépatites A, B et C, les néoplasies gastriques, les néoplasies hépatiques, les néoplasies du colon, les néoplasies du rectum, les néoplasies du pancréas, les cirrhoses hépatiques. Le service reçoit également des malades externes pour des explorations endoscopiques haut et ou bas pour des éventuelles hospitalisations.

Le service est divisé en deux unités : unité d'exploration endoscopique contenant deux salles dont l'une est pour l'exploration haute ou fibroscopie, et l'autre salle pour exploration basse ou colonoscopie, examen proctologique et rectosigmoïdoscopie 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, une salle de pharmacie, ainsi que deux salles, une pour le médecin chef de service et l'autre est commune pour tous les autres médecins du service (maîtres-assistants et résidents).

Le service dispose aussi de 24 lits, dont deux en chambres seules de quatre réparties sur trois chambres.

Le service comporte quatre maîtres assistants dont un occupe un grade de médecin-chef de service, deux médecins résidentes, deux médecins généralistes, quatre infirmiers diplômés d'état et six infirmiers brevetés, réparties dans le jour et la nuit ; d'une secrétaire médicale et d'une secrétaire d'administration, de quatre commis de salle et d'un agent de course. Les malades sont suivis par l'ensemble des équipes (celle du jour et de nuit).

De même, le service est fréquenté exclusivement par les étudiants de la faculté de médecine, de psychologie et de l'école paramédicale. Concernant les internes, le système du collectif de travail à l'hôpital se base sur une division du travail. Leurs répartitions se font en fonction du nombre des malades qui doivent s'adapter à leurs demandes. Avec la présence de l'ensemble des étudiants, vient s'ajouter une autre tâche, celle de la pédagogie. Les médecins et les infirmiers doivent être à leurs disponibilités (explications des actes, réponses aux questions, conseils...etc). A leur tour, les étudiants doivent se soumettre aux ordres des médecins et des infirmiers, doivent répondre à leurs questions de théorie si cela leur a été demandé ainsi que d'exercer la tâche qu'on leur a confié et qui relève évidemment de leur spécialité selon l'éthique et la déontologie médicale.

Les activités médicales effectuées dans le service sont les suivantes : 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 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 d'évaluer les actions faites à l'égard des malades, d'affiner les doses médicamenteuses et d'améliorer les conduites à tenir. De même, une visite générale est organisée tous les mercredis pour la négociation de la conduite à tenir où plusieurs éléments d'informations sont regroupés, comparés, confrontés. Sont négociées aussi les passations des malades à d'autres services ainsi que leurs sorties. Des décisions sont alors prises et des problèmes sont résolus. Cette activité requiert, évidemment des compétences multiples et suppose des savoirs partagés.

Dans la salle de soins, on trouve les dossiers des malades qui constituent l'outil principal des informations concernant les malades dans ses différents aspects (renseignements, antécédents pathologiques, bilans biologiques et radiologiques...etc.). Un registre est réservé aux prescriptions médicales et un autre aux consignes passées par les infirmiers. Ceux-ci remplissent en parallèle une fiche cartonnée pour chaque malade où figurent tous les soins effectués sur le malade (mise en place d'une voie d'abord, perfusion et transfusion portant tous les détails, injections...). Une fiche thérapeutique, œuvre collective placée au pied du lit du malade est remplie par les médecins (diagnostic, traitement) ainsi que par les infirmiers (TA, T°).

I.3.2.4. Présentation du corpus

Tel est indiqué plus haut, le corpus est orienté vers l'analyse de toutes les modalités interactionnelles des médecins (spécialistes, résidents, généralistes, internes), des infirmiers (diplômés d'état et brevetés) et des malades engagés dans des interactions et des activités langagières diversifiées relatives au contexte d'action médicale : consultation médicale, examen endoscopique haut et bas, visite quotidienne et visite

générale. Nous avons fait l'étude de différents contextes interactionnels et actionnels au service de gastrologie de l'hôpital de Tlemcen de manière à couvrir l'hétérogénéité interactionnelle et la variabilité contextuelle ainsi que la diversité des concepts pour satisfaire aux critères de représentativité théorique. Il devient dès lors impératif, d'observer les différents savoirs des participants lors des différentes activités effectuées dans le service et d'identifier les interrelations et les dynamiques interactionnelles qui émergent, telles que la négociation, la résolution des problèmes et les prises de décisions.

Toutes ces situations sont particulièrement pertinentes puisqu'elles sont analysables comme interaction coopérative devant permettre la transmission d'information et la construction des activités médicales collectives.

En voici la représentation suivante :

Dimensions individuelles	Contextes d'action	Réalisation de la tâche
- Médecin chef de service, Médecins assistants, médecins résidents, médecins internes, infirmiers, malades	- Interrogatoire - Visite quotidienne - Visite générale -Investigation et expérimentation (Examen endoscopique bas : colonoscopie totale ; recto-sigmoïdoscopie; Examen endoscopique haut: Fibroscopie) -Prescription ; Recommandation	- Aspect cognitif : Connaissances des représentations de chacun des acteurs - Aspect pragmatique : Communication en contexte - Aspect langagier : Différents phénomènes langagiers

Tableau 4 : Dimensions de l'interaction pendant l'activité médicale

Nous résumons les enregistrements effectués dans le service de gastrologie de Tlemcen, dans le tableau représentatif ci-après :

Enregistrements	Activités médicales	Interlocuteurs en présence
Enregistrement 1	Visite quotidienne	Médecin spécialiste (maître-assistant : Dr ¹) ; Médecin résidente (Dr ^{®1}) ; Médecin interne (Int ¹) ; Infirmière (diplômé d'état : Inf ³) ; Malades.
Enregistrement 2	Visite quotidienne	Maître-assistant : Dr ¹ ; Médecin résidente (Dr ^{®1}) ; Médecin interne (Int ¹) ; InfirmièreS (diplômé d'état : (Inf ³ , Inf(4))) ; Malades
Enregistrement 3	Examen endoscopique bas : un examen proctologique (examen du rectum)	Maître-assistant Dr ¹ ; Infirmière (Inf ² , Inf(4)) ; Malade (femme)
Enregistrement 4	Consultation	Maitre-assistant : Dr ¹ ; Infirmière brevetée : (Inf(5)) ; Malade (homme)
Enregistrement 5	Visite générale	Maître- assistants (Dr ¹ , Dr ²) ; Médecins résidents (Dr ^{®1} , D ^{®2}) ; Médecins internes (Int ¹ , Int ²) ; Infirmiers :(deux surveillants médicaux, deux infirmières diplômées d'état : Inf ¹ , Inf ² , Inf ³ , Inf(4)) ; Malades
Enregistrement 6	Examen endoscopique haut	Maitre assistant (Dr ²) ; Médecin interne (Int ¹) ; Infirmière brevetée (Inf ¹) Malade (homme)
Enregistrement 7	Consultation	Maitre-assistant : Dr ¹ ; Infirmière brevetée (Inf(5)) ; Malade (homme)
Enregistrement 8	Consultation	Maître-assistant (D ¹) ; Infirmière (brevetée : Inf(5)) ; Malade (homme)
Enregistrement 9	Examen endoscopique haut	Maître-assistant (Dr ¹) ; Infirmière (Inf ¹) ; Malade (homme)
Enregistrement 10	Examen endoscopique haut	Maître-assistant (Dr ¹) ; Infirmière (Inf ¹) ; Malade (homme)
Enregistrement 11	Examen endoscopique haut	Surveillant médical ; Malade ; Maître-assistant (Dr ¹) ; Infirmière (Inf ²) : Surveillant médical : Malade (homme)
Enregistrement 12	Examen endoscopique bas : un examen proctologique (examen du rectum)	Maître-assistant (Dr ¹) ; Infirmière (Inf ²) ; Malade (homme)
Enregistrement 13	Examen endoscopique bas : une rectosigmoïdoscopie	Maître-assistant (D ¹) ; Infirmière (Inf ²) ; Surveillant médical ; Malade (femme)
Enregistrement 14	Examen endoscopique bas : une colonoscopie totale	Maître-assistants (Dr ¹ , Dr ²) ; Infirmière (Inf ²) ; Surveillant médical ; Malade (homme)
Enregistrement 15	Examen endoscopique haut	Maître-assistant (D ¹) ; Infirmière (breveté : Inf ¹) ; Malade externe (homme)
Enregistrement 16	Examen endoscopique haut	Maître-assistant (Dr ¹) ; Infirmière (Inf ¹) ; Malade externe (femme)
Enregistrement 17	Examen endoscopique haut	Maître-assistant (Dr ¹) ; Infirmière (Inf ¹) ; Médecin interne de l'interservice (Int(is)) ; Malade de l'interservice (enfant : garçon)
Enregistrement 18	Examen endoscopique haut	Maître-assistant (Dr ¹) ; Médecin résident (Dr ^{®1}) ; Infirmières (Inf ¹ , Inf ²) Malade de l'interservice (femme)

Enregistrement 19	Examen endoscopique haut	Médecin interne : (Int ¹) ; Malade interne
Enregistrement 20	Examen endoscopique bas : une rectosigmoidoscopie	Maître-assistant : (Dr ¹) ; Infirmière (Inf ²) ; Malade (femme)
Enregistrement 21	Visite générale	Maître-assistants : Dr ¹ , Dr ² , D ³) ; Médecins résidents (Dr ^{®1} , Dr ^{®2}) ; Médecins internes (Int ¹ , Int ²) ; Surveillant médical (Surv) ; Infirmières (Inf ² , Inf ³ , Inf ¹ , Inf(4)) ; Malades 6 femmes et 5 hommes
Enregistrement 22	Examen endoscopique bas : une colonoscopie	Maître-assistant (Dr ¹) ; Médecin résident (Dr ^{®1}) ; Surveillant médical (Surv) ; Infirmières (Inf ² , Inf ³ , Inf ¹) ; Malade (femme)
Enregistrement 23	Examen endoscopique haut	Maître-assistant (Dr ²) ; Médecin résident (Dr ^{®1}) ; Infirmière (Inf ¹) ; Malade (femme)
Enregistrement 24	Examen endoscopique haut	Maître-assistant (Dr ¹) ; Médecin interne (Int(is)) ; Infirmière (Inf ¹) ; Surveillant médical ; Malades externe (femme)
Enregistrement 25	Examen endoscopique haut	Maître-assistant (D ¹) ; Infirmière (Inf ¹) ; Malade externe (homme)
Enregistrement 26	Examen endoscopique haut	Maître-assistant (D ¹) ; Infirmière (Inf ¹) ; Malade externe (homme)
Enregistrement 27	Examen endoscopique haut	Maître-assistant : (Dr ¹) ; Infirmière (Inf ¹) ; Médecin interne de l'interservice : (Int(is)) ; Malade de l'interservice (femme)
Enregistrement 28	Examen endoscopique haut	Maître-assistant (Dr ¹) ; Médecin résident (Dr ^{®1}) ; Infirmière (Inf ¹ , Inf ²) ; Médecin interne (Int ¹) ; Malades internes
Enregistrement 29	Examen endoscopique haut	Maître-assistant (Dr ¹) ; Médecin résident (Dr ^{®1}) ; Infirmière (Inf ¹ , Inf ²) ; Surveillant médical (Surv) ; Médecin interne : (Int ¹) ; Malades internes
Enregistrement 30	Examen endoscopique bas : examen proctologique	Maître-assistant (Dr ²) ; Médecins résidents (Dr ^{®1}) ; Médecins internes (Int ¹ , Int ²) ; Infirmières (Inf ² , Inf(4)) ; Malades Malade externe femme
Enregistrement 31	Examen endoscopique bas : colonoscopie totale	Maître-assistant (Dr ²) ; Surveillant médical ; Infirmières (Inf ² , Inf(4)) Malade interne : homme
Enregistrement 32	Examen endoscopique bas : colonoscopie totale	Maître-assistant :(Dr ¹) ; Surveillant médical (Surv) ; Infirmières brevetée Inf ² ; Malade (homme)
Enregistrement 33	Examen endoscopique bas : examen proctologique	Maître-assistant (Dr ¹) ; Infirmières (Inf ²) ; Malade (homme)

Tableau 5 : Représentation des enregistrements

CHAPITRE II :

***Communications, interactions,
contextes et activités distribuées***

II.1. Plurifonctionnalité des interactions dans l'activité médicale collective

II.1.1. Communications et interactions

A partir du corpus recueilli, nous avons décidé de nous intéresser, comme il est indiqué plus haut, aux interactions dans des contextes différents de l'activité médicale. Ces interactions paraissent ainsi, comme le point central de toute action collective coopérative.

D'ailleurs, tous les terrains d'observation témoignent qu'elles sont indispensables à la plupart des activités de travail en l'occurrence médicale, parfois même elles la constituent : « 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. » (Borzeix.A & Fraenkel.B, 2001 : 120).

Prendre en considération une telle idée revient à admettre que « la coopération, une action vers le même but, nécessite de communiquer en vue d'échanger les informations, de signifier à l'autre ses intentions, d'interpréter et de comprendre les intentions du partenaire, particulièrement en termes d'actions présentes et futures. » (Léglise.I, 1999 : 48). Une version où l'on maintient un travail séparé et divisé, on entretient le principe selon lequel la responsabilité ne se partage pas (à chacun sa tâche, son rôle, son espace d'action et son domaine de responsabilité), mais on vise à améliorer les passages de relais et les dialogues entre ces travaux séparés.

Dans le meilleur des cas, on aura aménagé des espaces interactifs, espaces à travers lesquels, on cherche à se transmettre des informations actionnelles. Par exemple, au cours d'une visite générale, on aménagera des moments de rencontre pour co-ajuster le traitement et donc, arriver à la résolution coopérative des problèmes du malade.

C'est pourquoi, dans le schéma de notre travail, nous avons privilégié la prise en compte de ces interactions considérées non seulement comme un simple échange d'informations, mais comme le lieu de construction de connaissance collective dans des contextes différents de travail. Cela, nous mène à montrer que le principe de coopération 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.

Prenons par exemple, les situations de travail en gastrologie, dans lesquelles, 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 :

0814. Mde : aïe
0815. Dr¹ : 'rak madrou
[vous avez mal?]
0816. Mde : ella
[non]
0817. Dr¹ : 'ha: wach bik
[et qu'est-ce que vous avez alors?]
0818. Mde : rani:: <...?> [j'ai..]
0819. Dr¹ : hadi ghi bach triyah / ghi bach triyah
[c'est juste pour vous rétablir]
0820. Mde : rani khayef
[j'ai peur]
0821. Inf¹ : matkhafch
[n'ayez pas peur]
0822. Mde : rak machi tdirli lyebra
[vous allez me faire l'injection]
0823. Dr¹ : machi el yebra hadi la yebra la walou / hadi \
[ce n'est une injection, il ne s'agit ni d'injection ni de rien]
0824. Inf¹ : mandirou walou ghi <...?> il lui faut une préparation psychologique+ smaa
weldi:
[on ne va rien injecter ; écoute moi mon fils]
0825. Mde : hmm
0826. Inf¹ : hada ghi tiyou: taa l'estoma:c rahom ydirouh ammalin ch'har we ammaline
chahrine rahna ndirouhelhom++ ki yedkhoul / ghi ki yedkhoulek srat+ we
tnahad maa nifek tbib même pas tkika / même pas ychouf we ykherjeh:
hada makane++ maydiroulek walou weldi hada nta kimma radio:: basah
houwa tiyou yedkhoul mel dakhel+ saha
[c'est juste une fibroscopie, on la fait pour des nourissons de un à deux mois,
quand on introduit le fibroscope, essaye de l'avaler et respire par le nez, le
médecin va te la faire en moins d'une minute, il va juste voir ce tu as, puis
il va sortir, c'est tout, on ne vous fait pas de mal, c'est un examen aussi
facile qu'une radio, mais pour la fibroscopie, on introduit le fibroscope par

la bouche, d'accord]

0827. Mde : hmm

0828. Inf¹ : tsaafna: [tu vas nous coopérer (à l'acte)]

0829. Mde : ouah [oui, d'accord]

Il devient impératif de souligner 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.

C'est ce que montre avec justesse P.Falzon, en stipulant que toute interaction lors d'une activité collective est guidée par deux objectifs complémentaires :

II.1.1.1. Synchronisation sur le plan cognitif

C'est un ensemble de représentations communes à savoir, une représentation du résultat à atteindre, connaissances des faits relatifs à l'état de la situation (tableau clinique, examens complémentaire, problème à résoudre...etc.) et un partage commun d'un même savoir (identification de la pathologie, conduite à tenir devant un symptôme ressenti par le malade...etc.). En nouant leur échange verbal, les interactants se trouvent souvent conduits à coopérer, donc une relation de confirmation de leur personnalité s'établit. Cela est fondé sur l'idée d'interdépendance des membres du groupe tendant à tisser des liens, à se conformer les uns aux autres, et à se sentir appartenir à une communauté. C'est ce que vient prouver, Alain Blanchet lorsqu'il 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. » (Blanchet.A & Trognon.A, 2002 : 61-64).

Blanchet.A 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. » (2002 : 6-8). Cette même idée est soutenue par 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. Ces sujets, Habermas ajoute, appartenant à un même groupe social partagent les mêmes valeurs de comportement, soit les mêmes normes, et attendent les uns des autres que dans une situation de contact donné, ils orientent leur comportement selon ces normes socio-langagières régissant la production ainsi que l'interprétation des énoncés.

Le cas par exemple, du médecin assistant qui est amené parfois à évaluer le comportement ou la participation du médecin interne à l'activité médicale, souvent et surtout lorsque ce dernier ne suit pas les normes, entre avec lui dans une relation à caractère formateur, réparateur ou pédagogique.

Voici l'exemple suivant :

0790. Dr¹ : c'est pour la remarque+ jamais matakatbou biopsie hatta::+ ceux / ceux qui écrivent une lettre ntina ki taktab leuh: hm par exemple hadi ghir lik bach tataalmi c'est ça: maalikch euh::

[il ne faut jamais demander vous-même une biopsie ; c'est un conseil pour vous, c'est juste pour apprendre les bonnes habitudes]

0791. Int(is) : oui

0792. Dr¹ : 'takbal euh:: la discussion

[tu accepte qu'on discute?]

0793. Int(is) : oui

0794. Dr¹ : alo:rs par exemple quand vous envoyez: ana / ana par exemple quand j'envoie une lettre pour euh :: faire une / un scanner sur un radiologue ya:k++ par exemple un scanner abdominal+ est-ce que je lui+ par exemple je mentionne / je veux / je veux euh: cibler euh:: par exemple leuh le foi: par exemple je veux une exploration scannographique au niveau de la région hépato-biliaire 'yak

[n'est-ce pas ?]

0795. Int(is) : oui

0796. Dr¹: est-ce que je lui précise:: ki:/ ki nebaatou / ki n'orientih vers l'hépto-

biliaire+ est-ce que je lui précise qu'il faut / il faut me donner des mensurations taa le foi wella: il me faut une euh: me donner des mensurations taa la rate wella hadi:+ non

[par exemple, quand j'envoie un malade pour une échographie, je ne demanderai pas au médecin de me préciser les mensurations du foi ou bien de la rate]

0797. Int(is) : non

0798. Dr : il le fait systématique++ ici il est utile de faire la même chose hna+ pour la biopsie quand je fais une fibroscopie tout endoscopie++ pour vue que je / je si je dois en faire une biopsie+ d'accord

0799. Int(is) : oui

0800. Dr : par exemple: tabaatli une anémie+ je sais que finalement: il faut que je fasse une biopsie: ça fait yla taktabli:+ ANEMIE AVEC BIOPSIE+ fibro avec biopsie: 'raki fahma kifach

[par exemple, si vous m'envoyez un malade qui a une anémie, je devrais systématiquement faire une biopsie sans que vous le mentioniez, vous me comprenez?]

0801. Int(is) : oui

0802. Dr¹ : we surtout hna: hna on fait pas de biopsie++ raison de plus: kit tsib un tableau d'hypertension porta:le alo:rs tableau d'hypertension portale généralement c'est les cirrho:sés+ yak

[et surtout, ici chez nous, on ne fait pas de biopsie, quand on trouve un tableau d'hypertension portale, on pense automatiquement à la cirrhose]

0803. Int(is) : oui

0804.Dr¹ : cirrhose+ andek une pancytopénie avec splénomé / surtout splénomégalie+ c'est-à-dire il fait une pancytopénie: certainement:: il doit faire des troubles de la crasse sanguine il doit faire une thrombopénie++ PRObablement: ki tchouf dossier tchouf vous allez voir belli il fait une thrombopénie:: thrombopénie c'est CONTRE-indiqué la biopsie++ donc rak tchouf kifach rak taktab hna: donc il faut faire attention fen hadi:: zaama:

[alors vous voyez comment vous écrivez les lettres d'orientation, il faut faire attention dans ces cas là]

0805. Int(is) : ih

[absolument]

Comme il est illustré, le médecin assistant entre avec l'interne dans un discours de formation et d'apprentissage et lui montre qu'à chacun une tâche spécifique et qu'il doit rédiger seulement une demande d'examen endoscopique sans pour autant exiger une biopsie duodénale, du moment où celle-ci, relève uniquement du champ de compétence du gastrologue.

Il ajoute que quelqu'un qui fait une anémie doit systématiquement subir une biopsie sans qu'on le lui demande. D'autant plus, ce malade présente en association avec son anémie, une cirrhose, et donc des troubles de la crasse sanguine. La biopsie devient alors formellement contre-indiquée chez lui.

Ce qui vient d'être dit nous mène à montrer que les ressources langagières des participants sont à la fois mobilisées et configurées dans l'activité coopérative du travail. Ces participants se concertent donc, dans la poursuite d'un but commun qui est toujours discuté et déterminé conjointement et qui fait l'objet d'un contrat implicite ou explicite. Fondamentalement, l'élaboration d'un référentiel commun apparaît comme l'un des éléments essentiels qui organise la coopération sur le plan cognitif. C'est ce que constate pertinemment, P.Falzon lorsqu'il interprète la réduction des échanges verbaux de l'équipe de travail comme la preuve de l'existence de ce système de référence commun où les partenaires expriment tous à la fois leurs connaissances et leurs savoirs :

1391. Int¹ : &c'est le patient XY âgé de 55 ans sans antécédants pathologiques particuliers+ donc admis pour un syndrome tumora:l avec adénopathi:es profondes et infiltration gastrique

1392. Dr¹ : ah

1393. Int¹ : je continue

1394. Dr¹ : très très bien

1395. Int¹ : c'est un foi métastatique avec adénopathies abdominales profondes+ en faisant la fibroscopie on a retrouvé une formation d'un truc angulai::re qui s'étend vers euh:: prend pratiquement toute euh:: la:: X

1396. Dr¹ : foi métastatique non: vous retrouvez le néo primitif

1397. Int¹ : oui

1398. Dr¹ : c'est un NEO de X

1399. Dr^{®2} : les biopsies sont en cours+ le résulta::t neuh:: normalement la chimiothérapie

1414. Dr¹ : 'ma dertch scanner hna fe sbitar

[vous n'avez pas fait de scanner à l'hôpital?]

1415. Mde : rah andi wahad dertah berra

[j'ai un scanner fait à titre externe]

1416. Dr¹ : ella fe sbitar / fe sbita:r

[non, je parle d'un scanner fait à l'hôpital]

1417. Mde : ella
[non]
1418. Dr¹ : iyya saha
[bon, d'accord]
1419. Inf³ : ella: aaml feuh::
[non, il l'a fait à..]
1420. Int¹ : baki les marqueurs tumoraux [il reste.
1421. Dr² : c'est la chimiothérapie à titre paliatif
1422. Dr² : neprésentih we nchouf
[je le présenterai (au service de chirurgie général, pour qu'il soit pris en charge), puis je verrai]
1423. Dr² : si on a la chimiothérapie: tu leur donnes un cas intéressant+ tu::+ / tu nous ramènes les renseignements
1424. Dr¹ : hna on l'a hospitalisé: même der les examens à titre privé: machi ma ndirouch fih (e)l confiance: tant que rah andek tu es responsable tu dois tout refaire+ ma bkatch hadi:k taa euh:: ah anaawed ma ala balich
[nous l'avons hospitalisé, même s'il a fait des examens à titre externe, il faut tout refaire, on lui fait confiance, mais tant qu'il est admis chez toi, tu es responsable]
1425. Dr² : parce que tellement on est des humains:: on est sujets à faire des erreurs euh:: l'erreur est humaine

II.1.1.2. Synchronisation sur le plan d'action

Elle englobe la répartition des tâches ainsi que le déclenchement, l'arrêt, et la simultanéité des actions. Cette répartition évolue en fonction des changements contextuels.

Il s'agit d'une performance continue sans cesse de la part des acteurs impliqués dans la réalisation de la tâche collective, le cas de notre étude, en ce qu'ils produisent des actions, les adaptent, les modifient, voire même les annulent en fonction de la situation dans laquelle ils se trouvent engagés. Les interactions sont ainsi organisées parce qu'elles sont dotées d'un mode de fonctionnement structuré par la répartition des tâches et construit par cet ensemble de partenaires : « il est vrai que les communications au travail se caractérisent par le fait que les opérateurs échangent des phrases ou des discours pour

conduire des actions, donner des ordres, transmettre des informations pertinentes. » (Boutet.J, 1993 : 56).

Certains processus communicatifs sont pertinemment présents, tels que, demande et apport d'information, négociation, investigation, résolution de problème, etc. Plus largement, ces à travers ces interactions que se définissent les individus et leurs rôles et que s'édifient les leurs différentes dimensions. C'est à travers aussi, l'accord mutuel des plans d'action que manifestent les acteurs sur le fondement de définitions communes des situations et de la prise en compte des interactions. C'est ce que formule avec force, Goffman (1987), que dans toute interaction sociale, chaque individu joue au moins deux rôles : le sien, en tant qu'être social reconnu comme tel, et celui d'interactant lorsqu'il répond à certaines contraintes en lien avec la situation ou le domaine dans lequel il se trouve engagé.

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 Adam Smith appelle « division du travail » (Boudon.R & Bourricaud.F, 1982 : 79). Cette division du travail, remarque Durkheim, 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 » (ibid : 185), un phénomène organisé et coordonné.

Ce qui vient d'être dit, est représenté sous la forme simplifiée suivante :

Communications, interactions et activités collectives	
Synchronisation sur le plan cognitif	Synchronisation sur le plan d'action
<ul style="list-style-type: none"> - Connaissances des systèmes d'acteurs, des représentations et des controverses : <ul style="list-style-type: none"> • Acteurs avec des statuts multiples : triade médecin-infirmier-malade • Ressources partagées et asymétriques 	<ul style="list-style-type: none"> - Répartition des tâches
<ul style="list-style-type: none"> - Connaissances des institutions et des procédures institutionnelles : <ul style="list-style-type: none"> • Processus dynamique de coordination mobilisant des dispositifs multiples • Conflits et désaccords 	<ul style="list-style-type: none"> - Déclenchement des actions ; - Arrêt des actions ; - Simultanéité des actions.
<ul style="list-style-type: none"> - Construction collective d'objectifs et d'actions <ul style="list-style-type: none"> • Partage commun d'un même savoir • Partage de savoirs spécifiques 	<ul style="list-style-type: none"> - performance continue de la part des acteurs impliqués dans la réalisation de la tâche collective

Tableau 1 : Représentation des communications et des interactions pendant l'activité collective

Au regard de ces deux objectifs complémentaires, appliqués à l'analyse du travail à l'hôpital, nous retiendrons que dans la communication, la production et l'interprétation du sens se coordonnent pour instaurer la coopération. Celle-ci peut être l'objet des tâches collectives effectuées simultanément par un groupe d'acteurs visant un but commun et qui se sont concertés à cet effet. A ce titre, ils doivent manifester une capacité puis une compétence à partager le sens des réalités abordées, l'effort de compréhension et d'interprétation des productions des autres.

II.1.2. Statuts et savoir des participants dans l'activité interactionnelle

Quand on considère d'où vient la parole, quelle position occupent les acteurs et comment ils catégorisent leurs partenaires au cours d'une interaction en milieu professionnel, en l'occurrence médical, on est amené à distinguer entre le statut social des participants (âge, sexe, profession, etc.) considérés indépendamment de cette interaction et le rôle qu'ils jouent en parlant (rôles discursifs : conseiller, conciliateur ... ; ou rôles institutionnels : médecin-infirmier-malade...etc.). Cela dit, que toute interaction est porteuse d'une proposition de définition des « places »⁵ des interlocuteurs aussi à travers son contenu qu'à travers la manière dont elle est faite. Dans cela, on marque à la fois quelle place on prétend occuper et quelle place on prétend assigner aux co-énonciateur au cours de leurs échanges.

Toute interaction peut être considérée donc, comme contribuant à positionner les acteurs échangeant les uns envers les autres dans des circonstances différentes. 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 : « la performance professionnelle, c'est la volonté du groupe [...] de donner le meilleur de soi dans le domaine professionnel. ». (Leutheurtre.H & Caveng. JM, 1991 : 18). Cela se traduit par une somme d'activités qu'il peut mener, de façon coopérative et complémentaire.

Cette idée est renforcée par D.Maingueneau qui dit que : « 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. » (Larochebouvy.A, 1986 : 55). Dans cette perspective, 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. » (Maingueneau.D, 1996 : 72). Il devient évident, alors, que dans toute interaction, l'acteur

⁵- la notion de place évoquée par Flahault est utilisée 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 »

se trouve amené à jouer le rôle que lui dicte son statut social. Cette même idée a été renforcée par P.Bange dans sa théorie de l'action (Bange.P, 1992 : 124) dans laquelle, il insiste sur la complémentarité des rôles ainsi que les buts communs comme critères à la coordination des actions.

En ce qui nous concerne, nous avons pu constater à travers notre corpus, que la fonction du médecin quoi qu'elle bénéficie par tradition d'une suprématie et d'un pouvoir interactionnel absolu, lorsqu'elle tombe dans l'espace interactionnel⁶, elle s'éloigne du rapport social trichotomique : expert-non expert-novice pour se fondre dans un rapport de transversalité des rôles et des compétences pouvant aboutir à une dynamique interactionnelle indéniable. Du coup, nous rendons compte de la position des protagonistes (médecins, infirmiers et malades) et nous tentons de montrer qu'elle ne peut se ramener à un paramètre unique, mais se manifeste à la fois sous la forme de statuts sociaux et de rôles qui sont négociés et construits à travers l'interaction. Par exemple, dès qu'un acteur échange une communication, il intervient dans ce contexte des positionnements des acteurs qui réagissent aussi en fonction de ces positionnements.

Tel est le cas d'un malade cirrhotique qui connaît souvent l'étendue et l'origine de sa pathologie, connaît aussi le degré d'importance de quelques symptômes particuliers qui pourront être à l'origine d'une aggravation de son état, va communiquer ce qu'il sait de sa propre performance à l'infirmier. Celui-ci, possède le statut légitime de médiateur entre le médecin et le malade, va annoncer l'information au médecin. A son tour, le médecin ayant le pouvoir dicté par les lois sociales et institutionnelles va confirmer cette information et réfléchir à propos des examens complémentaires à venir. Ce qui est simplifié dans le schéma suivant :

⁶- 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.

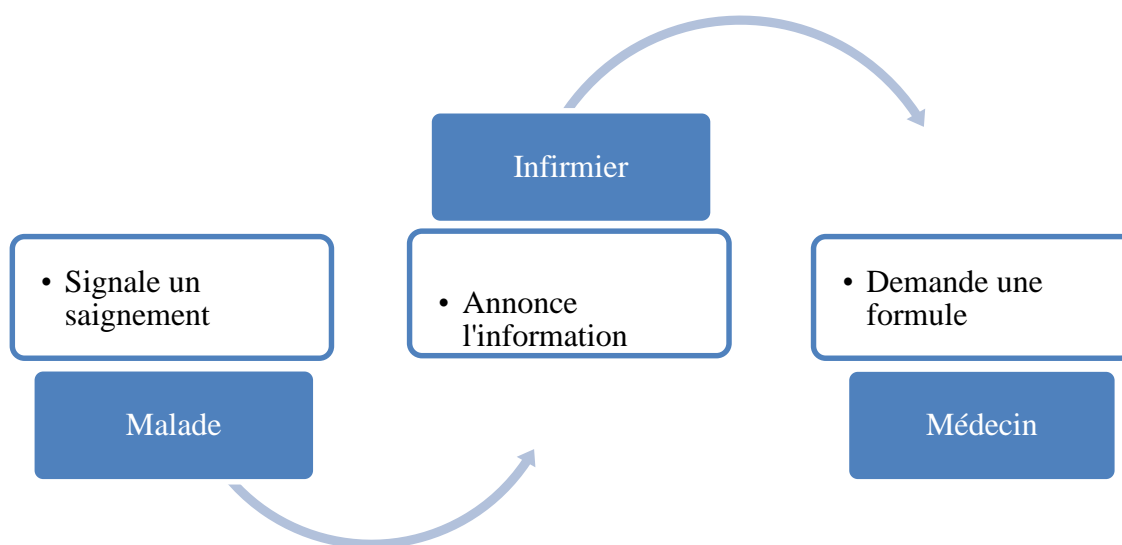


Figure 1 : Représentation des savoirs distribués des participants

Pour plus d'illustration, nous avançons l'exemple suivant. Le savoir de chacun des partenaires est représenté en gras :

0179. Inf ³ :	huit selles mais (il) (n) y a pas de sang
0180. Dr ¹ :	(il) (n) y a pas de sang / 'we kifach t'heuss rassek+ ayen: fachlan:+ rak zaamak::+ tatmacha 'chwiya [comment vous vous sentez, fatigué, épuisé, vous marchez un petit peu?]
0181. Mde :	nefchel [je me sens épuisé]
0182. Dr ¹ :	tefchel [vous vous sentez épuisé]
0183. Mde :	netmacha ghi chwiya:+ nefchel+ we ki: nakoul wella:: nentfekh [je tolère très mal la marche et je fais des ballonnements quand je mange]
0199. Dr ¹ :	voilà: c'est bon on attend / on attend les lavements we: ça+++ ki kount taamal les lavements hatta hadouk les <...?> makountch tkharrajhom [vous ne rejetez pas les lavements quand vous les utilisez]
1249. Inf ³ :	weuh / we température à 40°: [et la température à 40°]
1251. Dr ¹ :	'comment tu expliques ça:+ 'we [et] l'amaigrissement comment tu expliques ça+ c'est l'infectieux / c'est un malade d'infectieux

1252. Dr² : il est toxicomane donc il est <...?>'dertou VS

[vous avez fait la VS ?]

1253. Int¹ : VS très accélérée

1271. Dr²: 'ma dertouch les hémocultures

[vous n'avez pas fait d'hémocultures ?]

1206. Dr^{®2} : voilà+ maintenant on va voir pour une colo:

On s'aperçoit alors que tous les partenaires médecins, infirmiers et malades peuvent se prévaloir du titre de spécialistes : tous revendiquent une part de mérite à faire valoir certaines opinions.

Il est dès lors, indispensable de montrer que l'objectif commun des acteurs les amènent à résoudre ensemble des problèmes de santé du malade, non seulement à l'aide de leurs compétences complémentaires, mais aussi au moyen de diverses activités interactionnelles (négociation, résolution coopérative de problèmes, sollicitation d'informations...etc.) dont nous rendrons compte ultérieurement.

II.1.2.1. Activités interactionnelles du médecin

Comme nous venons de souligner, le pouvoir à l'hôpital est hérité de son histoire puisqu'il émane surtout des connaissances et de l'expertise des professionnels. Le médecin par exemple, représente une institution sociale, et détient, bien entendu, le pouvoir et l'autorité lui permettant de maîtriser son rôle et lui offrant des possibilités diverses dans la manipulation de l'information 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. Par l'affirmation de sa compétence professionnelle à travers ses activités explicatives, il peut juger de la validité des interventions des autres partenaires. Sa compétence est basée sur les qualités professionnelles et humaines et lui permet d'imposer des décisions indispensables :

« [...] 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 ».
(Lazorthes.G, 1993 : 272).

La qualité de la relation apparaît comme le fondement existentiel de toute communication entre les partenaires de soins. La mission du médecin est donc de venir en aide, de tenter de guérir en mettant en application des actes médicaux, sinon de soulager en s'adaptant en paroles et en gestes avec ceux qui l'entourent. Certains lui accordent un pouvoir absolu dans l'engagement et la clôture des interactions. Cette mission lui a permis d'avoir l'initiative quasi-totale de ses procédés langagiers et d'exercer un pouvoir indéniable dans un espace interactif qui lui permet d'exercer toutes ses compétences interactionnelles et discursives.

Comme on peut le voir dans l'exemple qu'on va avancer ci-dessous, 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 (bilan biologique ou radiologique), l'information se veut complète et fiable : la fibroscopie retrouve une sténose œsophagienne; de source douteuse (biopsie non tranchante), elle est reléguée au second choix :

0088. Dr^{®2} : oui+ c'était **des lésions 3B / 3B œsophagienne:: et 3A gastrique+** donc on a mis le patient sous alimentation parentérale:le pendant au total / pendant 15 jours+ la fibroscopie de contrôle à j 15 a retrouvé **une sténo:se<...?>**

→ **source sûre**

0080. Dr^{®2} : on a fait un bilan de la tuberculose à la recherche de BK qui est revenu négatif

→ **source sûre**

0081. Dr¹ : l'**origine** est encore **ambigüe**

0451. Dr¹ : **aatini nchouf euh:: bio / biopsie++** on va l'hospitaliser hein:: **naawed une biopsie+** el haj tnahad ghi bechwiya alik++ ouvre / ouvre

[fais voir la biopsie, je vais lui refaire la biopsie(biopsie d'entrée non tranchante), respire tout doucement]

→ **source douteuse**

Alors, il est à noter que, le double savoir du médecin l'habilité à neutraliser les zones de flou jalonnant l'interaction allant même à les anticiper. En tout cas, c'est un positionnement qui découle de son statut réel :

1219. Dr² : j'ai refait l'FNS à DEUX repri:sés+ &la première fois le sang était hémolysé+ la deuxième fois on a eu le taux des plaquettes qui sont à 100000+ les globules blancs qui sont à 5800+ euh:: sur le plan:: biochimique la fonction rénale c'est norma:le glycémi::que++ bilan lipidique norma:l+ on retrouve une hyperprotidémie de 89 et les transamina:sés les TGO à 1,39 de la normale

1220. Dr¹ : 89! Une hypoprotidémie à 89!

1221. Dr² : i:h rahom yjiwna ha::kdak

[oui, on ne reçoit que ce type de résultats]

(peut être que les résultats sont erronés)

1222. Int : 90!

1223. Dr¹ : basah machi des hypoprotidémies / machi des hypoprotidémies

[mais il ne s'agit pas d'hypoprotidémies]

1224. Dr² : ella:: ella! HYPER

1225. Int¹ : HYPER

1226. Dr¹ : a:h!

1227. Dr² : &HYPERPROTIDEMIE à 89+++ bilirubine totale à 13,2 avec une bilirubine conjuguée à 2,2++ le TP revient à 100%++ la VS est très accélérée à trois chiffres:: donc on a fait des sérologies vira:les++négati:ves la sérologie de l'HIV et de la syphillis sont en cours+ on a fait un bilan de la tuberculose à la recherche de BK qui est revenu négatif+ le téléthorax est normal++ la fibroscopie réalisée ne retrouve pas de varices œsophagiennes++ l'écho abdomina:le elle montre un foi homogène de contour régulier évoquant une XX voie biliaire intrinsèque+ \

II.1.2.2. Activités interactionnelles de l'infirmier

Pour commencer, 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 :

« 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. » (Aubert.L et al, 2007 : 88).

Il constitue « l'œil et la main du médecin. »⁷. En effet, de sa part, l'infirmier qui a un rôle traditionnel de collaborateur direct du médecin, il l'informe :

✓ soit quand il le sollicite :

1271. Dr²: 'ma dertouch les hémocultures
[vous n'avez pas fait d'hémocultures?]
1272. Inf³ : ella ma dernach
[non, on en a pas fait]

1275. Dr² : 'et VS en cour
1276. Inf³ : VS en cours

2172. Dr¹ : 'à combien
(le médecin demande auprès des résultats de l'Albuminémie)
2173. Inf(4) : 28

0055. Dr¹: 'we diabète:\
[et le diabète]
0056. Inf(4) : il est mal équilibré

⁷- 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 : 1

1896. Dr¹ : 'vous l'avez ponctionné
1897. Inf(4) : ponctionnat'ha: marra+ XX
[XX l'a ponctionné une fois]

✓ soit sans qu'il le sollicite :

1898. Dr¹ : tu essayes de la ponctionner+ si ça ramène saha:+ essanna nchouf \
[d'accord, attends je vais voir]
1899. Inf(4) : ça a ramené:
1163. Inf³ :il se réveille
1274. Inf³ : (e)l barah kan à 38° [hier, il était à 38°]
0025. Inf³ : ouah (il) y a une ascite associée++ très abondante
1349. Inf³ : il y a la diarrhée / (il) y a la diarrhée
1090. Inf¹ : (e)l youm tji (e)l FNS
[on va recevoir l'FNS aujourd'hui]
0106. Inf(4) : houma ma atawha aucun traitement++ khellawha ghi+ sous Claforan::
we derel'ha la respiration+ we la: respi mouvements:: gal'ha (il) faut la
bouger: norma::le <...?>
[le réanimateur ne lui a donné aucun traitement, il l'a laissé uniquement sous
Claforan et il l'a mis sous oxygène]
0108. Inf(4) : t'balaat
[elle fait une détresse respiratoire sérieuse]
0152. Inf³ : des diarrhées sévères des euh:: XX

Un autre exemple représentatif, lors d'une fibroscopie, le médecin observe la lésion et le dit à l'infirmier. Celui-ci ramène la pince à biopsie pour prélever des fragments sans qu'on le lui demande.

De même, l'infirmier peut être l'initiateur de beaucoup d'activités :

2194. Inf(4) : **naamloul'ha fibro**:: [on lui fait une fibroscopie?]

1714. Inf³ : hadak (e)l malade bach **nponctionniwah**[on doit ponctionner le malade X]

1934. Inf(4) : (TP) très très bas++ '**nzidoul'ha les PFC**
[on lui passe des PFC ?]

1353. Inf³ : '**ndirou la sérologie: en urgence**
[on fait une sérologie en urgence ?]

1693. Inf² : des polypes 'ya:k **la chirurgie**
[ah, des polypes, donc appelez la chirurgie]

1069. Inf¹ : '**je transfuse deux flacons de sang**

0177. Inf³ : **on a lancé une VS**

C'est un exemple type relevant du rôle propre infirmier. L'infirmière dans cet exemple a pris l'initiative et propose au médecin de faire la fibroscopie pour un malade et de ponctionner une autre qu'elle a jugé en gêne respiratoire. Et concernant un malade qui avait un TP trop bas, elle avertit le médecin et lui demande de faire une transfusion de sang.

Une autre illustration où l'activité communicationnelle se concentre sur l'infirmier qui 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. Sa fonction relève de la traduction d'un langage médical en un langage commun : « les infirmières et les aide-soignantes traduisent pour les malades le langage médical, et explicitent les contraintes qui sont attachées aux actions prescrites. Elles traduisent aussi pour les médecins les questions, les désirs des malades » (Corcuff.P, 2011: 192). Elle fonctionne alors comme un point de repère pour tous. Ces multiples rôles sont représentés en gras dans l'exemple suivant :

2489. Mde : aïe aïe ya Allah [Ô mon Dieu]

2490. Inf² : **ghi sabri: Allah ykhellik sabri**

[il faut avoir de la patience, que Dieu vous garde, patientez]

2491. Dr² : sous anesthésien (le médecin demande à l'infirmière de donner au malade un produit anesthésiant)

2492. Inf² : **xylocaïne**

2493. Dr² : 'ça y est

2494. Inf² : ouah [oui]

2495. Dr² : sous insuline

2496. Inf² : **eu::+ non-insulino: \ 'ma (t)dirch el yebra** [elle ne fait pas d'insuline]

2497. Mde : 'taach [quelle injection?]

2498. Inf² : **taa l'insuline+ 'tacharbi (e)l kachi**

[les injections d'insuline, vous prenez des comprimés?]

2499. Mde : ella (e)l kachi

[non, des comprimés]

2500. Inf² : **non-insulino-dépendant**

2501. Dr² : diabétique

2502. Inf² : elle répond

2503. Mde : 'assem andi

[qu'est-ce que j'ai comme problème?]

2504. Inf² : **jerh kdime+ hadouk bwasser we maamarlek beddem (e)l dekhel we rah ki:: ki (e)l hajra**

[une ancienne plaie, ce sont des hémorroïdes sanguinolants formants une masse dure] 2505. Mde : basah ana:: \ [mais, moi..]

2506. Inf² : **i::h maalich maalich hna nziftouk (e)la chirurgie we houma ydabbrou ras'hom**

[on va vous orienter vers la chirurgie qui va vous prendre en charge]

2507. Mde : i:h!+ la chirurgi::e [ah!]
2508. Dr² : hayadi and'ha un problème euh::+ antécédant: TUMORA:L++ and'ha::
ki chghoul \
[voilà, elle a un problème..., elle a une sorte de..]
2509. Inf² : **voilà yziftak (e)la chirurgie we euh **
[il va vous envoyer à la chirurgie, et ..]
2510. Mde : 'ghadi y'opéré ça fait:+ [je vais me faire opérer donc?]
2511. Inf² : **ella douk chirurgien houwa:: / houwa rah yekdeb briya docteur XY
le chirurgie we ychouf wachta ygoulleh**
[non, c'est le chirurgien qui tranche, dr Dib est en train d'écrire une lettre
d'orientation pour la chirurgie, et il va voir]
2512. Mde : 'yesemma opération: [donc, il s'agit d'une intervention chirurgicale?]
2513. Inf² : **(e)l insane yastajib lillah soub'hanahou wa taala+ machi: haja
gra:ve**
[l'être humain doit se soumettre à la volonté de Dieu, ce n'est pas
quelque chose de grave]
2514. Mde : ella el hamdoullah [non, Dieu merci]
2537. Dr² : il faut faire une exérèse we yziftouha (e)l'anapath
[et on l'envoie au service d'anatomo-pathologie]
2538. Inf² : **neggal'ou (e)lahma:+ ** [on enlève cette formation]
2539. Dr² : ouah inchallah [oui, si Dieu le veut]
2540. Inf² : **we naayroulek (e)lahma** we ngouloulek men baad wassem kayen
[on va analyser cette formation et on vous communiquera le diagnostic]

Tel qu'il est illustré, l'infirmière de part son rôle, prend l'initiative de donner la xylocaïne -produit anesthésiant- au malade avant que le médecin le lui demande. Celui-ci trouve au cours de son examen proctologique, chez ce malade ayant des antécédants tumoraux, des hémorroïdes sanguinolants. Ce qui indique la nécessité de faire une exérèse

et une biopsie anatomo-pathologique. Ici, l'infirmière est à l'écoute des réactions et des commentaires du malade, qui sollicite immédiatement une précision ou une traduction de ce qu'a dit le médecin. Elle prend le temps de répondre à sa question et adapte le vocabulaire à son niveau de connaissance en explicitant et/ou en reformulant un savoir savant en un savoir ordinaire :

- *des hémorroïdes sanguinolants* → *bwasser we maammarlek beddem* ;
- *une exérèse et une biopsie anatomo-pathologique* → *neggal'ou (e)lahma we naayroulek (e)lahma*

De même, l'infirmier relate au médecin tout un tableau clinique ressenti par le malade (état du malade, soins réalisés à son égard) et coordonne les informations ; lui apporte quelques nuances, des compléments ; met en relief quelques symptômes non énoncés par le résident ou l'interne, donne son opinion qui relève de son savoir infirmier et rectifie des informations erronées permettant d'ajuster le récit de l'interne.

Cela constitue pour le médecin une représentation pertinente pour poser un diagnostic et donc pour énoncer des directives d'action suivante.

Cela est représenté en gras dans l'exemple suivant :

0096. Inf(4) : **makantch tabbaa:+ kanet fe la maison++ ghi dekhelet pour had la respiration+** ja XY chaf'ha / XY taa euh:: la:khor

[personne ne la suivait, elle était chez elle, elle est admise dans notre service pour une dyspnée, dr XY est venu la voir, le médecin de...]

0097. Dr¹ : ih: taa euh:: / leuh:

[oui, celui de...]

0098. Inf(4) : taa euh:: / taa:+ XY [celui de...]

0099. Dr¹ : ih ih: [oui oui]

0100. Inf(4) : **ouah+ basah ki chafha: basah ghi:: gal'ha khash kouli:: we euh::**

[oui, mais quand il a vu il lui a dit qu'elle est dans un stade terminal]

0101. Dr¹ : ih: ih [oui oui]

0102. Inf(4) : we euh:: [et puis..]

0103. Dr¹ : 'c'est des:: / c'est des méta:+ / méta osseuses hiya

[elle fait des métastases osseuses]

0104. Inf(4) : **ih des méta osseuses ouah X la radio ma kan fih wa ::lou+ zaama::
au niveau ::+ zaama pulmonaire ma kan walou++ haya**

[oui des métastases osseuses, oui ; à la radio, il n'y avait rien de grave ;
c'est- à-dire au niveau pulmonaire, il n'y avait rien de grave, voilà le
résultat]

0105. Dr¹ : le contrôle taa lakhor rah yeuh: / yebloqué++ la respiration::+ taa la
tension: we koulchi

[elle fait un déficit respiratoire, tension artérielle et tout]

0106. Inf(4) : **houma ma atawha aucun traitement++ khellawha ghi+ sous
Claforan:: we derel'ha la respiration+ we la: respi
mouvements:: gal'ha (il) faut la bouger: norma::le <...?>**

[le réanimateur ne lui a donné aucun traitement, il l'a laissé
uniquement sous Claforan et il l'a mis sous oxygène]

0107. Dr¹ : <...?>

0108. Inf(4) : **t'balaat** [elle fait une détresse respiratoire sérieuse]

0056. Inf(4) : **il est mal équilibré**

0057. Dr¹ : ih: [ah] voi::là il est mal suivi

0058. Inf³: mal suivi

0059. Dr¹ : donc ça++ c'est pour ça:: que ::

0060. Inf(4) : **mal suivi**

0061. Dr¹ : ça+ c'est tout à fait norma:l

0062. Inf(4) : **il fait pas de contrôles médicaux:: /**

0063. Dr¹ : voilà::

0064. Inf(4) : **il met l'insuline à tort et à trave::rs**

0024. Dr¹: hayadi le quatorze le lendemain:: donc c'est une adénopathie:: c'est

'pourquoi ils nous l'ont envoyé++ hna / hna on traite les adénopathies
<...?> on traite pas les adénopathies surtout had le cas++ j(e) sais pas:+
pour les perf !

[voilà le 14, chez nous, on ne traite pas les adénopathies ! surtout ce cas !]

0025. Inf³ : **ouah (il) y a une ascite associée++ très abondante [oui]**

0026. Dr¹ : hadi hna [celle-là]

0027. Inf³ : **ouah [oui]**

L'infirmière dans cet extrait, relate l'histoire de trois malades, le premier est une métastase osseuse admise au service pour une dyspnée. Elle ajoute que la malade vu par le médecin réanimateur a été mis sous Claforan. Pour le deuxième malade, l'infirmière essaye de montrer au médecin son degré de négligence. Elle déclare que le malade ne fait pas du tout de contrôles médicaux, ne respecte pas la dose d'insuline prescrite et il est totalement indiscipliné. Quant au troisième malade, l'infirmière rectifie l'information apportée par le médecin interne stipulant que le malade a été admis au service pour une adénopathie isolée et confirme qu'il a été hospitalisé pour une ascite abondante associée.

De ce qui précède, on s'aperçoit que l'information apportée par l'infirmière constitue un acte, à la fois narratif et descriptif en soi visant à éclaircir le cas du malade et d'organiser l'action future.

Dès lors, l'infirmière joue un triple rôle de collaboratrice, de médiatrice et de traductrice.

II.1.2.3. Activités interactionnelles du malade

Se rapportant à sa maladie, le malade se rend entièrement au personnel soignant auquel il se trouve en permanente situation d'assisté et ne peut que faire confiance. Sa part interactionnelle est parfois bénigne, ayant un caractère de soumission propice au maintien de l'asymétrie de l'interaction. C'est le cas où il ne réclame à la limite qu'un

type de communication de base : demande d'information simple, etc. A ce titre, c'est dans les interactions du soignant, que le soigné va construire et accroître son expertise.

Mais parfois aussi, sa part interactionnelle constitue une facette d'experte au sein de son rôle de novice. A ce moment là, il n'est plus un malade assisté, au contraire, il devient plus exigeant et revendique sa part créative des interactions.

C'est ce que soulignent avec justesse Furchner et Gühlich (2001 : 84) : « (...) le patient est expert de son côté. Il ne l'est pas seulement parce qu'il peut avoir acquis certaines connaissances médicales à force d'avoir vécu et de vivre une maladie chronique, mais il dispose d'un savoir spécifique concernant les symptômes précurseurs, les manifestations ... ».

Cette part interactionnelle est soulignée et transcrite en gras dans l'exemple suivant :

0184. Dr¹ : (ye)semma les gaz bezaf++ 'wel makla assem rak takoul+ 'est-ce que rak dayer un régime [alors c'est les gaz, et pour l'alimentation, qu'est-ce que vous mangez? vous suivez un régime?]

0185. Mde : **ih:: un régime**

[oui biensûr]

(le malade connaît très bien sa pathologie et connaît son régime)

0186. Dr¹ : 'assem houwa

[c'est quoi comme régime]

0187. Mde : **andi:: la purée euh::**

[je prends une purée]

0187. Dr¹ : i::h

(quoi encore)

0188. Mde : **andi roz: tani la malh la zit++ khoubz messous** hada makan

[le riz aussi sans sel ni huile, pain sans sel, c'est tout]

0189. Dr¹ : 'kich takoul djaj [comment vous prenez le poulet?]

0190. Mde : ih+ djaj tani hakdak ghi nghellih bel ma / ghi::+la melh la:: \

[alors, la même chose pour le poulet, je le fait bouillir, je le prend sans sel, ni..]

0191. Dr^t: 'tkad takoul eu::h djaj

[vous pouvez manger le poulet?]

0192. Mde: **ouah el fakiya andi:: ghi: à part teffah wel banane euh:: **

[oui pour les fruits, je ne mange que les pommes et les bananes]

Le service de gastrologie reçoit beaucoup de malades ayant des maladies chroniques telles que l'RCH, les hépatites, les maladies de Chron, etc. C'est pourquoi les malades sont bien documentés sur leurs maladies, leurs traitements ainsi que le régime qu'ils doivent suivre. C'est pourquoi, ils deviennent plus exigeants et deviennent des acteurs à part entière du moment où ils sont pourvus d'un historique hospitalier chargé, ce qui affiche la part d'expertise qu'ils détiennent : (i ::h un régime) : cet allongement montre que le malade est très bien renseigné de sa pathologie, et doit évidemment suivre un régime et n'a pas besoin d'être rappelé. D'autant plus qu'il montre au médecin sa bonne discipline en lui donnant de plus amples informations sur le régime alimentaire qu'il suit.

Il s'agit ici, d'une véritable activité de négociation sur le régime suivi, où la maîtrise par le malade d'indices contextuels de l'activité vient se confronter à l'expertise du médecin. De là, il peut s'avérer expert dans son domaine. Cette expertise est traduite par une utilisation spontanée des termes médicaux relatifs à sa pathologie ou par la connaissance du déroulement de l'activité médicale. Certains de ces savoirs peuvent être expertisés par le soignant.

Cela est illustré dans l'exemple suivant :

0164. Dr¹ : alo::rs 'ch'hal khrajt man khatra 'koutli ch'hal euh:: \

[vous avez fait combien de selles?]

0165. Mde : **huit fois+ mazal andi huit fois++** (e)l youm mazal makhrajtch

[je fais toujours huit selles, aujourd'hui je n'ai pas encore fait de selles]

0166. Dr¹ : ih koutli majat jaria majat kas'ha

[alors, vous m'avez dit qu'il s'agit de selles semi-liquides]

0167. Mde : manich aref

[je ne sais pas]

0168. Dr¹ : marakch aref! c'est-à-dire exactement::

[vous ne savez pas]

0169. Mde : **ghi une diarrhée:: ma:: teuh: machi::** \

[il s'agit d'une diarrhée qui n'est pas..]

0178. Dr¹ : donc euh:: c'est un peu l'aspect:: un signe de: / de: l'évolution de: la::
taa / taa RCH donc il fait / il fait toujours dix selles sanglantes mais **(il)**
(n) y a pas de sang euh:: huit selles / huit selles

0179. Inf³ : huit selles mais (il) (n) y a pas de sang

Le malade est ici à même d'exhiber son expérience par la connaissance de rituels jalonnant l'activité communicationnelle en cette situation. Avec l'expérience, le malade perçoit directement les conditions qui rendent possibles le déclenchement des actions médicales, ainsi il construit un contexte significatif. Il ramène une serviette pour son hypercicalorrhée, ramène une boîte pour sa prothèse..., se laver la bouche après l'acte médical, etc. Cette part d'expertise que détient le malade peut rester inhibée, surtout avec le médecin, ou être activée et revendiquée avec l'infirmier vu son rôle d'interprète direct du malade. Celui-ci a pris l'habitude d'explicitement intentionnellement des informations habituellement implicites énoncées par le médecin. Les deux parties semblent mieux s'entendre et s'engagent à mener à bien leurs discussions d'interprétation.

C'est ce qui est représenté dans l'exemple ci-dessus : de par son savoir, le malade sait que le médecin cherche des précisions sur l'aspect des selles, notamment la présence ou non du sang, signe majeur d'aggravation de la maladie, et prend l'initiative de répondre à ce besoin en lui apportant l'information voulue : (*ghi une diarrhée:: ma:: teuh: machi:: \ : ce n'est qu'une diarrhée :il n'y a pas de sang*).

De même, nous soulignons le rôle fondamental de l'écoute de la part du malade qui peut parfois être interprétée comme une obéissance, dans le sens où il détient les informations quant à la réalisation des activités médicales globales. Paradoxalement, le malade a besoin d'être écouté de façon active, d'avoir des réponses aux questions qu'il se pose concernant son traitement, sa maladie, son suivi et son accompagnement autour des réunions, les raisons techniques derrière tout acte médical fait à son égard. Il sollicite des confirmations des propos des médecins et ou une validation de ses propres sentiments.

En voici l'exemple suivant :

0677. Mde : ana manich aref mais d'aprè::s++ c'est intoxication yballi d'origine
médicamenteu:se / yballi plus euh: balek euh:: alimentaire

[je ne sais pas, mais je crois que c'est une intoxication médicamenteuse,
ou beaucoup plus une intoxication alimentaire]

0678. Dr¹ : ella:: ella: makanch [non, non, ce n'est pas ça]

0679. Mde : ah

0680. Dr¹ : te te [non]

0681. Mde : kount chrabt euh:: \

[j'ai déjà pris..]

0682. Dr¹ : des / des antiinflammatoires machi:: \

0683. Mde : chrabt euh:: / chrabt Nifluril bezaf

[j'ai pris beaucoup le Nifluril]

0684. Dr¹ : hmm

0685. Mde : kount euh:: \

0686. Dr¹ : voi::là Nifluril hiya elli deretlek had echi

[c'est le Nifluril qui vous a causé ce problème]

0687. Mde : ouah Nifluril+ chrabt Nifluril beza:f+++ d'aprè::s mes / mes collègues

alouli: hatta:: / hatta alimentaire

[oui, j'ai beaucoup pris le Nifluril, mais d'après mes collègues, c'est aussi une intoxication alimentaire]

0690. Dr¹ : Nifluril MACHI alimentaire+ maybanouch / maymeddouch les ulcères

[c'est d'origine médicamenteuse et non pas alimentaire, l'intoxication alimentaire ne donne pas des ulcères]

0691. Mde : kanet andi un problème dentai:re++ j'ai voulu trai / traiter le problème dentaire euh \

[j'avais un problème dentaire]

0692. Dr¹ : hadi hiya: des problèmes dentaires+++ kanet temchilek le (e)ddame

[exactement, c'est une complication suite à des problèmes dentaires]

0693. Mde : oui

0694. Dr¹ : des / des / des saignements:: we koulchi 'smaat

[vous avez des saignements et tout, vous comprenez?]

0695. Mde : ouah++ <...?>

0696. Dr¹ : ah oui:

0697. Mde : euh:: \

0698. Dr¹ : chouf smaani+ naatik un traitement derwak+ taawed twelli un contrôle endoscopique d'ici un mois et demi \

[écoutez moi, je vous donne un traitement tout de suite, et puis vous revenez dans un mois et demi]

0711. Mde : euh:: l'ulcère ella: [ulcère, non]

0712. Dr¹ : c'est pas ulcère: c'est des ULCERA / des ULCERATIONS

0713. Mde : ulcè \

0714. Dr¹ : ulcérATIONS machi ulcère / machi ulcère+ ulcère haja kdi:ma:+ machi les médicaments+ nta c'est les médicaments elli atroulek fen hadak echi:: d'accord [ce n'est pas un ulcère, l'ulcère, c'est plaie ancienne, par contre pour vous c'est les médicaments qui vous ont causé le problème]

Par ailleurs, nous palpons dans l'exemple ci-dessous la position passive du malade qui a le sentiment d'être manipulé et n'a qu'obéir sans la moindre condition dans la mesure où il doit respecter d'une manière ou d'une autre les contraintes d'un travail institutionnel. Les infirmiers et les médecins alors informent clairement le malade de l'activité médicale à effectuer, des techniques utilisées, des consignes à suivre pour qu'il soit en mesure de comprendre l'activité proposée et donc d'être coopératif. E.Goffman confirme cette contrainte par la définition de la requête : « (...) des paroles dont le but est de pousser l'auditeur à faire quelque chose, et cela avec un degré d'urgence qui peut aller de la requête courtoise jusqu'à l'ordre brutal. » (E.Goffman, 1987 : 70) :

2325. Inf¹ : dour (e)l andi+ yeddik rahom ba:rdine

[tournez vous, vous avez les mains froides]

2326. Dr¹ : ichrine thania we nkemmal++ ghi tnahad chouf ki nedkhoul dekhrou tuyau men foummak we tina tnahad men nifek+ a::di tnahdi tchoufi++ voi::là+ +errik taak ki yheub youkhrej errik ghi khellih youkhrej ma t'hawesch tassartou

[je termine dans vingt secondes, seulement vous respirez, écoutez, j'introduis le tuyau par la bouche et vous respirez par le nez, c'est un acte facile, donc respirez, pour la salive, laissez la couler, ne pas l'avaler]

2327. Mde : ih

[d'accord]

2328. Dr¹ : chouf ghi: / ghi / kamel had el moudda t'heuss kelli rik habba tatkayya

[écoutez, durant ce temps, vous aurez envie de vomir]

2329. Mde : yih [d'accord]

2330. Dr¹ : hadak c'est normal khater ana rahi machi nd'hilek ana un tube+ donc ntina assem houwa::+ le corp taak yabka ghi y'heub yatkaya++ hna anna vingt secondes machi bezaf ghi:: saafni ma ntawalch d'accord++ hout rassek hna andi: voi::là très bien

[c'est tout à fait normal, parce que je vais introduire un corp étranger c'est pour cela que votre corp va réagir donc, vous aurez envie de vomir, j'ai 20 secondes pour terminer, ce n'est pas beaucoup, vous devez seulement m'aider, je ne vais pas tenir longtemps, mettez la tête ici, de mon côté]

2331. Inf¹ : aatiha la xylo+ haki essarti: essarti

[donne lui la xylocaïne, tenez, avalez la]

A vrai dire, l'intervention du malade, tout comme dans cet exemple montre que c'est les soignants qui dirigent l'interaction. Cependant, nous notons l'aspect pertinent des actions coopératives médecin-infirmier-malade dans lesquelles les positions et statuts de chacun sont maintenus dans l'interaction, par le fait que le soigné, de profil obéissant, adhère à son rôle. Mais quelque soit le degré d'expertise du malade et ses aspirations, sa confrontation avec l'ensemble des savoirs que détiennent les soignants, accorde à l'échange interactionnel une plasticité permettant la mobilité des rôles pour aboutir à un but commun. De ce fait, il devient impératif de souligner le caractère interpersonnel et humanitaire de la relation soignants-soignés dont le respect est de rigueur.

A la lumière de ce qui vient d'être dit, on s'aperçoit que le pouvoir interactionnel n'est pas limité au seul médecin ; au contraire, il est impérativement partagé avec tous les membres de l'entreprise du moment où tout le monde coopère pour atteindre les mêmes objectifs. De ce fait, les interactions ne sont réussies que lorsqu'il y a un accord technique sur le plan de l'action, ainsi qu'une entente mutuelle sur le plan de la relation.

A vrai dire, la continuité et la cohérence des interactions et des actions en situation de travail à l'hôpital, nécessite la coopération des trois parties.

II.2. Dialectique communication-contexte

II.2.1. Typologie des communications et des actions en contexte hospitalier

Nous nous proposons dans ce qui va suivre, de faire une description centrée sur une typologie des communications et des actions en situation de travail collectif. Nous soulignons ainsi, trois aspects des communications qui sont comme suit :

II.2.1.1. Communications à visées fonctionnelles

Ce sont des échanges langagiers spontanés orientés vers l'exécution immédiate de la tâche. Elle permet aux interactants de se transmettre des informations, d'échanger sur l'activité en cours. Ces communications comme l'affirme Lacoste « ont une importance considérable dans la mesure où elles contribuent à la confrontation des expériences, à la circulation des normes, à la négociation des territoires d'intervention de chacun, bref aux conditions d'effectuation du travail réel. » (Lacoste.M, 1993 : 87).

Il s'agit d'une source importante de connaissances sur les activités des partenaires. Selon A.Savoyant et J.Leplat (1983), les communications fonctionnelles sont souvent considérées comme un indicateur de l'activité ou des conditions de l'activité effectué par des membres partageant les mêmes bases d'orientation et ayant un système de référence commun.

En ce sens, les communications fonctionnelles font parties intégrantes des activités de travail. Nous avançons l'exemple d'une visite quotidienne :

0001. Dr¹ : aatin::i les motifs taa: l'hospitalisation+/ le motif

[donnez-moi les motifs d'hospitalisation]

0002. Int¹ : c'est-à-dire euh: jana me service ORL+++/ il a été:: fe service ORL amloulou
une euh:: un scanner qui a montré:: une euh:: Cyto:: TUBERCULO::SE
GONGLIONnaire

[c'est une passation du service ORL, il a fait un scanner qui a montré une tuberculose gonglionnaire]

0003. Dr¹ : bon il était au:+ / d'ORL pour quelle raison+++ 'est-ce qu'il a été:: hospitalisé\

0004. Int¹ : Kyste hna (ici : l'interne montre la localisation du gonglion) au niveau:: de\

0005. Dr¹ : 'est-ce qu'il a été hospitalisé ou non

006. Int¹ : non:: non:

007. Dr¹ : ah!il n'a pas été hospitalisé+ juste juste suivi!

008. Int¹ : juste suivi bark

Dans cet exemple, nous observons notamment des activités verbales de demandes et d'apports d'informations (*Dr : aatin::i les motifs taa l'hospitalisation+ / le motif↔Int¹ : c'est-à-dire euh: jana me service ORL+++ / il a été:: fe service ORL amloulou une euh:: un scanner qui a montré:: une euh:: Cyto:: TUBERCULO::SE GONGLIONnaire*) et des moments de confirmation (*Dr¹ : ah! il n'a pas été hospitalisé+ juste juste suivi!*) et de reconfirmation verbale (*juste suivi bark*) : Le médecin demande des informations sur un malade qui vient d'être hospitalisé. Ces informations constituent pour lui une représentation pertinente à l'action. Celle-ci va permettre une évaluation collective dépendante des différents savoirs selon différentes circonstances et va dicter la conduite à tenir appropriée. A partir d'un ensemble d'information, il expose les événements (hospitalisation du malade, adénopathie, son type...), évalue moyennement le cas du malade en définissant un espace de problème et décide d'énoncer une directive d'action qui est de rédiger une lettre d'orientation pour mieux explorer le cas du malade hospitalisé en gastrologie.

Exprimé ainsi, ces communications ont permis des ajustements du travail de chacun dans le but de faire émerger un savoir commun de la situation.

Globalement, les caractéristiques des communications fonctionnelles sont comme suit :

✓ remplit la fonction de coordination entre le personnel soignant et soigné dont l'objectif est la réalisation d'un but commun :

0193. Dr¹ : &ouah l'essentiel euh:: el haja elli tdourrak matakoulhach bezaf pa(r)ce que+ i (l) y a trois régimes / i(l) y a trois régimes à:: bon+ il y a déjà le régime sans sel taa les corticoïdes:+ hadi manahadrouch aliha++ mais il y a d'autres régimes en cas de poussées d'RCH: les aliments sucrés+++ chicoulat:: haja msakra bezaf:: tzidlek la diarrhée+ les aliments riches en résidu+++ hadou elli la SEP hadou elli yataamrou pour ne pas:: pour diminuer le volume de la SEP +we kayen le troisième régi::me les ALLERGENES batata frites el hout euh:: el yayourt \

[oui, il faut éliminer tout aliment qui retentit sur ta santé, le régime sans sel pour les corticoïdes, on ne parle pas de ça, c'est clair.. chocolat, tout aliment trop sucré, il accentue la diarrhée et il y a un troisième régime... les frites, les poissons, les yaourts]

0194. Mde : ella manakoulch el yayourt \ [non, je ne prends pas les yaourts]

0195. Dr¹ : fromage+ petit-suisse hadou kamel matakoulhoumch

[vous ne devez pas prendre le fromage ..]

0196. Mde : ana gaa el haja taa lahlib ma nakoulhach

[moi, je ne prends plus les dérivés de lait]

Le médecin explique en détail au malade ainsi qu'aux internes et aux infirmiers les types de régime que doit suivre un sujet atteint d' RCH.

✓ contribue à l'acquisition d'un savoir partagé : l'échange qui suit est lié au caractère collectif de l'activité de travail qui nécessite une coordination et une confrontation collective des faits pour aboutir à des solutions définitives :

1157. Dr¹ : iyya diri:: / présentih ghi hadri [allez commencez, présentez le malade]

1158. Dr^{®2} : alo:rs c'est un malade âgé de 56 ans admis pour diarrhées Chroniques

évoluant depuis:: deux mois+ euh:: le patient présente des signes de dégénérescence XX traité par des diurétiques++ ayant des antécédants d'encéphalopathie hépatique il est en stade de décompensation il est sous antibiothérapie il est toujours euh:: il est mal:: euh

1160. Dr² : donc on l'a hospitalisé: lundi

1161. Dr¹ : lundi

1162. Dr² : lundi: il était mieux que:: \

1163. Inf³ : il se réveille

1164. Dr¹ : ih il se réveille [oui]

1165. Int¹ : il répond:: il a ses reflexes

1166. Dr² : mais il a une asthénie profonde

1192. Dr² : &<...?> on retrouve également de multiples XX ensuite (il n) y a pas de X intrahépatique avec de multiples adénopathies en regard du ile hépatique+ pancréas de taille normale de densité ordinaire++ donc euh: houman [eux] ils ont conclu à une greffe néoplasique un hépatocarcinome avec de multiples lésions nodulaires de type métastatique sur un foi+ les protéines sont normaux même hna [nous] quand on les a faite euh:: fe [au niveau de] l'anapath+ elles étaient normaux++ donc il est nécessaire de rechercher une autre néoplasie

1195. Dr¹ : il a commencé à chutter

1196. Dr² : vu la décompensation on a arrêté le traitement+ <...?>

1198. Dr² : mais il faut qu'elle soit complétée par une cœlioscopie pour rechercher une éventuelle néoplasie digestive euh:: \

1204. Dr² : il n y a pas:: surtout une dégénérescence il ne se dégénère pas sur une autre région

1205. Dr¹ : non

1206. Dr² : voilà+ maintenant on va voir pour une colo:

La circulation de l'information est, dans cet exemple, continue. Les compétences ainsi que les savoirs institutionnels des médecins leurs permettent de parler et de raisonner

de manière intelligible. Dès que les informations antérieures à l'échange révèlent quelque chose de significatif, ils éprouvent le besoin de changer d'orientation, pour faire parler davantage l'objet évoqué antérieurement (*signes de dégénérescence et antécédants d'encéphalopathie hépatothique*), entament de ce fait une discussion sur tout le tableau clinique présenté par le malade et réfléchissent à propos de tous les examens complémentaires qui peuvent identifier la pathologie en cause ou confirmer la néoplasie digestive suspectée. Cela leur permet, sur un plan analytique, de regrouper les indices d'identification du problème. Ce qui relève d'un savoir commun partagé, en matière d'identification de la pathologie.

✓ réduction des échanges verbaux pour un personnel ayant un système de référence commun et une représentation cognitive partagée : prenons l'exemple précédent où les médecins, à partir de leur savoir et de leur savoir-faire, ont évoqué plusieurs diagnostics susceptibles de donner un tel tableau clinique. De même dans l'exemple suivant, le médecin décide de ne pas faire de biopsie car le malade présente un symptôme biologique (thrombopénie) qui la contre-indique :

0802. Dr¹ : we surtout hna: hna **on fait pas de biopsie++** raison de plus: **kit tsib un tableau d'hypertension portale**:le alo:rs tableau d'hypertension portale généralement c'est les cirrho:ses+ yak

[et surtout, ici chez nous, on ne fait pas de biopsie, quand on trouve un tableau d'hypertension portale, on pense automatiquement à la cirrhose]

0803. Int(is) : oui

0804.Dr¹ : cirrhose+ andek une pancytopenie avec splénomé / surtout splénomégalie+ c'est-à-dire il fait une pancytopenie: certainement:: il doit faire des troubles de la crasse sanguine il doit faire une thrombopénie++ PRObablement: ki tchouf dossier tchouf vous allez voir belli il fait **unethrombopénie:: thrombopénie c'est CONTRE-indiqué la biopsie++** donc rak tchouf kifach rak taktab hna: donc il faut faire attention fen hadi:: zaama:

[alors vous voyez comment vous écrivez les lettres d'orientation, il faut faire attention dans ces cas là]

II.2.1.2. Communications subordonnées à l'action

L'action est distribuée entre le personnel soignant. Celle-ci requiert une activité interactionnelle indéniable, telle que la transmission d'information au cours des visites quotidiennes et générales, le questionnement et les examens endoscopiques...etc. Elle se déroule sur deux plans :

- ✓ *Un plan opérationnel* : où elle s'élabore.
- ✓ *Un plan métalangagier* : où elle est décrite et commentée. Il est de type évaluations, des annonces de l'action, des commentaires sur l'action, des directives...etc.

Ainsi, nous allons nous pencher sur les activités verbales de nos partenaires qui se superposent aux actions effectuées. Elles s'intègrent au sein de l'action et servent à la coordination de celle-ci et elles peuvent beaucoup contribuer à l'enrichir. Elles la précèdent ou la suivent souvent, mais aussi se déroulent en même temps. Comme le remarque Lacoste à propos du travail infirmier : « des activités multiples se succèdent, mais aussi se déroulent en parallèle, ou se recoupent : loin d'être monotonement linéaire, l'univers de l'action se révèle feuilleté, intriqué, enchevêtré. » (Lacoste.M, 1994 : 38).

Par souci de clarté, nous tenons à considérer en permanence, ces actions immédiates que l'on entreprend, suivies de communications ; des communications parallèles aux actions ainsi que des actions que l'on envisage, précédées de communications. Dans ce qui suit, nous allons illustrer ces trois différentes phases de l'activité de travail et de la communication.

- **L'action préalable au déclenchement de la communication :**

Une action implique souvent plusieurs communications et plusieurs informations. Cela dit, qu'elle constitue le noyau autour duquel vont s'organiser les communications. Par exemple, elle peut être précédée par une phase de planification, pendant laquelle, les participants définissent leurs objectifs ainsi que les conditions d'exécution et les propriétés des objets pertinents pour la réalisation coordonnée des tâches. Elle regroupe des échanges verbaux liés aux actions visuelles ou visio-manuelles faites sur le malade : (constat, décision, palpation, examen endoscopique...).

En effet, les sujets impliqués dans l'exécution d'une tâche (quelqu'elle soit (négociation notamment lors d'une visite générale, examens endoscopiques et examens complémentaires, lecture-interprétation des données, confirmation ou infirmation des faits, résolution coopérative des problèmes, prescription et recommandation...etc) tendent à construire une interaction relative à cette tâche.

Autrement dit, cette forme de communication est orientée par cette tâche. C'est surtout le cas de l'action des prescriptions médicales où le médecin, lors d'une consultation, d'un examen endoscopique haut ou bas, d'une visite générale ou quotidienne rédige d'abord une ordonnance ou écrit sur le registre des visites ou sur la feuille de température affichée à la tête du lit du malade puis leur communique le traitement prescrit, les doses à prendre, ainsi que les bilans complémentaires à faire.

En voici un exemple représentatif :

1700. Dr¹ : XY:: chouf fel masrane ma andek wa:lou+ andek ghi hal homsa sghira::

[écoutez moi Hachmaoui, vous n'avez rien au niveau du colon, vous avez un petit polype]

1701. Mde : ouah [d'accord]

1702. Dr¹ : hadik / hadik ghir zyada tamma / tamma ntiya / ntiya ma rakich arfa had euh: wach rah andek:+ hadik men baad neuh:: / men baad nchoufou kich naggal'ouha++ 'smaati+++ ki hna ngoulou ki ettoulala hagda (e)l dakhel andek fel masrane: basah machi:: / machi m'attra alik hein: c'(est)-à-dire machi:: hiya msebbatlek hadak ecchi

[c'est quelque chose de bénin, vous ne savez pas ce que vous avez, pour ce polype, on va essayer de l'enlever, vous m'entendez? il s'agit d'un polype au niveau du colon, mais ce n'est pas grave, c'est-à-dire qu'il n'a rien à voir avec ce que vous présentez cliniquement]

1705. Mde : basah ma andi wa::lou [mais, ce n'est pas sérieux]

1706. Dr¹ : ça y est: fahamtek wach andek++ mazal ma / mazal ma:dernach+ ghadi ndirou taayar wahdoukhine bach naarfou wachta andek

[je vous ai expliqué ce que vous avez, mais on va encore faire d'autres examens complémentaires pour confirmer ce diagnostic]

1711. Dr¹ : c'est #un polype

1712. Inf³ : fe la fibro:: [à la fibroscopie]

659. Dr¹: rak majrouh fe l'estomac hein+ smaat <...?> houwa elli rah ydirlek had lewjaa hein

[vous avez un ulcère gastrique, c'est cet ulcère qui vous provoque ces douleurs]

De nombreux échanges de ce type sont des descriptions d'actions déjà envisagées où le médecin signale les moments auxquels il doit déclencher d'autres actions. C'est ce qui est illustré dans l'exemple ci-dessous :

0235. Dr² : on est en train de s'enrouler::+ awed tchouf+ / awed on refait une deuxième tentati:ve esrat / esrat / esrat / esrat / esra:t +++ trè::s bien on est dedans++ iyya tallaa ennafs maa nifek / tallaa maa nife:k++ensa complètement foummak / erwah l'interne: 'baghi tchouf \ je n(e) sais pas alach hada: on lui a indiqué:: une fibro \ voilà:: très bien:+ je suis passé:: rani dans le pylo::r+ &voilà: le bu:lbe l'intestin grê:le XX conniventes hadou / ne touche pas surtout ++ les valvules conniventes qui sont norma::les+++ normales+++ on fait le retrait+ l'exploration se fait au retrait+ un bulbe sain+ un pylore en régulier+++ **hna kayen une muqueu::se qui est un p(e)tit peu tigrée+ chouf la couleur+++ le rouge et le ro::se 't'as vu+++ alors hna: on va faire une'biopsie:+** aatini la pince à biopsie: ih: c'est bien c'est bon alors après vérification du matériel on introduit dans le canal opérateur la pince à biopsie [on refait, avalez..alors respirez par le nez, l'interne vous voulez voir? je ne sais pas pourquoi on lui a indiqué une fibroscopie ; je suis dans le pylor... là il y a une muqueuse tigrée, regarde la couleur, on va faire une biopsie, passez-moi la pince à biopsie, oui]

0240. Inf¹ : dernalek deux biopsies

[on vous a fait deux biopsies]

Dans cet exemple, les acteurs verbalisent certains éléments relatifs à leurs propres activités (action réalisée et conseil pour la bonne démarche de l'acte, but visé...etc). En introduisant le fibroscope, le médecin trouve un obstacle. Il le retire puis le réintroduit tout en expliquant à l'infirmier que l'exploration doit se faire au retrait du fibroscope. En voyant le type de la lésion, (ce qui est transcrit en gras), il décide de faire une biopsie et demande l'aide de l'infirmière et du malade.

Ces actions sont souvent suivies de décisions qui marquent leur fin. En voici l'exemple suivant, où le médecin clôture son action par des énoncés de synthèse : tels que « très bien » : résultat satisfaisant et conforme à ce que l'on souhaite ; c'est ça ; ça y est ; c'est bon...etc. Ces énoncés à la fin des échanges transcrits en gras, concernent une décision de fin d'action :

0243. Dr² : &il supporte bien l'acte+++ il n'est pas agité+ il n'est pas inquiet du tout:+
là: on est en train: de chercher: une lésion susceptible d'évoquer une
dégénérescence +++ on monte à quarante centimètres+ **on so::rt c'est
bon+** l'œsophage qui est sain la muqueu:se+ elle est rose pâle++ **c'est::
bon**

0244. Inf¹ : **ça y est** el hadj+ tfaddal [ça y est on a terminé]

0247. Dr² : **iyya très: bien** / had taayar taamalhom+ yla kherdjou norma:l maandek
walou+ **ça y est matatkallakch**

[alors, vous faites ces bilans, si les résultats reviennent normaux, donc vous
n'avez rien de grave, ne vous inquiétez pas]

0199. Dr¹ : **voilà:c'est bon** on attend / on attend les lavements we: ça+++ ki kount
taamal les lavements hatta hadouk les <...?> 'makountch tkharrajhom

[les lavements que vous utilisez, ne sont-ils pas rejetés ?]

Une fois terminé, le médecin énonce cela à l'équipe : (**on so::rt c'est bon+**), rassure le malade et lui recommande de faire une biopsie : (**iyya très: bien** / had taayar taamalhom+ yla kherdjou norma:l maandek walou+ **ça y est matatkallakch**). L'infirmier à son tour déclare au malade la fin de l'action : (**ça y est el hadj+ tfaddal**).

Le but derrière ce type de communications est de fournir à l'ensemble des partenaires des éléments orientateurs leur permettant la réalisation coordonnée des actions.

Ces décisions de fin d'action concerne toujours, semble-t-il un changement de situation dans laquelle les partenaires se trouvent engagés.

- **La communication préalable au déclenchement de l'action :**

Ce sont des échanges langagiers spontanés orientés vers l'exécution préparatoire de la tâche, trace de l'activité. Par exemple, le médecin devant faire une fibroscopie au malade, doit d'abord avertir l'infirmier pour lui préparer le matériel, ainsi il doit tenir au courant le malade pour se préparer à cet acte. Il s'agit de définir le contenu de l'action, les conditions de son exécution...etc :

2467. Dr¹ : aywa ça y est+ hiya le plus# important bach nchouf fe l'œsophage yla ma andouch une muqueu:se euh ex ULCERATIVE we surtout surtout c'est pas la muqueuse c'est:: le CALIBRE

[très bien, le plus important, c'est de voir s'il n'y a pas de muqueuse exulcération au niveau de l'œsophage]

2468. Inf¹ : ouah [oui]

Comme il est illustré, le médecin explique à l'infirmier qu'il veut chercher à travers cette fibroscopie, la présence ou non d'une muqueuse ulcération et notamment son calibre.

Ces communications occupent une place importante dans les situations de résolution de problème ainsi que le début de toute action. En effet, il existe des paroles qui renvoient notamment à des déclenchements de l'action :

0562. Inf² : <...?> el mouhim khouwi::t baada

[l'essentiel que vous avez vidé le colon]

0563. Mde : rani mel barah wallah mel barah \ [depuis hier]

0564. Inf² : triyah inchallah [vous allez vous rétablir]

0574. Inf² : iyya ghi glaa essrawel hada:k houttah and ra:ssek++ hayadi star rassek bechwiya alik / ghi bechwiya / ghi belaakel alik / ghi:: bettawil alik: gaa mataghbanh rouhek+ prend ton temps++ khoud waktek++ voilà:: iyya jammaa hnaya kimma jammaat / jammaa hna andi: zid / zid / zid / zid / zid: iyya erkoud ala jenbek lisser kimma hna / erkoud ala jenbak: iyya k'houz el andi:: trè::s bien ghi: bechwiya alik / ghi bechiya iyya trè::s bien+ eggoud hagda mastou:r+ rak à l'aise

[bon, enlevez le pontalon, mettez le sous la tête, couvrez vous, tout doucement, prenez votre temps, mettez vous en position latérale gauche]

0575. Mde : mlih / mlih

[c'est bon]

0585. Dr¹ : tallaali la table

[relève la table]

0586. Inf² : ouah

[d'accord]

0638. Dr¹ : c'est très rapi:de+ il faut pas vous inquiéter: ghi maa ellouwel vous allez / vous allez sentir une gêne++ we men baad ki tfout ça y est++ c'est pas grave [vous allez sentir une gêne, mais simplement au début, ça va céder]

Comme on le voit, il s'agit d'interactions qui précèdent l'action de colonoscopie : l'infirmière s'assure auprès du malade qu'il a bien utilisé les lavements évacuateurs recommandés la veille de l'examen. Signalons que ce lavement est obligatoire pour évacuer tous les résidus du colon, la veille du rendez-vous. On fait habituellement deux lavements ; l'un à 00h et l'autre à 4h. Ainsi, elle le rassure pour le préparer

psychologiquement. De même, en collaboration avec le médecin, elle explique au malade comment se déroule l'acte de fibroscopie.

Ce sont alors des séquences introductrices de l'action.

- **La communication parallèle à l'exécution de l'action :**

Elle est intégrée dans le déroulement de l'activité collective où les interlocuteurs peuvent entamer des échanges de co-action mobilisant à la fois la communication et l'action, par exemple, le but qu'ils visent derrière cette action, ou comment effectuer une telle technique. Ces verbalisations ont pour but de fournir aux autres partenaires des éléments qui les orientent pour une meilleure collaboration interindividuelle.

Elle peut renvoyer soit :

✓ *A une verbalisation de l'action* : on s'aperçoit que le langage, notamment dans le cas de l'examen endoscopique haut et bas assiste l'action dès son début en la décrivant et l'interprétant. Les acteurs sont alors amenés à verbaliser certains éléments relatifs à leurs propres activités.

Nous avançons un exemple pertinent :

0235. Dr² : on est en train de s'enrouler::+ awed tchouf+ / awed on refait une deuxième tentati:ve esrat / esrat / esrat / esrat / esra:t +++ très::s bien on est dedans++
iyya tallaa ennafs maa nifek / tallaa maa nife:k++ensa complètement foummak / erwah l'interne: 'baghi tchouf \ je n(e) sais pas alach hada: on lui a indiqué:: une fibro \ voilà:: très bien:+ je suis passé:: rani dans le pylo::r+ &voilà: le bu:lbe l'intestin grê:le XX conniventes hadou / ne touche pas surtout ++ les valvules conniventes qui sont norma::les+++ normales+++ on fait le retrait+ l'exploration se fait au retrait+ un bulbe sain+ un pyllore en régulier+++

0622. Dr¹: c'est bon / c'est bon++ iyya / iyya des XX <pétéchis?> ça y est kammalna:
c'est bon [on a terminé]

0654. Dr¹ : une petite <...?> érythémateuse XX hmm+ des ulcérations:: / des ulcérations+ je vais le revoir après:s alors des ULCERATIONS des petites ulcérations donc j(e) vais le voir après :s+++ kayen hatta [il y a aussi]au niveau du bulbe X érythmateu::x il n'y a pas d'ulcération au

niveau du bu::lbe+ voilà+ hna [ici] (il) y a des ulcères++ petites
 ulcérations voi::là i (l) y a deux ulcération::s trois quatre cinq++
 ulcération::s je vais le revoir d'ici un mois: après:s+ traitement voi::là

Les deux médecins dans cet extrait décrivent leurs actions. Le premier trouve des difficultés pour franchir la paroi digestive car le malade n'est pas coopérant. Il fait une deuxième tentative et là il réussit son acte et décrit tous les organes qu'il voit et appelle l'interne pour voir l'image. De même, le deuxième médecin décrit ce qu'il observe (des pétéchis, des ulcérations).

✓ *A un certain guidage verbal* accompagnant l'action de son début à sa fin et qui s'exprime soit :

- par de nombreux impératifs :

0435. Inf¹ : ha **houwed rassek** ha sahbi:+ **ghi tnahed** / ghi bel aakel

[baisse la tête mon cher ami, respire tout doucement]

0436. Dr¹ : <...?>**houl foummak** tchouf: / **houl foummak** tchouf / houl foummak /
 houl foummak <...?> hayya el pomada+ **esrat'ha**++

[ouvre la bouche, tiens la pommade, il faut l'avaler]

0437. Inf¹ : **add** / **add: houwed rassek** \

[serre la canule contre les dents, glisse la tête]

0442. Dr¹ : bechwiya alik++ **tnahad** / **tnahad**: j(e) vais essayer de la segmenter <de la
 place?> de l'estomac \ **tnaha ghi bechwiya alik** / **ghi bechwiya alik**+++
 maladie de <...?> tnahad ghi bechwiya alik / ghi bechwiya alik++ aji
 tchouf à l'estomac (il n') y a rien / aji tchouf++ <c'est des allongements?>
 tnahad ghi bechwiya alik+ à l'estomac (il n') y a rien+++ (il n') y a pas
 d'ulcè::re (il n') y a pas de formation:: (il n') y a rien du tout

[respire tout doucement, viens voir, il n'y a rien à l'estomac]

0451. Dr¹ : aatini nchouf euh:: bio / biopsie++ on va l'hospitaliser hein:: naawed une biopsie+ el haj **tnahad ghi bechwiya alik++ouvre / ouvre**

[fais voir la biopsie, je vais lui refaire la biopsie, respire tout doucement]

0452. Inf¹ : c'est bon

0453. Dr¹ : **ih / ih: ferme** un bon fragment

0454. Inf¹ : oui

0455. Dr¹ : **ferme**

0456. Inf¹ : oui

0457. Dr¹ : **chou ballaa ghi bechwiya:** machi derba wahda / **ballaa ghi bechwiya+** khater ki / ki jit dakhel: <...?> \

[s'il te plait, ferme tout doucement, parce que quand j'ai introduit...]

Dans cet extrait, le médecin utilise beaucoup d'impératif dans le cas de l'examen endoscopique haut: (tnahad : respire, sbar, ouvre, ferme..) dont le but est de mener à bien son acte, puis décide de faire une biopsie duodénale avec l'aide de l'infirmière qui va ouvrir et fermer la pince à biopsie à la demande du médecin dont le but est de prélever des fragments nécessaires pour l'analyse.

Ces communications de guidage sont un exemple type d'une bonne coordination des actions de la part des partenaires.

- par des procédés verbaux de réassurance :

0576. Inf² : '**rak ghaya** el hamdoullah

[vous allez bien?]

0577. Mde : el hamdoulla::h++ wach ngoullek hadi mel barah: ma chrabt ma klit

[je n'ai pas mangé depuis hier]

0578. Dr¹ : **iyya ghaya** [c'est bien] (cela va nous aider à accomplir notre acte)

0583. Inf² : **'c'est bon**

0584. Mde : chwiya lewjaa [des douleurs modérées]

0618. Dr¹ : **ça y est / ça y est / ça:+**

0619. Inf² : **c'est bon saafna** [aidez nous, patientez]

0620. Dr¹ : **ça y est rani kharej** / rani kharej [je vais sortir]

0621. Inf² : **rana kharjin** / rana kharjin [on va sortir]

0622. Dr¹: **c'est bon / c'est bon++ iyya / iyya des XX <pétéchis?>ça y est kammalna:**
c'est bon [on a terminé]

0623. Mde : ouah

[d'accord]

Le médecin et l'infirmière rassurent le malade, et lui demandent de patienter le temps qu'ils font la biopsie, sachant que la fibroscopie est un acte douloureux et gênant.

✓ *A des décisions au sein même de l'acte :*

<p>235. Dr² : hna kayen une muqueu::se qui est un p(e)tit peu tigrée+ chouf la couleur+++ le rouge et le ro::se 't'as vu+++ [là il y a une muqueuse tigrée, regarde la couleur]</p> <p>alors hna: on va faire une'biopsie:+ aatini la pince à biopsie: ih: c'est bien c'est bon alors après vérification du matériel on introduit dans le canal opérateur la pince à biopsie</p>	<p>➔Action1➔Constat1</p> <p>➔décision1</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------

Dans cet extrait, le médecin au cours d'une même action, voit une image douteuse constituée d'une muqueuse tigrée de couleur rouge et rose et décide de faire une biopsie.

Nous voyons clairement que ces communications sont intimement liées aux actions réalisées et constituent une manière de graver de façon sonore les différentes étapes de l'enchaînement des actions accomplies ou à accomplir :

Action1 → Constat1 → Décision1.

✓ *A des décisions qui anticipe l'action suivante :*

<p>1729. Dr¹ : hadi andha un polype+ [celle-là a un polype]</p>	<p>→Action1→ Constat1 : présence de polypes</p>
<p>1731. Dr¹ : khasna transit du grêle [il faut faire un transit du grêle]</p>	<p>→décision1 : demande d'un transit de grêle</p>
<p>1735. Dr¹ : iyya aamallha la sortie derwak baada\ [alors, tu lui fais la sortie]</p>	<p>→décision2 : autorisation de sortie</p>
<p>1737. Dr¹ : wa aatilha une LETTRE+ pour leuh:: polypectomie [et donne-lui une lettre d'orientation pour une polypectomie]</p>	<p>→décision3 : orientation vers le service de chirurgie générale pour exérèse des polypes</p>

Dans cet extrait d'examen endoscopique bas (Action1), le médecin trouve un polype (Constat1) et recommande de faire un transit de grêle (Décision1 → Action2). Ensuite, il décide de faire sortir la malade (Décision2 → Action3) et de lui rédiger une lettre d'orientation à la chirurgie pour une éventuelle polypectomie (Décision3 → Action4).

- **Action1** → **Constat1** → **Décision1** ➔ **Action2** ;
- **Action1** → **Constat1** → **Décision2** ➔ **Action3** ;
- **Action1** → **Constat1** → **Décision3** ➔ **Action4**

✓ *A des situations d'apprentissage* : ces échanges sont liés à la situation d'apprentissage permanent où le médecin peut définir quelques éléments de son activité aux médecins internes ou aux résidents. Sur ce terrain, le médecin occupe davantage la position d'expert, et le médecin résident et interne endossent le rôle des apprenants. La verbalisation du but, et des conditions pertinentes de l'exécution de la tâche ont pour objectif de fournir à ces apprenants des éléments nécessaires à leur orientation dans leur domaine d'apprentissage :

1296. Dr² : t'habbas fe la: / t'habbas fe la:: / fe la:: / fe les conduites à tenir taahom+
hépatomégalie fébrile:+ 'qu'est-ce (que) tu discutes

[tu t'arrêtes à la phase de leur conduite à tenir]

1297. Int¹ : des tas de cho::ses

1298. Dr² : très bien

1299. Int¹ : on peut avoi::r euh:: les apy / apyoGENES+ l'amibia:se+ les kystes hydatiques
aussi::

1300. Dr² : oui

1301. Int¹ : la tuberculose

1302. Dr² : oui

1303. Int¹ : qui peut être de cause euh:: bon c'est: granulo \

1304. Dr² : très bien

1305. Int¹ : qui peut être classée dans les granulomatoses

1306. Dr² : (granulo)matoses

1307. Int¹ : euh:: tuberculo::se à sarcoïdose aussi

1308. Dr² : brucello:se+++ c'est il y a une hépatomégalie dans la brucellose

1309. Dr² : avec spléno hétérogène

1310. Dr² : il peut y / il peut y avoir d'adénopathies dans plusieurs euh::

1311. Dr² : hmm++ et il y a aussi les causes néoplasiques

1312. Dr² : oui

1313. Dr² : on peut avoir à des métastases euh: hépatiques qui peuvent donner aussi un syndrome néphrotique

1314. Dr² : très bien

0800. Dr : par exemple: tabaatli une anémie+ je sais que finalement: il faut que je fasse une biopsie: ça fait yla taktabli:+ ANEMIE AVEC BIOPSIE+ fibro avec biopsie: 'raki fahma kifach

[par exemple, si vous m'envoyez un malade qui a une anémie, je devrais systématiquement faire une biopsie sans que vous le mentioniez, vous me comprenez]

0801. Int(is) : oui

0802. Dr¹ : we surtout hna: hna on fait pas de biopsie++ raison de plus: kit tsib un tableau d'hypertension porta:le alo:rs tableau d'hypertension portale généralement c'est les cirrho:ses+ yak

[et surtout, ici chez nous, on ne fait pas de biopsie, quand on trouve un tableau d'hypertension portale, on pense automatiquement à la cirrhose]

0803. Int(s) : oui

0804. Dr¹ : cirrhose+ andek une pancytopénie avec splénomé / surtout splénomégalie+ c'est-à-dire il fait une pancytopénie: certainement:: il doit faire des troubles de la crasse sanguine il doit faire une thrombopénie++ PRObablement: ki tchouf dossier tchouf vous allez voir belli il fait une thrombopénie:: thrombopénie c'est CONTRE-indiqué la biopsie++ donc rak tchouf kifach rak taktab hna: donc il faut faire attention fen hadi:: zaama:

[alors vous voyez comment vous écrivez les lettres d'orientation, il faut faire attention dans ces cas là]

0805. Int(is) : ih [absolument]

1042. Dr¹ : alors chouf chouf hna en retrovision chou(f)+ elle occupe la TOTALITE de la courbure gastrique+ chou(f) hna rani en rétrovision

[regarde là, en retrovision, la tumeur occupe la totalité de la courbure gastrique]

1141. Dr¹ : donc on est en train de faire une progression+ donc l'exploration se fera au retrait+ donc on / j' explore maintenant:: la progression on est:: fel [dans] euh: sigmoïde et je progresse tout doucement

Comme il est indiqué, le médecin spécialiste entre avec le médecin interne dans une situation d'apprentissage exclusif :

- il lui demande de faire une classification de toutes les pathologies ayant l'hépathomégalie fébrile comme signe majeur ;
- il lui reproche sa façon de rédiger une lettre pour une fibroscopie avec une biopsie jéjuno-duodénale ;
- il lui explique que tous les cas de malades orientés vers le service de gastrologie pour une fibroscopie et qui présentent une anémie, doivent subir systématiquement une biopsie en parallèle, à la recherche de plusieurs pathologies, à savoir la cirrhose hépatique ;
- il lui définit le tableau clinique de la cirrhose hépatique ;
- il ajoute que la biopsie est formellement interdite chez un malade cirrhotique qui devrait faire forcément une thrombopénie (manque de plaquettes dans le sang) ;
- il lui donne le fibroscope pour lui montrer l'image de la tumeur qui occupe la totalité de la courbure gastrique ;
- il insiste sur le fait que l'exploration du sigmoïde se fait toujours au retrait du colonoscope, tout en allant doucement.

Nous retournerons sur ce type de communication plus loin, précisément dans les activités interactionnelles lors de l'expérimentation et de l'investigation.

En bref, il existe une interdépendance claire et nette entre la communication et l'action. Ainsi, les activités médicales et interactionnelles se succèdent et se déroulent en même temps.

II.2.1.3. Communications amicales et de plaisanterie

Il s'agit d'échanges langagiers ayant une fonction non directement orientée vers l'exécution immédiate de la tâche mais ludique visant à faciliter l'accomplissement de celle-ci et améliorer sa performance. Ils se glissent à l'intérieur des échanges fonctionnels ainsi que des échanges subordonnés à l'action. Le plus souvent, elles sont spontanées.

Dans un milieu de travail comme le nôtre, les communications de plaisanteries semblent nécessaires pour effacer les tensions du travail lourd, rompre la monotonie, ou pour faire passer le temps. L'humour peut survenir à tout moment de l'activité médicale. Le personnel soignant surtout, adopte d'emblée ce registre dont on trouve diverses traces. Ils discutent familièrement de sujets divers, mineurs et latéraux, ils racontent des détails personnels, ils réagissent avec ironie à la réaction du malade par exemple, ils racontent des blagues, des anecdotes, ils plaisantent...etc. Ce type de communication, au sens que lui donne Goffman (1981/1987) relève de l'interaction à finalité «gratuite» ou «interne» (Vion, 1992). Cependant, cette part interactionnelle n'est sans doute pas en concurrence avec l'objectif principal de l'interaction, déterminant l'interaction à finalité fonctionnel⁸. Tel est l'exemple suivant :

1124. Inf² : rani fatiguée had sbah

[je suis fatiguée depuis ce matin]

1125. Dr¹ : raki ayyana: khdamna (e)lyoum beza::f+ aayina

[tu es fatiguée ? nous avons beaucoup travaillé aujourd'hui, nous sommes tous fatigués]

1126. Inf² : ouah (e)lkhadma

[oui, beaucoup de travail]

⁸- c'est nous qui soulignons. Une interaction pouvant s'exprimer en termes de réalisations concrètes de buts communs.

1127. Dr¹ : aayina / aayina on a beaucoup de travail+ chefti ki jawna les malades 'machi mdari yjiwna

[nous sommes fatigués, tu as vu le nombre (inhabituel) de malades que nous avons eu aujourd'hui ?]

1128. Inf² : ouah (e)lbarah khdamt maa XY (nom du médecin) we maa XX (nom du médecin) we maa::k

[exactement, hier j'ai travaillé avec XY (nom du médecin) et XX (nom du médecin) et avec vous]

(l'infirmière a collaboré avec trois médecins différents dans leurs actes de fibroscopie, alors que chaque médecin devrait respecter le programme habituel du service selon lequel chaque médecin a une journée d'examen endoscopique bien déterminée)

1129. Dr¹ : i::h! [ah bon!]

1130. Inf² : el barah [hier]

1131. Dr¹ : ella:: had la pério::de+ Allah ghaleb

[non, c'est une période où l'on a beaucoup de travail, Dieu est le Plus Puissant : cela nous dépasse]

1132. Inf² : wallah ma riyah melli mchit \

[je jure que je ne me suis pas reposée quand je suis rentrée chez moi]

1133. Dr¹ : hna pa(r)ce que rah kayen les malades

[parce qu'il y a trop de malades]

1134. Inf² : wana mas'houta [j'étais creuvée]

Dans cet exemple, l'infirmière se plaint de la charge de travail : elle s'est occupé des malades des trois médecins du service ; alors qu'elle devait accompagner un seul, pendant la journée. Elle ajoute aussi que même quand elle est rentrée chez elle, elle ne s'est pas reposée du tout.

Un autre exemple représentatif où les soignants discutent de leurs affaires personnelles :

0627. Surv : XY¹: rah hawess alik euh:: professeur XY²::

[professeur XY² vous cherche]

0628. Dr² : goulleh hdar maa docteur XY³ \

[dis lui qu'il a contacté Dr XY³]

0629. Surv : weuh:: / we gallek yahtajek / yahtajek: trè:s urgent+ kan awed ayyet maa XX (nom du médecin) we gallou ayyet we ma gbattouch++ iyya we rah yessannak

bach nta taayyatlou tast'hakah wella:: iyya hada houwa:+ hada alachayyettlek++ hada ma kane+ ouah \ rahom hna XXX taa derwak / taa les bilans +++ mazal ma jawch les bilans <...?> sbah

[dis lui qu'il a besoin de toi, c'est très urgent, il a vainement tenté de le joindre, et il attend ta communication, voilà, c'est tout.. ils (les bilans) sont là, on a pas encore eu les résultats des bilans d'aujourd'hui]

D'autres communications s'instaurent à l'intérieur d'un échange fonctionnel d'une façon anecdotique. Tel est le cas de l'exemple suivant :

2297. Mde : weldi ki chafni:: galli tjibi omra:

[quand mon fils m'a vu, il m'a dit qu'il faut que je me rende au pèlerinage]

2298. Dr² : inchallah tjibi [si Dieu veut, vous allez le faire]

2299. Mde : rah mkhallas'hali (e)chibani amlouwal we mat we khellani:

[l'année dernière mon mari m'a payé le billet pour y aller, malheureusement il est décédé]

2300. Dr² : 'kifa::ch [quoi] (répétez s'il vous plait)

2301. Mde : khallashali (e)chibani gaa amlouwal

[l'année dernière, mon mari me l'a payé]

2302. Dr² : i::h

[ah bon]

2303. Mde : fe leuh:: fe maye \

[en mois de mai]

2304. Dr² : 'we ma rouhtich

[et vous n'êtes pas partie?]

2305. Mde : ma:: mchitch+ mat meskine

[je ne suis pas partie, il est décédé]

2306. Dr² : i::h [ah bon]

2307. Mde : mat kbel ma njib el omra

[il est décédé avant que je parte]

2308. Dr² : Allah yarhmah

[que Dieu bénisse son âme]

0950. Inf³ : haya:di Naima

[voici Naima]

0951. Dr¹ : elli rah anna

[celui (le malade) qui est admis chez nous]

0952. Inf³ : oua::h

[oui]

0962. Dr¹ : a::lor:s

0963. Inf³ : ketlatna beddahk: naima galetlha:: lemride rah hospitalisée (rire)

[nous sommes éclatés de rire, elle lui a dit que le malade est déjà hospitalisé]

0964. Dr¹ : hay hay ! [ça alors!]

La malade dans ces exemples, espère avoir une fibroscopie saine pour qu'elle puisse aller au pèlerinage et rendre hommage à son mari qui lui avait offert le billet, l'année dernière avant sa mort. Aussi, l'infirmière se moque d'un médecin qui est venu intervenir pour une hospitalisation d'un malade qui était déjà admis au service pendant plusieurs jours.

Nous tenons à noter ici le caractère convivial et familial des communications. Tous les partenaires communiquent, au cours de leurs activités collectives un échange informel, occasionnel et rapide.

En voici quelques caractéristiques représentatives :

- *Marques de familiarité et de plaisanterie* représentées en gras :

1010. Dr¹ : hmm+++ au moins qu'ils prennent la relève les résidents tawaana+ **hna nemchiw wella:: au moins nsibou:**

[nos résidents doivent prendre la relève, au moins on trouvera quelqu'un qui assure le travail lorsqu'on démissionne]

1012. Dr¹ : **ennas el mlah**

[quelqu'un de compétent]

1013. Dr^{®1} : tsib (rire)

[tu trouveras]

1014. Dr¹ : **iwa ha: aarafnach:**

[biensûr, ça va de soi]

1016. Dr¹ : **bnadem euh::**

[l'être humain est..(on a tous besoin de l'autre)]

0592. Inf² : 'rak tchouf

[vous voyez quelque choses ?]

0593. Dr¹ : koulchi flou

0594. Inf² : andek kayen euh::

[attention il y a..]

0595. Dr¹ : basah euh::

[mais..]

0596. Inf² : **rak tekbar (rire)**

[tu as mal vieilli]

(puisque tu as perdu les caractères physiologiques de la vision)

0597. Dr¹ : <...?>

0598. Surv : (rire)+++ ana tani **ndirleh correction** derwak

[moi aussi je vais lui faire une correction tout de suite]

2606. Surv : **jebtlek kass taa jus derwak 'alach ma chrabtch jus derwak 'alach ma**
goutlich

[je t'ai ramené du jus, pourquoi tu ne l'as pas pris? pourquoi tu ne me l'as pas dit?]

2607. Dr² : i::h maalich [ce n'est pas grave]

Le médecin assistant félicite la résidente pour sa compétence et ses qualités de médecin pouvant avoir une bonne carrière dans l'avenir en utilisant des expressions verbales de plaisanterie ((*ndirleh correction, ennas el mlah ; iwa ha: aarafnach: bnadem euh::*: (je te fais une correction, c'est le moment de vous passer la relève, honorable médecin)). Il ajoute ironiquement qu'il sera bien pris en charge s'il tombe malade du moment où il va laisser derrière lui quelqu'un ayant toutes les situations médicales en main.

- *formes d'adresse* : prénom, pseudonyme, tutoiement ; sont mentionnés en gras :

1026. Dr¹ : ella ella des / des lésions importantes+ X duodénum effectivement: **c'est bien: iwarak euh championne**+ ça y est:+ nemchiw nerkdou+ hna un petit XX a::h ah::

[non, alors tu deviens championne, on va dormir alors]

0235. Dr¹ : hna kayen une muqueu::se qui est un p(e)tit peu tigrée+ chouf la couleur+++ le rouge et le ro::se **'t'as vu**+++

[il y a ici une muqueuse..regarde..]

0527. Dr² : <...?> ALLAH yahafdak aati leuh:: / goul le **Naima** ki yahdar maaha XY¹ terfed téléphone ntaah ala balek

0630. Dr² : <...?> goullou / goullou **Tahar** / **Tahar** fahmeh goullou **Fethi** rah \

[dis lui Tahar⁹, dis lui que Fethi a..]

0631. Surv : hawa **bendahmane** maak [voici Bendahmane]

0634. Dr² : sbah el khir **Bouزيد**: ki: sbaht ça va chwiya / ça va chwiya:

- *Des relations informelles* peuvent se croiser en permanence entre les différents acteurs et sont écrits en gras :

0525. Dr¹ : **ha douri** mlih amma¹⁰

[s'il vous plait madame, retournez vous]

0835. Dr¹ : **alach rak tdir hakda**+++

[pourquoi tu fais ça, (tu devrais nous aider, sois coopérant)]

0836. Inf¹ : **ma tagbatch be yaddik ettiyou hein**+

[ne tiens pas au fibroscope]

⁹- prénom de l'infirmier

¹⁰- ma mère : dans la culture algérienne, c'est un terme d'adresse qui se dit à une femme âgée

0857. Dr¹ : l'écho c'est pour demain+ i::h el fibro: **ben ammi alach deranna kimma hakda ala:ch++ khellinna::+ XY (nom du malade) mandirouhch ghadwa+ donc belba **

[bon, pour la fibroscopie, mon Dieu ! pourquoi il (le deuxième médecin) a fait ça, il aurait du nous avertir, on n'a pas fait de fibroscopie pour XY (nom du malade) et on ne pourra pas la faire demain]

0974. Dr¹ : **ella+ rani katabhomlah / rani kateb / rani kateb+ XY khassou yaamal régi:me+ma yeuh: baada régi::me / ella machi: errégi::me**

[non j'ai déjà mentionné, j'ai écrit que XY (nom du malade) doit suivre un régime, d'abord un régime]

0977. Dr^{®1} : beddeltou::

[vous avez fait un autre malade]

0978. Dr¹ : **ha:: kla::** [il a mangé]

0979. Inf¹ : wallah ella wassitou++

[je jure que je l'ai avisé (de ne pas manger)]

Exaspéré, le médecin reproche aux infirmières et aux internes de ne pas avoir appliqué sa recommandation écrite, d'indiquer au malade son régime à suivre ; ainsi de ne pas l'avertir de l'acte de l'échographie qui a été reporté chez lui. En cela, il ne pourra pas lui faire la fibroscopie, ni au cours de la journée puisqu'il a pris son petit déjeuner, ni le lendemain puisqu'il est programmé pour une échographie.

- *Des variations sont introduites* tenant à la fois à la personnalité des individus et à la complexité des problèmes rencontrés au niveau du service :

2441. Dr¹ : moi j'ai / j'ai **une question à vous poser+'kifach le malade andeh un**

**rendez-vous tessanna hatta ki le professeur Kherbouche bach tedkhoulou:: ala rendez-vous+ ana je comprends pas (il) y a quelques choses qui ne va pas **

[comment se fait-il que vous attendiez le professeur Kherbouche pour le voir pour un malade qui a déjà un rendez vous, moi je ne comprends pas]

2442. Int(isc) : **ella:: [non]**

2443. Dr¹ : **'win rah le malade à 8h30++ hna hna:: on vous a dit belli:: il faut il faut / chouf XY ana 7h45 ana rani hna**

[où est-ce qu'il était à 8h30? moi à je suis au service à partir de 7h45]

2444. Int(isc) : **oui**

2445. Dr¹ : **tfaddal+ fahamni ana: ma nich faham khasni NEFHAM**

[allez y, expliquez moi ce qui se passe, je ne comprends pas et je veux comprendre]

2446. Int(isc) : oui+ had el malade kan déjà anna:

[ce malade était déjà admis chez nous]

2447. Dr¹ : oui

2448. Int(isc) : we kan andeh rendez-vous d'écho donc euh:: \

[et il avait un rendez vous d'échographie]

2449. Dr¹ : **ella:: machi hakda ki atawek rendez-vous'est fini:+ma: tjiwch à 10h30 kherbouche wella:: des choses qui:: **

[non, ce n'est pas comme ça qu'on travaille, on vous a donné un rendez vous à 8h30, ne venez pas à 10h30, Kherbouche ou quelqu'un d'autre...(ne me donnez pas de faux arguments)]

2450. Int(isc) : **ella:: [non]**

Comme nous le voyons, le médecin reproche à l'interne son manque de sérieux, car il n'a pas ramené le malade pour fibroscopie à 8h30, comme c'est prévu.

- *Interactions brèves et parfois inachevées :*

Dr¹ : 'ça y est \

(une interaction dans le couloir)

On s'aperçoit que ces communications ayant ce convivial et familial, sont intégrées à la finalité professionnelle, sa performance.

En bref, nous constatons que ces trois types d'échange construits lors des activités médicales, s'enchevêtrent et nous ramènent à stipuler que l'action et communication sont étroitement liées, l'une présuppose l'autre.

Ces phases sont représentées sous la forme simplifiée suivante :

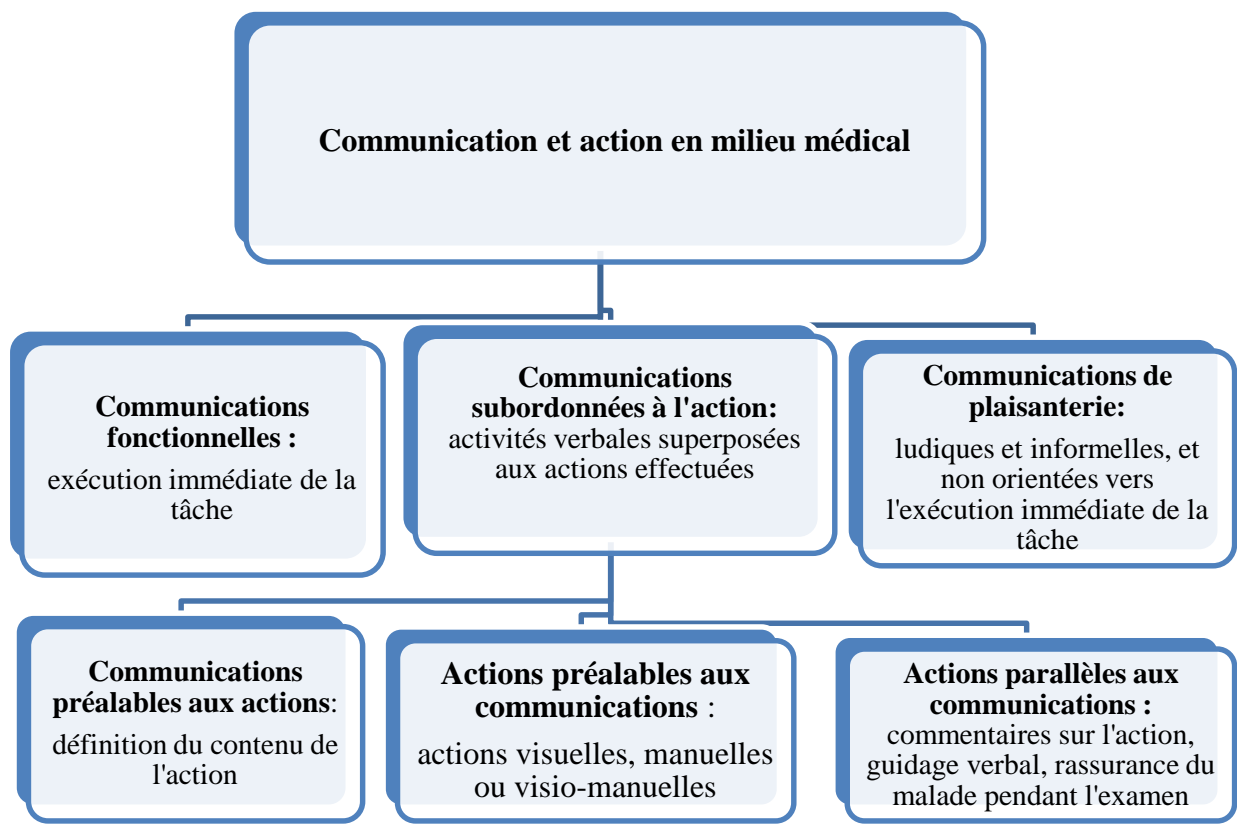


Figure 2 : Représentation du fonctionnement de l'action et de la communication en situation de travail médical

II.2.2. Activité de communication et activité de contexte

Pour examiner la question de l'activité de communication et l'activité contextuelle, il est important à notre avis de passer par la notion de « communication située»¹¹ décrite par bSuchman en 1987. Selon cette théorie, l'analyse des rapports entre les constructions des sujets et des activités s'opère à l'articulation de deux champs : l'activité de communication et l'activité de contexte.

Dans ce présent travail, nous nous efforçons à stipuler que l'étude de la communication en milieu professionnel, en l'occurrence médical, ne devrait pas être séparée de celle de l'activité et de son contexte. Au contraire, toute communication devrait être considérée comme une activité. Cela dit, analyser la communication, c'est analyser l'activité, concevoir sa place à l'intérieur de celle-ci et définir son mode de réalisation dans des différents contextes. Cette perspective rejoint l'idée selon laquelle, l'activité communicationnelle et l'activité contextuelle jouent un rôle important dans la réalisation de l'activité et donc, contribuent à créer un milieu de travail coopératif. Dès lors, l'étude des rapports complexes qu'existent entre l'activité communicationnelle et l'activité contextuelle devient impérative.

Prenons appui sur notre corpus, il faudrait alors, mentionner que les frontières entre ces deux activités sont parfois fluctuantes : parfois on assiste à des situations dans lesquelles, les communications contribuent à élaborer ou à façonner le contexte. Mais parfois on remarque la relation inverse qui est celle où toute communication est véhiculée et modifiée par le contexte.

On retiendra ces deux aspects :

II.2.2.1. Contribution de l'activité de communication dans l'élaboration de l'activité de contexte

L'activité de communication utilise des éléments de connaissances que les interlocuteurs ont en commun et qui contribuent à l'atteinte d'un but partagé grâce à leurs compétences. Nous mettons l'accent sur le fait que la production et la signification de

¹¹- L'action d'après lui, est réalisée par des acteurs qui réagissent aux situations et lui donnent sens.

toute activité communicationnelle dépend fondamentalement du contexte dans lequel on la considère.

Dans cette optique, P.Bange (1992) montre que l'activité de communication exerce une influence sur la situation. Dans sa perspective, le contexte situationnel n'est pas une donnée préétablie, mais une production que les interlocuteurs construisent eux-mêmes ou « une construction interprétative par laquelle les acteurs définissent la situation en vue de la réalisation de buts pratiques » (P.Bange, 1992, p18). Cette activité est donc porteuse d'éléments préfabriqués qui se reconstruisent, et se régénèrent dans son accomplissement selon les circonstances. Cette activité est plurifonctionnelle : elle implique de traiter, d'examiner, de manipuler, de faire circuler des informations dans des contextes bien distincts, etc. Partir de là, c'est vouloir dire que la communication peut servir à façonner le contexte, à l'élaborer, voire même à le transformer.

Nous avons pu repérer quelques cas suivants :

✓ De nombreuses activités sont réglées initialement par des instructions ou des règles. Il en est notamment ainsi pour la technique de l'examen endoscopique haut ou bas, où le médecin et l'infirmière montrent au malade la position convenable à cet examen :

0085. Dr¹: iyya tal'i ha:k / 'raki a:rfa kifach t'tal'i:: +diri roukba hna:+ we roukba:
hna:: kimma elli taarfi:: tsalli

[montez, de cette façon, mettez un genou ici et l'autre ici, comme si vous faites la prière]

0086. Inf² : essena tchouf njiblek:: XX njiblek / essena / essena

0087. Dr¹ : &tal'i hna+ diri hna roukba / hna roukba+ kimma elli hakka tessejdi++
houtti rassek mannahnak++ / mannahnak:+ / mannahna:k ella+ ehoua ma
fhamti walou houwedi

[montez ici, mettez l'un des genoux ici et l'autre genou de l'autre côté,
mettez la tête de l'autre côté.. non non non ; vous n'avez pas compris ;
descendez]

0088. Mde: ra::ssi [la tête]

0224. Inf¹ : el hadj+ k'houz and tebib++ / khouz andeh:

[poussez-vous du côté du médecin]

0225. Dr² : iyya:: aamel yeddek hakda+ chou+ voi:là dans un sens là +++ / aamel yeddek taht batek++ trè::s bien+ rasse:+ chou hada le menton+ hakmou hnaya++ / hada hakmah hna fi sedrek bla yeddi:k

[alors, mettez les mains comme ça.... mettez les mains au dessous des sous-aisselles...la tête..écarter le menton vers le thorax sans bouger les mains]

0226. Inf¹ : el hadj: rak moualef++ naamloulek kimma mdari:: ha::kdak / iyya add had el adma hadi hout rassek chwiya el hadj

[vous êtes habitué, on va faire comme d'habitude, alors serrez cette canule contre les dents, mettez la tête ici]

0227. Dr² : khellih yfout taht l'sanek+ min yawsal dekhil l'arrière-go:rge esrat++ / esrat

[laissez-le passer sous la langue, une fois arriver au niveau de l'arrière-gorge, avalez-le]

✓ Des consignes et des conduites à tenir sont transmises, notamment lors des situations d'apprentissages :

2674. Surv : c'est bon+ rayyah hout rassek ghi belaakel+ hakda we (e)rkoud voi::là

zid houwad (e)l taht / chwiya (e)l taht / zid chwiya houwad (e)l taht / zid andi:: zid andi: voilà:+ iyya zid iyya zi:d zid andi:+ houwad chwiya (e)l ta:ht++ voilà nous sommes en train de préparer un mala:de pour colonoscopie+ donc la position des mala:des c'est une position: en décubitus latéral gauche+ le malade bien sûr doit venir n'est pas forcément de venir à jeûn+ donc on doit préparer le matéri::l c'est un colonoscope olympus et:: on va essayer de commencer: le: / l'examen en quelques minutes après avoir fait un examen proctologique biensû:r # '(e)l ha:j rak mli:h

[reposez vous, glissez la tête tout doucement, très bien, dormez vous, encore, descendez, en bas, encore.. el haj vous allez bien?]

2463. Dr¹ : ella ma tkhafch++ iyya bismillah tawakkalna ala Allah++ iyya:+ khelliha tfout+++ je voulais voir l'œsophage+ on est dans l'ŒSOPha:ge+ bon+ l'estomac haya la <cave?> chouf tamma hadi la <cave?> d'acco:rd+ hna c'(est)-à-dire il n'y a::+ <Xtose?> aji tchouf aji hna / aji mennahna++ hawa l'œsophage+ il est sain 'hein+ il n' y a rien du tout fe l'œsopha:ge+ hawa

[non, n'ayez pas peur, bon, au nom de Dieu, laisse la passer, voici l'estomac, regarde cette cave là, viens voir, viens par ici, voici l'œsophage, il n'y a rien au niveau de l'œsophage, voilà]

2464. Inf¹ : hadi

[celle-là]

2465. Dr¹ : 'cheft'ha

[tu l'as vu?]

2466. Inf¹ : ih

[oui]

0790. Dr¹ : c'est pour la remarque+ jamais matakatbou biopsie hatta::+ ceux / ceux qui écrivent une lettre ntina ki taktab leuh: hm par exemple hadi ghir lik bach tataalmi c'est ça: maalikch euh: \

[il ne faut jamais demander vous-même une biopsie ; c'est un conseil pour vous, c'est juste pour apprendre les bonnes habitudes]

Dans cet extrait, le surveillant médical s'adresse aux infirmiers stagiaires en leurs montrant comment préparer psychologiquement un malade à une colonoscopie, quel est le matériel à utiliser dans cet acte ainsi que la position convenable pour sa réalisation. Ensuite, le médecin verbalise ce qu'il voit et montre l'image d'un œsophage sain à l'infirmière. Renfrogné, il avertit l'interne qu'il doit rédiger sa lettre d'orientation pour

une fibroscopie, sans pour autant demander une biopsie duodénale; du moment où celle-ci relève du champ de compétence du seul médecin gastrologue.

✓ L'ensemble des partenaires connaissent la situation de l'activité de fibroscopie. Toutefois, tout le monde est prêt à exercer des changements situationnels en cas de besoin, en particulier en cas d'urgence. Ainsi, les communications s'orienteront différemment pour effectuer ces modifications.

Par exemple, dans le cas où le médecin trouve une anomalie et décide de faire une biopsie, l'infirmier vigilant lui ramène la pince à biopsie sans que le médecin le lui demande, et explique ce fait au malade.

✓ Les communications peuvent aussi servir à définir le contexte. C'est notamment le cas de l'exemple suivant où l'infirmière et le médecin communiquent au malade un ensemble d'informations contextuelles relatives à l'acte :

0638. Dr¹ : c'est très rapi:de+ il faut pas vous inquiéter: ghi maa ellouwel vous allez / vous allez sentir une gêne++ we men baad ki tfout ça y est++ c'est pas grave

[vous allez sentir une gêne seulement au début, ça va céder]

0639. Mde : hmm hmm

0640. Dr¹ : andna / andna gaa trente secondes nkamlou nchallah

[ça va nous faire au maximum 30 secondes et on termine]

0641. Inf¹ : dour ala jihtek

[retournez vous de l'autre côté]

0642. Dr¹ : dour mlih ala jenbek / ala jenbek \

[mettez vous au côté latéral]

0643. Inf¹ : dour ala jenbek lisse:r

[mettez vous au côté latéral gauche]

0644. Dr¹ : ala jenbek: sur le côté: voi:: là hout rassek

[côté latéral, mettez la tête ici]

0645. Inf¹ : hout rassek

[mettez la tête ici]

0646. Dr¹ : trè::s bien+ alor:s houl foummak+ \

[ouvrez la bouche]

0647. Inf¹ : addanna ala hadi / adde aliha

[serrez cette canule contre les dents]

0648. Dr¹ : chou(f) ki t'heuss'ha fi halkek khelliha tfout++ we tnahad men nifek une foi::s entré smaat+ hout hadi taht battek trè::s bien+ iyya bismillah tawakalna ala ALLAH++ khelliha tfout fouk elsanek mataamal walou+ matlewiha ma walou+++ alors ça y est rani el dakhel: vous respirez+ NORMALEMENT:: tnahad men nifek / tnahad ghi bechwiya alik

[dès que tu sens (le fibroscope) au niveau de la gorge, essaye de l'avalier et respire par le nez, tu m'écoutes ? met ça au dessous des aisselles ; alors au nom de Dieu, nous croyons en Dieu ; laisse la passer au dessus de la langue, ne fais rien, je suis entré, respire par le nez, respire tout doucement]

Cette même idée a été renforcé par Grosjean et Lacoste (1999 : 118) lors de leur étude concernant la transmission des informations dans un service de chirurgie, et qui en ont dégagé des conclusions analogues en montrant que les communications sont une mise en contexte de l'action.

✓ Les communications contribuent à transformer le contexte. Le cas le plus typique est celui des échanges de plaisanterie qu'on va aborder ultérieurement, qui servent à créer une ambiance dans le groupe :

2699. Dr¹ : filistine sawtou (e)thawrati el filistiniya

[Palestine, c'est la voix de la révolution palestinienne]

2700. Dr¹, Inf², Surv, Mde : (rires)

Ici, le médecin a mis sa blouse et déclare le commencement d'une colonoscopie chez un malade multitaré, un travail qu'il juge, aussi lourd que la question de la révolution palestinienne.

En un mot, La communication apparaît comme un point central pour l'étude de l'action collective en contexte.

II.2.2.2. Orientation de l'activité de communication à partir de l'activité de contexte

Comme nous l'avons examiné plus haut, l'activité de contexte repose sur un système d'éléments superposés et interdépendants que co-construisent les acteurs en situation de communication. Ces acteurs transforment à autrui leurs environnements externes ainsi que de multiples représentations : Ainsi, chacun va prélever dans l'échange de l'autre des indices permettant de s'assurer du bon fonctionnement de l'interaction et de construire un modèle approprié de son partenaire. Celui-ci va volontairement fournir d'autres indices facilitant la réalisation de la tâche : reformulation, demande d'information, négociation, etc. (Falzon, 1994, p 303), et donc la compréhension réciproque.

Dans notre service, il est à signaler que l'activité de contexte peut être à la base de l'activité communicationnelle. Elle module son sens : « [...] le contexte est une composante essentielle de la communication et une source majeure de simplicité et d'efficience. » (Brown et Duguid, 1994 : 3). En cela, le choix du type de communication dépendra des caractéristiques de moyens offerts par le contexte : (type d'activité par

exemple) qui contribue non seulement à donner un sens aux communications, mais il peut également constituer un élément orientateur de toute communication.

C'est ce que nous allons examiner tout de suite :

✓ Le contexte peut être un annonciateur d'événements qui auront à être gérés par les interactants. Ceux-ci doivent adapter une bonne activité contextuelle liée à une bonne perception et une interprétation correcte de l'activité de communication représentée en graphie soulignée dans l'exemple suivant :

2705. Inf² : 'el hadj dert (e)tahdr

[vous vous êtes préparé (avez vous pris votre traitement pour se préparer à cet examen)]

2706. Mde : naame [oui]

0164. Dr¹ : alo::rs 'ch'hal khrajt man khatra 'koutli ch'hal euh:: \

[vous avez fait combien de selles?]

0165. Mde : huit fois+ mazal andi huit fois++ (e)l youm mazal makhrajtch

[je fais toujours huit selles, aujourd'hui je n'ai pas encore fait de selles]

0166. Dr¹ : ih koutli majat jaria majat kas'ha

[alors, vous m'avez dit qu'il s'agit de selles ni trop liquides, ni trop dures]

0167. Mde : manich aref [je ne sais pas]

0168. Dr¹ : marakch aref! c'est-à-dire exactement:: [vous ne savez pas]

0169. Mde : ghi une diarrhée:: ma:: teuh: machi:: \

[il s'agit d'une diarrhée qui n'est pas..]

0178. Dr¹ : donc euh:: c'est un peu l'aspect:: un signe de: / de: l'évolution de: la:: taa / taa RCH donc il fait / il fait toujours dix selles sanglantes mais (il) (n) y a pas de sang euh:: huit selles / huit selles

Tel qu'il est illustré dans cet exemple, le malade construit volontairement, à partir de l'activité de communication des soignants, (*'dert (e)tahdir* : vous vous êtes préparé ; *majat jaria majat kas'ha* : des selles ni trop dures, ni trop liquides ; *c'est-à-dire exactement*: leur aspect), des indices qui l'aident à comprendre leurs messages et leurs offre la réponse qu'ils voudraient avoir (*naame* : oui ; *ghi une diarrhée:: ma:: teuh: machi:: *). Et de la même manière, les soignants co-construisent d'autres indices pour comprendre à partir de la réponse du malade qu'il est préparé à l'acte et qu'il n'a pas de sang dans les selles.

✓ Le contexte oriente la communication pour répondre aux exigences de la tâche. C'est ainsi que la perception d'un problème immédiat peut activer la mise en œuvre de moyens de communication rapides :

0649. Mde : vomissements

0650. Dr¹ : tnahad ghi bechwiya ali::k

[respirez doucement]

0651. Mde : toux

0652. Dr¹ : ghi:: bechwiya ma tkhafch/ ghi tnahad / ghi tnahad++ ma bkalnach beza:f
ça y est ghi:: sbar maaya:

[tout doucement, n'ayez pas peur, respirez, on va terminer, patientez]

0653. Mde : a::ye

0655. Mde : toux

C'est le cas où le médecin adapte ses gestes en fonction du malade : l'apparition de vomissements abondants l'emmène à être plus rapide dans son geste médical que

d'habitude tout en abrégant au maximum les communications. Le contexte alors, suggère les actions utiles et rend non nécessaire l'usage des communications traditionnelles. De même, si l'état du malade s'altère pendant l'acte de fibroscopie, le médecin lance un échange communicatif signalant l'arrêt de cette activité. En ce sens, le contexte est constitué de conditions qui ont modifiées les communications.

En voici l'exemple :

0615. Mde : **aïe**

0616. Dr¹ : **beza::f** [douleurs intenses]

0617. Mde : **bezaf** / bezaf [oui]

0618. Dr¹ : ça y est / ça y est / ça:+

0619. Inf² : c'est bon saafna [aidez nous, patientez]

0620. Dr¹ : **ça y est rani kharej / rani kharej** [je vais sortir]

0621. Inf² : rana kharjin / rana kharjin [on va sortir]

0622. Dr¹: c'est bon / c'est bon++ iyya / iyya des XX <pétéchis?> ça y est kammalna:
c'est bon [on a terminé]

0623. Mde : ouah [d'accord]

0624. Dr¹ : <...?>**ça y est c'est bon+parce qu'il supporte ma:l++** peut être qu'il faut
lui faire une anesthésie générale

2777. Dr¹ : el hadj seggad rouhek ghi bechwiya ali::k

[mettez vous à l'aise, tout doucement]

2785. Dr¹ : awed dour ma (e)jiha lokhra el hadj

[mettez vous de l'autre côté]

2786. Inf² : awed dour ma (e)jiha lokhra

[mettez vous de l'autre côté]

2787. Dr¹ : **pour la dernière fois nchoufou**

[on va faire une dernière tentative]

2788. Inf² : aatini rejli:k ha:kdak

[donne moi les pieds, très bien]

2789. Dr¹ : **on va arrêter** pa(r)ce que là: on a pas réussi

2790. Inf² : hawada hna sur le euh::

[le voilà..]

2791. Dr¹ : ghi le côté droit rah euh:: <...?>

[que le côté droit qui..]

2792. Inf² : hayadi la lumière

[voici la lumière]

2793. Dr¹ : c'est#au niveau du colon sigmoïde+++ c'est-à-dire le colon gauche+ khater fe début (il n') y avait pas de boucles++ c'est-à-dire il faut enlever had la boucle elle est très importante **la progression est très difficile**

[parce que au début..., il faut enlever cette boucle..]

2794. Inf² : 'ça va ça va:

2795. Mde : chwiya::

[un petit peu]

2796. Inf² : c'est la boucle+ hadi hiya hna'hna rah ydourrek el hadj

[voici la boucle, c'est à ce niveau que vous avez mal ?]

2797. Mde : aïe

2798. Dr¹ : **on espérait faire une colonoscopie+ mais malheureusement ce n'est pas une colonoscopie totale+ on s'est arrêté au colon transverse++** la boucle était aussi importante qu'on n'a pas pu progresser (toux) donc on complète notre euh:: par un lavement baryté: pour voir la totalité / le reste du colon

Dans cet extrait, le malade était programmé pour une colonoscopie totale, mais le médecin a rencontré une boucle importante qui l'a empêché de traverser le colon

transverse et qui l'a poussé à arrêter l'examen et à demander un lavement baryté comme examen complémentaire afin de voir la totalité du colon.

✓ Sur la même longueur d'onde, nous avons remarqué des cas où le contexte présente un grand statisme permettant l'allègement progressif des communications.

Cela est nettement apparent dans le cas de l'examen endoscopique haut et bas où un langage habituel est instauré :

0648. Dr¹ : chou(f) ki t'heuss'ha fi halkek khelliha tfout++ we tnahad men nifek une foi::s entré smaat+ hout hadi taht battek trè::s bien+ iyya bismillah tawakalna ala ALLAH++ khelliha tfout fok elsanek mataamal walou+ matlewiha ma walou+++ alors ça y est rani el dakhel: vous respirez+ NORMALEMENT:: tnahad men nifek / tnahad ghi bechwiya alik

[quand le fibroscope arrive au niveau de la gorge, essayez de l'avaler et respirez par le nez, , mettez la main au niveau des sous-aisselles, au nom de Dieu, laissez le fibroscope passer au dessus de la langue, il ne faut pas le plier, ça y est je suis rentré, respirez par le nez, tout doucement]

0649. Mde : vomissements

0650. Dr¹ : tnahad ghi bechwiya ali::k [respirez doucement]

0651. Mde : toux

0652. Dr¹ : ghi:: bechwiya ma tkhafch/ ghi tnahad / ghi tnahad++ ma bkalnach beza:f ça y est ghi:: sbar maaya:

[tout doucement, n'ayez pas peur, respirez, on va terminer, patientez]

0653. Mde : a::ï

0574. Inf² : iyya ghi glaa essrawel hada:k houttah and ra:ssek++ hayadi star rassek bechwiya alik / ghi bechwiya / ghi belaakel alik / ghi:: bettawil alik: gaa mataghbanch rouhek+ prend ton temps++ khoud waktek++ voilà:: iyya jammaa hnaya kimma jammaat / jammaa hna andi: zid / zid / zid / zid / zid: iyya erkoud ala jenbek lisser kimma hna / erkoud ala jenbak: iyya k'houz el andi:: trè::s bien ghi: bechwiya alik / ghi bechiya iyya trè::s bien+ eggoud hagda mastou:r+ rak à l'aise

[alors, enlève le pantalon, mets le devant la tête, voici (un champ) pour te couvrir, tout doucement, prend ton temps, assieds toi ici, rapproche toi de moi, encore, encore, met toi sur le côté latéral gauche, rapproche toi, tout doucement, reste couvert, tu es à l'aise]

✓ Nous concevons aussi, plusieurs contextes à une seule activité de communication. C'est le cas d'une visite générale, où les soignants passent d'un cas de malade à un autre. Le contexte de chaque malade dépendra de son histoire pathologique.

✓ A un niveau tout à fait paradoxal, le contexte peut également être un inhibiteur des communications. L'exemple le plus révélateur, c'est celui où les malades trouvent des difficultés à communiquer lors d'une visite générale où l'on marque la présence de tout le personnel soignant (médecin-chef, médecin maître-assistants, médecin résidents, médecins internes, infirmiers, aides-soignants) qui mènent des conversations multiples à côté du lit du malade. Celui-ci reste oblitéré et brouillé.

Ce qui vient d'être dit nous mène à souligner que la communication et le contexte sont deux notions qui conditionnent l'activité médicale et doivent être considérées conjointement dans un rapport d'interdépendance.

Nous récapitulons le rapport communication-contexte dans le schéma suivant :

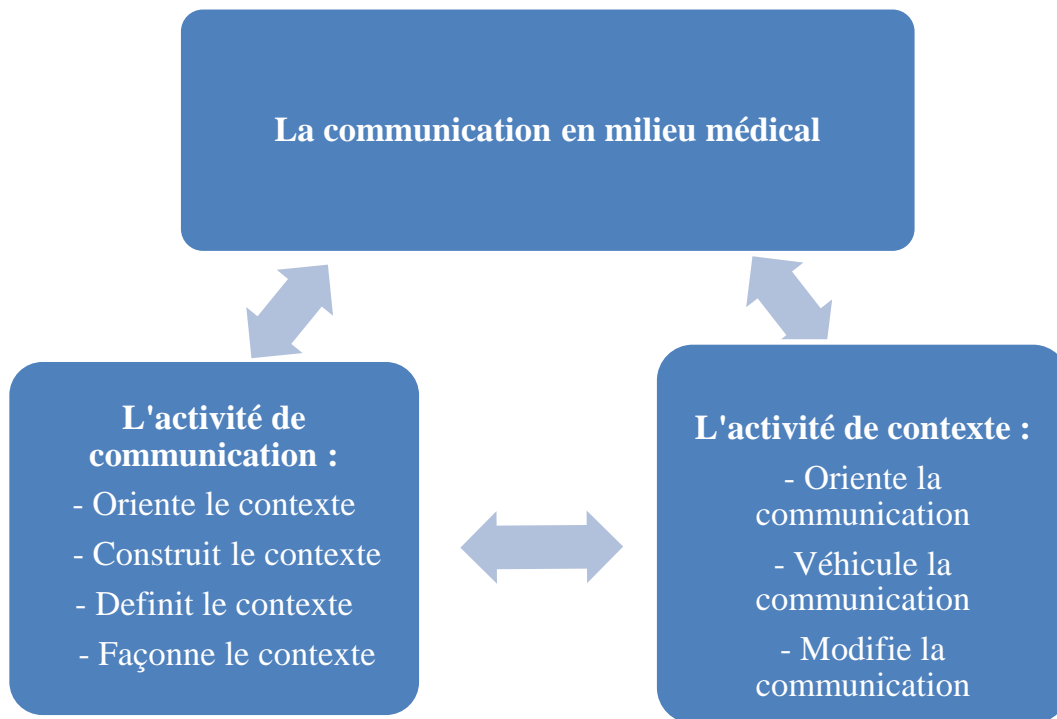


Figure 3 : Représentation du rapport entre l'activité de communication et l'activité de contexte

CHAPITRE III :

Hétérogénéité interactionnelle et contextuelle dans l'activité médicale : Dynamiques et stratégies

III.1. Trajectoire de l'information et structurations divergentes de l'interaction pendant l'activité médicale

Tel est représenté précédemment, dans l'organisation hospitalière, en l'occurrence le service de gastrologie, les communications constituent une trace d'activité, trace sensible aux variations contextuelles.

En effet, notre projet principal en cette situation, c'est de démontrer que toutes les activités actionnelles tournent autour de l'information qui constitue la substance de l'activité interactionnelle à travers laquelle les interlocuteurs édifient des univers de connaissance qu'ils alimentent et font circuler entre les instances énonciatives pour les faire partager. Informer se veut alors comme sens, structurer un discours de la part du personnel soignant et soigné, répondre aux questions, évoquer tous les problèmes et leurs donner tous les sens de résolution. Le plus important c'est de construire un tout cohérent.

Cette construction collective de l'information est variable et modulable selon les circonstances dans la mesure où elle occupe tous les espaces interactionnels du service : (interrogatoire, investigations, négociations, diagnostic, prise de décisions et traitement). Cela signifie qu'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 car on ne peut tout régler dans l'espace restreint d'un seul épisode interactionnel. Partir de là, c'est vouloir montrer que les actions permettent une actualisation et un échange permanent des informations entre les partenaires.

Ce mode de communication valorise la compétence de chaque partenaire et suppose des savoirs partagés dans la mesure où l'on doit mettre en commun les éléments d'informations et de contextualisation des uns et des autres et d'en dégager les plus pertinentes pour résoudre certains problèmes fonctionnels et donc aboutir à un but commun.

C'est ce qui est représenté dans le schéma ci-dessous :

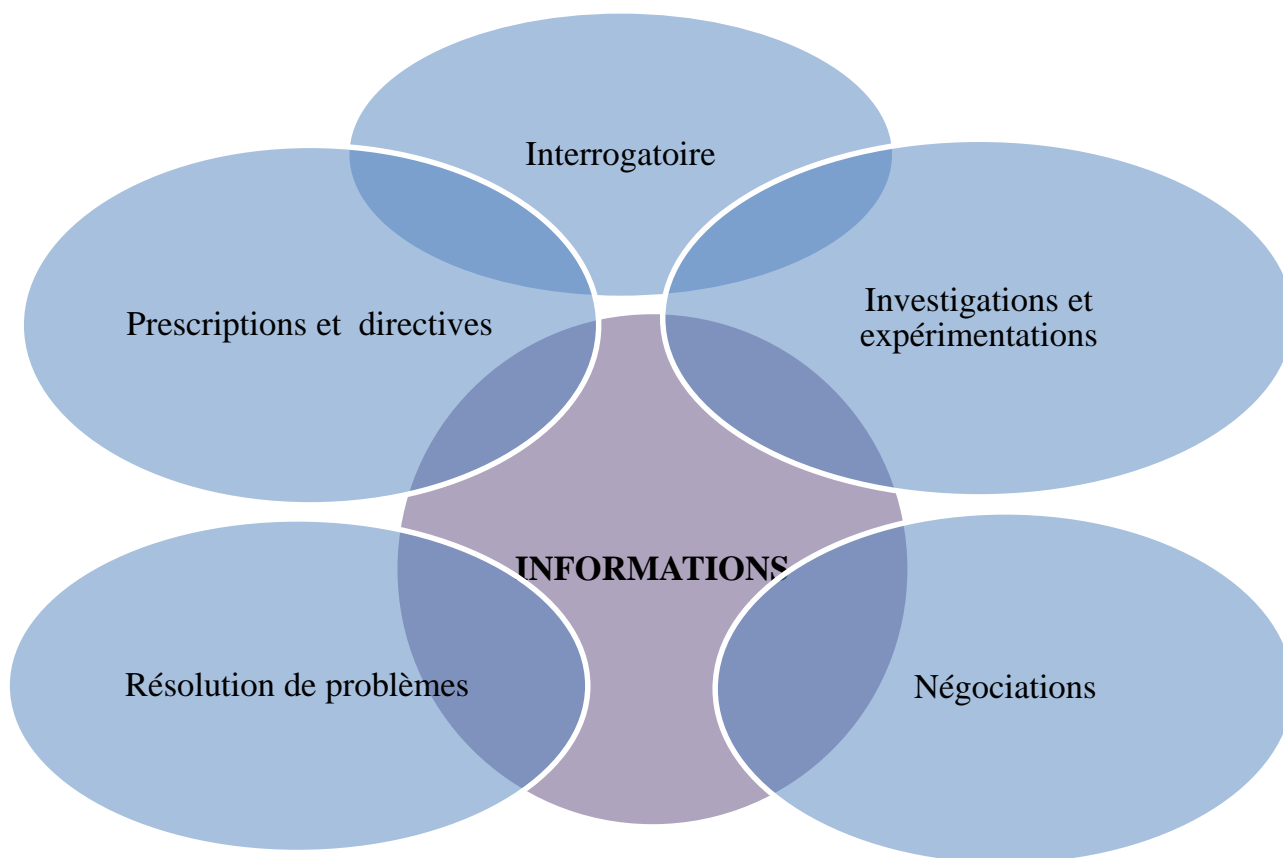


Figure 1 : Représentation de la trajectoire de l'information et des activités interactionnelles pendant l'activité médicale

Nous proposons dans ce qui va suivre, une analyse représentative centrée sur les interactions et les actions dans des contextes différents de l'activité médicale.

III.1.1. Dynamiques et stratégies interactionnelles globales

Dans notre service, l'interaction est un objet de stratégies individuelles et collectives dans laquelle, toute action est intentionnelle visant des objectifs et des buts communs. Ces stratégies sont ainsi définies par F.Jacques : « On appellera stratégie discursive un ensemble d'interactions communicatives en tant qu'elles construisent peu à peu leur contexte » (1988 : 52-56). Par ailleurs, communiquer, est d'après lui, tenu pour une opération d'accomplissement des tâches, de construction d'image identitaire propre

aux participants. C'est ce que soutient Watzlawick en stipulant que 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. »(K.Orecchionni.C, 1984 : 233).

Il devient évident que dans une interaction médicale au service de gastrologie, les stratégies sont toujours négociées et coordonnées entre tous les partenaires de soins. Chacun des protagonistes, selon son champ de compétence, montre sa manière de décrire la stratégie qu'il utilise dans une situation de communication donnée, ce qu'il vise faire au cours de cette interaction et décrit les besoins qu'il veut satisfaire. parallèlement, il pratique des stratégies capables d'anticiper les conflits potentiels et/ou limiter les conséquences néfastes s'ils s'actualisent. En cela, tout comportement de l'acteur, qu'il soit verbal ou non verbal est stratégique, et est considéré comme un moyen utilisé pour produire l'effet visé.

Néanmoins, en termes d'interaction en ce milieu, nous avons constaté qu'on communique aussi pour justifier une hiérarchie, une relation asymétrique entre les acteurs qui se trouvent placés en un lieu différent structurant leur relation interpersonnelle. Le cas par exemple du commencement de la visite générale, où c'est essentiellement le médecin responsable de salle, qui donne le droit à la parole et dirige les interactions dans toutes les phases de cette activité médicale, qu'il s'agisse de la structuration de l'interaction ou du thème traité et de la nature de la gravité de la pathologie et semble garder ainsi la position dominante. C'est ce que vient montrer clairement C.K.Orecchionni lorsqu'elle dit : « toute dissymétrie des rôles sociaux ait tendance de s'interpréter en termes de dominance ». (1992 : 71). Toutefois, même si le médecin domine la conversation, les autres partenaires sont actifs par leur écoute attentive ce qui lui offre plus de stratégies pour mieux communiquer dans cette situation.

III.1.1.1. Faire l'initiative

Il faut restituer dans le cadre de cette activité, la part entière de tous les acteurs de l'interaction qui manifestent une capacité et une compétence à partager le sens des réalités abordées, l'effort de compréhension et d'interprétation des productions des autres. Ils développent ainsi, diverses stratégies communicatives au sens où chacun pourra d'un

moment à l'autre faire l'initiative en déclenchant l'échange relatif au contexte d'action, pouvant avoir comme valeur, une proposition, une demande d'information ou un apport d'information...etc. En voici l'exemple suivant :

1284. Dr² : 'il n' y a pas la fièvre / c'est très important la fièvre

1285. Inf³ : fièvre à 37,2° à son admission: mais il fait des pics

1319. Dr² : hada rah andou une trithérapie

[celui-là a une trithérapie ?]

1320. Dr^{®2} : yih j'ai introduit une antibiothéropi::e probabiliste

[oui]

1321. Dr² : probabiliste++ je vous rappelle les:: / les: / les hépatomégalies fébriles
'qu'est-ce qu'on discute+ iyya kamel

[alors, la question est posée à tout le monde]

1322. Dr^{®2} : & donc: sur le plan+ alors biologique (il) y avait une anémie: sévère avec un taux d'hémoglobine+\ une ané / une anémie hypomicro / hypomicrocytai:re avec un taux d'hémoglobine à 5,8+ les plaquettes qui sont normaux+ les globules blancs à 11500++ donc il a été transfusé par deux culots globulai:res mais il a fait une réaction aprè::s+ un accident transfusionnel

1323. Dr² : ih [oui] (continue)

1324. Dr^{®2} : alors sur euh:: la fonction rénale elle est normale+ euh: transaminases qui sont normales phosphatase alcaline augmentée à 1,6 fois la normale gamma GT à 2 fois la normale++ bon: euh: (le) bilan d'hémostase TP à 100% par contre on a un TPA qui est allongé+ à 80:: un temps de Quick qui est normal+ la <fer PLL?> posi / très positive à 192 avec une VS à 149++ j'ai opté pour les bilans:: deuh: d'hémostase+ j'ai vu un avis d'hémato::+ euh:: ils m'ont dit qu'il y a la localisation hépatique entraînant une insuffisance+ hépato-cellulaire donc qui a engendré un déficit des facteurs de la coagulation+ pa(r) ce que le TP au début:: il était: à 54%+ quand j'ai refait:: il est revenu:: normal++ pour les <GG?> elles sont négatives++ HBS HIV et HCV négatifs la sérologie hydatique elle est négative++ la lecture aujourd'hui: elle est négative

1325. Dr² : négati::ve

1326.Int¹ : hmm++ bon pour les explorations endoscopiques il est à jeûn
normalement

1327. Dr² : ih pour la fibro [oui]

1328. Dr^{@2} : pour la fibro: yih++ on voulait fai::re euh: une colo \ ella hada houwa
/ ella hada houwa+ donc on a fait un scanner abdominal on va le
récupéreraujourd'hui: euh les marqueurs tumoraux sont en cou:rs

[oui, bon c'est ça]

Comme l'illustre cet exemple, les partenaires, pour mieux communiquer les objets symptomatiques qu'ils incriminent (fièvre à 40°, une hépatomégalie fébrile), déploient dans un premier temps, des stratégies où prime l'effort d'explicitation de l'information (une anémie sévère hypomicrocytaire sévère avec un taux d'hémoglobine à 5,8, les globules blancs à 11500, une insuffisance hépato-cellulaire qui a engendré un déficit des facteurs de la coagulation, HBS HIV et HCV négatifs la sérologie hydatique négative, un adénocarcinome bien différencié de siège hépatique).

III.1.1.2. Organisation interactionnelle lors des situations critiques

Certaines situations critiques semblent toutefois, de prime abord, moins propices à l'identification de la pathologie. Comme elle peut aussi être source de blocage et de difficultés de la communication liées à des ambiguïtés relatives à la pathologie et de sources inconnues. Dans ce cas, les médecins n'arrivent pas toujours à expliquer les faits et n'ont qu'avouer leur incompétence dans leur domaine. L'interaction, dans ce cas là, devient un support qu'utilise le groupe pour tenter de chercher un moyen de détruire les germes pathogènes.

C'est ce qui est représenté dans l'exemple ci-dessous :

1845. Dr¹ : 'est-ce que vous avez lancé le bilan taa [de] la maladie de Wilson
1849. Dr^{®1} : **je pense** à un excès::+ \
1850. Dr¹ : <...?>
1851. Dr^{®1} : ella:: 40 we euh hadi:: \
- [non, 40mg et cette..]
1852. Dr¹ : ih tu vois [oui]
1853. Int² : l'ascite+ kan [était] TRANSUDAT
1854. Dr^{®1} : ça se comprend
1855. Dr¹ : ça se confirme
1856. Dr^{®1} : ki awedtel'ha:: \
- [quand j'ai refait..]
1857. Dr¹ : ça se confirme++ **ça ne doit pas être un transuda:t**
1858. Dr^{®1} : **jatni biza::re**
- [ça m'a paru bizarre]
1859. Dr¹ : voilà+ exactement
1860. Dr^{®1} : alors hna [ici] il n'est pa::s généralement visualisé très bien une diminution du <lapsus?> hépatique
1861. Dr¹ : bon++ euh:: donc on laisse toujours sur le euh::+ \
1862. Dr^{®1} : hatta bloc and'ha hépatique
- [elle a aussi un bloc hépatique]
1863. Dr¹ : hépatique + <la même faveur?>
1873. Dr^{®1} : ce qui est bizarre+ c'est-à-dire hna:: elle avait arrêté depuis # un mois
- les médicaments:+ TRANSFUSEE:: awed \
- [c-à-d ici,.. et puis..]
1874. Dr¹ : demandez un avis d'hémato

1875. Dr®¹ : HEMOLYSEE

1876. Dr¹ : demandez avis hémato

1877. Dr®¹ : demandit l'avis hémato

[j'ai déjà demandé un avis d'hématologie]

1878. Dr¹ : avis hémato+ 'assem kaloulek [qu'est-ce qu'ils ont dit?]

1879. Dr®¹ : euh:: ghil euh+ katlek puisque+ une insuffisance hépatique \

[rien de... elle a dit..]

1880. Dr¹ : vous pouvez avoi:r \

1881. Dr®¹ : il / **il pouvait avoir une élimination ralentie du médicament**+ donc euh:: le / le médicament il a encore ses effets++ refaire une formule++ il faut refaire une formu:le avec un:: taux de retyculocytes euh:: frais

1882. Dr¹ : il faut le refaire

1883. Dr®¹ : d'accord+ ih hadamakan [oui, c'est tout]

Ici, les médecins se trouvent dans une situation tellement problématique qu'ils n'arrivent pas à expliquer. Des échanges d'information et des hypothèses ont eu lieu.

Tel qu'il est montré, l'exemple commence par la demande du médecin de faire un bilan de la maladie de Wilson du moment où il est confronté à une pathologie qui se refuse au diagnostic. Cette demande est marquée par le verbe (*je pense*) sans arguments ; suivie de nouveaux doutes (*jatni biza::re* [ça m'a paru bizarre], *bon heu*) ; suivie encore de répétition des mots (*ça se comprend, ça se confirme, ça se confirme*) remettant en question le prélèvement de l'ascite qui s'est révélé transudatif. Cette source experte n'a pas permis d'établir dans le discours médical un ordre de pertinence dans l'activité informative du moment où elle n'est pas conforme avec le tableau clinique que présente la malade. Dans ces circonstances les médecins montrent leur incapacité à identifier la pathologie. C'est pourquoi, une autre stratégie d'investigation a été décidée : une

demande d'une FNS avec un taux des rétyculocytes pour la malade qui fait une hémolyse pour appuyer la véracité ou l'attestation visuelle des faits :

1431. Dr¹: ih donc swalah taa (e)l colonoscopi::e il (ne) faut pa::s+ yak cheftouha+ on a:: / nkoulkom ha:ja: il (ne) faut pas: dire une colonoscopie euh:: chaque fois qu'on ne réussit pas: ça peut arriver à n'importe qui++ ana j'étais en France: had (e)l khatra wallah deux colonoscopies n'ont pas été réussi+ sous anesthésies générales ha:di sous AG 'hein+ machi zaamak sous euh:: kimma hna+ non réussie++ nektab non réussie alach (e)nkassar rassi+ ça existe: il (ne) faut pas di::re le contrai:re taachi ydour alik koulchi+++ le mala:de / ki yjik le malade tu / tu seras responsable alih: awed temchi+++ voilà:

[il ne faut pas prendre les choses à la légère quand il s'agit d'une colonoscopie, j'étais en France cette fois-ci, je jure que deux colonoscopies sous anesthésie générale n'ont pas été réussi. Prenons notre exemple, c'est une colonoscopie non réussie, je mentionne une colonoscopie non-réussie pour ne pas avoir des problèmes plutard, je ne me casse pas la tête pour des choses qui peuvent arriver, chacun doit assumer sa responsabilité envers un malade souffrant]

Dans cet exemple, le médecin souligne qu'il existe des situations où l'on ne réussit guère à accomplir l'acte de colonoscopie. Il se justifie en stipulant qu'il a assisté au cours de son congé scientifique à deux colonoscopies sous anesthésie générale non réussies et demande à ses semblables d'avouer que cela dépasse leur champ de compétence spécialisée. Cela n'empêche de chercher des stratégies pour lutter contre la pathologie mise en cause.

Néanmoins, cette incompétence conjoncturelle relève de l'ordre d'un savoir-faire qui s'inscrit dans la pratique spécialisée de la médecine et qui circonscrit le champ d'action des tous les partenaires, et requiert la conjugaison des compétences. C'est ce qui leur mène à demander tous les avis spécialisés qui permettent de lutter contre la pathologie :

2532. Dr^① : est-ce que euh: hatta: l'assurance <...?> il faut prendre euh:: / une euh néoplasie [est-ce que même pour l'assurance...?]
2533. Dr² : sûr++ parce que même euh:: en cas de biopsie wella:: c'est / c'est risqué+ donc euh: il faut faire un bilan:
2534. Dr^① : exactement
2535. Dr² : hada houwa
[oui, c'est ça]
2536. Inf² : 'ki ysemmouki
[comment vous appelez vous?]
2537. Dr² : il faut faire une exérèse we yziftouha (e)l'anapath
[et on l'envoie au service d'anatomo-pathologie]
2538. Inf² : neggal'ou (e)lahma:+ \
[on enlève cette formation]
2539. Dr² : ouah inchallah
[oui, si Dieu veut]
2540. Inf² : we naayroulek (e)lahma we ngouloulek men baad wassem kayen
[on va analyser cette formation et on vous communiquera le diagnostic]
2541. Dr² : la chirurgie
2542. Mde : 'taatini dwa wella laybari:
[vous me donnez un traitement ou des injections?]
2543. Inf² : ella haki hadi we houma ydebbrou rissan'hom++ hawa derlak labriya hawa le chirurgie
[non, tenez (cette lettre d'orientation) et ce sont eux (les chirurgiens) qui vont vous prendre en charge, voilà, il (le médecin) vous a écrit la lettre d'orientation]
2544. Dr² : chirurgie bach tabraï
[la chirurgie, pour une meilleure prise en charge]

D'après le médecin, il s'agit d'une néoplasie probable. C'est pourquoi il a recommandé de faire d'abord un bilan, puis une passation à la chirurgie pour une éventuelle exérèse de la tumeur suivie d'une analyse anatomo-pathologique. Ce qui mène plus avantageusement à identifier la maladie en cause.

III.1.1.3. Passage de la parole

Dans cette entreprise médicale, on considère en premier lieu que la priorité est de vaincre la maladie, on verra donc, tous les membres de l'équipe de santé s'organiser pour créer les conditions qui s'imposent dans de tel cas. Cela est fondé sur l'idée de leur interdépendance et de leur appartenance à cette communauté. Le plus important nous semble-t-il de savoir gérer les tours de paroles.

A partir de notre copus, on s'est aperçu que nos partenaires gèrent efficacement les changements de tour et repèrent les indices d'alternance chez leurs interlocuteurs. En effet, celui qui détient la parole 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, un regard), 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 ; soit par des indices para-verbaux d'alternance clairs et suffisants pour l'interlocuteur (pauses, ralentissement du débit, diminution du volume sonore) :

0160. Dr¹ : rak sous régime alors mayhamch / mayhamch hada tachrab tlata fe nhar fahmatek tbiba 'yak+ hada fih quatre comprimés+ 'ch'hal chrabt une boita 'tlata:

[vous suivez un régime, ce n'est pas important, vous prenez trois par jour ; le médecin vous a expliqué n'est-ce pas? ici il y a quatre comprimés, combien vous avez pris, une boîte ou trois?]

➔ **Question- Demande de prendre la parole**

0161. Mde : euh:: tlata [trois]

➔ **Prise de la parole : réponse à la question posée**

0164. Dr¹ : alo::rs 'ch'hal khrajt man khatra 'koutli ch'hal euh: \

[vous avez fait combien de selles?]

➔ **Question → Demande de prendre la parole**

0165. Mde : huit fois+ mazal andi huit fois++ (e)l youm mazal makhrajtch

[je fais encore huit selles, aujourd'hui je n'ai pas encore fait de selles]

➔ **Prise de la parole : réponse à la question posée**

0166. Dr¹ : ih koutli majat jaria majat kas'ha

[alors, vous m'avez dit qu'il s'agit de selles semi-liquides]

➔ **Passage de la parole : le médecin demande l'aspect des selles**

0167. Mde : manich aref

[je ne sais pas]

➔ **Prise de la parole**

0168. Dr¹ : marakch aref! c'est-à-dire exactement::

[vous ne savez pas]

➔ **Passage de la parole : il insiste pour avoir une réponse à sa demande**

0169. Mde : ghi une diarrhée:: ma:: teuh: machi:: \

[il s'agit d'une diarrhée qui n'est pas..]

➔ **Prise de la parole : il s'agit d'une diarrhée**

0173. Mde : fiha ouah++ weuh c'est-à-dire ghi bechwia c'est-à-dire manakhroujch mriyah nichane+ nekhrouj koul khatra nekhrouj euh:: \

[oui fétides, je trouve des difficultés à faire mes selles, chaque fois je vais aux toilettes]

➔ **Passage de la parole** : le malade n'arrive pas à décrire la douleur qu'il ressent quand il fait ses besoins et demande l'aide du médecin par des expressions du visage

0174. Dr¹ : taassar ça veut dire: kimma ngoulou

[des faux besoins, comme on le dit]

➔ **Prise de la parole** : le médecin répond au besoin du malade et lui donne le mot qu'il cherchait

0175. Mde : ouah [oui]

0184. Dr¹ : '(ye)semma les gaz bezaf++ 'wel makla assem rak takoul+ 'est-ce que rak dayer un régime

[alors c'est les gaz, et pour l'alimentation, qu'est-ce que vous mangez? vous suivez un régime?]

➔ **Passage de la parole** : Le médecin demande au malade s'il suit un régime

0185. Mde : ih:: un régime [oui]

➔ **Prise de la parole**

0186. Dr¹ : 'assem houwa

[c'est quoi comme régime]

➔ **Passage de la parole**

0187. Mde : andi:: la purée euh::

[je prends une purée]

➔ **Prise de la parole :**

0187. Dr¹ : i::h (quoi encore)

➔ **Passage de la parole :** continuez

0188. Mde : andi roz: tani la malh la zit++ khoubz messous hada makan

[le riz aussi sans sel ni huile, pain sans sel, c'est tout]

➔ **Prise de la parole :** le malade donne de plus amples informations concernant le régime qu'il suit

Ce passage est de type demande-apport d'information. Le médecin invite explicitement le malade à enchaîner (je te passe la parole) en lui demandant l'information. Celui-ci va prendre la parole pour lui apporter l'information sollicitée. Par ailleurs, nous avons assisté à des moments dans lesquels, les partenaires eux-mêmes, réclament leur part langagière : (178. Dr¹ : *donc euh:: c'est un peu l'aspect:: un signe de: / de: l'évolution de: la:: taa / taa RCH donc il fait / il fait toujours dix selles sanglantes mais (il) (n) y a pas de sang euh:: huit selles / huit selles[de l'RCH] ; 179. Inf³ : huit selles mais (il) (n) y a pas de sang ; 150. Inf³ : une poussée sévère*). Ici, l'infirmière prend la parole sans qu'on la lui passe et ajoute une autre information importante qui est l'absence de sang dans les selles et qu'il s'agit d'une poussée sévère.

Par ailleurs, d'autres indices para-verbaux indiquent que le locuteur tente de prendre la parole et ou de la garder : c'est le cas de la phase d'ouverture de la visite générale, où le résident ou l'interne fait une présentation du malade, et veut à tout prix garder la parole jusqu'à la fin de sa présentation. Cela est marqué par un énoncé complet

sans pause, une accélération du débit, une augmentation du volume sonore, un placement d'accent d'insistance...etc.).

Nous revenons sur ce point ultérieurement et nous tirons l'exemple suivant :

Dr®¹ : &et:: elle a bénéficié de / d'une antibiothérapie+ en même temps le médecin généraliste a demandé une échographie abdominale qui révèle une foie / un foie hétérogène remanié par une importante formation hétérogène:+ 5 cm d'environ de / de diamètre de grande taille occupant tout le XX bien limité / bien délimitée de contour renfermant de nombreux XX avec euh:: une vésicule biliaire euh:: faite de nombreux microlithiases++ donc le diagnostic le / l'échographe a évoqué:: des diagnostics < intra?> hépatiques un état de CARCINOME et un kyste hydatique abcédé++ donc nous notons l'absence / l'absence d'amélioration clinique et échographique malgré un traitement antibiotique de huit jours la patiente est orientée vers notre service+ d'où son hospitalisation++ donc euh:: l'examen général retrouve un:: / une patiente amaigrie X amenée à 18,65 kilos par mètre carré avec un poids de 50 kilos et apyrétique 38,2 elle avait:: ce chiffre durant toute l'hospitalisation: patiente consciente coopérante téguments conjonctives normaux / normocolorés pas d'ictère+ l'examen:: digestif non X non X il n'y a pas <...?> signes d'hépatite: X irréguliers indolores:: cette fois-ci INDOLORES+ l'examen cardiovasculaire sans particularités++ l'examen ganglionnaire ne retrouve pas de ganglions cette fois-ci:: ni d'adénopathies inguinales ni d'adénopathies axillaires+ les explorations biologiques retrouvent une anémie modérée à 11,7 g par dl: normaux euh:: / normochrome normocytaires: les hémoglobulines euh: / globules blancs augmentées à 11000 et:: / et un taux / taux de plaquettes normaux++ le plan / sur le plan hépatique on retrouve un bilan ancien fait à titre textuel: TGO TGP: pas de syndrome systolique+ TGO TGP normaux+ par contre les phosphatases alcalines sont à 4 fois la normale et:: une euh:: légère augmentation des bilirubines totales 16,26 à prédominance NON CONJUGUÉE+ actuellement le bilan hépatique fait à notre niveau:: pas de syndrome de syndrome de syndrome toujours: les gamma / les phosphatases alcalines sont normaux:: et les gamma GT sont à 2,7 fois à la normale: c'est-à-dire elle présente un syndrome de cholestase++ euh: on a pas de bilirubine euh:: le bilan c'est::+ donc leuh:: bilan d'hémostase retrouve un TP: BAS à 52%+ on a demandé un facteur V on l'a pas encore reçu une VS accélérée à 100++ donc euh::+ notre attitude était: euh:: de rechercher une localisation néoplasique primitive+ leuh / la fibroscopie est normale leuh:: / la colo(n)scopie: euh+ elle a exploré le colon TRANS+VERSE qui est normal et on préconise de la compléter par un:: lavement baryté++ donc et on a mis la: / la patiente sous triple antibiothérapie à savoir Ampicilline Flagyl et Gentamycine comme geste thérapeutique et on va faire un contrôle scannographique leuh 5 normalement

De ce qui précède, nous notons que les tours s'enchaînent de façon continue et le partage de la parole s'effectue selon des principes généraux connus et partagés par l'ensemble des participants à une tâche collective.

III.1.1.4. Choix de langues et alternance codique

Comme il a été indiqué à plusieurs reprises, l'activité de travail médicale dans le service de gastrologie, est typiquement une activité multimodale. Elle implique de transmettre des informations distinctes dans différents contextes. L'emploi de la langue demeure donc un moyen indispensable afin d'identifier la pathologie et donc de la traiter.

Partant de notre corpus, nous avons pu légitimement constater que l'emploi du français et du dialecte arabe algérien ainsi que l'alternance codique est une stratégie incontournable que les professionnels font recours face aux malades. Dans cette perspective, les professionnels, dans toute la diversité de leurs activités, sont confrontés dans le quotidien de leur travail à des pratiques langagières variés et restent toujours capables de passer d'une langue à l'autre, et d'apprécier avec justesse les indicateurs contextuels signalant la nécessité du changement. Il est par exemple important si le malade est une femme ou un homme, un intellectuel ou analphabète, un sujet âgé ou jeune car en Algérie, il faut adapter son comportement en fonction de ces critères. Il s'agit dès lors, d'une fonction de contextualisation très importante dans les interactions dans lesquelles tout le personnel soignant se trouve engagés, étant donnée la diversité de ses interlocuteurs.

III.1.1.4.1. Choix de la langue arabe

L'usage du dialecte arabe algérien demeure le produit utilisé par excellence, du moment où il constitue la première ressource langagière de tous les partenaires :

2262. Mde : rani khifana

[j'ai peur]

2263. Dr² : 'wa alah raki khifana:

[et pourquoi vous avez peur ?]

2264. Mde : ma kadditlehch / ma:: \

[je supporte mal la fibroscopie]

2265. Dr² : anna achrine thania: we (e)nkamlou++ (e)hasbi wahed zouj tlata+ ki newslou achrine nkounou kammalna+++ 'ça y est

[je termine dans 20 secondes, vous comptez jusqu'au 20, 1, 2, 3 et on termine dès que vous arrivez à 20]

2266. Mde : yah:: waldi hbibi

[ah, mon adorable fils]

2267. Dr² : ma tkhafich el haja / ma tkhafich raki maana: gaa ma tatkalkich fi rouhek

[n'ayez pas peur, vous êtes bien entourée, ne vous inquiétez pas]

2268. Mde : XX

2269. Dr² : ghi:: khellih yfout foug (e)lsanek \

[vous devez seulement le laisser passer au dessus de la langue]

2270. Inf¹: douri ala jenbek lissir

[mettez vous en position latérale gauche]

2271. Dr² : we ki yfout: tatnahdi men nifek

[et respirez par le nez dès que le fibroscope passe]

2272. Inf¹ : zidi douri++ essannay naallilek \

[retournez vous, attendez que je te relève]

2273. Dr² : tal'i+ rejli:k [relevez les pieds]

2274. Inf¹ : essannay naallilek ha:da:+ alli chwiya rassek / naallilek hada: / naallilek rassek+ houtti rasse:k

[attendez que je relève ce-ci, relèvez vous la tête, je vous relève la tête, posez la tête]

2275. Dr²: oui+ jib andi rassek / jib rassek+ iyya andi hna ghi saafina:: we ki yfout / addi (ha)dik (e)l adma addiha+ / ki yfout tnahdi men nifek / tnahdi derwak men nifek+++ ha::kdak: iyya bismi Allah tawakkalna ala Allah

[dressez la tête, poussez vous, aidez nous, et dès que le fibroscope passe ;

serrez la canule contre les dents, et dès que le fibroscope passe, respirez par le nez, respirez tout de suite par le nez, très bien, au nom de Dieu]

2276. Inf¹ : ghi tfout: ça y est / ghi tfou::t

[il suffit que le fibroscope passe]

2277. Dr²: khelliha tfout / khelliha tfout

[laissez le passer]

2278. Inf¹ : ghi: bessiya:s+ ma tzayrich rouhek

[tout doucement, ne vous contractez pas]

2279. Mde : toux

2280. Dr² : tnahdi

[respirez]

2281. Mde : toux

2282. Dr² : tnahdi men nifek \

[respirez par le nez]

2283. Inf¹ : maa nifek / maa nifek el haja:

[par le nez]

2284. Mde : toux

2285. Dr² : tnahdi / tnahdi / tnahdi men nifek

[respirez par le nez]

2286. Mde : toux

2287. Dr² : ma (t)dirich hakda+ tnahdi: ma tkouhi::ch

[il ne faut pas faire cela, respirez, ne tousez pas]

2288. Mde : toux

0918. Inf¹ : <...?> k'houz el andi / k'houz el andi / k'houz k'houz / k'houz khouya
ala jenb / ala jenbek lisser

[poussez vous, mettez vous en position latérale gauche]

0919. Dr¹ : voilà

0920. Inf¹ : houl foummak

[ouvrez la bouche]

0921. Dr¹ : khellih yfout++ voi::là [laissez le (fibroscope) passer]

0922. Mde : toux

0923. Dr¹ : khelliha tfou::t+ tnahad men ni:fek / tnahad men nifek

[laissez le passer, respirez par le nez]

0924. Mde : toux

0925. Dr¹ : bzak+++ ghi bechwiya

[crachez, tout doucement]

Comme on le voit, il s'agit d'un emploi exclusif de l'arabe dialectal. Le médecin ainsi que l'infirmière optent pour une stratégie largement utilisée dans ces deux contextes d'examen (endoscopique bas : proctologique : (2262-2288) ; et endoscopique haut : (0918-0925) qui est une démonstration et une présentation de l'action au malade afin qu'il s'y prépare et se positionne convenablement. Les deux partenaires s'adaptent à leur rôle de médecin et d'infirmière, à ce contexte d'action médicale, ainsi qu'à leur interlocuteur. Cette fonction de contextualisation est fondamentale puisque très souvent, ils utilisent les mêmes énoncés verbaux en langue arabe et excluent toute forme de négociation ou d'évaluation de la part du soigné. Cette position tire sa légitimité de leur savoir professionnel qui les autorise à expliquer, à évaluer et à donner des ordres. C'est ce qui marque clairement la différence de statuts qui existe entre les différents interactants.

Par souci de clarté, nous avançons un autre exemple :

166. Dr¹ : ih koutli majat jaria majat kas'ha

[alors, vous m'avez dit qu'il s'agit de selles ni liquides ni dures]

167. Mde : manich aref

[je ne sais pas]

172. Dr¹ : 'fiha erriha: khanza

[des diarrhées fétides?]

173. Mde : fiha ouah++

174. Dr¹ : taassar ça veut dire: kimma ngoulou

[des faux besoins, comme on le dit]

175. Mde : ouah [oui]

181. Mde : nefchel [je me sens épuisé]

182. Dr¹ : tefchel [vous vous sentez épuisé]

183. Mde : netmacha ghi chwiya:+ nefchel+ we ki: nakoul wella:: nentfekh

[je tolère très mal la marche et je fais des ballonnements quand je mange]

187. Mde : andi:: la purée euh:: [je prends une purée]

187. Dr¹ : i::h (continuez)

188. Mde : andi roz: tani la malh la zit++ khoubz messous hada makan

[le riz aussi sans sel ni huile, pain sans sel, c'est tout]

189. Dr¹ : 'kich takoul djaj [comment vous mangez le poulet?]

190. Mde : ih+ djaj tani hakdak ghi nghellih bel ma / ghi::+la melh la:: \

[alors, la même chose pour le poulet, je le mange sans sel]

1961. Dr^{®1} : derlek bousseffir fellewel++ 'kich banlek+ 'marra wahda:+

[au début, vous aviez un ictère, comment est-il apparu, en un seul coup?]

1962. Mde : kechetni ki skhana:

[j'ai eu de la fièvre]

1963. Dr¹ : hm

1964. Mde : ki mchit nfewet+ [je suis partie voir un médecin]

1965. Dr¹ : hmm

1966. Mde : aatatni::+ dwa: [elle m'a donné un traitement]

1967. Dr¹ : hm

1968. Mde : ma hmaltahch+ gaat netkaya we koulchi

[je ne l'ai pas toléré, j'ai présenté des vomissements et tout]

1969. Dr¹ : ma houwa dwa elli chrabtou

[tu as pris quel traitement?]

1970. Mde : 'assem

[pardon?]

1971. Dr¹ : 'ma houwa dwa elli chrabtou [tu as pris quel traitement?]

1972. Mde : kachiat we Spasfon: we dwa ma akaltch alih

[des comprimés et Spasfon, et un autre médicament dont je ne me souviens pas la marque]

1973. Dr¹ : rah andek fe (e)ddar

[tu l'as chez toi?]

1974. Mde : iyya men baad chwiya: ba:n+ aynia sfaro+ iyya mchi::t euh:: \

[tout de suite après, j'ai eu un ictère des yeux, c'est pourquoi je suis partie..]

1975. Dr¹ : 'fellewel ghi aynik sfaro: \

[au début, tu as eu un ictère des yeux seulement?]

1976. Mde : ella ella [non, non]

1977. Dr¹ : wella kamel (e)l jism taak sfaro hakdak

[ou bien tout le corp?]

1978. Mde : hakdak [c'est ça] (un ictère de tout le corp)

1979. Dr¹ : mellewel we hiya hakda+ 'wella bedda yzid

[elle est dans cet état dès le début ou bien ça accentue?]

1980. Mde : bdani hna+ hadou: awed ha:dou: awed ha:dou++ laaya::+ awed mchit
euh:+ awed nadli wahd (e)l hab+ \

[le début était au niveau de cette partie, puis celle-là et puis celle-là (la malade montre la localisation et l'évolution de l'ictère) ; et puis je suis partie... ; et puis j'ai eu quelques boutons]

1981. Dr¹ : hmm

1982. Mde : mchit le sbita:r mnine chafni galli douk tabraï we demandali taayar \

[je suis partie à l'hôpital, le médecin m'a vu et m'a dit que je vais guérir et a demandé un bilan]

1983. Dr¹ : ih [oui] (continue)

1984. Mde : awed mchit and tbib ekhor++ awed derli:: wahd leybari taa euh el eurg

[j'ai consulté un autre médecin qui m'a prescrit des injections intra veineuses]

1985. Dr¹ : 'ma ybari:+ jibli kamel dwa elli cherbatah we euh kamel

[quelles injections? ramenez moi tous les médicaments qu'elle a pris]

Dans ces deux extraits (164-191) ; et (1961-1985), le médecin n'utilise que l'arabe dialectal parcequ'il s'adresse au malade et veut collecter de plus amples informations relatives à son état pour pouvoir prendre une décision par la suite. Dans la première séquence, il cherche à connaître le nombre et l'aspect des selles, sachant que ces deux éléments constituent des signes majeurs dans la maladie de Crohn. De sa part, le malade avance un autre symptôme ressenti qui est le ballonnement, un signe qui a attiré l'attention du médecin. Celui-ci pense directement au régime alimentaire suivi par le malade : ballonnement → régime alimentatire non suivi. C'est pourquoi, il exprime sa volonté de

s'assurer de la manière du régime suivi et veut lui faire comprendre certains détails relatifs à son régime. Et comme ça, il confirme la transmission de ses directives.

De même, dans la deuxième séquence, le médecin, et à partir d'un seul signe clinique présenté par le malade qui est l'ictère, il essaye de rassembler toutes les informations qui peuvent l'orienter vers un bon diagnostic en posant des questions sur l'apparition du symptôme : brutale ou progressive ; prise ou non de médicaments...). Et tout cela exclusivement en langue arabe. Ici, est représentée l'habileté du médecin à regrouper les indices d'identification du problème : tels symptômes ↔ tel maladie, maladie aggravée ou soulagée. Dès lors qu'il s'agit aussi d'appliquer des procédures de négociation et d'investigation.

III.1.1.4.2. Choix de la langue française

De même que l'usage de l'arabe dialectal algérien, le français demeure une langue à usage indispensable en milieu hospitalier. D'ailleurs les ressources et les compétences langagières en français du personnel soignant sont des composants indispensables de la pratique médicale. D'autant plus que les cours en médecine et en paramédical se donnent en français, ainsi que toute la documentation relative à ce domaine.

Partir de notre corpus, nous avons pu constater que les interactions, essentiellement lors d'une visite générale et plus précisément lors de la présentation du malade, se font en français exclusif. Comme il est illustré précédemment, c'est au médecin que revient le rôle de gérer les échanges et de contrôler les thèmes. Alors, le médecin résident initie l'histoire pathologique du malade sans interruption.

En voici l'exemple ci-après :

1466. Dr^{®1} : &alo:rs c'est la patiente Benhmed Fatéma: âgée de 62 ans: originaire et demeurant à Tlemce:n mariée sans enfant couturière de profession: admise dans notre service pour prise en charge d'une formation hépatique suspecte+ donc ses antécédants physiologiques <primaires?>+ pas d'antécédants médicaux: particulier:s ni:: chirurgicaux ni familiaux+ dans les habitudes de / de vie on retrouve euh :: une prise de seaux: sans contact tuberculeux ni <hydatique?>+ alo::rs le début des troubles remonte à environ:: un mois et d(e)mi: marqué par l'apparition des douleurs de

l'hypocondre droit irradiant au dos+ sans irradiation à l'épaule à type de coliques surtout en décubitus latéral gauche décubitus latéral droit et à la position debout:: sans relation avec les repa:s+ associées à des vomissements alimentaires post-prondiaux précoces évoluant de façon intermittante et à une fièvre nocturne non chiffrée+ et d'après la patiente c'était pas une fièvre importante+ parfois des sueurs+ siège jejunum elle répond pas+ sans hémorragies digestives extériorisées et troubles du transit+ sur le plan général elle décrit aussi une anorexie et un amaigrissement+ sur une période de un mois et demi: l'amaigrissement est estimé à 10 kilos++ la patiente consulte chez / chez un / un généraliste / un généraliste:: le diagnostic de fièvre typhoïde a été porté je ne sais pas sur quel argument

1158. Dr®² : alors c'est un malade XY, âgé de 56 ans admis pour diarrhées chroniques évoluant depuis:: deux mois+ euh:: le patient présente des signes de dégénérescence XX traité par des diurétiques++ ayant des antécédants d'encéphalopathie hépatique il est en stade de décompensation il est sous antibiothérapie il est toujours euh:: il est mal:: euh \

Cet extrait indique un usage total du français de la part de la résidente qui maîtrise un langage continu général et spécialisé sans heurt et qui assouplit le rythme (elle utilise des termes de médecine : une formation hépatique suspecte, anorexie, sueurs+ siège jejunum, signes de dégénérescences, diurétiques). Il s'ensuit un usage quasi-total du français de la part du personnel soignant qui eux aussi, parle en cette langue avec fluidité. Quant à la part langagière du malade, nous faisons remarquer qu'elle est minime voire même absente dans ce contexte d'activité et même si elle existe, elle se limite à des réponses brèves sur des questions relatives à son état général de santé.

Nous illustrons cela par l'exemple suivant :

1472. Dr®¹ : mais je crois::s / je crois et la thyroïde et euh: elle va faire une écho thyroïdienne pour le 2+ mai::s vu la source de syndrome infectieux est-ce que vraiment c'est::

1473. Dr¹ : ih [oui]

1474. Dr^{®1} : c'est un::+++ pa(r)ce que l'image elle est:: / bien à un niveau hydro-aérique / l'image scannographique

1475. Dr¹ : <...?>

1476. Dr^{®1} : hmm+++ hei: (il) y a un niveau:: hydro-aérique

1477. Dr¹ : i::h voilà:+ c'est ça

1478. Dr^{®1} : hm++ hm euh:: la sérologie du kyste hydatique: \

1479. Dr¹ : 'les globules blancs:: ch'hal

[les globules blancs sont à combien?]

1480. Dr^{®1} : négative

1481. Inf(4) : 11000

1482. Dr^{®1} : 11000++ j'ai demandé qu'elle nous ramène <...?>

1483. Dr¹ : on va voir

1484. Dr^{®1} : et:: il évoque houwa:: [lui] soi::t une euh:: tumeur néoplasique++ soi::t une euh: néoplasie+ maligne+ soi::t un kyste hydatique abcédé deuh: / de sérologie hydatique négative

1490. Dr^{®1} : on a fait même la sérologie amibiase+ houwa:: leuh: / le / l'échographe+ lorsqu'il a fait la première écho / échographi:e il a évoqué un:: abcès:: hyda:: / hyda:: / hydatique euh:: un abcès hépatique+ mai::s+ lorsqu'il a fait la deuxième échographie: après huit jours de contrôle vu l'absence de changement de l'aspect ECHOGRAPHIQUE:+ il a dit que l'aspect:: malgré un traitement antibiotique+ il a:: \

1493. Dr¹ : pa(r)ce que elle le décl::re+ pas de troubles de transit+ 'mais pourquoi: sur quel argument: ils ont suspecté une fièvre typhoïde

1494. Inf(4) : parce qu'elle prend le X++ fiè::vre non chiffrée \

1159. Dr¹ : vous l'avez hospitalisé::\

1160. Dr^{®2} : donc on l'a hospitalisé: lundi

1161. Dr¹ : lundi

1162. Dr² : lundi: il était mieux que:: \

1163. Inf³ : il se réveille

1164. Dr¹ : ih il se réveille [oui]

1165. Int¹ : il répond:: il a ses reflexes

1166. Dr^{®2} : mais il a une asthénie profonde

Comme on le remarque tout l'échange entre le personnel soignant est fait en français, mis à part deux mots : houwa (lui) ; nehhi (tu écarter). Les négociations, les demandes et apport d'informations, les explicitations, les évaluations ; tous marquent encore une fois l'usage d'un français facile en continu. Chacun maîtrisant ce code, contribue à la bonne circulation de l'information et donc à la résolution du problème. En fait, il s'agit de deux cas de malade qui se refusent au diagnostic. Les médecins mettent en place deux diagnostics différents : soit une tumeur néoplasique ; soit un kyste hydatique abcédé ; et ouvrent le champ sur d'autres investigations jusqu'à identification de la pathologie.

Il est à noter que, le médecin peut faire recours à la langue française selon le niveau socio-culturel du malade. Donc, il adapte son comportement langagier et opte pour une stratégie d'usage d'un code monolingue français mis à part quelques expressions arabes dialectales d'utilisation restreinte :

638. Dr¹ : c'est très rapi:de+ il faut pas vous inquiéter: ghi maa ellouwel vous allez /
vous allez sentir une gêne++ we men baad ki tfout ça y est++ c'est pas grave

[vous allez sentir une gêne, mais simplement au début, ça va céder]

639. Mde : hmm hmm

667. Mde : euh si:: euh (je) suis sous traitement médical

691. Mde : kanet andi un problème dentai:re++ j'ai voulu trai / traiter le problème
dentaire euh \

[j'avais un problème dentaire]

694. Dr¹ : des / des / des saignements:: we koulchi 'smaat

[des saignements et tout, vous m'entendez?]

698. Dr¹ : chouf smaani+ naatik un traitement derwak+ taawed twelli un contrôle
endoscopique d'ici un mois et demi \

[écoutez moi, je vous donne un traitement tout de suite, et puis vous revenez
dans un mois et demi]

702. Dr¹ : alors naawed naatik ana un traitement+ donc habbes hadak euh:: la::
Gastrimu:t donc un comprimé deux fois par jour pendant:+ une
semai:ne++we men baad ghi une semaine tachrab deux comprimés we men
baad un comprimé le soir+ hawa ana ktebtlek cinq boites+ we zid <zekla:r?>
'andek feuille d(e) maladie

[je vous donne un traitement, vous arrêtez le traitement que vous prenez ;
Gastrimut un comprimé 2 fois par jour pendant une semaine, et puis un
comprimé le soir]

Par ailleurs, nous tenons à souligner l'emploi exclusif du français en ce qui concerne des termes très fréquent, souvent relatifs à certaines maladies ou symptômes, services ou organes tels que l'estomac, la fissure, kyste, ORL, maternité, etc :

2883. Dr¹ : i::h raki ghaya+ elle va bien euh:: c'est bon+ vous n'avez rien 'hein+
la FISSU::RE est cicatrisée+ marach andek la **fissure** derwak+ 'fewek
chafouk we kaloulek belli andek une fissure

[bon, vous allez bien, actuellement, il n'y a pas de fissure, quand est-ce
que on vous a dit que vous avez une fissure?]

0003. Dr¹ : bon il était au:+ / d'**ORL** pour quelle raison+++ 'est-ce qu'il a été::
hospitalisé \

0004. Int¹ : **Kyste** hna

0114. Mde : we aytouli le **SERVICE**

[on m'a convoqué pour le service national]

0659. Dr¹: rak majrouh fe l'**estomac** hein+ smaat <...?> houwa elli rah ydirlek had
lewjaa hein

[vous avez un ulcère gastrique, c'est cet ulcère qui vous provoque ces
douleurs]

0706. Dr¹ : choufili yla kan hal **malade** rah yessenna tamma pour **fibro**

1657. Dr¹ : euh:: aatini **scanner** taa derwak bach nemchi lel **maternité**++ jibli
scanner taa euh:: Abdellaoui derwak jibouhouli rani nessanna::+ weuh::
tiliphoni le hada:k euh elli mdari yji ychouf lemrid taaou+ essanna
naayatlou

[donne moi le scanner tout de suite pour que je puisse voir la maternité,
ramène moi le scanner de Abdellaoui tout de suite, j'attends, et téléphone
à celui qui a l'habitude de voir son malade, attends je vais l'appeler]

III.1.1.4.3. Recours à l'alternance codique

Par alternance codique, ou alternance des codes nous désignons l'usage alternatif de deux ou plusieurs langues dans le même énoncé. Cela dit, qu'il existe des rapports étroits entre les deux langues, une forme de juxtaposition¹² de deux systèmes de langues différents au sein d'un même échange. Il paraît clair, que la connaissance des règles des deux systèmes est une composante essentielle de la compétence communicative

¹²- J.Gumperz définit l'alternance codique en ses termes : « l'alternance codique dans la conversation peut se définir comme la juxtaposition à l'intérieur d'un même échange verbal de passage où le discours appartient à deux systèmes ou sous systèmes grammaticaux différents. » (1989 :57)

nécessaire aux locuteurs qui interagissent entre eux et partagent les mêmes conventions d'interprétations.

Nombreuses sont les recherches effectuées dans ce domaine (Fishman, 1965 ; Labov, 1966 ; Bloom & Gumperz, 1972 ; Gardner-Cloros, 1991) qui ont affirmé le rôle important du paramètre sociologique dans la pratique langagière de l'alternance codique. Parmi ces recherches, il nous semble intéressant d'avancer les travaux de Fishman sur les raisons de l'utilisation de l'alternance codique. D'après lui, celles-ci dépendent de celui qui parle, de celui qui reçoit et du cadre spatio-temporel. C'est ce que soutient K. Taleb Ibrahimy avec justesse lorsqu'elle souligne que l'alternance des codes consiste :

« pour le locuteur à passer d'une langue à une autre ou d'une variété de langue à une autre, soit à la suite des changements intervenus dans la situation interactive ou dans un de ses paramètres (modification des rapports sociaux entre les interlocuteurs, changement de sujet) ou à la suite d'un glissement stylistique et métaphorique qui modifie les règles sociolinguistiques de l'interaction » : (1997 :108).

Dans cette perspective, nous avons pu trouver trace dans notre corpus, que ce passage d'une langue à l'autre dans une même situation de communication relève d'une compétence et d'une stratégie de communication liées à un milieu social caractérisé par une variation linguistique et sociale. Il s'agit en fait, d'une alternance associée à une activité médicale, dont le but est d'interpréter les messages en fonction des normes qui s'appliquent à cette activité. Nous tenons par exemple à citer le médecin qui, bien évidemment possède plus d'un répertoire linguistique, a le droit absolu à orienter sa conversation et à déterminer le choix de sa langue selon la relation qu'il entretient avec son interlocuteur (confrère, infirmier ou malade) et selon le contexte énonciatif où il se trouve engagé.

En voici l'exemple ci-après où le médecin dans un même échange s'adresse à ses confrères et à l'infirmier en choisissant le français ; et l'arabe dialectal pour mieux communiquer avec le malade. L'échange en français est mentionné en gras, l'échange en arabe est souligné :

0197. Dr¹ : **donc euh:: ces allergènes peuvent encore:: stimuler: euh:++ 'we**
hadouk les lavements++ rah ydourrak les lavements 'yak

[et concernant les lavements, vous vous sentez mal quand vous les utilisez?]

0198. Mde : ih [oui]

0199. Dr¹ : **voilà: c'est bon on attend / on attend les lavements we: ça+++ki**
kount taamal les lavements hatta hadouk les <...?> makountch
tkharrajhom

[vous ne rejetez pas les lavements quand vous les utilisez]

0436. Dr¹ : <...?>houl foummak tchouf: / houl foummak tchouf / houl foummak /
houl foummak <...?> hayya el pomada+ esrat'ha++ we snanek:+ rak
tnekkihohom+ ylik te / te / te / tdewihom hein++ rak aref hada el euh:: / hada
essous hada: ydekhallek euh:: / yaatik el mard taa el kalb+ khater glaahom
/ glaahom : matkhellich eddarsa fiha msawsa:: tjib el kalb <...?>**il faut**
lui expliquer+ c'est / c'est des choses ELEMENTAIRES:+ khater
kayen des caries dentaires elli / elli / qui entrent dans le cadre
d'endocardites+ iden wa hna hna: on:: /on fait pas de diagnostic
d'endocardite++ et déjà: qu'il vient pour une insuffisance
cardIAQUE<...?> d'endocardite bactérienne

[ouvre la bouche, tiens la pommade, il faut l'avalier, tu fais des soins dentaires, il faut le faire, tu sais que ces caries provoques des maladies du cœur, il faut même faire des extractions, il ne faut plus laisser ces caries car il existe des caries dentaires qui entrent dans le cadre d'endocardites]

0440. Dr¹ : **alo:rs à titre d'exemple el médecine interne s'occupe des: / du**
diabè::te+ hna on s'occupe de l'estomac::+ donc euh:: ha:ja khra on
s'en fou+ alors non++ ala balek el kalb il doit / il doit makanch / il
doit être surveillé / il doit être à cheval / il doit:: kayen elli la moindre
des choses ychoufha anormale: il s'occupe de tout \ khelliha tedkhoul
kimma dak nhar: ella ella ella++ esrat maaya / esrat rani dakhel / ESRAT
maaya: tnahad man nifek / tnahad / tnahad men nifek / TNAHAD+
ha::gda / ha::gda tnahad++ bechwiya alik \

[chacun des médecins doit signaler le moindre signe anormal que représente le malade malgré qu'il ne relève pas de sa spécialité. Laisse passer le fibroscope, on va faire la même technique que l'autre fois, je

vais l'introduire tout de suite, avale, respire par le nez, très bien, doucement]

0442. Dr¹ : bechwiya alik++ tnahad / tnahad:j(e) vais essayer de la segmenter <de la place?> de l'estomac \tnaha ghi bechwiya alik / ghi bechwiya alik+++ maladie de <...?>tnahad ghi bechwiya alik / ghi bechwiya alik++ aji tchouf à l'estomac (il n') y a rien / aji tchouf++ <c'est des allongements?>tnahad ghi bechwiya alik+ à l'estomac (il n') y a rien+++ (il n') y a pas d'ulcè::re (il n') y a pas de formation:: (il n') y a rien du tout

[respire tout doucement, viens voir, il n'y a rien à l'estomac]

1692. Dr¹ : **des polypes**

1693. Inf² : **des polypes 'ya:k la chirurgie**

1700. Dr¹ : XY:: chouf fel masrane ma andek wa:lou+ andek ghi hal homsa sghira::

[écoutez moi Hachmaoui, vous n'avez rien au niveau du colon, vous avez un petit polype]

1701. Mde : ouah [d'accord]

1706. Dr¹ : ça y est: fahamtek wach andek++ mazal ma / mazal ma:dernach+ ghadi ndirou taayar wahdoukhrine bach naarfou wachta andek

2537. Dr² : **il faut faire une exérèse we yziftouha (e)l'anapath**

[et on l'envoie au service d'anatomo-pathologie]

2538. Inf² : neggal'ou (e)lahma:+ \

[on enlève cette formation]

2539. Dr² : ouah inchallah [oui, si Dieu veut]

2540. Inf² : we naayroulek (e)lahma we ngouloulek men baad wassem kayen

[on va analyser cette formation et on vous communiquera le diagnostic]

Ici, et comme on le voit nettement, à l'intérieur d'un même site interactionnel, coexistent plusieurs cadrages correspondant à des structures de participation de langues différentes. Le médecin alterne les deux codes (*il faut lui expliquer+ c'est / c'est des*

choses ELEMENTAIRES:+ *khater kayen des caries dentaires elli / elli / qui entrent dans le cadre d'endocardites*+ *iden wa hna hna: on:: / on fait pas de diagnostic d'endocardite++ et déjà: qu'il vient pour une insuffisance cardiAQUE<...?> d'endocardite bactérienne \), ou choisit un code ou l'autre pour établir la communication avec son interlocuteur (*XX (nom du malade):: chouf fel masrane ma andek wa:lou+ andek ghi hal homsa sghira:: [écoutez moi XX (nom du malade)::, vous n'avez rien au niveau du colon, vous avez un petit polype]*) ; (voilà: c'est bon on attend / on attend les lavements we: ça+++).*

Comme il devient évident de constater que le choix de la langue dépend en grande partie de l'interlocuteur et de la situation de communication où les partenaires sont engagés. Cela dit que le médecin adapte son discours à son interlocuteur en se basant sur son appartenance linguistique, sociale et/ou professionnelle. Le but étant principalement guidé par la nécessité d'établir une communication efficace qui prend en charge les rôles sociaux entre ses différents interlocuteurs.

En revanche, entre soignants eux même, le recours à des pratiques langagières des deux langues nous invite à penser :

✓ soit à une nature algérienne plurilinguiste :

0142. Dr¹ : alo:rs les lipides < d'arome?>+++ c'est très: important pour les maladies chroniques+ parc(e) que l'évolution and les maladies chroniques: naarfou [on connaît] à peu près en dix ans+quinze ans XXX donc++ le type de maladie est+++ le début de / de / du risque+++ patient XY+ âgé de 29 ans:: d'abord donc hospitalisé / donc malade connue pour 'RCH:

0143. Inf(4) : 'RCH

0144. Dr¹ : toujours bon <...?> n'hebbou naarfou+ c'est-à-dire le motif d'hospitalisation

[on voudrait connaître le motif d'hospitalisation]

0145. Inf³ : <...?>

0146. Dr¹ : donc euh:: il est connu donc: RCH depuis \

0147. Inf³ : RCH depui::s \

0148. Mde : depuis deux ans

0149. Dr¹ : depuis deux ans voilà / voilà alo:rs qui présente une poussée+++ hna naarfou XX qu'il présente / qu'il présente <comme, connu?> des rectorragies::+ on va se poser la question: est-ce que c'est une 'RCH est-ce que c'est une maladie de 'Crohn++ ala hsab euh::+++ le diagnostic c'est-à-dire euh::+++ d'accord:: RCH: oui+ qui présente une poussée de XX hadamakan wahna on va régler \

[selon le diagnostic,...c'est tout et on va...]

0150. Inf³ : une poussée sé:vère

0151. Dr¹ : ih voi:là [oui]

0152. Inf³ : des diarrhées sévères des euh:: XX

✓ soit à une incompétence linguistique et un dysfonctionnement de la communication où les protagonistes font référence essentiellement à leur dialecte arabe :

0140. Dr¹ : donc+ patiente qui présente euh:: donc patiente <...?> / donc+++ c'est une kayen des motifs jeded XX c'est-à-di::re on a pas de patient ++ pour fai:re tel ou tel euh:: ++ lakhor kayen des malades / des malades chroniques / des malades chroniques+ qui sont euh:: / qui sont réexposés++ c'est-à-dire à la même euh:: maladie toujours il faut les présenter en premier lieu+++ patient+ HBS positif

0149. Dr¹ : depuis deux ans voilà / voilà alo:rs qui présente une poussée+++ hna naarfou XX qu'il présente / qu'il présente <comme, connu?> des rectorragies::+ on va se poser la question: est-ce que c'est une 'RCH est-ce que c'est une maladie de 'Crohn++ ala hsab euh::+++ le diagnostic c'est-à-dire euh::+++ d'accord:: RCH: oui+ qui présente une poussée de XX hadamakan wahna on va régler \

[selon le diagnostic,...c'est tout et on va...]

- ✓ soit à une stratégie discursive où la visée est orientée vers la minimalisation des difficultés d'intercompréhension au cours des interactions (fonction métalinguistique) :

0160. Dr¹ : rak sous régime alors mayhamch / mayhamch hada tachrab tlata fe nhar fahmatek tbiba 'yak+ hada fih quatre comprimés+ 'ch'hal chrabt une boita 'tlata:

[vous suivez un régime, ce n'est pas important, vous prenez trois par jour ; le médecin vous a expliqué n'est-ce pas? ici il y a quatre comprimés, combien vous avez pris, une boîte ou trois?]

0161. Mde : euh:: tlata [trois]

0162. Dr¹ : voilà / voilà andek trois comprimés:: en une seule prise pendant:: quatre jours++ très bien::+ blast Flagyl elli darrak++ ntina mahmaltch Flagyl 'yak c'est ça: hadou:: normalement (il) (n) y a pas de problèmes++ c'est bon 'ça va: lekrou:j la diarrhée

[vous avez trois comprimés à la place du Flagyl que vous n'avez passupporté, vous n'avez pas supporté le Flagyl, n'est-ce pas?; et concernant les selles, vous avez des diarrhées?]

0163. Mde : toujours la diarrhée

0164. Dr¹ : alo::rs 'ch'hal khrajt man khatra 'koutli ch'hal euh:: \

[vous avez fait combien de selles?]

0165. Mde : huit fois+ mazal andi huit fois++ (e)l youm mazal makhrajtch

[je fais encore huit selles, aujourd'hui je n'ai pas encore fait de selles]

0166. Dr¹ : ih koutli majat jaria majat kas'ha

[alors, vous m'avez dit qu'elles sont, ni liquides, ni dures]

0167. Mde : manich aref [je ne sais pas]

0168. Dr¹ : marakch aref! c'est-à-dire exactement:: [vous ne le savez pas]

0169. Mde : ghi une diarrhée:: ma:: teuh: machi:: \

[il s'agit d'une diarrhée qui n'est pas..]

0184. Dr¹ : '(ye)semma les gaz bezaf++ 'wel makla assem rak takoul+ 'est-ce que rak dayer un régime [alors c'est les gaz, et pour l'alimentation, qu'est-ce que vous mangez? vous suivez un régime?]

185. Mde : ih:: un régime [oui]

✓ soit à une stratégie d'apprentissage où le personnel soignant possède un double rôle de professionnel de santé et d'enseignant (médical et para-médical):

2674. Surv : c'est bon+ rayyah hout rassek ghi belaakel+ hakda we (e)rkoud voi::là zid houwad (e)l taht / chwiya (e)l taht / zid chwiya houwad (e)l taht / zid andi:: zid andi: voilà:+ iyya zid iyya zi:d zid andi:+ houwad chwiya (e)l ta:ht++ voilà nous sommes en train de préparer un mala:de pour colonoscopie+ donc la position des mala:des c'est une position: en décubitus latéral gauche+ le malade bien sûr doit venir n'est pas forcément de venir à jeûn+ donc on doit préparer le matéri::l c'est un colonoscope olympus et:: on va essayer de commencer: le: / l'examen en quelques minutes après avoir fait un examen proctologique biensû:r # '(e)l ha:j rak mli:h

[reposez vous, glissez la tête tout doucement, très bien, allongez vous, encore, descendez, en bas, encore.. el haj vous allez bien?]

2798. Dr¹ : on espérait faire une colonoscopie+ mais malheureusement ce n'est pas une colonoscopie totale+ on s'est arrêté au colon transverse++ la boucle était aussi importante qu'on n'a pas pu progresser (toux) donc on complète notre euh:: par un lavement baryté: pour voir la totalité / le reste du colon

2463. Dr¹ : ella ma tkhafch++ iyya bismillah tawakkalna ala Allah++ iyya:+ khelliha tfout+++ je voulais voir l'œsophage+ on est dans l'ŒSOPha:ge+ bon+ l'estomac haya la <cave?> chouf tamma hadi la <cave?> d'acco:rd+ hna c'(est)-à-dire il n'y a::+ <Xtose?> aji tchouf aji hna / aji mennahna++ hawa l'œsophage+ il est sain 'hein+ il n' y a rien du tout fe l'œsopha:ge+ hawa

[non, n'ayez pas peur, bon, au nom de Dieu, laisse la passer, voici l'estomac, regarde cette cave là, viens voir, viens par ici, voici l'œsophage, il n'y a rien au niveau de l'œsophage, le voilà]

2464. Inf¹ : hadi [celle-là]

2465. Dr¹ : 'cheft'ha [tu l'as vu?]

2466. Inf¹ : ih [oui]

2467. Dr¹ : aywa ça y est+ hiya le plus# important bach nchouf fe l'œsophage yla ma andouch une muqueu:se euh ex ULCERATIVE we surtout surtout c'est pas la muqueuse c'est:: le CALIBRE

[très bien, le plus important, c'est de voir s'il n'y a pas de muqueuse exulcérate au niveau de l'œsophage]

2468. Inf¹ : ouah [oui]

2469. Dr¹ : bach nchouf s'il n'y a pas un RETRECISSEMENT++ hawa mel baïd / chouf hawa mel baïd kich ybène

[pour voir..., regarde comme ça se voit de loin, regarde comment il est éminent de loin]

2470. Inf¹ : yben gha::ya

[ça se voit clairement]

Ici, le surveillant médical présente aux médecins internes et aux infirmiers stagiaires la position qui convient pour faire une colonoscopie. Puis, le médecin invite les internes pour voir l'image de l'œsophage et leur explique l'intérêt derrière cet acte en alternant les deux codes.

En bref, le mélange des langues que l'on a observé dans les pratiques langagières quotidiennes dans le service de gastrologie relevant de l'alternance des codes possède, outre ces fonctions habituelles, une dimension socio-culturelle introduite par l'usage de la langue maternelle et surtout de l'arabe dialectal comme outil de l'intercompréhension entre personnel soignant et malades.

III.1.1.5. Emploi de termes marquant l'ouverture et la clôture de l'activité médicale

III.1.1.5.1. Termes marquant l'ouverture

Nous tenons à noter, la récurrence des termes marquant l'ouverture de l'activité médicale dans tous ces contextes : (*ça va ?*, *'rak bekhir (vous allez bien ?)*, *donc c'est...*, *voilà*, *bon*, *c'est...*, *ça c'est...*, *il y a*, *là*, etc.) et sont marqués en gras dans l'exemple suivant :

2059. Dr¹ : 'chkoun dekhlek euh::+ XX stade II++ '**ça va**:

[qui est-ce qui vous a hospitalisé?]

2060. Mde : labas [ça va]

2061. Dr¹ : '**rak bekhir**

[vous allez bien?]

2062. Mde : labas [ça va]

1747. Dr¹ : '**ki semha hadi: ki semha hadi**

[comment elle s'appelle celle-là?]

1753. Dr¹ : **iyya ajiw** nchoufouha+++ Sebbati

[venez pour voir Sebbati (nom d'une malade)]

1757. Dr¹ : **ih c'est bon+ alors hadi** Sebbati: **donc c'est:** / c'est sa première hospitalisation [bon]

1758. Inf(4) : ih [oui]

1759. Dr¹ : **donc c'est la première découverte taa [de] l'HTP** : 'c'est ça

1760. Dr^{®1} : yih [oui]

0140. Dr¹ : **donc+ patiente qui présente euh::** donc patiente <...?> /

0053. Dr¹: **donchadi :: euh ::** elle / elle a une vésicule suspecte / anaje pense beaucoup plus euh+++ à un problème de diabète c'est-à-dire ::+++ \

[celle-là, moi je pense...]

Ces énoncés introducteurs amènent ensuite des énoncés porteurs d'informations, par exemple, un commentaire ou bien une description d'un signe majeur (ascite de grande abondance) d'une manière affirmative et argumentée dont le but est de tirer des solutions au problème du malade :

0003. Dr¹ : **bon** il était au:+ / d'ORL pour quelle raison+++ 'est-ce qu'il a été:: hospitalisé \

0007. Dr¹ : **ah!**il n'a pas été hospitalisé+ juste juste suivi!

0009. Dr¹ : mayhamnach+ hna::+ l'essentiel que:: tu présentes sa lettre d'orientation+++ donc patient hospitalisé pour l'exploration d'une adénopathie+++ c'est ça une euh:: ADENOpathie qui est:: extériorisée
'c'est ça

[ce n'est pas important, l'essentiel pour nous, c'est ça?] (le médecin reprend les faits narrés par le médecin interne)

0024. Dr¹: hayadi le quatorze le lendemain:: **donc c'est une adénopathie::** c'est 'pourquoi ils nous l'ont envoyé++ hna / hna on traite les adénopathies <...?> on traite pas les adénopathies surtout had le cas++ j(e) sais pas:+ pour les perf !

[voilà le 14, chez nous, on ne traite pas les adénopathies ! surtout ce cas !]

0025. Inf³ : ouah (il) **y a une ascite associée++ très abondante** [oui]

Dans cet exemple, le médecin constate d'après les apports informationnels du médecin interne, que le malade a été hospitalisé pour une adénopathie alors que le service ne reçoit pas ces types de malades. Mais l'infirmière ajoute une information plus pertinente, que le malade a été hospitalisé, pour une ascite abondante associée à cette adénopathie.

En effet, cette corrélation de faits est suivie d'une demande d'explicitation (*ah bon ?*, *et sinon ça s=rait entre quoi et quoi ?*, *inflammation ?*), de mises en doute, à travers des réactions mitigées (ex : *hmm*), et d'une validation du propos mis en doute (*ah !*) ayant pour objectif de renforcer un objet antérieurement avancé et qui reçoit une reconnaissance

tardive, leur permettent d'être reformulés explicitement et renforcés dans leur pertinence et dans leur valeur informative.

III.1.1.5.2. Termes évaluatifs et conclusifs

Les termes évaluatifs sont, comme le précise J.Lerot, des actes conclusifs : « (...) un acte évaluatif qui peut être en même temps conclusif. » (Lerot.J, 1993 :154). Ils servent à introduire le maximum d'informations sur l'état de santé du malade.

Ainsi, dans notre corpus, nous remarquons l'emploi très fréquent dans les introductions des explicitations des conclusifs (donc, bon, voilà) 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.

Tel l'est l'exemple suivant :

0062. Inf(4) : il fait pas de contrôles médicaux:: /

0063. Dr¹ : **voilà**::

0003. Dr¹ : **bon** il était au:+ / d'ORL pour quelle raison+++ 'est-ce qu'il a été::
hospitalisé \

L'infirmière dans cet allongement de la syllabe essaye de montrer au médecin le degré de négligence du malade, qui n'est pas du tout coopérant et ne fait même pas de contrôles médicaux recommandés.

Il devient impératif de noter, que chaque terme évaluatif ou conclusif doit reposer sur un nombre d'indices qui lui donne son sens, c'est-à-dire l'angle sous lequel il a eu lieu. Prenons comme appui dans l'exemple suivant, le mot «voilà». Il est utilisé dans diverses circonstances : pour introduire et mettre en valeur une explication relative à la prise de traitement anti-diarrhéique, pour mettre un symptôme en relief (présence ou non des diarrhées)...etc. Ainsi, le médecin va reprendre ce qui a été dit pour émettre un jugement ou pour conclure.

Nous avançons l'exemple suivant :

0160. Dr¹ : rak sous régime alors mayhamch / mayhamch hada tachrab tlata fe nhar fahmatek tbiba 'yak+ hada fih quatre comprimés+ 'ch'hal chrabt une boita 'tlata:

[vous suivez un régime, ce n'est pas important, vous prenez trois par jour ; le médecin vous a expliqué n'est-ce pas? ici il y a quatre comprimés, combien vous avez pris, une boîte ou trois?]

0161. Mde : euh:: tlata [trois]

0162. Dr¹ : **voilà / voilà** andek trois comprimés:: en une seule prise pendant:: quatre jours++ très bien::+ blast Flagyl elli darrak++ ntina mahmaltch Flagyl 'yak c'est ça: hadou:: normalement (il) (n) y a pas de problèmes++ c'est bon 'ça va: lekhrou:j la diarrhée

[vous avez trois comprimés à la place du Flagyl que vous n'avez pas supporté, vous n'avez pas supporté le Flagyl, n'est-ce pas?; et concernant les selles, vous avez des diarrhées?]

0199. Dr¹ : **voilà:c'est bon** on attend / on attend les lavements we: ça+++ ki kount taamal les lavements hatta hadouk les <...?> makountch tkharrajhom

[vous ne rejetez pas les lavements quand vous les utilisez]

III.1.1.5.3. Termes marquant la clôture de l'activité médicale

Ce sont des termes qui annoncent la fin de l'action médicale et sont regroupés dans la liste des mots tels que : (*ça y est, bon voilà, donc, iyya, alors, etc.*) :

2057. Dr^{®1} : **ça y est** douk ana nekteblek+ **ça y est**::

[c'est moi qui va te l'écrire]

2144. Dr^{®1} : **alors** on va la classer+ <Chaïb?> elle n'a pas d'ictère+ bilirubine augmentée++ l'albumine taaha ch'hal+ norma:le++ premièrement <Chaïb?> c'est une adénopathie hépatique <...?> euh:: modérée stade I \
- [son albumine est à combien? normale?]
0049. Dr¹ : **iyaa** ghadwa nchoufouh [alors, on va le voir demain]
0080. Dr¹ : **donc** faites une colonoscopie
0082. Dr¹ : **iyya we euh:: passation la chirurgie 'hein** [et puis vous le transfér ez en chirurgie]
2152. Dr^{®1} : pronostic+ douk nekteb'ha we n'affichiha carrément parce que euh+ **donc** pour elle tahbat lel cardio::+ est-ce qu'il y a contre-indication ou non+ est-ce qu'il y a:: \

On s'aperçoit que les protagonistes affirment des stratégies diverses. Cela donnera l'occasion de l'ouverture d'un langage faisant l'objet d'une interaction médecin-infirmier-malade plus pertinente et plus personnalisée.

Ces stratégies sont schématisées sous la forme suivante :

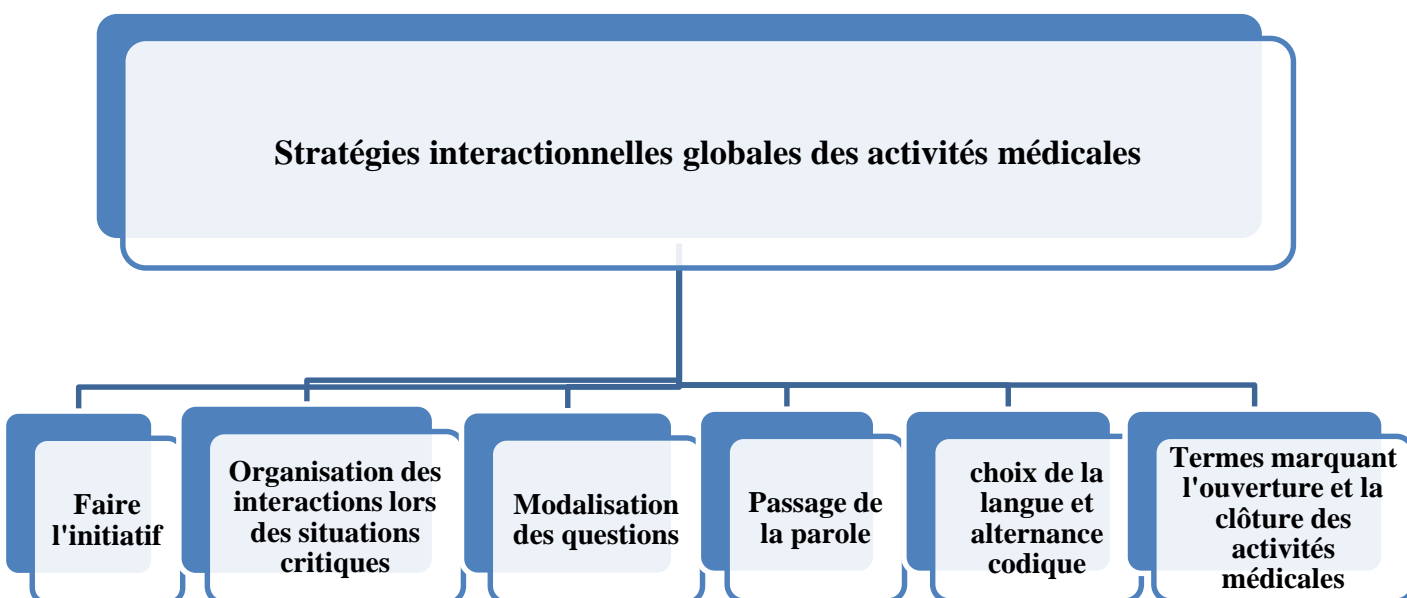


Figure 2 : Représentation des stratégies interactionnelles globales

III.2. Dynamiques et stratégies interactionnelles selon le contexte de l'activité médicale

Dans le service de Gastrologie, les activités médicales pratiquées au quotidien sont menées par les partenaires avec une grande maîtrise aussi bien dans les actions que dans les interactions qui les accompagnent. Les acteurs sont ainsi, engagés dans un travail commun, où les informations, les idées, les hypothèses, les opinions, les solutions sont exposées et discutées en détail. A ce niveau, ils doivent construire une conception partagée de la tâche, doivent s'appuyer les uns sur les autres et tout désaccord doit être levé. Cela permettra l'ajustement des représentations ainsi qu'une meilleure compréhension des activités du travail.

Fondamentalement, la tâche majeure ici, est l'identification de la pathologie qui se fait par le biais des procédures suivantes : l'interrogatoire ; l'investigation et l'expérimentation ; la négociation et la prise de décisions ; la prescription et les recommandations. Il est à noter qu'à chaque phase d'activité médicale, ayant un objectif particulier à suivre, correspond une activité interactionnelle particulière.

Dans ce qui va suivre, nous nous efforçons de montrer que les activités interactionnelles de l'interrogatoire, de la négociation, de la prise de décision, de la prescription et des recommandations sont essentiellement verbales. Elles se distinguent nettement de celle de l'investigation et de l'expérimentation qui sont fortement actionnelles et verbo-actionnelles.

Par ailleurs, nous soulignons que ces activités ne se présentent pas dans le même cours effectif de tous les malades, dans l'ordre que nous allons représenter :

III.2.1. Activités interactionnelles lors de l'interrogatoire

III.2.1.1. Construction interactive globale

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 condition de réussite : « 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 » (Grize.JB, 1990 : 108).

En fait, dans le service de gastrologie, l'interrogatoire se présente sous forme d'échanges interrogatifs (questions-réponses). Il est souvent intégré dans toutes les phases de l'activité médicale. Le médecin constitue essentiellement l'initiateur de ces échanges. Cela n'écarte pas la position des infirmiers et des malades, qui peut être à la fois, celle d'initiateurs et d'informateurs, dont le but est de résoudre tout problème de santé.

Nous empruntons le schéma (initiative-réponse) aux interactions médecin-infirmier-malade. L'acte dit initiatif est soumis à une négociation avec les infirmières et les malades, pour être interactivement corrigé, modifié, ajusté, ou carrément annulé.

En ce sens, cet interrogatoire a pour but demande-apport d'informations en vue d'une coopération au diagnostic et donc à la prescription :

0022. Dr ¹ : 'we hna fewek dkhal anna [et quand est-ce que il a été hospitalisé chez nous?]	→ Initiative
0023. Inf ³ : le quatorze+ le lendemain	→ Réponse
0810. Dr ¹ : 'elle est négative	→ Initiative
0811. Int(is) : negative	→ Réponse
0041. Dr ¹ : 'vous avez commencé le traitement:: chez lui	→ Initiative
0042. Int ¹ : ella ella:: [non, non]	→ Réponse
0808. Dr ¹ : 'andkom la sérologie virale chez lui [vous avez demandé une sérologie chez lui?]	→ Initiative
0809. Int(is) : oui	→ Réponse
0018. Dr ^{®1} : 'hadi avant son hospitalisation [celle-là..]	→ Initiative

0019. Inf ³ : ih hada kbel ma yedkhlouh anna++ avant son hospitalisation [oui, celui-là, avant qu'il soit hospitalisé chez nous]	→ Réponse
2678. Inf ² : euh:: haddart rouhek ghayat el gha:ya: [vous vous êtes bien préparé ?]	→ Initiative
2679. Mde : ella: mlih ghaya [non, très bien]	→ Réponse

La réponse porte alors sur le quoi, le pourquoi et le comment de la question. 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.

C'est ce qui est représenté dans le schéma suivant :

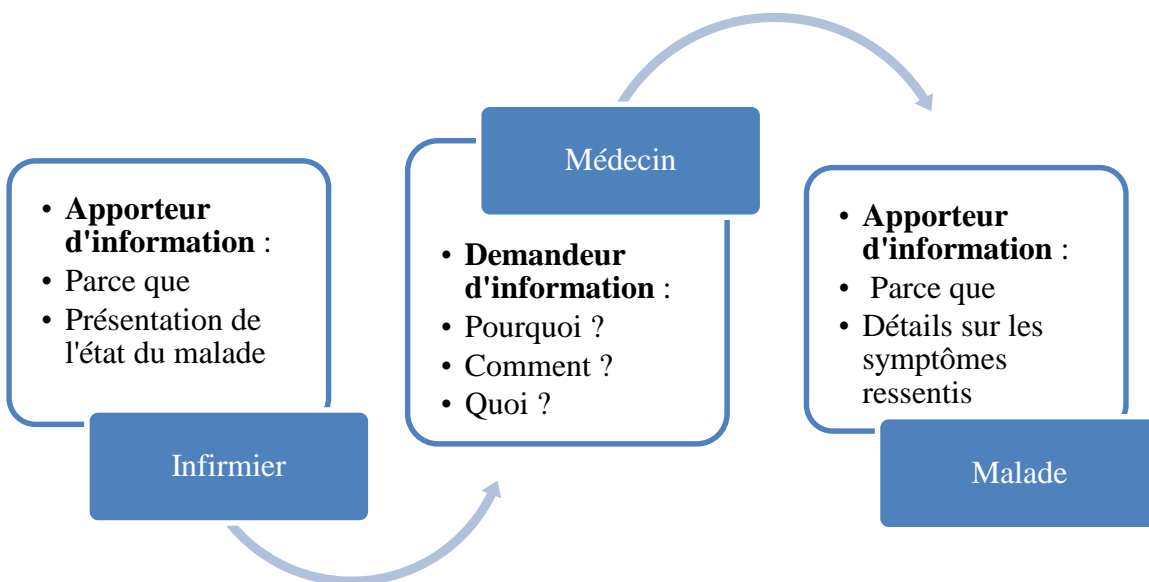


Figure 3 : Représentation de la construction interactive de l'interrogatoire

III.2.1.2 Modalisation des questions

Dans notre entreprise, les médecins profitent pour introduire des questions explicitant les informations apportées dans toutes les activités médicales. A partir de leurs interrogations, ils déclenchent, orientent les différentes tâches narratives et visent à vérifier la certitude de l'affirmation de l'existence des symptômes évoqués en provoquant des réponses sollicitées selon le type de la question posée. D'ailleurs, de plus en plus d'informations sont explicitement présentées ayant un caractère expérimental, leur permettant de confronter et d'évaluer les multiples données et propositions.

C'est ce qui est représenté dans l'exemple suivant :

1162. Dr ² : 'lundi: il était mieux que:: \	➔ Initiative
1163. Inf ³ : il se réveille	➔ Réponse écartant l'initiative comme non-pertinente
1164. Dr ¹ : ih il se réveille [oui]	➔ Confirmation
1165. Int ¹ : il répond:: il a ses reflexes	➔ Reconfirmation
1763. Dr ¹ : alors vous avez fait une fibroscopi:e+'qu'est-ce que vous avez trouvé <u>stade</u> I	➔ Initiative : demande d'information
1764. Dr ^{@1} : des varices grade II à III	➔ Réponse : apport d'infomation
1766. Dr ¹ : 'avec des signes rou:ges	➔ Initiative : demande d'information
1768. Dr ^{@1} : non sans signes rouges	➔ Réponse : apport d'information
1894. Dr ¹ : 'rah mzayar alik beza:f [(l'ascite) ça vous gêne vraiment?]	➔ Initiative
1895. Mde : ouah [oui]	➔ Réponse
1896. Dr ¹ : 'vous l'avez ponctionné	➔ Initiative

1901. Dr¹ : 'ma rakch mentafkha bezaf+ el hadja: [vous n'avez pas de ballonnements?]

→ Initiative écartant la nécessité de ponction d'ascite

1902. Mde : ella: mdak fellil hna ynoudli lewjaa

[non, mais j'ai des douleurs nocturnes à ce niveau]

1903. Dr¹ : ah!

1904. Mde : lewjaa we la diarrhée [des douleurs et des diarrhées]

1905. Dr¹ : hmm

1906. Mde : ngoullek haja: \

[je vous dis une chose]

1907. Dr¹ : c'est pas la peine / c'est pas la peine de la ponctionner++ 'ch'hal nahawel'ha dak n'har men le euh::+

[combien de litres on a évacué la dernière fois?]

→ Reprise de l'initiative

1908. Mde : litro we nass [un litre et demi] **→ Réponse**

1909. Dr¹ : litro we nass+ c'est bon c'est pas la peine de la ponctionner

[un litre et demi]

→ Reprise de l'initiative écartant la nécessité de ponction d'ascite

1911. Mde : hmm

Tel qu'il est montré dans cet extrait, Il semble en effet, que le médecin a tendance à se servir des stratégies de savoir poser des questions. Ce savoir est basé sur les qualités professionnelles et humaines qui lui permettent de satisfaire ses besoins d'identifier la pathologie en cause et d'introduire la décision indispensable. Faisant recours à différents

types de questions selon le contexte, le médecin essaye d'avoir le maximum d'informations relatifs à l'origine des symptômes ressentis par le malade : (*cette douleur thoracique a-t-elle une relation directe avec son ascite abondante ; ou a-t-elle une autre origine qui ne pourrait être que cardiaque ?*, etc.). Eventuellement, la réponse du malade va recouvrir tous les sens de la question et va donc orienter le médecin dans sa recherche de la pathologie en cause et donc de poser un diagnostic définitif.

Notons bien que ces échanges interrogatifs ne se succèdent pas suivant une logique de cause à effet ; mais ils constituent des espaces interactionnels hétérogènes, et répondent pertinemment aux exigences des situations médicales en présence.

Nous présentons leur structure dans ce qui va suivre :

III.2.1.2.1. Recours aux questions simples

Les questions simples sont structurées autour d'une demande simple, explicite comportant un seul échange interrogatif principal bref, nécessitant une réponse catégorique (oui-non, fièvre à combien?-39°) :

2167. Dr ¹ : 'l'Albumine andek [tu as l'albumine?]	→ Question simple
2168. Dr ^{®1} : andi l'Albumine [j'ai l'albumine]	→ Réponse simple
2676. Inf ² : 'rak ghaya:: [vous allez bien ?]	→ Question simple
2677. Mde : ghaya: [très bien]	→ Réponse simple
2682. Inf ² : 'ch'hal chrabt men litra taa (e)l ma [combien de litres d'eau vous avez pris ?]	→ Question simple
2683. Mde : tlata [trois]	→ Réponse simple
2872. Dr ¹ : 'grossesse à combien+ grossesse à combien madame	→ Question simple
2875. Mde : 6 mois	→ Réponse simple
1766. Dr ¹ : 'avec des signes rou:ges	→ Question simple
1768. Dr ^{®1} : non sans signes rouges	→ Réponse simple

III.2.1.2.2. Recours aux questions complexes

Ces questions s'énoncent de manière implicite comportant un acte interrogatif indirect et ambigu, souvent suivi d'autres questions propositionnelles et/ou reformulatrices et explicatives :

1912. Dr¹ : donc les douleurs trè::s+ /'kifach jak lewjaa el hadja
[comment ces douleurs apparaissent-elles]

→ Question demande complexe

1913. Mde : ghi:: \ [c'est]

1914. Dr¹ : 'zayar ali:k

[des douleurs atroces]

→ Question explicative

1915. Mde : ghi had euh:: \

[c'est au niveau de..]

→ Réponse

(la malade montre la localisation de la douleur situé au niveau du thorax)

1916. Dr¹ : il faut demander un avis cardio

1917. Dr^{®1} : ih [d'accord]

1918. Mde : had lewjaa we la diarrhée dayman fiya

[j'ai toujours les douleurs et les diarrhée → Reconfirmation

1919. Dr¹ : ella+ we had elli sedrek rah ydiak alik 'kifach

[non, vous parlez d'une gêne thoracique, expliquez moi]

→ Reprise de la question

demande complexe

1920. Mde : el barah euh:: \ [hier]

1921. Dr¹ : ih+ [oui] (continuez)

1922. Mde : fe n'har kerchi bkat kelli tentfek

→ Réponse

2883. Dr¹ : 'i::h raki ghaya+ elle va bien euh:: 'c'est bon+ 'vous n'avez rien 'hein+ la FISSU::RE est cicatrisée+ marach andek la fissure derwak+ 'fewek chafouk we kaloulek belli andek une fissure

[bon, vous allez bien, actuellement, il n'y a pas de fissure, quand est-ce que on vous a dit que vous avez une fissure?]

→ Question complexe

2884. Mde : kanet andi melli kount sghira:+ deretli opération gatli ki jat tkhayat jebdet el khit++ tballi hadi (e)l blasa ma bratch ghaya wella manich arfa:\

[j'avais cela depuis mon enfance, je me suis fait opérer, d'après le médecin, c'est elle qui a tiré forcément le point de suture, ce qui a empêché la cicatrisation de cette zone, ou je ne sais pas] →Réponse

2088. Dr¹ : we ki: t'kherraj louk'hal abel ma: teX beddit t'kherrej louk'hal:

[c'est du sang noirâtre ?]

→Question complexe

2089. Mde : ih [oui]

2090. Dr¹ : hmm hadi trois jours

[ça fait trois jours]

→Reformulation

2091. Dr¹ : 'kbel ma taabtak erraacha::

[avant les frissons?]

→Reformulation

2092. Mde : yih kount naaya: kamel+ ma n'adch naw'af →Réponse

[oui, je me sentais tellement faible que je ne pouvais me mettre debout]

2093. Dr¹ : hmm

1878. Dr¹ : avis hémato+ 'assem kaloulek

[qu'est-ce qu'ils ont dit?]

→Décision et question complexe

1879. Dr¹ : euh:: ghil euh+ katlek puisque+ une insuffisance hépatique \

[rien de... elle a dit..]

1880. Dr¹ : vous pouvez avoi:r \

1881. Dr¹ : il / il pouvait avoir une élimination ralentie du médicament+ donc euh:: le / le médicament il a encore ses effets++ refaire une formule++ il faut refaire une formu:le avec un:: taux de reyculocytes euh:: frais

→Réponse différée + Décision

Le médecin à travers ces différents types de questions vise à collecter le plus grand nombre d'informations sur l'état de santé du malade, les symptômes majeurs qu'il présente, la localisation et l'intensité de la douleur. C'est pourquoi, il s'efforce à rendre

explicites les objets de ses questions qui se présentent majoritairement sous forme d'échanges interrogatifs introducteurs principaux suivis d'autres échanges interrogatifs reformulateurs et explicatifs . Les réponses ainsi recueillies anticipent les actions à venir et donc tous les partenaires atteignent un but commun qui est la résolution du problème.

Ces activités de l'interrogatoire relancent dans l'expérimentation et l'investigation.

III.2.2. Activités interactionnelles lors de l'expérimentation et de l'investigation

III.2.2.1. Constructions interactionnelles ritualisées

C'est une étape très importante du moment où elle est conçue à charrier des preuves. Un point où nous en sommes, nous tenons à noter que cette phase constitue, un cadre basé sur un ensemble de thèmes identifiés, en tant qu'objets discursifs d'abord où chacun des partenaires, selon le champ de sa compétence, examine les valeurs de ces thèmes, valide certains éléments énoncés dans l'interrogatoire, infirme leur existence et fait émerger d'autres, dont le but est de pouvoir prendre une décision scientifiquement fondée dans l'avenir. Dès lors, le médecin prolonge sa recherche des raisons derrière les symptômes ressentis par le malade et vérifie empiriquement les informations apportées verbalement à l'aide de son matériel médical, constitué de fibroscope et d'endoscope.

En cela, l'examen endoscopique constitue la suite logique de la phase d'investigation dans le suivi médical du service. Il est fondé sur l'action directe portée sur le malade, de la part des médecins en collaboration avec les infirmières dans leur recherche empirique des symptômes. On en distingue deux types : l'examen endoscopique haut et l'examen endoscopique bas. Tous les deux présentent une séquentialité double sous forme d'actions directes dirigées sur le malade, en alternance avec des observations et des commentaires verbaux. Cette étape constitue une activité transitoire entre l'activité interactionnelle de l'interrogatoire et celle de la manipulation directe du malade.

<p>0642. Dr¹ : dour mlih ala jenbek / ala jenbek \ [mettez vous au côté latéral]</p> <p>0643. Inf¹ : dour ala jenbek lisse:r [mettez vous au côté latéral gauche]</p> <p>0644. Dr¹ : ala jenbek: sur le côté: voi:: là hout rassek [côté latéral, mettez la tête ici]</p> <p>0645. Inf¹ : hout rassek [mettez la tête ici]</p> <p>0646. Dr¹ : trè::s bien+ alor:s houl foummak+ \ [ouvrez la bouche]</p> <p>0652. Dr¹ : ghi:: bechwia ma tkhafch/ ghi tnahad / ghi tnahad++ma bkalnach beza:f ça y est ghi:: sbar maaya: [tout doucement, n’ayez pas peur, respirez, on va terminer, patientez]</p> <p>0648.Dr¹ : chou(f) ki t’heuss’ha fi halkek khelliha tfout++ we tnahad men nifek une foi::s entré smaat+ hout hadi taht battek trè::s bien+ iyya bismillah tawakalna ala ALLAH++ khelliha tfout fouk elsanek mataamal walou+ matlewiha mawalou+++ alors ça y est rani el dakhel: vous respirez+ NORMALEMENT:: tnahad men nifek / tnahad ghi bechwia alik [quand le fibroscope arrive au niveau de la gorge, essayez de l’avalier et respirez tout doucement par le nez, mettez votre main au niveau des sous-aisselles, au nom de Dieu, laissez le fibroscope passer au dessus de la langue, il ne faut pas le plier, ça y est je suis rentré, respirez par le nez, tout doucement]</p> <p>0649. Mde : vomissements</p> <p>0654. Dr¹ : une petite <...?> erythémateuse XX hmm+ des ulcérations:: / des ulcérations+ je vais le</p>	<p>Réassurance du malade</p> <p>Verbalisation de l’observation</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

<p>revoir après: alors des ULCERATIONS des petites ulcérations donc j(e) vais le voir après :s+++ kayen hatta [il y a aussi] au niveau du bulbe X érythmateu::x il n'y a pas d'ulcération au niveau du bu::lbe+ voilà+ hna [ici] (il) y a des ulcères++ petites ulcérations voi::là i (l) y a deux ulcération::s trois quatre cinq++ ulcération::s je vais le revoir d'ici un mois: après:s+ traitement voi::là</p> <p>659. Dr¹: rak majrouh fe l'estomac hein+ smaat <...?> houwa elli rah ydirlek had lewjaa hein [vous avez un ulcère gastrique, c'est cet ulcère qui vous provoque ces douleurs]</p> <p>2. Exemple d'une colonoscopie :</p> <p>1658. Mde : 'neg'oud hagda [je m'asseois comme ça ?]</p> <p>1659. Inf² : hein: i:h kimma mdari [oui, comme d'habitude]</p> <p>1663. Inf² : gal'i swalhak [enlève le pontalon]</p> <p>1664. Mde : saha [d'accord]</p> <p>1665. Inf² : raydi: hewdi (e)lgouddem / hewdi tal'i menna+ we choufi lel hayte+ gou'di wagfa we choufi lel hayte tal'i: alli la jupe++ gebdi:: iyya gouadi / gouadi foug tabla / eggouadi:: zidi hewdi andi chwiya (e)l taht: rwahi andi:: ha::gdak iyya rouhi errougdi ala jenbek lisser we ggouadi ma taharbiche++ jebdi champ andek+ essanni iyya errougdi tal'i rejlik / tal'i rejlik essanni+++ ma t'hewdich (e)l foug hewdi andi (e)l taht+ ha::gdak très bien zayri rejlik hagda iyya gha:ya: voilà XX nassetrouha ha chwiya we ndiroulha lakhor</p>	<p>Prescription et rendez-vous</p> <p>Annonce du diagnostic malade</p> <p>Préparation psychologique du malade</p> <p>Installation correcte du malade</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>[attendez, descendez un petit peu en bas, descendez et puis montez de l'autre côté, restez debout et regardez au mur, relevez la jupe, mettez vous sur la table, descendez encore, encore, mettez vous de mon côté, très bien, mettez vous en position latérale gauche, ne vous éloignez pas, couvrez vous, relevez le pieds, surtout ne descendez pas, serrez les pieds, très bien ; on la couvre et on lui fait l'examen]</p> <p>1686. Dr¹ : '< bezaf?>un p(e)tit polype [vous avez très mal ?]</p> <p>1387. Mde : hmmm (douleurs)</p> <p>1688. Dr¹ : ça y est j(e) vais terminer</p> <p>1693. Inf² : des polypes 'ya:k la chirurgie [ah, des polypes]</p> <p>1695. Inf² : hewdi:: [descendez]</p> <p>1700. Dr¹ : XY:: chouf fel masrane ma andek <u>wa:lou+</u> andek ghi hal homsa sghira:: [écoutez moi Hachmaoui, vous n'avez rien au niveau du colon, vous avez un petit polype]</p> <p>1701. Mde : ouah [d'accord]</p> <p>1737. Dr¹ : wa aatilha une LETTRE+ pour leuh:: polypectomie [et donne lui une lettre d'orientation pour une polypectomie]</p> <p>1738. Dr^{®1} : d'accord</p>	<p>Verbalisation de l'observation</p> <p>Annonce de la fin de l'action</p> <p>Annonce du diagnostic au malade</p> <p>Rapport et orientation de la malade vers la chirurgie</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Comme on le voit, dans les deux examens d'endoscopie, il s'agit surtout au début des séquences, des mêmes structures interactionnelles : ce sont des recommandations et

des conseils relatifs à la bonne position pour mener à bien l'activité médicale. Le médecin en collaboration avec l'infirmier prépare le malade psychologiquement : (*c'est très rapide, il faut pas vous inquiéter*) et lui montre la position convenable à cet acte : (*raydi: hewdi (e)lgouddem / hewdi tal'i menna+ we choufi lel hayte.. errougdi ala jebek lissir we ggouadi ma taharbiche : attendez, descendez un petit peu en bas, descendez et puis montez de l'autre côté,mettez vous en position latérale gauche*). Ils s'ensuivent des interactions de réassurance pendant l'introduction du matériel (*tnahad ghi bechwiya alik : respirez tout doucement par le nez, ça y est j(e) vais terminer*).

De même, la plupart des interactions sont liées aux actions visuelles de l'examen endoscopique, où le médecin verbalise ses actions, ce qu'il voit. Il confirme (*alors des ulcérations, un petit polype*) et reconfirme (*des petites ulcérations, trois quatre cinq ulcérations, des polypes*) ; puis annonce un diagnostic aux malades : (*rak majrouh fe l'estomac hein+ smaat : vous avez un ulcère gastrique ; chouf fel masrane ma andek wa:lou+ andek ghi hal homsa sghira : (vous n'avez rien au niveau du colon, vous avez un petit polype)*) et donne des directives et des prescriptions : (*je vais le revoir d'ici un mois, traitement voilà ; aatilha une LETTRE+ pour leuh:: polypectomie : et donne lui une lettre d'orientation pour une polypectomie*).

C'est ce qui est schématisé comme suit :

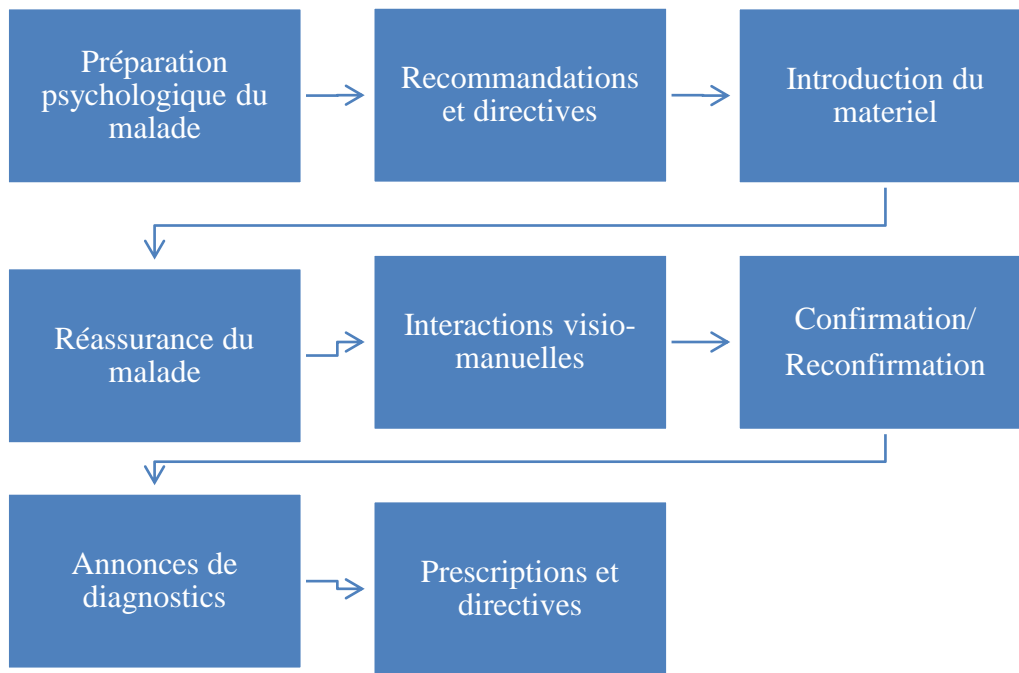


Figure 4 : Représentation des activités interactionnelles ritualisées lors de l'expérimentation et de l'investigation

On s'aperçoit qu'il s'agit d'une étape très importante dans laquelle, les médecins vont travailler sur les premières informations symptomatiques pertinentes recueillies et doivent manifester une justesse et une exactitude dans l'actualisation verbale des connaissances nouvelles. Ils attestent des informations provenant de cette source experte permettant d'établir dans leur discours un ordre de pertinence.

III.2.2.2. Constructions interactionnelles divergentes

Force est de constater que dans le service de gastrologie, les constructions interactionnelles lors de l'étape d'expérimentation et d'investigation, essentiellement représentée par deux examens dirigés directement sur le malade (l'examen endoscopique haut et l'examen endoscopique bas), engagent à trois types d'activités complémentaires :

- ✓ Activités à orientation fortement actionnelle ;
- ✓ Activités à orientation verbale ;
- ✓ Activités à orientation verbo-actionnelle.

Par souci de clarté, nous voudrions présenter plus en détails ces trois types d'activités dans ce qui va suivre :

III.2.2.2.1. Structures interactionnelles à dominante actionnelle

Il est à préciser ici, que l'action représente le contenu substantiel du cadre interactionnel. Cela n'empêche de dire que les activités verbales sont inévitables et sont envisagées dans une relation d'interdépendance. Les échanges se déroulant avant et pendant l'examen se présentent dans la structure générale suivante : **annonce- directives et observations- constats** ; et sont ensuite représentés en gras dans les exemples ci-dessous :

✓ *Ouverts par une annonce de l'examen* : demander au malade d'enlever la prothèse dentaire, d'enlever le pantalon, lui donner de la xylocaïne (pommade anesthésiante), le bien positionner...etc, constituent des annonces de l'examen endoscopique :

<p>0214. Inf¹ : yih+ 'andek dentier: aatini dentier [oui, vous avez une prothèse dentaire, donnez-la moi]</p>	<p>➔ Annonce : enlever le dentier</p>
<p>0574. Inf² : iyya ghi glaa essrawel hada:k houttah and ra:ssek++ hayadi star rassek bechwiya alik / [bon, enlevez le pantalon, mettez le sous la tête, couvrez vous, tout]</p>	<p>➔ Annonce : enlever le pantalon</p>
<p>0220. Inf¹ : heul foummak+ el hadj haya chwiya taa lemsikra bach mat'hasch be tiyou ma yederrakch+++ iyya esrat'ha [ouvrez la bouche, prenez cette pommade anesthésiante pour ne pas sentir la douleur du fibroscope, avalez-la]</p>	<p>➔ Annonce : donner de la xylocaïne</p>
<p>0641. Inf¹ : dour ala jihtek [retournez vous de l'autre côté]</p>	

<p>0642. Dr¹ : dour mlih ala jembek/ ala jembek \ [mettez vous au côté latéral]</p> <p>0643. Inf¹ : dour ala jembek lisse:r [mettez vous au côté latéral]</p>	<p>➔ Annonces : positionner le malade</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

✓ Une série alternée directives-observations est illustrée dans les exemples ci-après dans lequel le médecin assistant donne des directives au médecin résidente stipulant, que l'exploration endoscopique haute ou basse devrait toujours se faire, surtout au retrait. Puis, il s'adresse au malade pour qu'il soit décontracté, afin de mener à bien son acte. Ensuite, il observe des lésions situées au dessus du pylor (fibroscopie). Une autre boucle est remarquable au niveau du sigmoïde (colonoscopie) qui l'empêche d'avancer plus haut :

<p>0235. Dr² : [...]on fait le retrait+ l'exploration se fait au retrait+</p> <p>un bulbe sain+ un pylore en régulier+++ hna kayen une muqueuse qui est un p(e)tit peu tigrée+ chof la couleur+++ le rouge et le ro::se 't'as vu+++alors hna: on va faire une biopsie:+ aatini la pince à biopsie: ih: c'est bien c'est bon alors [là il y a une muqueuse tigrée, regarde la couleur, on va faire une biopsie, passez-moi la pince à biopsie, oui]</p>	<p>➔ Directive : situation d'apprentissage : toute exploration endoscopique doit se faire au retrait du fibroscope</p> <p>➔ Observations : Le médecin observe une image douteuse</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>1137. Dr¹ : erkhfi rouhek ma tzayri:ch [décontractez vous]</p>	<p>→ Directive : le médecin demande au malade de se décontracter</p>
<p>1141. Dr¹ : donc on est en train de faire une progression+donc l'exploration se fera au retrait+ donc on / j'explore maintenant:: la progression on est:: fel [dans] eu: sigmoïde et je progresse tout doucement</p>	<p>→ Directive : Situation d'apprentissage : le médecin montre à la résidente comment faire un acte de fibroscopie réussi</p>
<p>1147. Dr¹ : iyya très bien ça: y est i:h (il) y a une rétrovision oui ça y est (il) y a un boucle hna [ici]+ c'est pour ça que:: il est difficile de progresser+++ (il) y a une boucle+++ je vais m'arrêter (il) y a un boucle très important+ elle est plein elle supporte mal+ c'est bon ani kammalt [j'ai terminé]</p>	<p>→ Constat : La présence d'une boucle oblige le médecin à arrêter son acte</p>

✓ Fermés par un constat :

<p>2594. Dr² : (il) y a des niveaux</p>	<p>→ Constat : Présence de niveaux</p>
<p>2659. Dr² : Samir+ alors pas de FISTU::LE+ rien++ pas de formation intraCANALAIRES++ donc progression du colon droit++ colon plus propre++ pas de formation visible+ rectu:m++conclusion+colonosco: e tota:le ce jour</p>	<p>→ Constat : Colonoscopie saine</p>

<p>2665. Dr² : colonoscopie totale saine+ Allah ychafi [que Dieu puisse vous guérir]</p> <p>2899. Dr¹ : voi::là+++ euh::FISSURE <u>makanch+</u> HEMORROÏDES c'est normal+</p> <p>[absence d'hémorroïdes]</p> <p>2883. Dr¹ : i::h raki ghaya+ elle va bien euh:: c'est bon+ vous n'avez rien 'hein+ la <u>FISSU::RE</u> est cicatrisée+ marach andek la <u>fissure</u> derwak+</p> <p>[bon, vous allez bien, actuellement, il n'y a pas de fissure, quand est-ce que on vous a dit que vous avez une fissure?]</p>	<p>→ Constat : Absence d'hémorroïdes</p> <p>→ Constat : Fissure cicatrisée</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

Ce type d'échange est représenté comme suit :

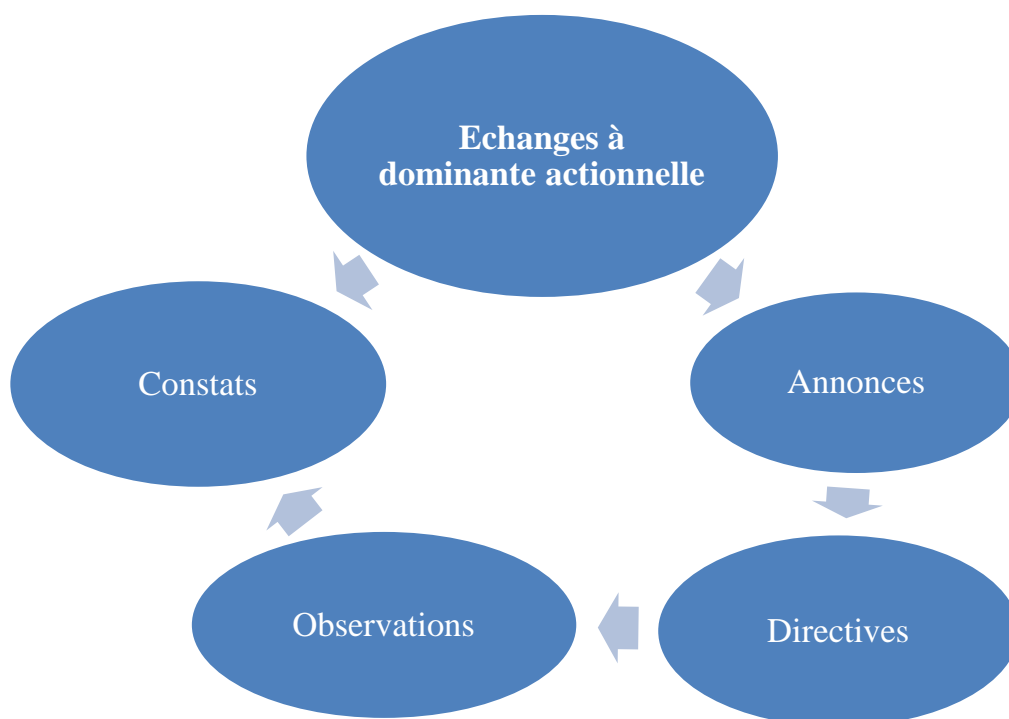


Figure 5 : Représentation des structures interactionnelles à dominante actionnelle

III.2.2.2.2. Structures interactionnelles à dominante verbale

Les activités interactionnelles à dominante verbale se présentent dans la structure générale suivante : *Des impératifs, des énoncés de réassurance ; des énoncés de justification ; des constats, des directives et des décisions ;* et sont illustrés comme suit :

- ✓ Une série d'impératifs qui servent au bon déroulement de l'acte et sont représentés en gras dans l'exemple ci-dessous :

0436. Dr¹ : <...?>**houl foummak** tchouf: / **houl foummak** tchouf / **houl foummak** /
houl foummak <...?> hayya el pomada+ **esrat'ha++**

[ouvre la bouche, tiens la pommade, il faut l'avaler]

0437. Inf¹ : **add / add: houwed rassek** \

[serre la canule contre les dents, glisse la tête]

0451. Dr¹ : **aatini** nchouf euh:: bio / biopsie++

0452. Inf¹ : c'est bon

0453. Dr¹ : ih / ih: **ferme** un bon fragment

0455. Dr¹ : **ferme**

0457. Dr¹ : chou **ballaa ghi bechwiya:** machi derba wahda / **ballaa ghi bechwiya+**
khatel ki / ki jit dakhel: <...?> \

[s'il te plait, ferme tout doucement, parce que quand j'ai introduit..]

0516. Dr¹ : **erkhef rouhek matzayarch** matkallakch rouhek

[décontractez vous, ne vous inquiétez pas]

- ✓ suivie de procédés verbaux de réassurance, représentés en gras :

0442. Dr¹ : **bechwiya alik++** tnahad / tnahad: j(e) vais essayer de la segmenter <de la place?> de l'estomac \ tnah **ghi bechwiya alik / ghi bechwiya alik+++**

0517. Inf² : iyya hawed **ghi bechwiya alik** / hawed **ghi bechwiya alik**

[descendez, tout doucement]

0615. Mde : aïe

0616. Dr¹ : beza::f

[douleurs intenses]

0617. Mde : bezaf / bezaf [oui]

0618. Dr¹ : **ça y est / ça y est / ça:+**

0619. Inf² : **c'est bon saafna**

[aidez nous, patientez]

0620. Dr¹ : **ça y est rani kharej / rani kharej**

[je vais sortir]

0621. Inf² : **rana kharjin / rana kharjin**

[je vais sortir]

0622. Dr¹: **c'est bon / c'est bon++ iyya / iyya des XX <pétéchis?>ça y est kammalna: c'est bon** [on a terminé]

0821. Inf¹ : **matkhafch** [n'ayez pas peur]

0823. Dr¹ : **machi el yebra hadi la yebra la walou / hadi **

[ce n'est une injection, il ne s'agit ni d'injection ni de rien]

0824. Inf¹ : **mandirou walou ghi<...?>** il lui faut une préparation psychologique+ smaa weldi: [on ne va rien faire ; écoute moi mon fils]

0826. Inf¹ : **hada ghi tiyou: taa l'estoma:c rahom ydirouh ammalin ch'har we ammaline chahrine** rahna ndirouhelhom++ ki yedkhoul / ghi ki yedkhoulekat srat+ we tnahad maa nifek tbib **même pas tkika / même pas** ychouf we ykherjeh: **hada makane++maydiroulekat walou** weldi hada nta **kimma radio::** basah houwa tiyou yedkhoul mel dakhel+ 'saha

[c'est juste une fibroscopie, on la fait pour des nourissons de un à deux mois, quand on introduit le fibroscope, essaye de l'avaler et respire par le

nez, le médecin va te la faire en moins d'une minute, il va juste voir ce tu as, puis il va sortir, c'est tout, on ne te fait pas de mal, c'est un examen aussi facile qu'une radio, mais pour la fibroscopie, on introduit le fibroscope par la bouche, d'accord ?]

0828. Inf¹ : **tsaafna::**

[tu vas nous aider]

0513. Inf² : erkhef matziyarch+ ella **ghi sbar saafna / ghi sbar chwiya sbar**

[décontractez vous, aidez nous, patientez]

✓ *Suivie ou non d'un interrogatoire* à valeur demande d'informations étayant les observations :

2495. Dr² : 'sous insuline

→ **demande d'information**

2500. Inf² : **non-insulino-dépendant**

→ **Apport d'information**

1961. Dr^{®1} : **derlek bousseffir fellewel++ 'kich banlek+ 'marra wahda:+**

[au début, vous aviez un ictère, comment est-il apparu, installation brutale?]

→ **Demande d'information**

1962. Mde : kechetni ki skhana: [j'ai eu de la fièvre]

→ **Apport d'information**

1969. Dr^{®1} : 'ma houwa dwa elli chrabtou [tu as pris quel traitement?]

→ **Demande d'information**

1972. Mde : kachiat we Spasfon: we dwa ma akaltch alih [des comprimés et Spasfon, et un autre médicament dont je ne me souviens pas de la marque]

→ **Apport d'information**

1975. Dr¹ : 'fellewel ghi aynik sfaro: \

[au début, tu as eu un ictère des yeux seulement?]

➔ **Demande d'information**

1976. Mde : ella ella [non, non]

➔ **Apport d'information**

1977. Dr¹ : wella kamel (e)l jism taak sfaro hakdak

[ou bien tout le corp?]

➔ **Demande d'information**

1978. Mde : hakdak [c'est ça] (un ictère de tout le corp)

➔ **Apport d'information**

2887. Dr¹ : 'we derwak raki t'heussi ghaya: ki toukhrej

et maintenant, vous vous sentez mieux surtout quand vous allez aux toilettes?]

➔ **Demande d'information**

2888. Mde : ella derwak rani noukhrej NO:RMAL

[non, je me sens très bien quand je fais mes besoins]

➔ **Apport d'information**

✓ *Suivies d'une série constats-décisions :*

2735. Dr¹ : j(e) n'arrive plus à avancer c'(est)-à-dire
il y a des boucles tout le long / **tout le long** taa [du] le euh:: / **le colono** / taa [du] le colon hmm++ raddou ala dahrou
[mets le en position dorsale]

➔ **Constats :**

- Présence de boucles tout le long du colon.

<p>2756.Inf² :ha::kdak / ha:kdak voilà hadou les boucles rahom yablokiw (e)l colonoscope+++ rah ghabnak hakdak</p> <p>[très bien, ces boucles bloquent le colonoscope, ça vous gêne?]</p> <p>2767. Dr¹ : un colon très difficile à explorer</p> <p>2793. Dr¹ : c'est#au niveau du colon sigmoïde+++ c'est-à-dire le colon gauche+ khater fe début (il n') y avait pas de boucles++ c'est-à-dire il faut enlever had la boucle elle est très importante la progression est très difficile</p> <p>[parce que au début.., il faut enlever cette boucle..]</p> <p>2798. Dr¹ : on espérait faire une colonoscopie+ mais malheureusement ce n'est pas une colonoscopie totale+ on s'est arrêté au colon transverse++ la boucle était aussi importante qu'on n'a pas pu progresser (toux) donc on complète notre euh:: par un lavement baryté: pour voir la totalité / le reste du colon</p> <p>0475. Dr¹ : 'ch'hal: trois <...?>andek jerha fe l'estomac+ smaat: hadak laayar elli dertah::+</p> <p>yessamma khassak / khasna naawdouleh / fhamt el ha++ weuh::</p>	<p>-Colon très difficile à explorer.</p> <p>→Décisions :</p> <p>- Résection de la boucle.</p> <p>-Arrêt de l'examen.</p> <p>-Demande d'un lavement baryté comme examen complémentaire.</p> <p>→Constats :</p> <p>- Identification de la lésion.</p> <p>- Résultats des bilans non fiables</p> <p>→Décisions :</p> <p>- Demande de refaire le bilan.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>mdak rak chwiya ayane</p> <p>khasna ndekhlouk (e)l youm bach ndiroulekt etahlilat++ tedkhoul (e)l youm wella 'ma tedkhoulch</p> <p>[vous avez un ulcère gastrique, vous m'entendez, le bialn que vous avez fait.. (n'est pas fiable) ; on doit le refaire, vous avez compris ? et comme vous êtes fatigué, il faut qu'on vous hospitalise aujourd'hui, pour qu'on puisse faire les bilans nécessaires, vous ne voulez pas être hospitalisé ?]</p> <p>0498. Dr¹ : ella: il fait une stase importante [non..]</p> <p>0500. Dr¹ : douk naatilkom une sonde gastrique amlouhalou ghadwa fe sbah INCHALLAH:: douk nahdar maa la secrétaire / maa euh::</p> <p>[placez lui une sonde gastrique que je vous donne tout de suite, on le programme pour demain matin, j'en parlerai à la secrétaire]</p>	<p>➔ Constat :</p> <p>- Etat du malade altéré.</p> <p>➔ Décision :</p> <p>- Hospitalisation du malade.</p> <p>➔ Constat :</p> <p>-Présence d'une stase importante.</p> <p>➔ Décision :</p> <p>-Mise en place d'une sonde gastrique.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nous allons simplifier nos dire, dans le schéma suivant :

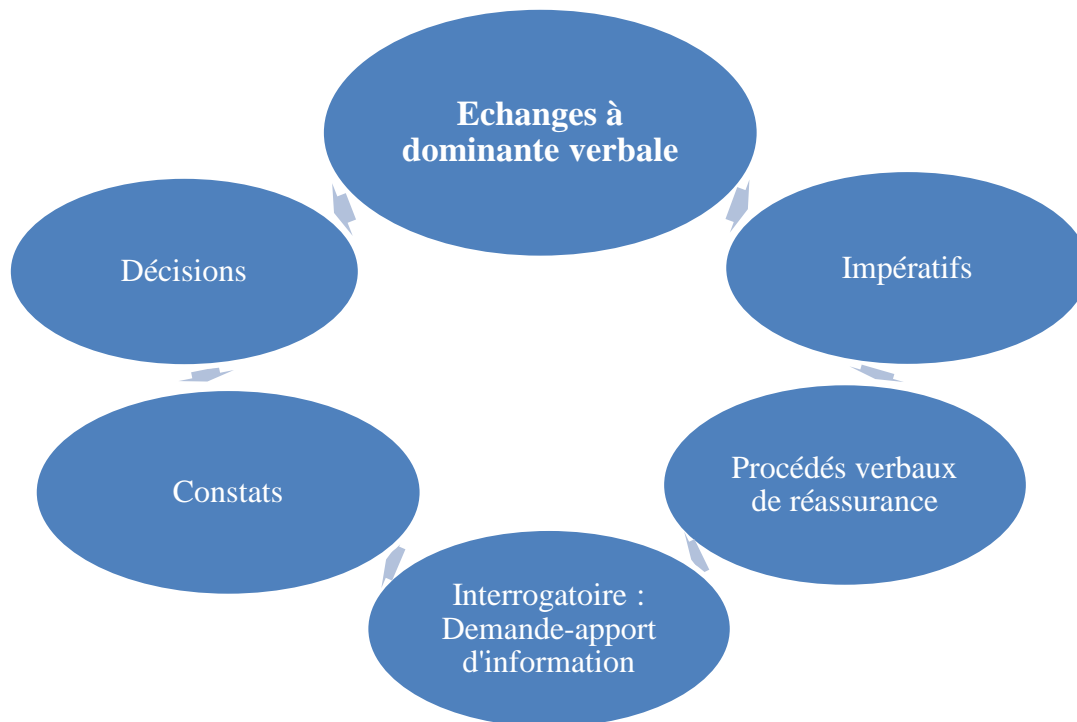


Figure 6 : Représentation des structures interactionnelles à dominante verbale

III.2.2.2.3. Structures interactionnelles à dominante verbo-actionnelle

Comme nous l'avons souligné, l'activité d'endoscopie est continuellement soutenue par des échanges interactionnelles. Elles regroupent les échanges à dominante actionnelle et verbale pendant lesquelles sont mis en contribution des échanges langagiers visant l'action ou résultant d'elle. On y retrouve : *des verbalisations d'actions, des justifications, des directives* :

✓ *Des verbalisations d'actions* : comme il est indiqué plus haut, les échanges langagiers accompagnent l'action de son début à sa fin. Le cas du médecin par exemple qui verbalise son action, (ses différentes étapes, sa façon de progresser dans les différents organes...etc), fait des démonstrations, et décrit tout ce qu'il observe. Ce qui est montré en gras, dans l'exemple suivant :

0235. Dr² : **on est en train de s'enrouler::+** awed tchouf+ / awed on refait une deuxième tentati:ve esrat / esrat / esrat / esrat / esra:t +++ **trè::s bien on est dedans++** iyyatallaa ennafs maa nifek / tallaa maa nife:k++ensa complètement foummak / erwah l'interne: 'baghi tchouf \ je n(e) sais pas alach hada: on lui a indiqué:: une fibro \ voilà:: très bien:+ **je suis passé:: rani dans le pylo::r+&voilà: le bu:lbe l'intestin grê:le XX conniventes hadou / ne touche pas surtout ++ les valvules conniventes qui sont norma::les+++ normales+++on fait le retrait+ l'exploration se fait au retrait+ un bulbe sain+ un pylore en régulier+++ hna kayen une muqueu::se qui est un p(e)tit peu tigrée+ chouf la couleur+++ le rouge et le ro::se 't'as vu+++ alors hna: on va faire une'biopsie:+ aatini la pince à biopsie: ih: c'est bien c'est bon alors après vérification du matériel on introduit dans le canal opérateur la pince à biopsie**

[on refait, avalez..alors respirez par le nez, l'interne vous voulez voir? je ne sais pas pourquoi on lui a indiqué une fibroscopie ; je suis dans le pylor... là il y a une muqueuse tigrée, regarde la couleur, on va faire une biopsie, passez-moi la pince à biopsie, oui]

1042. Dr¹ : alors chouf chouf hna en retrovision chou(f)+ **elle occupe la TOTALITE de la courbure gastrique+ chou(f) hna rani en rétrovision**

[regarde là, en retrovision, la tumeur occupe la totalité de la courbure gastrique]

✓ *Des justifications* : il s'agit d'activités d'interprétations qui devraient répondre à des situations problématiques, dont le but est d'avoir une compréhension partagée meilleure entre les interactants : « Il s'agit de situations dans lesquelles le sujet fait des paraphrases afin d'explicitier ou de justifier son interprétation (...). » Dolitsky.M & Piéraud-Le Bonniec (1988 : 147-151).

0235. Dr² : [...] hna kayen une muqueu::se qui est un p(e)tit peu tigrée+ **chouf la couleur+++ le rouge et le ro::se 't'as vu+++**

0933. Dr¹ : donc après 15 jours d'injection de caustique volontai:re: donc **RETRECISSEMENT:: INFRANCHISSABLES+**

0934. Inf¹ : 'ch'hal avancit [à combien vous avez avancé ?]

0935. Dr¹ : à 10cm <...?>

0936. Inf¹ : 'bel pédiatrique [avec le fibroscope pédiatrique]

0937. Dr¹ : oui oui bel pédiatrique+

0804.Dr¹ : cirrhose+andek une pancytopenie avec splénomé / surtout splénomégalie+c'est-à-dire il fait une pancytopenie: certainement:: il doit faire des troubles de la crasse sanguine il doit faire une thrombopénie++PRObablement: ki tchouf dossier tchouf vousallez voir belli il fait une thrombopénie:: thrombopénie c'est CONTRE-indiqué la biopsie++

1364. Dr² : on va le transfuser parce que l'hémoglobine est à 5,1+++

Comme on le voit, La muqueuse rouge et tigrée constitue une justification solide pour faire une biopsie. le médecin (dans 0933-0937), justifie son incapacité de faire la fibroscopie chez ce malade qui présente un rétrécissement œsophagien très important et que le fibroscope pédiatrique -à petit calibre- qu'il utilise ne peut pas franchir la paroi et ne peut pas aller au delà de 10cm. Ainsi dans (804), le médecin justifie son refus de faire la biopsie au malade en stipulant que tout malade présentant des troubles de la crasse sanguine notamment une thrombopénie (diminution des plaquettes de sang) ne doit en aucun cas subir une biopsie et ajoute que c'est une contre-indication formelle. Et dans (1364), le médecin résident justifie sa demande d'une transfusion sanguine en avançant un taux d'hémoglobine trop diminué (5.1mg).

On s'aperçoit que la justification 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 autres partenaires à réaliser l'action recommandée en les dotant de plus d'informations et en les confortant dans leur position d'exécutants.

✓ *Des directives :*

1034. Dr¹ : **donc ndirlou une colo pour demain** hada:++ chou / chou / chou hadi bayna::

hadi:: chouf+ elle monte / elle monte / elle monte / elle monte ka:mel+ chouf / j(e) vais / j(e) vais t(e) la montrer hna:: saha:+ 'ki dkhalt ma cheft'ha:ch

[on lui fait une colonoscopie demain, regarde comme elle (la tumeur) est évidente, je vais te la montrer ici, d'accord, tu ne l'as pas remarqué à l'entrée ?]

0941. Dr¹ : a::h oui+ **chouf hdar maa el radiologue+** koulhom a:weddi: c'est un malade évacué:+ ma andhomch les parents bach yjiw yaabbiwah men becha:r++ kaloulek oui on peut trouver une solution fa tabaraka Allah: **koulhom hada caustique tu leur préci::se+ c'est pas un malade euh:: c'(est)-à-di::re i(l) y a / y a une sténo::se++aamlouha exactement maa XX ma taamlouhach maa l'assistante sociale**

[écoute moi, tu parles au radiologue, dis lui qu'il s'agit d'un malade évacué de Bechar et qu'il n'a pas d'entourage qui s'occupe de faire l'examen à titre privé, s'il accepte tant mieux, dis lui aussi que c'est un malade caustique et qu'il a une sténose, il faut la faire avec XX]

2506.Inf² : i::h maalich **maalich hna nziftouk (e)la chirurgie** we houma ydabbrou ras'hom [on va vous orienter vers la chirurgie qui va vous prendre en charge]

1644. Dr¹ : **khas une laparotomie** [il faut une laparotomie : ouverture de l'abdomen pour investigation]

Dans cet extrait, le médecin donne des directives de compléter son action par d'autres examens complémentaires et d'autres avis médicaux.

Ces échanges sont représentés comme suit :

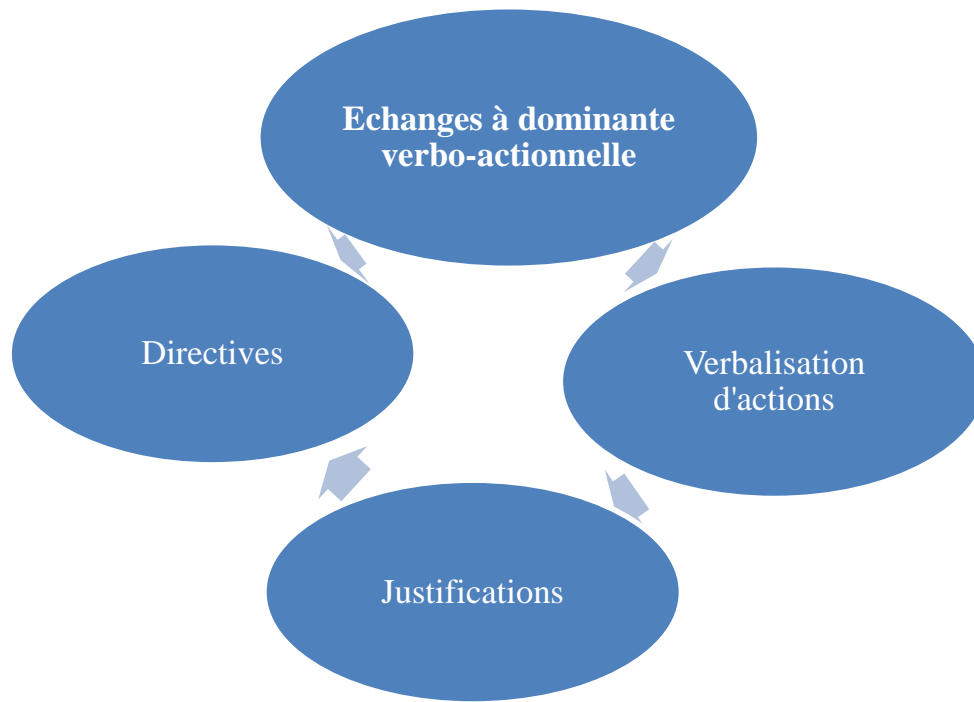


Figure 7 : Représentation des structures interactionnelles à dominante verbo-actionnelle

De ce qui précède, et plus globalement, on va dire que le langage pendant l'activité d'endoscopie peut varier : il peut ne pas intervenir directement dans l'action immédiate comme il peut accompagner une activité technique comme une activité collective. De même, il peut intervenir dans des interstices de l'action sans s'y rapporter directement. Et il peut être le seul moyen de l'activité.

Ce qui permet la récapitulation selon le schéma suivant :

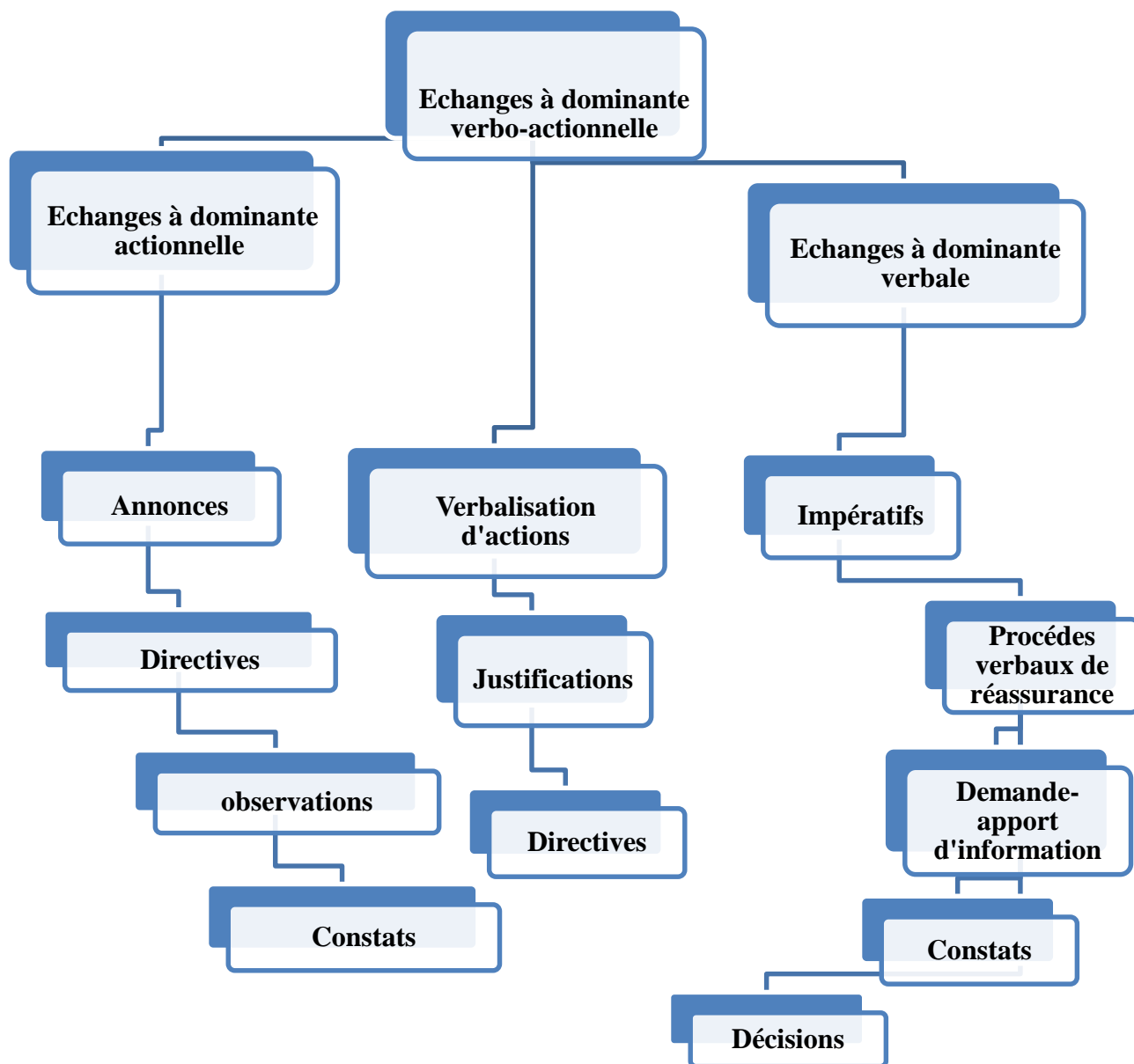


Figure 8 : Schéma récapitulatif des activités interactionnelles lors de l'expérimentation et de l'investigation

III.2.3 Activités interactionnelles lors des négociations

À ce stade l'ordre social et interactionnel négocié, est pertinemment omniprésent dans une situation réunissant les médecins, les infirmiers et les malades en raison de leur sociabilité. Toutes les informations se révèlent indispensables, permettant de passer de

l'une à l'autre, dont le but est de résoudre des problèmes : « les partenaires de la conception développent la solution conjointement : ils partagent un but identique et contribuent à son atteinte grâce à leurs compétences spécifiques » (Darses.F, 1997 : 52).

En ce sens, les négociations s'inscrivent dans un cadre institutionnel fixé par une activité pratique, où les interlocuteurs s'identifient et se reconnaissent mutuellement, chacun dans son rôle et dans son champ de compétence. Elles représentent 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 ces négociations dans des contextes différents de l'activité médicale.

Toutefois, elles ne peuvent guère être interprétées comme une activité interactionnelle harmonieuse en continue, du moment où les partenaires n'agissent pas seuls et se positionnent fermement l'un par rapport à l'autre. Dès lors, il devient indispensable, qu'ils soient convaincus et convaincants de façon à assumer leurs dires et leurs actes. C'est ce que soutient avec justesse F.Jacques, (1987 : 45-68) : « 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. ». Cela dit que les partenaires défendent leurs actions en essayant de convaincre autrui de leur valeur. En cela, les négociations s'entrevoient davantage en termes de co-construction de la situation dans le but de parvenir à une qualification adéquate du tableau clinique présenté par le malade ; et constituent des moments interactionnels plus ou moins explicites ayant pour finalité, la production d'un compromis entre les partenaires et donc visant à aboutir à une décision. Leur fonction est d'assurer le développement de l'information (Traverso.V, 1996 : 20) ainsi que la continuité des échanges à travers lesquels, les connaissances se transforment et se diffusent.

En effet, les thématisations des interactions, les sollicitations, les intégrations des points de vue, les confirmations et les reconfirmations, les formulations expertes et novices distribuées asymétriquement de la part des soignants et des soignés, prennent une importance majeure et se matérialisent sous des formes interactionnelles hétérogènes et

multiples. Ces processus communicatifs permettent en effet «de construire et de développer un espace d'intersubjectivité, de compréhension réciproque.» Zarifian, P. (1998 : 230), en vue d'établir des accords solides sur la nature des problèmes et de garantir l'efficacité de l'action collective. A partir de là, le personnel soignant tente d'établir des liens entre les éléments apportés, et l'évolution du malade.

L'interaction n'a dès lors pas simplement pour finalités d'aboutir à un choix parmi un certain nombre de thèmes repérés, mais de reconstituer d'autres thèmes possibles. Il existe en cela, un travail permanent, tout un ensemble d'action à effectuer, construit par un collectif qui discute l'un avec l'autre, les informations les demandes, les attentes, etc, jusqu'à pouvoir tirer des conclusions cliniques et rechercher de solutions.

Nous assistons dans l'exemple suivant à une intervention du médecin résident qui va présenter pertinemment toutes les informations relatives au malade. Néanmoins, ces interactions peuvent être sujettes à plusieurs interruptions. Plusieurs éléments d'informations sont regroupés, comparés, confrontés, des évaluations des actions, des demandes d'informations, des confirmations- reconfirmations, des points de vue opposés, des partages de savoirs dans le but est d'aboutir à un sens commun. Enfin, les négociations se clôturent par une succession de décisions et d'accords partiels et/ou partagés par tous, marqués par des structures interactionnelles d'alliance et de positions communes. Ce sont surtout des séquences de récapitulation, d'examen complémentaires, de prescriptions et de recommandations représentées en gras :

1158. Dr² : alors c'est un malade âgé de 56 ans admis pour diarrhées chroniques évoluant depuis:: deux mois+ euh:: le patient présente des signes de dégénérescence XX traité par des diurétiques++ ayant des antécédants d'encéphalopathie hépatique il est en stade de décompensation il est sous antibiothérapie il est toujours euh:: il est mal:: euh \

→ Récit : raconter l'histoire pathologique détaillée du malade

1159. Dr¹ : 'vous l'avez hospitalisé: \

→ Interruption : Demande de confirmation

1160. Dr^{®2} : donc on l'a hospitalisé: **lundi**

→ Confirmation

1161. Dr¹ : **lundi**

→ Reconfirmation

1163. Inf³ : **il se réveille**

→ Evaluation

1192. Dr^{®2} : &<...?> on retrouve également de multiples XX ensuite (il n) y a pas de X intrahépatique avec de multiples adénopathies en regard du ile hépatique+ pancréas de taille normale de densité ordinaire++ donc euh: houman [eux] ils ont conclu à une greffe néoplasique un hépatocarcinome avec de multiples lésions nodulaires de type métastatique sur un foi+ les protéines sont normaux même hna [nous] quand on les a faite euh:: fe [au niveau de] l'anapath+ elles étaient normaux++ donc il est nécessaire de rechercher une autre néoplasie

→ Retour au récit

1193. Dr¹ : 'recemment hadi:: **l'écho ma kanetch kayna:: l'écho **

[cette échographie est récente, on n'avait pas d'échographie?]

→ Demande d'information

1194. Dr^{®2} : **si:: si kan suspicion de:: /de carcinome sur un scanner et sur une écho abdominale ++ déjà:: il a été**

traité pendant sept mois+ il a décompensé

→ Apport d'information

1206. Dr^{®2} : voilà+ maintenant **on va voir pour une colo:**

→ Décision

Comme il est nettement apparent dans l'exemple, l'ordre suivi dans ce type d'activité interactionnelle, est comme suit : chercher des documents archivés et nouveaux, les relire, se réunir, narrer, décrire, discuter, réfléchir, proposer des solutions, stabiliser des énoncés, confirmer et infirmer, évaluer, demander des examens complémentaires, décider, prescrire et recommander.

Pour plus de clarté, nous présentons l'activité de négociations sous la forme suivante :

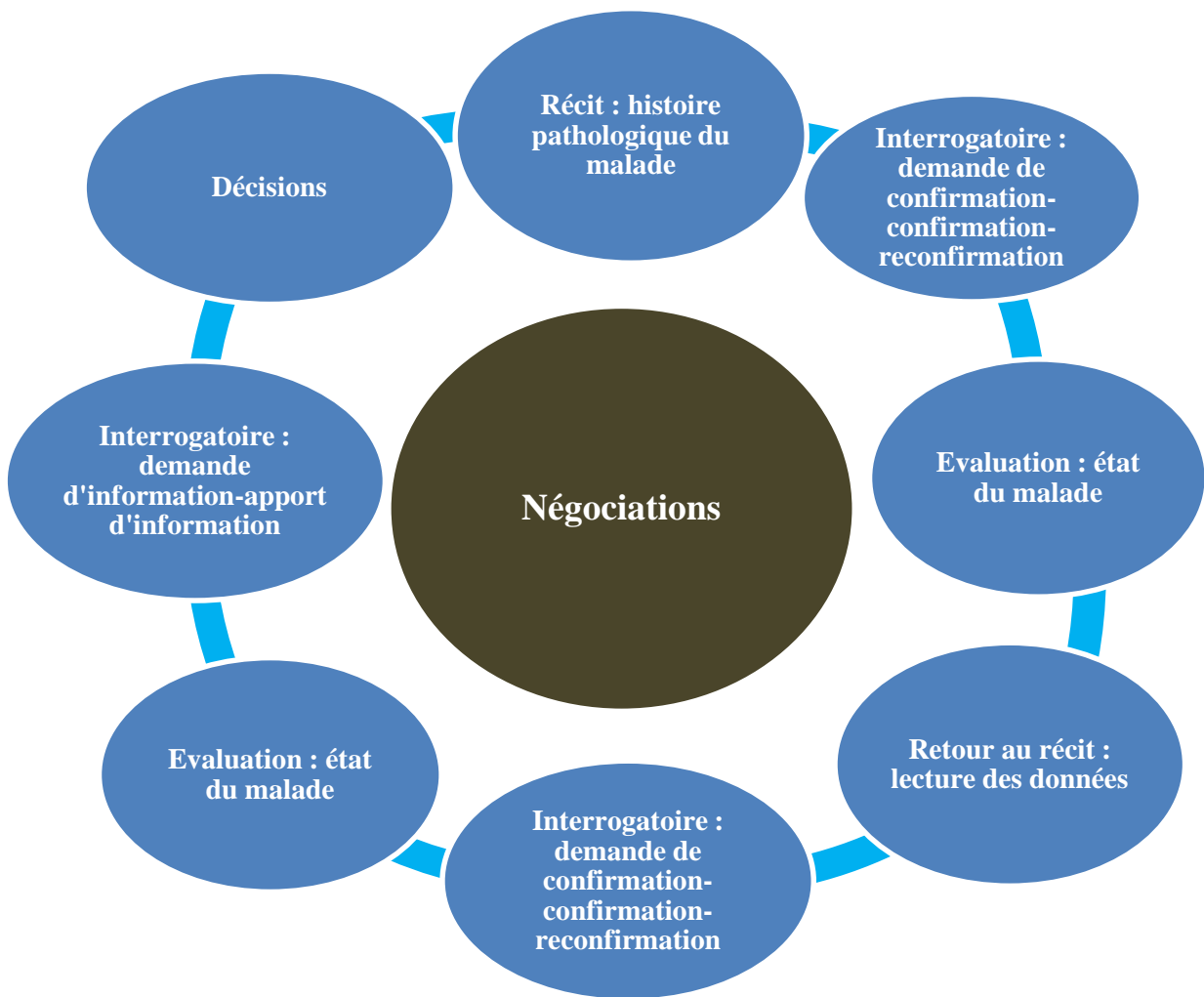


Figure 9 : Représentation des activités interactionnelles lors des négociations

En somme, nous tenons à noter que cette activité de négociations occupe une place primordiale dans l'activité thérapeutique et consiste ainsi, en une collaboration mutuelle entre les interlocuteurs, à la recherche l'un et l'autre d'un compromis.

Nous avons remarqué que, l'ordre ainsi schématisé est omniprésent dans le contexte de trois activités médicales qui sont : la visite générale, la visite quotidienne ainsi que les prescriptions et les recommandations. A présent, toute notre attention est portée sur ces trois phases pour en découvrir pertinemment la spécificité :

III.2.3.1. Stratégies interactionnelles lors d'une visite générale

Globalement, la visite générale dans le service de gastrologie se fait tous les Mercredis matins. Elle permet de voir comment évoluent les malades au cours de la semaine. Il s'agit d'une réunion générale de tout le personnel du service qui se tient dans les salles et devant chaque malade. Cette activité de travail requière un partage d'intelligibilité, une répartition des tâches, une négociation des rôles et un aménagement commun du contexte.

Rappelons, qu'au niveau du service, chaque salle comprend un groupe d'infirmiers et de médecins qui la prend en charge. C'est le médecin assistant responsable de la salle qui oriente les interactions, auxquelles participe un médecin interne, un médecin résident et une infirmière. D'abord, il demande à l'interne ou à la résidente de présenter son malade. Puis il passe à son histoire pathologique détaillée. Ensuite il ouvre le champ pour de plus amples négociations. Elles s'ensuivent des prises de décisions et des prescriptions médicamenteuses et/ou des demandes d'examens complémentaires. Toutes les compétences se confrontent et s'entrecroisent à la recherche de solutions.

Il devient impératif de souligner, nous semble-t-il, que les stratégies interactionnelles suivies lors d'une visite générale, ne peuvent guère être identifiées sans faire recours à l'activité interactionnelle de négociation présentée précédemment ; sachant que celle-ci représente le noyau de cette activité.

Nous serons dans l'obligation de reprendre quelques points cités antérieurement.

Notons que les interactions lors de cette phase se déroulent en trois étapes :

III.2.3.1.1. Complétude narrative

Les interactions ici, sont une complétude narrative par excellence, enchevêtrées de temps à autre de passages descriptifs. Cette narration représente l'activité, à l'aide de laquelle les protagonistes construisent, à travers des tâches spécifiques, les symptômes en tant qu'objets discursifs dont le but est de résoudre le problème du malade. L'enrichissement des énoncés à expliciter se fait ainsi sur la base de données qui peuvent avoir plusieurs sources : documents médicaux, interrogatoire, fiches cliniques, symptômes saillants, examens complémentaires...etc. Il s'agit d'y revenir et de les revoir sous l'éclairage d'une compréhension partagée entre les protagonistes. En ce sens, dans ces interactions, nous voyons tout le monde impliqué dans l'activité d'interprétation, allant des formes plus compliquées et problématiques à des formes simples et explicites en passant par plusieurs procédés d'ajustement, de réajustement, de correction, de confirmation, reconfirmation, etc.

En effet, dans l'exemple ci-après, la résidente commence par un cadrage thématique où elle relate l'histoire du malade dans ses différents aspects d'une manière cohérente et systématique sous forme de monologue structuré et enchaîné :

1446. Dr^{®1} : & donc c'est la patiente euh:: Lakhal:: Djamila: âgée de 23 ans sans antécédants particuliers:: qui présente euh:: un ictère à bilirubine non conjuguée+ avec euh: une cytololyse hépatique++ donc euh:: l'histoire de maladie:+ le début des troubles remonte à environ deux mois marqué par l'apparition d'épigastralgie qui a entraîné des troubles digestifs+ la patiente consulte chez#un:: médecin généraliste: elle bénéficie d'un traitement type d'Opracide Spasfon et Dompéridon++ elle déclaire ne pas tolérer le traitement: elle a présenté des vomissements et elle a arrêté spontanément au bout de trois jours+ au bout de sept jours il y a apparition d'un ictère avec éruption cutanée: prurit+ urines foncées et asthénie+ donc euh: depuis ce jour là:: l'ictère persiste euh:: elle a consulté à titre externe+ elle a bénéficié d'une vitaminothérapie avec euh:: arrêt de toutes euh:: / de toutes euh:: / de tous les médicaments++ mais la patiente elle a pris une plante naturelle Mliles pour son ictère

1158. Dr^{®2} : alo:rs c'est un malade âgé de 56 ans admis pour diarrhées chroniques évoluant depuis:: deux mois+ euh:: le patient présente des signes de dégénérescence XX traité par des diurétiques++ ayant des antécédants d'encéphalopathie hépatique il est en stade de décompensation il est sous antibiothérapie il est toujours euh:: il est mal:: euh \

1466. Dr^{®1} : &alo:rs c'est la patiente Benhmed Fatéma: âgée de 62 ans: originaire et demeurant à Tlemce:n mariée sans enfant couturière de profession: admise dans notre service pour prise en charge d'une formation hépatique suspecte+ alo:rs le début des troubles remonte à environ:: un mois et d(e)mi: marqué par l'apparition des douleurs de l'hypocondre droi:t irradiant au dos+ sans irradiation à l'épaule à type de coliques surtout en décubitus latéral gauche décubitus latéral droit et à la position debout:: sans relation avec les repa:s+ associées à des vomissements alimentaires post-prandiaux et à une fièvre noctu:rne non chifrée+ et d'après la patiente c'était pas une fièvre importante+ parfois des sueurs+ siège jejunum+ sans hémorragies digestives extériorisées et troubles du transi:t+ sur le plan généra:l elle décrit aussi une anorexie et un amaigrissement+ sur une période de un mois et d(e)mi: l'amaigrissement est estimé à 10 kilos++ la patiente consulte chez / chez un / un généraliste / généraliste:: le diagnostic de fièvre typhoïde a été porté je ne sais pas sur quel argument&et:: elle a bénéficié de / d'une antibiothérapie+ en même temps le médecin généraliste a demandé une échographie abdomina:le qui révèle une foi / un foi hétérogè:ne remanié par une importante formation hétérogène:+ 5 cm d'environ de / de diamètre de grande tai::lle occupant tout le XX bien limi / bien délimitée de contour renfermant de nombres XX avec euh:: une vésicule biliai::re euh:: faite de nombreux microlithiases++ donc le diagnostic le / l'échographe a évoqué:: des diagnostics < intra?> hépatiques un état de CARCINOME et un kyste hydatique abcédé++ donc nous notons l'abs / l'absence d'amélioration clinique et échographique malgré un traitement antibioti:que de huit jou::rs la patiente est orientée vers notre service+ d'où son hospitalisation++

Comme il est illustré, on s'aperçoit que la narration suit l'ordre ci-après : (nous avançons des explicitations suivant l'ordre des exemples présenté ci-dessus) :

- *Nom, prénom, âge* ;

- *Motif d'hospitalisation* : un ictère à bilirubine non conjuguée associé à une cytolysé hépatique ; diarrhées chroniques évoluant depuis deux mois ; une formation hépatique suspecte ;

- *Histoire de la pathologie* : le début des troubles remonte à environ deux mois marqué par l'apparition d'épigastralgie ; des antécédants d'encéphalopathie hépatique ; le début des troubles remonte à environ un mois et demi marqué par l'apparition des douleurs de l'hypocondre droit associées à des vomissements, une fièvre nocturne, une anorexie et un amaigrissement ;

- *Signes révélateurs* : des troubles digestifs ; un ictère avec éruption cutanée, prurit, urines foncées et asthénie ; l'échographie évoque un état de carcinome et un kyste hydatique abcédé ;

- *Traitement reçu* : une vitaminothérapie avec arrêt de tous les médicaments ainsi qu'un traitement parapharmaceutique (Mliles) ; des diurétiques ; antibiothérapie.

Ce qui vient d'être dit, est résumé dans le schéma suivant :

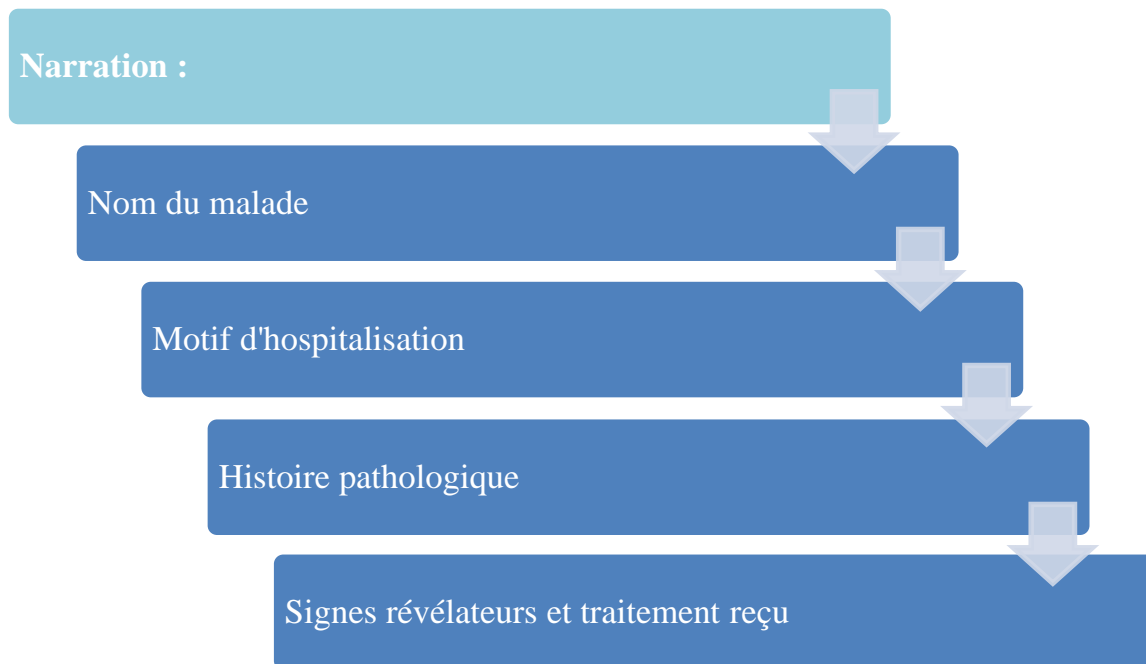


Figure 10 : Représentation des activités interactionnelles de narration

III.2.3.1.2. Explicitation des informations

Après la présentation continue et détaillée de l'histoire pathologique du malade, s'instaurent des moments d'explicitation des informations. Les médecins ainsi inspirés, essaient dans un premier temps, d'établir une relation entre les informations dont ils disposent et les nouvelles neutralisées à partir du flux narratif raconté par la résidente :

1227. Dr^{®2} : &HYPERPROTIDEMIE à 89+++ bilirubine totale à 13,2 avec une bilirubine conjuguée à 2,2++ le TP revient à 100%++ la VS est très accélérée à trois chiffres:: donc on a fait des sérologies vira:les++négati:ves la sérologie de l'HIV et de la syphilis sont en cours+ on a fait un bilan de la tuberculose à la recherche de BK qui est revenu négatif+le téléthorax est normal++ la fibroscopie réalisée ne retrouve pas de varices œsophagiennes++l'écho abdomina:le elle montre un foi homogène de contour régulier évoquant une XX voie biliaire intrinsèque+ \

→ Narration

1232. Int¹ : alors il est hospitalisé hier

→ Apport d'information

1233. Dr¹ : 'had le patient: il était admis pour une suspicion d'un tableau d'hypertension portale

→ Demande de confirmation d'une information déjà acquise

1234. Int¹ : oui

→ Confirmation

1235. Dr^{®2} : c'est la raison pour laquelle on l'a hospitalisé+ amalnah fibro: (il n') y a pas de varices œsophagiennes+ ana pour moi: il n'y a pas de: / ana ki nedkhoul fe hadik l'hypertension portale amaigrissement nkoullek (e)l haja (e)louwla il dégénère wella: haja++ sérologie négati::ve+ pas de vari::ces pas d'hypertension:: maintenant le tableau d'hypertension portale nahitouh+

[on lui a fait une fibroscopie, pour moi, quand je pose un diagnostic d'hypertension portale et amaigrissement, je te dirai tout de suite après si ça dégénère ou pas ; maintenant, vous avez écartez le tableau d'hypertension portale]

→ Narration

1236. Dr² : j'allais le dire

1237. Dr¹ : bon: yabka l'amaigrissement+ c'est quoi c'est un problème néoplasique pour rechercher l'origine primitive

[donc, reste l'amaigrissement]

→ Demande d'information

1238. Int¹ : la tumeur primitive

1239. Dr²: voi::là++ alor:s syndrome infectieux VS très accélérée:+ donc on a pensé à deux cho:ses surtout que hier il a commencé à délirer+ koulna belli: [on a dit que] il est en train de:+ soit un:: / un: problème infectieux point de départ le foi qui atteint le cerveau

→ Narration

1240. Dr¹ : hmm

1241. Dr²: soit: euh:::+ un problème néoplasique qui atteint/ une atteinte secondaire cérébrale++ on a demandé un scanner cérébrale en urgence il est normal

→ Diagnostics primitifs

1247. Int¹ : iyya we la VS accélérée we CRP accélérée

→ Apport d'information

1248. Dr² : i::h [oui]

1249. Inf³ : weuh / we température à 40°: [et la température à 40°]

→ Demande d'information

1250. Int¹ : i:h [oui]

→ Apport d'information

1490. Dr¹ : on a fait même la sérologie amibiase+ houwa:: leuh: / le / l'échographe+ lorsqu'il a fait la première écho / échographi:e il a évoqué un:: abcès:: hyda:: / hyda:: / hydatique euh:: un abcès hépatique+ mai::s+ lorsqu'il a fait la deuxième échographie: après huit jours de contrôle vu l'absence de changement de l'aspect ECHOGRAPHIQUE:+ il a dit que l'aspect:: malgré un traitement antibiotique+ il a:: \

→Diagnostic primitif

1494. Inf(4) : parce qu'elle prend le X++ fiè::vre non chiffrée \

→Apport d'information : température non chiffrée

1495. Dr¹ : yessamma:: yessamma:: \ [dans ce cas]

1496. Dr^{®1} : FIE::VRE NON CHIFFREE:+ weuh j'ai insisté \

→Apport d'information : température non chiffrée

1497. Dr¹ : et pourquoi depuis tout à l'heure on a insisté sur euh::

1498.Dr^{®1} : i::h jiblo normalement :: un :: / le :: / le injectable++ koultelha tjibli l'ordonnance / koultelha tjibli une ordonnance+ je ne sais pas sur quel argument: la fièvre typho: pa(r)ce que:: j'ai insisté avec la malade katli c'était:: le soir qu'elle présentait des fièvres et c'était pas des fièvresimportantes 40°: 39°:qu'elle ressentait+ elle l'a pas chiffré mais c'était pas une fièvre importante++ et: même les sueu::rs elle les rattache pas à: la fièvre: elle les rattache à la chaleur:

[oui, je lui ai demandé de me ramener une ordonnance]

→Apport d'information : fièvre entre 39 et 40° et sueurs rattachées à la chaleur

0144. Dr¹ : toujours bon <...?> n'hebbou naarfou+ c'est-à-dire le motif d'hospitalisation

[on voudrait connaître le motif d'hospitalisation]

→le médecin essaye de cerner les termes clés énoncés par la résidente

0145. Inf³ : <...?>

0146. Dr¹ : donc euh:: il est connu donc: RCH depuis \

→Demande d'information

0147. Inf³ : RCH depui::s \

0148. Mde : depuis deux ans **→Apport d'information**

0149. Dr¹ : depuis deux ans voilà / voilà alo:rs qui présente une poussée+++ hnanaarfou XX qu'il présente / qu'il présente <comme, connu?> des rectorragies::+ on va se poser la question: est-ce que c'est une 'RCH est-ce que c'est une maladie de 'Crohn++ ala hsab euh::+++ le

diagnostic c'est-à-dire euh::+++ d'accord:: RCH: oui+ qui présente une
poussée de XX hadamakan wahna on va régler \

[selon le diagnostic,...c'est tout et on va...]

0150. Inf³ : une poussée sé:vère

➔ **Ajout d'information**

0151. Dr¹ : ih voi:là [oui]

0152. Inf³ : des diarrhées sévères des euh:: XX

➔ **Confirmation du signe avancé** : l'infirmier avance un signe majeur de ces
poussées qui sont les diarrhées abondantes

Tel qu'il est illustré, c'est un flux continu d'informations. Et puisque le récit est long, les médecins assistants exercent, dans un premier temps, comme on le voit, un travail de filtrage intentionnel des informations, un repérage et une reprise des énoncés qu'ils jugent clés et pertinents. S'instaurent alors, des demandes d'informations auxquelles répondent des apports d'informations qui sont dès lors provoquées et orientées par des questions adressées à l'équipe pour faire une reprise ou une thématization des éléments à clarifier. Tout le monde manifeste une exactitude et une justesse dans l'actualisation verbale des connaissances qu'il transmet. Ils s'ensuivent des moments de confirmation et de reconfirmation permettant de renouveler en permanence les interactions. Ces formulations vont déclencher la recherche de plusieurs solutions possibles devant satisfaire à des critères institutionnels en rapport à la problématique ainsi qu'à des critères élaborés localement par tous les partenaires.

Dans un deuxième temps, s'instaurent des moments d'évaluation du cas du malade, des moments d'argumentations, d'infirmités ou de confirmation des diagnostics primitifs déjà établis ainsi que des prises de décisions :

1251. Dr¹ : 'comment tu expliques ça:+ 'we [et] l'amaigrissement comment tu expliques ça+ c'est l'infectieux / c'est un malade d'infectieux

➔ **Evaluation** : le cas du malade relève du service de l'infectieux

1252. Dr² : il est toxicoma:ne donc il est <...?> 'dertou VS [vous avez fait la VS]

➔ **Confirmation de l'évaluation et demande d'information**

1253. Int¹ : VS très accélérée

➔ **Apport d'information**

1491. Dr¹ : c'est pas la peine de parler:: deuh: nehhi [tu écarter] la fièvre typhoïde+ que tu a::s des documents:: des arguments:

➔ **Infirmation du diagnostic de la fièvre typhoïde tant qu'il n'y a pas suffisamment d'arguments**

1492. Dr^{®1} : je ne sais pas

1493. Dr¹ : pa(r)ce que elle le décl::re+ pas de troubles de transit+ 'mais pourquoi: sur quel argument: ils ont suspecté une fièvre typhoïde

➔ **Demande d'arguments de mise en place d'un diagnostic de fièvre typhoïde**

2228. Dr¹ : **aamal'ha fibro::** [fais lui une fibroscopie]

➔ **Décision : Demande d'une fibroscopie**

III.2.3.1.3. Prises de décisions

Les interactions lors de cette phase se clôturent par un regroupement de tous les indices qui permettent aux médecins de poser de meilleurs diagnostics des actions et donc les amener à une décision définitive qui peut être soit une demande d'examen complémentaires, ou d'un avis plus spécialisé (le cas de l'exemple précédent, la longue négociation a été clôturée par la décision de demander l'avis de l'infectieux), soit une passation vers un autre service ou carrément une sortie.

En voici l'extrait suivant dans lequel, ces séquences sont représentées en gras :

1644. Dr¹ : **khas une laparotomie**

[il faut une laparotomie]

1645. Dr^{®1} : laparotomie++ (de) toute façon: anna scanner on va le récupérer aujourd'hui:: we (y)la ma sa::bch yenjem \

[on a un compte rendu de scanner à récupérer, et s'il ne trouve pas de..]

1653. Dr¹ : **LAPAROTOMIE d'exploration**

1654. Dr^{®1} : **péritonéales en général euh::**

→ **Décision : Faire une laparotomie péritonéale**

1655. Dr¹ : **khellini nchouf XY** (nom du médecin chirurgien) / khellini nemchi nchouf XY

[je vais voir XY]

→ **Décision : Contacter le chirurgien**

1656. Dr^{®1} : yi:h [oui]

1618. Dr¹ : ih+ 'c'est possible on peut la faire sortir [d'accord]

1619. Dr^{®1} : ih+ parce qu'elle ne fait rien: il n'y a rien à surveiller [d'accord]

→ **Décision : Sortie du malade**

1835. Dr¹ : **we n'awedou nchoufou demain l'ECG taaha+ we on demande une échoà:: / à titre externe we ça y est+ d'accord**

[et on va lui refaire un ECG pour voir et on lui demande une échographie..]

→ **Décision : Demande d'un ECG et d'une échographie du cœur**

1838. Dr^{®1} : ella kbal ma nabdalha y'o:llek **avis cardio** parce que elle peut entrainer un bloc de branches

[non, c'est décrit qu'il faut faire d'abord un avis de cardiologie (avant d'entamer l'Avlocardyl)]

→ **Décision : Demande d'un avis cardiologique**

1941. Dr¹ : zidelha **ghi l'ECG++** et pour les diarrhées: maalich khatik on peut pas agir sur euh::+ donc **pas de Smecta+pas de euh / d'antibiotiques Flagy::l** we hadouk swalah

[tu lui fais surtout un ECG, et pour les diarrhées, ne t'en fais pas.. pas de Smecta et de Flagyl et tout autre traitement antidiarrhéique]

→ **Décision : Demande d'un ECG + Recommandations : Arrêt de traitement antidiarhhéique**

2040. Dr¹ : **XX quand même on peut penser à un scanner directement**

→ **Décision : Demande d'un scanner**

2176. Dr¹ : **khasna ndemandiw TP:: wel Bilirubine** we euh:: / ndemand / kh / kherrej khak laayar (e)l youm

[il faut qu'on demande un TP et une Bilirubine?]

→ **Décision : Demande d'un bilan : TP et Bilirubine**

1376. Dr¹ : **donc on continue l'alimentation parentéra:le+weuh:** [et..]

1378. Dr¹ : **on fait un contrôle d'ici hal 15 / hal 15 jours / aamloulou une sonde derwak** bach neuh:: naatik wahda:

[d'ici 15 jours à peu près, placez lui une sonde gastrique tout de suite pour .. je te donne une]

1196. Dr² : vu la décompensation **on a arrêté le traitement+<...?>**

→ **Décision : Arrêt de traitement**

1198. Dr² : mais **il faut qu'elle soit complétée par une coelioscopie** pour rechercher une éventuelle néoplasie digestive euh:: \

→ **Décision : Demande d'une coelioscopie**

2138. Dr¹ : **yessemma rik repos au lit+ c'est bien tegou'di mriy'ha: fe (e)namoussiya: bach hadak el ma yemchi** [dans ce sens, vous êtes en repos au lit, c'est bien de vous allonger pour évacuer ce liquide]

→ **Décision : Recommandation : repos au lit**

Ces stratégies sont récapitulées dans le schéma suivant :

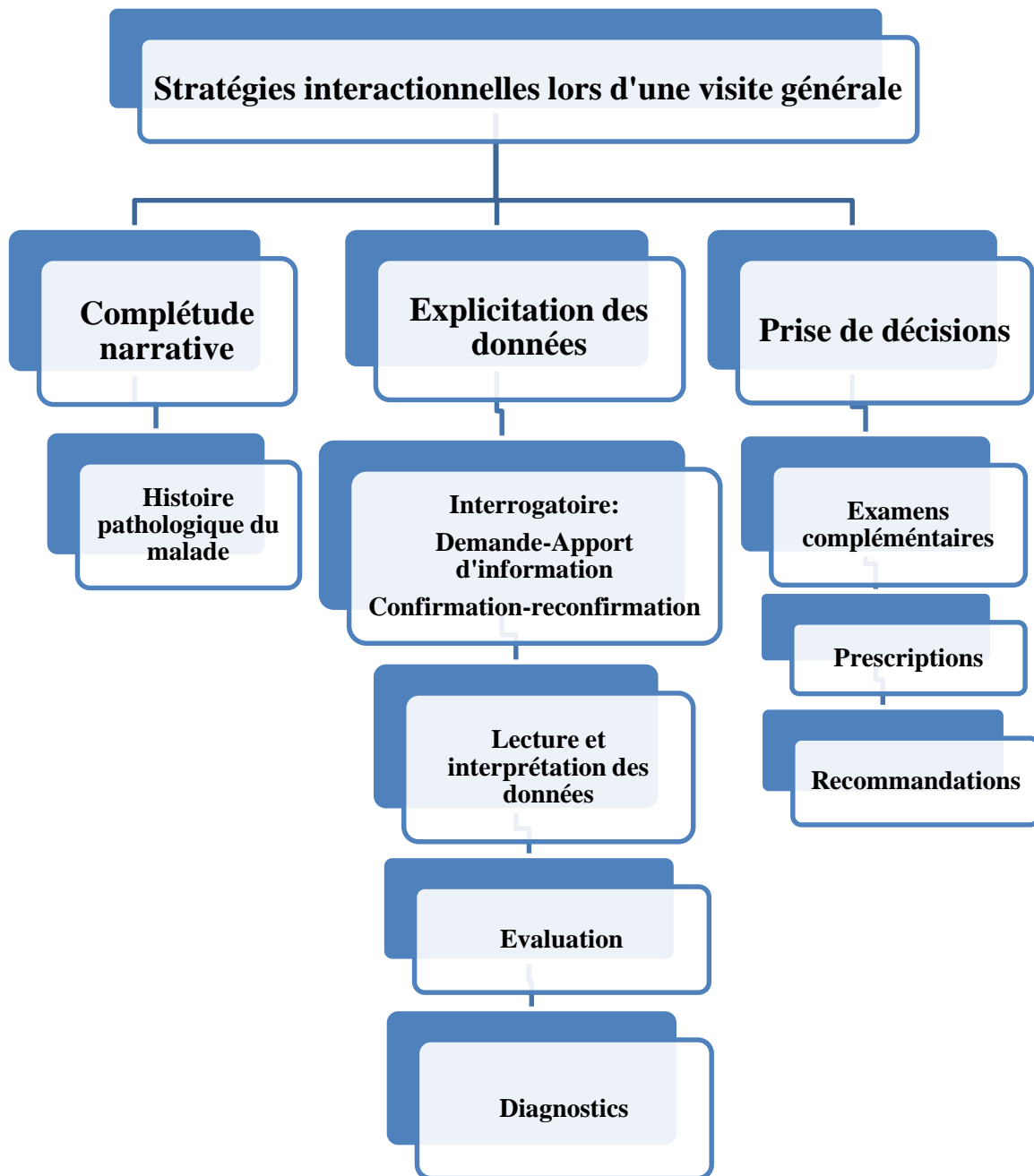


Figure 11 : Représentation des activités interactionnelles lors d'une visite générale

III.2.3.2. Activités interactionnelles lors de la visite quotidienne

Fondamentalement, la visite quotidienne dans le service de gastrologie, permet de voir l'évolution des malades au cours des dernières vingt-quatre heures. La perception de l'état du malade est subordonnée à des sources d'informations variées : (fiches thérapeutiques, registre de garde où l'on mentionne tous les actes faits pendant la garde ainsi que les anomalies, l'interrogatoire du malade, examens complémentaires). Le groupe responsable de chaque salle, qui passe voir les malades chaque jour, comprend en règle générale, un médecin assistant, un résident, un interne et une infirmière. Cela va permettre à ces individus partager des informations et d'évaluer le cas du malade ainsi que de montrer leurs compétences respectives.

Il est à remarquer que les communications dans ce contexte, sont peu nombreuses et sont réduites aux transmissions d'informations par des règles de routine. Il s'agit d'un enchaînement des communications structurant les actions au quotidien. Le médecin assistant attend généralement des autres partenaires, un résumé pertinent où ils décrivent brièvement les problèmes des malades.

Nous mettons en lumière, dans ce qui va suivre, deux principales stratégies interactionnelles de cette activité :

III.2.3.2.1. Complétude descriptive

Comme il est indiqué plus haut, les interactions dans cette phase sont essentiellement descriptives. De même, l'information descriptive peut se construire à l'aide d'échange simple où la réponse assume des détails en vue de résoudre le problème.

En effet, la description de symptômes va être évaluée, développée, et vérifiée : se crée par exemple, un passage d'une sensation simple d'une douleur à la découverte d'une maladie sérieuse :

1912. Dr¹ : donc les **douleurs trè::s+** /'kifach jak lewjaa el hadja

[décrivez moi ces douleurs]

1913. Mde : ghi:: \ [c'est]

1914. Dr¹ : 'zayar ali:k [des douleurs atroces ?]

1915. Mde : **ghi had euh::** \

[c'est au niveau de..]

(la malade montre la localisation de la douleur, qui est au niveau du thorax)

1916. Dr¹ : il faut demander un avis cardio

1917. Dr^{®1} : ih [d'accord]

1919. Dr¹ : **ella+ we had elli sedrek rah ydiak alik 'kifach**

[non, vous parlez d'une gêne thoracique, expliquez moi]

1920. Mde : **el barah euh::** [hier]

1921. Dr¹ : ih+ [oui] (continuez)

1922. Mde : **fe n'har kerchi bkat kelli tentfekh**

[au cours de la journée j'avais un petit ballonnement de l'abdomen]

1943. Dr¹ : 'ça lui fait mal

1946. Dr^{®1} : les douleurs ma kayninch fe l'hépatomégalie+ c'est-à-dire hiya déjà raha
fe stade de cirrhose donc euh:: \

[les douleurs ne figurent pas dans le tableau clinique de l'hépatomégalie, elle est déjà en stade de cirrhose]

1951. Dr¹ : faites / faites au moins un ECG+ chouf douk naayat ana derwak le euh: \

1961. Dr^{®1} : **derlek bousseffir fellewel++ 'kich banlek+ 'marra wahda:+**

[au début, vous aviez un ictère, comment est-il apparu, en un seul coup?]

1962. Mde : **kechetni ki skhana:** [j'ai eu de la fièvre]

1974. Mde : **iyya men baad chwiya: ba:n+ aynia sfaro+ iyya mchi:t euh::** \
[tout de suite après, j'ai eu un ictère des yeux, c'est pourquoi je suis partie..]

1975. Dr¹ : 'fellewel ghi aynik sfaro: \

[au début, tu as eu un ictère des yeux seulement?]

1976. Mde : **ella ella** [non, non]

1977. Dr¹ : **wella kamel (e)l jism taak sfaro hakdak**

[ou bien tout le corp?]

1978. Mde : **hakda**

[c'est ça] (un ictère de tout le corp)

1979. Dr¹ : **mellewel we hiya hakda+ 'wella bedda yzid**

[elle est dans cet état dès le début ou bien ça accentue?]

(le médecin s'adresse à la maman de la malade)

1980. Mde : **bdani hna+ hadou: awed ha:dou: awed ha:dou++ laaya::+ awed mchit euh:+ awed nadli wahd (e)l hab+ **

[le début était au niveau de cette partie, puis celle-là et puis celle-là (la malade montre la localisation et l'évolution de l'ictère) ; et puis je suis partie... ; et puis j'ai eu quelques boutons]

2002. Dr¹ : **melli jak gaad hakda::+ 'wella rah yzid**

[ça a stagné ou bien ça a accentué]

2003. Mde : **rah yzid**[ça accentue]

2004. Dr¹ : **'we le euh lewsakh taak kifach rah amel**

[et pour les selles, comment elles sont?]

2005. Mde : **byad** [blanchâtres]

2006. Dr¹ : **byad byad kamel++ 'tasmakh+ tasmakh**

[blanchâtres, toutes blanchâtres ; et les urines?]

2007. Mde : **ih** [oui]

2008. Dr¹ : **ictè::re**

2014. Mde : <...?> we kanet fiya la diarrhée kanet fiya la diarrhée

[j'avais aussi une diarrhée]

2015. Dr^{®1} : **'kanet fik la diarrhé++ 'ch'hal men n'har we hiya fik**

[tu avais une diarrhée, combien ça a durée?]

2016. Mde : **kanet fiya hadi::**

[je l'avais ça fait..]

2017. Dr^{®1} : **'euh: ch'hal men n'har** [combien de jour?]
2018. Mde : **wahd telt rabaa ayames**
[trois ou quatre jours à peu près]
2019. Dr^{®1} : **rabaa ayames**
[quatre jours]
2020. Mde : **hmm**
2021. Dr^{®1} : **'rabaa ayames hadamakane**
[quatre jours, c'est tout]
2022. Mde : **ouah** [oui]
2023. Dr¹ : **'kanet tjik el hamma:+** [vous faisiez de la fièvre?]
2024. Mde : **ouah** [oui]
2025. Dr¹ : **'kount taabbar skhana wella ella:**
[vous chiffriez la température ou non?]
2026. Mde : **ella+ kount ndir ghi la glace**
[non, je ne faisais que des poches de glace]
2027. Dr¹ : **'(e)l hamma beza::**
[une fièvre importante?]
2028. Mde : **i::h had (e)l khatra talaatli beza::f+**
[oui, cette fois-ci, c'était une fièvre importante]
2040. Dr¹ : **XX** quand même on peut penser à un scanner directement

Ces questions telles qu'elles sont présentées dans l'exemple, se distinguent, dans l'espace descriptif de la visite quotidienne, comme des échanges comportant le contenu informatif descriptif qui restent à prolonger dans le cadre des actions médicales à suivre, selon leur pertinence.

Comme nous le voyons, le médecin soumet un ensemble de questions à l'attestation du malade, jugé compétent dans son domaine, pour confirmer sa véracité et sa pertinence : (1912-1951) : avoir de la douleur, sa localisation, son intensité, etc.

A partir de ces descriptions, le médecin décide d'éliminer une étiologie cardiaque en recommandant de faire un ECG, sachant que la douleur ne devrait pas figurer chez les cirrhotiques. De même, dans la séquence (1961-2040) : l'ictère, un symptôme majeur : son apparition brutale ou progressive, la première partie du corps touchée, fièvre chiffrée ou non, aspect des selles, autres signes associés. Ce flux descriptif et informatif pousse le médecin directement à demander un scanner pour dévoiler la raison en cause.

III.2.3.2.2. Structure d'échange simple de type question-réponse

Il faut souligner que les interactions dans cette phase d'activité sont essentiellement une complétude descriptive qui se construit à l'aide d'échanges simples de type question-réponse où la forme requiert surtout, une réponse catégorielle sans ajout d'informations : (oui ou non). Ce point est renforcé par M.Lacoste qui stipule : « dans les moments d'accomplissement routinier, des productions langagières elliptiques, indexicales, procédant par énoncés isolés ou brefs plutôt que par séquences continues, initiatives ou réactives, elles visent à provoquer des actions, ou bien répondent à des événements ou à des actes antérieurs. » (1995 : 454):

0005. Dr¹ : 'est-ce qu'il a été hospitalisé ou non

➔ Question

0006. Int¹ : non:: non:

➔ Réponse

0009. Dr¹ : mayhamnach+ hna::+ l'essentiel que:: tu présentes sa lettre d'orientation+++ donc patient hospitalisé pour l'exploration d'une adénopathie+++ c'est ça une euh:: ADENOpathie qui est:: extériorisée 'c'est ça

[ce n'est pas important, l'essentiel pour nous, c'est ça?]

(le médecin reprend les faits narrés par le médecin interne)

→ Question

0010. Int¹ : c'est ça oui → Réponse

0012. Dr¹ : parce que euh:: / euh:: ils ont été fait à titre externe je / 'je suppose

→ Question

0013. Inf³ : oui → Réponse

(Le médecin veut transmettre un message selon lequel, les bilans faits à titre externe sont plus fiables de ceux qui sont faits à l'hôpital et partage cette idée avec le médecin interne)

0018. Dr^{®1} : 'hadi avant son hospitalisation

[celui-là..]

→ Question

0019. Inf³ : ih hada kbel ma yedkhlouh anna++ avant son hospitalisation

[oui, celui-là, avant qu'il soit hospitalisé chez nous]

→ Réponse

0022. Dr¹ : 'we hna fewek dkhal anna

[et quand est-ce que il a été hospitalisé chez nous?]

→ Question

0023. Inf³ : le quatorze+ le lendemain

→ Réponse

0055. Dr¹ : 'we diabète::\

[et le diabète]

→ Question

0056. Inf(4) : il est mal équilibré

→ Réponse

1759. Dr¹ : donc c'est la première découverte taa [de] l'HTP : 'c'est ça

→ Question

1760. Dr^{®1} : yih [oui]

→ Réponse

1763. Dr¹ : alors vous avez fait une fibroscopi:e+'qu'est-ce que vous avez trouvé stadeI

→ Question

1764. Dr^{®1} : des varices grade II à III

→ Réponse

1766. Dr¹ : 'avec des signes rou:ges

→ Question

1768. Dr^{®1} : non sans signes rouges

→ Réponse

De ce qui est avancé, on remarque que les activités interactionnelles se développent dans des structures simples, où chaque activité construit, de façon régulière, un fait temporel ou évènementiel pour pouvoir tirer des conclusions cliniques.

En bref, ces stratégies sont schématisées sous la forme suivante :

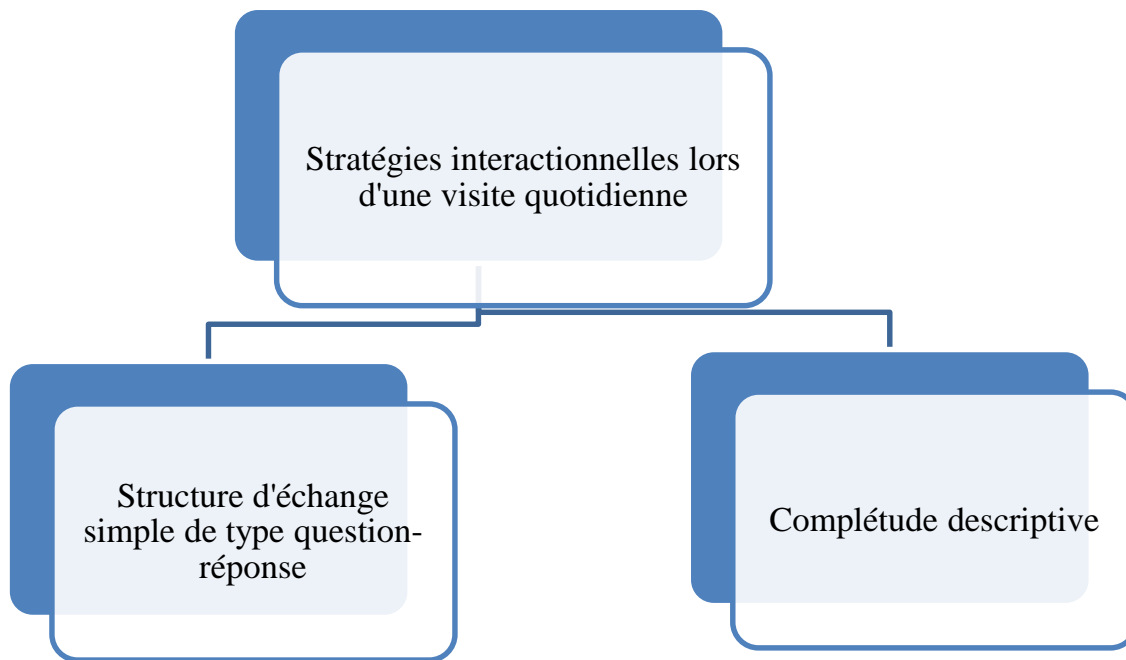


Figure 12 : Représentation des activités interactionnelles lors d'une visite quotidienne

III.2.4. Activités interactionnelles lors de prescriptions et de recommandations

Les activités interactionnelles de prescriptions et de recommandations constituent la suite logique de l'étape de négociation et la phase finale de l'activité médicale. Elles commencent à partir du moment où la pathologie est identifiée. Ainsi, on agit sur celle-ci par une série de mesures prescriptions-recommandations en vue de faire disparaître l'affection et la guérir.

L'objectif de ces activités de prescription et de recommandation est fondé sur deux postulats :

- Les décisions et les actions du médecin influence de façon directe, la vie de toutes les autres personnes qui y sont liées.
- Toutes les personnes ayant participé à la réalisation de ces tâches médicales, sont nécessairement solidaires, décrivant une relation interhumaine meilleure.

III.2.4.1. Activités interactionnelles lors des prescriptions

Il s'agit d'activités investies, essentiellement par les médecins eux-mêmes pourvus de schèmes médico-cognitifs classificatoires des pathologies et de leurs symptômes constituant leurs savoirs médicaux. Ceux-ci s'octroient ainsi le droit et le pouvoir légitime d'agir et de faire agir, de cibler et de structurer les prescriptions qu'ils voient convenables à telle ou à telle situation ; et de répondre aux attentes du malade, qui ne sont que la résolution définitive de son problème de santé.

Il s'agit d'un protocole médicamenteux : schémas thérapeutiques (solutions injectables introduites soit, par voie veineuse ou intramusculaire, médicaments admis par voie orale, surveillance de l'état hémodynamique, etc.), émis dans un premier temps verbalement par les médecins, puis en deuxième temps écrit, figurant soit dans un registre de soins, soit dans une fiche navette du malade, soit dans une fiche thérapeutique affichée au pied du lit de chaque malade, soit sur une ordonnance.

Les médecins alors, optent pour les prescriptions et demandent au résident, à l'infirmière et au malade d'exécuter leur demande. Ces activités sont toujours suivies d'explications pour une meilleure mise en application du traitement et donc pour répondre de manière concrète aux problèmes ressentis par le malade : « Prescrire sert principalement à ordonner expressément et avec précision ce que l'on exige de quelqu'un. [...]. Mais en général, une prescription est une injonction explicite et précise (mode d'accomplissement) » (Vanderveken.D, 1988 : 187) . Cela implique une relation de soumission à un ordre de choses obligatoire mais non vexatoire dans la mesure où celui qui l'énonce est doté institutionnellement d'un pouvoir et d'un savoir rationnel sur la nature de l'action à exécuter.

Ici, s'ensuivent des moments de coopération qui correspondent à des décisions sur le partage des tâches, où tous les protagonistes arrivent à s'accorder sur leurs responsabilités physiques et morales mutuelles face à la médication. C'est ce qui crée une relation d'interdépendance et un réseau de confiance.

De leur part, les infirmières et les malades doivent manifester leur volonté et leur capacité à exécuter convenablement l'action. Ils s'entretiennent sur les modalités du traitement et de son efficacité réclamant de plus amples renseignements et davantage d'explicitation sur le dosage du médicament, la voie d'administration, la durée du traitement, l'alimentation à suivre, etc. Pour les médecins, ils s'acharnent à se justifier et à renforcer leurs prescriptions par rapport à leur finalité et leur efficacité : « *l'Avlocardyl+ ma naamloulhach l'Aldactone vue qu'elle euh présente une ascite de p(e)tite abondance* [on ne va pas lui donner de l'Aldactone] ». Le médecin ici, se justifie de ne pas avoir prescrit l'Aldactone en présence de l'ascite, du moment où celle-ci présente une contre-indication formelle. Un autre exemple permettant de consolider cette idée, c'est lorsqu'il invite le malade à suivre un régime strictement sans sel, en vue que les corticoïdes agissent efficacement : « *i(l) y a trois régimes à:: bon+ il y a déjà le régime sans sel taa les corticoïdes:+; messouss complet [régime sans sel strict]* ». Comme on le voit, le médecin attribue à sa prescription un caractère obligatoire et incontournable.

Cela traduit le rôle psychologique du médecin qui s'efforce à démontrer les valeurs thérapeutiques de ses prescriptions dans un but seul et unique, c'est de mettre fin aux souffrances du malade qui, à ce stade, se sent rassuré et soulagé.

C'est ce qui est représenté en gras dans les exemples ci-après :

1790.Dr®¹ : **l'Avlocardyl+ ma naamloulhach l'Aldactone vue qu'elle euh présente une ascite de p(e)tite abondance**

[on ne va pas lui donner l'Aldactone]

➔ **Prescription : Arrêt de l'Aldactone et mise en place de l'Avlocardyl**

1797. Dr¹ : **donc vous la faites sortir+ we aattiha une consultation d'ici un mois**

➔ **Prescription : Autorisation de sortie et rendez-vous pour consultation**

[et donne lui un rendez vous dans un mois]

0702. Dr¹ : alors naawed **naatik ana un traitement+ donc habbes hadak euh:: la:: Gastrimu:t donc un comprimé deux fois par jour pendant:+ une semai:ne++we men baad ghi une semaine tachrab deux comprimés we men baad un comprimé le soir+ hawa ana ktebtlek cinq boîtes+ we zid <zekla:r?> ’andek feuille d(e) maladie**

[je vous donne un traitement, vous arrêtez le traitement que vous prenez ; Gastrimut un comprimé 2 fois par jour pendant une semaine, et puis un comprimé le soir]

0703. Mde : maandich \ [je n’en ai pas]

0704. Dr¹ : l’Amoxil 1g comprimé: un deux fois par jour++

➔ **Prescription : Arrêt du Gastrimut et installation de l’Amoxicilline**

0720. Dr¹ : donc contrôle++ dans donc deux mois à peu près hakdak+ d’accord: voilà:

1091. Dr¹ : fewetlou / fewetlou un flacon (e)l you:m we ghadwa \

[passe lui un flacon aujourd’hui et un autre demain]

1094. Inf¹ : ella::+ après transfus \ [non]

1095. Dr¹ : **hématocrite après transfusion**

➔ **Prescription : Transfusion sanguine et prélèvement d’hématocrite**

Toutefois, dans le service de gastrologie, multiples pathologies difficilement identifiées ne sont pas traitées équitablement et exigent l’avis d’autres médecins de l’interservice. Cela dit, que le gastrologue n’assure pas tout le temps une parfaite efficacité de ses prescriptions qui sont raisonnées ; mais parfois s’avèrent inefficaces ou insuffisantes. Le recours à d’autres médecins plus spécialisés devient une nécessité.

Le médecin par exemple, pour compléter le traitement du malade, aura recours à d’autres médecins ayant des compétences plus spécifiques. Ce qui montre la collaboration

des actions entre les services ainsi que le partage de responsabilités et des compétences. Pour prendre un exemple simple : le cas d'un malade présentant une ascite de grande abondance associée à une insuffisance cardiaque, mène le gastrologue à demander l'avis de cardiologie. Celui-ci, à son tour prescrit un traitement convenable.

Cette idée est repérée dans les exemples suivants :

1835. Dr¹ : **we n'awedou nchoufou demain l'ECG taaha+ we on demande une écho à:: / à titre externe we ça y est+ d'accord**

[et on va lui refaire un ECG pour voir et on lui demande une échographie..]

➔ **La demande d'ECG et d'échographie souligne le partage de responsabilité quant à la ponction ou non de la malade**

0083. Int¹ : **passation la chirurgie+ balak naamloulou une lettre d'orientation lel+euh: médecine interne**

[peut être qu'on va écrire une lettre d'orientation pour la médecine interne]

➔ **La passation au service de chirurgie pour une prise en charge plus spécialisée**

2511. Inf² : **ella douk chirurgien houwa:: / houwa rah yekdeb briya docteur XY le chirurgie we ychouf wachta ygoulleh**

[non, c'est le chirurgien qui (tranche), Dr XY est en train d'écrire une lettre d'orientation pour la chirurgie, et il va voir]

2537. Dr² : **il faut faire une exérèse we yziftouha (e)l'anapath**

[et on l'envoie au service d'anatomo-pathologie]

➔ **La demande d'une exérèse de la part du service de chirurgie générale et d'une étude anatomo-pathologique en vue de confirmer la nature de la masse**

On s'aperçoit que les activités interactionnelles de la prescription se déroulent dans un cadre coopératif dans lequel, tous les participants partagent une part de leur responsabilité pour la prise en charge thérapeutique du malade.

III.2.4.2. Activités interactionnelles lors des recommandations

Les recommandations constituent la partie pratique et directe des prescriptions. Il s'agit d'une partie importante qui vient soutenir les soins offerts aux malades. Elles relèvent d'un ensemble d'informations relatives au schéma de traitement qui interpellent, à la fois l'infirmier, en tant que premier responsable de l'administration du traitement, et puis le malade qui doit afficher son entière disposition favorable pour la démarche thérapeutique. Chacun montre son engagement actif à réaliser l'action demandée dont il connaît sa nature, et à respecter toutes les consignes tracées en l'occurrence repos au lit, régime sans sel, prise médicamenteuse à une heure bien fixée, indications, contre-indications et effets indésirables du traitement, etc :

1832. Dr^{®1} : **ih we nsurveilliw **
[et on surveille (l'état du malade)]

1833. Dr¹ : **we euh awed demain anna la sortie taaha**
[et demain on la fait sortir] injonction

→ **Recommandation et prescription : Surveillance du malade et autorisation de sortie**

0193. Dr¹ : &ouah l'essentiel euh:: **el haja elli tdourrak matakoulhach bezaf** pa(r)ce que+ i (l) y a trois régimes / i(l) y a trois régimes à:: **bon+ il y a déjà le régime sans sel taa les corticoïdes:**+ hadi manahadrouch aliha++mais il y a d'autres régimes en cas de poussées d'RCH: **les aliments sucrés+++ chocolat:: haja msakra bezaf:: tzidlek la diarrhée+ les aliments riches en résidu+++** hadou elli la SEP hadou elli yataamrou pour ne pas:: pour diminuer le volume de la SEP +we kayen le troisième régi::me **les ALLERGENES batata frites el hout euh:: el yayourt **
[oui, il faut éliminer tout aliment qui retentit sur ta santé, le régime sans sel pour les corticoïdes, on ne parle pas de ça, c'est clair.. chocolat, tout aliment trop sucré, il accentue la diarrhée et il y a un troisième régime... les frites, les poissons, les yaourts]

0195. Dr¹ : **fromage+ petit-suisse hadou kamel matakoulhouch**

[vous ne devez pas manger le fromage ..]

0196. Mde : ana gaa el haja taa lahlib ma nakoulhach

[moi, je ne mange plus les dérivés de lait]

➔ **Recommandation : Régime strictement sans sel**

2142. Dr^{®1} : **tmacha machi ma tetmachach kamel+ besah be (e)régi::me ghaya**

[vous pouvez faire des petits tours, je n'en suis pas contre, (il vous faut un repos au lit) mais le régime donnera de meilleurs résultats]

➔ **Recommandation : Repos au lit et régime alimentaire**

Notons bien que les recommandations, au même titre que les prescriptions, ont le même caractère obligatoire, dans le sens où le non respect de leur application mène à l'aggravation de l'état du malade.

Ces activités interactionnelles de prescription et de recommandation tranchent et mènent vers la clôture.

A la lumière de ce qui vient d'être dit, nous avons pu mettre en relief l'autonomie de tous les acteurs qui disposent de moyens qui leur attribuent des espaces interactionnels aussi larges et aussi libres qu'ils savent exploiter selon le contexte de l'activité médicale : compétences stratégiques, pouvoir agir et d'interagir, construire du sens, etc ; et donc résoudre coopérativement tout problème pathologique.

Tel est indiqué, nous avons examiné les éléments concrets de tous les contextes de l'activité médicale effectués dans le service de gastrologie. La place de la description y est alors importante pour comprendre la dynamique interactionnelle qui s'installe entre les différents acteurs en présence au cours du travail coopératif.

A travers la représentation schématique suivante, nous tenterons de faire le point sur l'agencement de toutes ces stratégies en déterminant les propriétés interactionnelles de chaque action médicale :

	Visite générale	Visite quotidienne	Investigations et expérimentations	Prescriptions et recommandations
Activités interactionnelles	-Activités interactionnelles de narration initiées par un seul locuteur principal, qui est le médecin résident - Suivies d'échanges plurilocuteurs : tous les partenaires : médecins, infirmiers et malade	-Activités interactionnelles de description initiées par l'un des partenaires - Suivies d'échanges plurilocuteurs : médecins et infirmières responsables de salle, ainsi que les malades	-Enoncés habituels brefs : des impératifs, des énoncés de réassurance - Suivies d'échanges plurilocuteurs : médecin, infirmière et malade	-Activités interactionnelles s Protlede prescriptions et de recommandations essentiellement verbales, puis écrites initiées par les médecins : Solutions expérimentales pour des situations inextricables - Suivies d'échanges plurilocuteurs : : médecins, infirmiers et malades :

<p>Caractéristiques des interactions :</p> <p>- Thèmes :</p>	<p>-Histoire pathologique détaillée du malade ; actions faites et celles à entreprendre (bilans et examens complémentaires) ; signes révélateurs et traitement reçu ; mise en place de diagnostics primitifs et justifications</p> <p>- Prise de décisions</p>	<p>-Description rapide de symptômes ressentis par le malade</p> <p>-Evaluation et commentaires ponctuels sur l'état de santé du malade</p> <p>- Etablissement de probabilités d'évolution du malade et d'actions médicales et paramédicales réalisées sur le malade ainsi que leurs résultats</p>	<p>-Beaucoup d'impératifs, et de procédés verbaux de réassurance</p> <p>-Verbalisation d'actions envisagées</p> <p>- Annonce de diagnostics aux malades et explications en utilisant une langue simplifiée selon le niveau socio-culturel du malade</p>	<p>-Comportements et attitudes orienteurs de la de la conduite à tenir devant la pathologie identifiée : schéma de réanimation, antibiothérapie, examens complémentaires,...etc.).</p> <p>- Commentaires et recommandations (dosages et voies d'administrations du médicaments</p> <p>- Réclamation de plus amples renseignements, davantage d'explicitation et de conseils de la part des infirmiers et des malades</p>
<p>-Structures des énoncés :</p>	<p>-Enoncés longs sous forme de monologue structuré et enchaîné</p> <p>- Pas d'interruption du locuteur</p>	<p>- Discussions rapides sur les conduites à tenir à venir</p> <p>- Structure d'échange : question-réponse, de longueur variable</p> <p>-Interruption fréquente du locuteur</p>	<p>-Succession d'énoncés brefs</p> <p>- Peu d'interruption du locuteur</p>	<p>- Usage de prédicats explicites et</p>

-Phénomènes langagiers	-Narration -Lecture et interprétation des données en utilisant une langue médicale précise et chiffrée -Négociations -Demande et apport d'informations -Evaluations - Résolution des problèmes - Décisions -Prescriptions -Recommandations	-Description -Evaluation -Prescriptions -Recommandations	-Description et commentaires - Prescriptions - Recommandations	- Prescriptions - Recommandations - Directives - Action de soumettre les infirmiers et les malades au "faire" d'une manière obligatoire, mais non vexatoire : le médecin ordonne et/ou autorise ; l'infirmier exécute et/ou sollicite
-------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tableau 1 : Récapitulation et comparaison des principales activités interactionnelles selon le contexte des activités médicales

Ce tableau ainsi représenté, ne peut que mettre en évidence une série de stratégies spécifiques à chaque contexte de l'activité médicale, visant un but global.

Cette somme d'acquis est clos par une démonstration des modalités interactionnelles diversifiées et dynamiques, construites selon le contexte par le médecin, l'infirmier et le malade, à qui revient le rôle dans la médiation interactionnelle permettant d'apercevoir pertinemment un travail coopératif dans sa plénitude :

Plan	Catégorie d'analyse	Usagers	Processus interactionnels	Description	Contexte d'activités médicales	Exemples
Gestion de la tâche	Annonce de la tâche	Médecins	Investigation	Le soignant annonce le déclenchement de l'action	Visite quotidienne	001. Dr ¹ : aatin:i les motifs taa:l'hospitalisation+/ le motif [donnez-moi les motifs d'hospitalisation]
	Présentation de l'acte	Médecins/malades	Explicitation de l'action	Règles structurant la tâche	Examen endoscopique haut	638. Dr ¹ : c'est très rapide+ il faut pas vous inquiéter:ghi maa ellouwel vous allez / vous allez sentir une gêne++ we men baadkitfout ça y est++ c'est pas grave [vous allez sentir une gêne, mais simplement au début, ça va céder]
R E L A T I O N N E L	Soutenir le travail	Médecins/infirmiers/malade	Pouvoir partagé et centres d'intérêt communs Argumentation et maintien du contexte partagé	Le soignant vérifie que son partenaire a compris les consignes liées à la tâche Stimuler le partenaire Réguler l'interaction	Avant l'activité d'endoscopie	800.Dr :par exemple: tabaatli une anémie+ je sais que finalement: il faut que je fasse une biopsie: ça fait ylataktabli:+ ANEMIE AVEC BIOPSIE+ fibro avec biopsie: 'raki fahmakifach [par exemple, si vous m'envoyez un malade qui a une anémie, je devrais systématiquement faire une biopsie sans que vous le mentioniez, vous comprenez] 656. Inf ¹ : 'ça va rakmlih [vous allez bien] 435. Inf ¹ : ha houwedrassek ha sahbi:+ghitnahed / ghi bel aakel [baisse la tête mon cher ami, respire tout doucement]
Réalisation de la tâche	Demander d'évaluer un symptôme	Médecins / internes/infirmiers /résidents/malades	Négociations	Reformuler ou répéter Demander un raisonnement : le médecin demande qu'on lui explique la raison pour laquelle, le malade qui ne	Visite générale	003. Dr ¹ : 'est-ce qu'il a été:: hospitalisé \ 005.Dr ¹ : 'est-ce qu'il a été hospitalisé ou non 024. Dr ¹ :hayadi le quatorze le lendemain:: donc c'est une adénopathie:: c'est 'pourquoi ils nous l'ont envoyé++ hna / hna on traite

				présentait que des adénopathies, a été hospitalisé Apporter des raisonnements : évaluation, justification et démonstration : l'infirmière lui expose un motif majeur de son hospitalisation qui est l'ascite abondante		les adénopathies <...?> on traite pas les adénopathies surtout had le cas++ j(e) sais pas:+ pour les perf 025. Inf ³ : ouah (il) y a une ascite associée++ très abondante
	Apprentissage	Médecins / internes/infirmiers /résidents/malades	Explications de cas cliniques	Le médecin annonce à l'interne la présence d'une image douteuse, tigrée, rouge et rose ; et lui donne le fibroscope pour qu'il puisse la voir. Il justifie donc la nécessité d'une biopsie	Examen endoscopique haut	235. Dr ² : hnakayen une muqueu::se qui est un p(e)tit peu tigrée+ chouf la couleur+++ le rouge et le ro::se 't'as vu+++ alors hna: on va faire une'biopsie
Structurel	Type d'échanges	Echanges binaires : médecin-malade ; médecin-infirmier ; infirmier-malade -Echanges ternaires : médecin-infirmier-malade -Echanges fonctionnels -Echanges phatiques	Interprétations des points de vue	Demande d'explicitation : interrogatoire ; démonstration ; justification ;	Visite générale	504. Inf ² : hdar / hdar:'menfawak [dites depuis quand 505.Mde :mafhamtekch [je ne vous comprends pas] 506. Dr ¹ : 'men fawek we ntataalejalihom 507. Mde : maalajtchkhlas [je n'ai jamais traité]
			Modalités des réalisations des schémas thérapeutiques	Identification de la pathologie et résolution des problèmes	Prescription et recommandation	[je vais vous prescrire un traitement pour vous rétablir, il n'y a pas de problème] 521. Mde : nriyahbihom [je vais me rétablir par ce traitement]

Tableau 2 : Représentation de la dynamique interactionnelle liée aux différents contextes de l'action médicale

A ce titre, nous pouvons affirmer que ni l'action, ni l'interaction ne peuvent se réaliser sans variations contextuelles. En cela, nous tenons à souligner le caractère interdépendant qui unit action, interaction et contexte.

En définitive, il devient évident de souligner, que toutes les activités interactionnelles du service de gastrologie de Tlemcen, sont continuellement construites et simultanément modifiées et s'inscrivent dans un contexte qui permet l'évaluation des actions médicales et l'interprétation de tous les faits langagiers.

CONCLUSION

Partant d'un corpus issu d'une situation d'activité collective médicale, nous nous sommes penchée sur l'analyser des interactions plurilocutrices mettant en scène des interlocuteurs co-présents : médecins, infirmiers et malades orientés vers l'exécution de tâches collectives. Nous avons évoqué leurs statuts et leurs rôles, la nature de leurs relations, ainsi que l'espace. Ce qui a permis de reconstituer le cadre de ces interactions recouvrant leur caractère verbal et social. Il s'agit en fait, de mises en œuvre d'interactions en rapport avec des situations sociales réelles.

Nous avons pris appui sur deux approches : communicationnelle et contextuelle qui sont particulièrement importante pour ce type d'analyse et nous avons suivi une méthode d'analyse qualitative et pluridisciplinaire, qui stipule que toute situation de communication en milieu professionnel, en l'occurrence médicale, n'est analysable que dans un contexte qui constitue sa dimension de référence.

En effet, le milieu professionnel que l'on a évoqué, présente des situations multiples et vivantes allant des tâches de problématisation et un partage d'un travail institutionnalisé, jusqu'à la résolution de problèmes. Ce qui a permis de percevoir une hétérogénéité interactionnelle explicite, construite par l'ensemble des interactants eux-mêmes. Il s'agit ainsi, d'une socialisation et d'un pouvoir créatif conjoint dont sont dotés les processus interactionnels dans les activités sociales de cette institution. Chaque individu prend sa part seule et entière dans la constitution de ces interactions, et y acquiert des représentations différentes qu'il compare et enrichit à travers celles de ses semblables pour construire ensemble l'action.

Il devient donc évident, de mettre en relief le caractère interdépendant qui régit tous les membres de ce groupe dans lequel se forment les éléments de constructions et d'influences sociales dans des situations ainsi formelles mais aussi complémentaires.

De même, nous tenons à souligner que ce présent travail, ne s'est pas attaché uniquement, aux particularités des enchaînements interactionnels et à leurs interprétations, mais il s'est efforcé à l'interprétation de ces activités dans leur accomplissement contextualisé. C'est pourquoi, il a fallu interpeler toutes les circonstances de leur réalisation et donc de considérer le poids de chaque cadre

contextuel, en ce qu'il constitue l'ensemble des savoirs culturels et interactionnels, les pratiques et les actions des partenaires.

Ce type d'analyse, n'a pas pu être conduit sans recourir à des composantes de base, comme celles de communication, d'interaction, d'action et de contexte. Nous avons précisé l'indissociable relation qui existe entre ces quatre notions. Elles sont, toutes en fait, délimitées par leur motivation et leur accomplissement : d'abord, nous avons envisagé l'action dans le cadre de l'interaction caractérisée par la réciprocité et l'hétérogénéité des échanges, lors de diverses pratiques médicales réelles, pour aboutir à un but déterminé conjointement. En ce sens, chacun était amené, à cadrer son action, à communiquer et donc à accomplir en permanence des interactions. C'est ce qui a permis de souligner que l'analyse des interactions entre les sujets se fait du point de vue de la dynamique de cette action. En cela, nous confirmons que cette action construite au sein des interactions, varie pertinemment en fonction des différentes phases de l'activité médicale et n'est interprétable que dans un contexte. Par souci de clarté, nous avons suggéré, plusieurs entrées pour appréhender cette relation dans sa globalité. C'est bien dans cette perspective que nous nous sommes située : l'important était en effet d'impliquer de multiples activités interactionnelles et de transmission d'informations apparues, directement liées aux contextes dans lesquelles elles s'inscrivent.

Nous avons même mis en lumière, qu'à l'intérieur d'une même situation hospitalière, coexistent plusieurs modalités interactionnelles, toujours liées au contexte, car une seule situation implique souvent plusieurs communications, plusieurs lieux et plusieurs participants. Tel est le cas de la visite générale, où l'ensemble des partenaires négocient des cas différents de malades. Cela dit que le contexte de chaque malade dépend toujours de son histoire pathologique.

Cette étude a légitimement arrivé à dévoiler dans quelles mesures les communications sont affectées par les changements contextuelles et l'inverse. Celles-ci apparaissent comme des activités situées dans des contextes institutionnels spécifiques. En effet, en retraçant les phénomènes communicationnels, nous avons constaté que les contextes y sont centraux et constituent un cadre de référence où prennent place ces

phénomènes. Paradoxalement, les interactions servent à leurs tours à modifier et/ou à transformer le contexte. Le cas le plus typique, sont les communications de plaisanterie qui s'instaurent pour alléger les tensions et/ou les conflits pendant l'activité médicale.

C'est là où nous avons mis en relief des stratégies interactionnelles globales et spécifiques à chaque situation ainsi mobilisées par l'ensemble des partenaires. Nous avons pertinemment montré le degré de la dynamique interactionnelle qui émerge lors de la réalisation des activités médicales.

Ce qui vient d'être dit nous mène à préciser la relation d'interdépendance et de complémentarité qui existe entre les activités interactionnelles et celles du contexte.

Pour expliciter cela, nous allons reprendre rapidement les résultats de la recherche. Pour analyser les modalités interactionnelles en milieu médical, toute l'attention était focalisée sur la dynamique interactionnelle ternaire : médecin-infirmier-malade. En premier lieu, nous nous sommes centrée sur le pouvoir créatif conjoint des interactants. L'objectif n'est, non pas d'effectuer une énumération, mais surtout de montrer que les interactions se construisent à travers les efforts que puisent les interactants en fonction du contexte dans lequel ils se trouvent engagés.

Nous avons ensuite explicité la plurifonctionnalité des interactions en milieu professionnel. Il s'agit de formaliser la dialectique communication et action où nous avons repéré leur fonctionnement pendant la réalisation de l'activité médicale. Partir de notre corpus, nous avons pu faire une typologie des communications.

En premier lieu, nous évoquons des communications fonctionnelles qui sont en rapport avec l'exécution directe de la tâche, le cas par exemple des activités interactionnelles de l'interrogatoire. Ils s'ensuivent des communications subordonnées à l'action : parfois les communications précèdent l'action : Il en est notamment ainsi pour les activités interactionnelles relatives à la préparation du malade à un acte de fibroscopie ; parfois elles la suivent : c'est le cas des activités interactionnelles de la prise de décisions, des prescriptions et des recommandations ; parfois elles vont en parallèle, lorsqu'il s'agit d'une verbalisation d'actions en cours. Les communications de

plaisanterie sont classées en dernier et ont une fonction principalement ludique, visant la transformation d'un travail si lourd et donc interviennent de façon explicite dans le bon accomplissement et la bonne performance de l'action médicale.

En second lieu, nous avons mis l'accent sur la structuration de la dynamique interactionnelle en modalités différentes ainsi que les stratégies suivies selon le contexte de l'activité médicale. Il s'agit de considérer le poids de chaque activité interactionnelle dans le contexte d'une activité médicale donnée, à savoir : l'interrogatoire, la visite quotidienne et générale, l'examen endoscopique, la prescription et les recommandations. A ce titre, nous avons précisé, que travailler sur les activités médicales en situation de communication et à travers les dynamiques interactionnelles qui émergent, revient à interpréter ces activités à travers la façon dont elles s'actualisent dans chaque cadre contextuel nouveau.

De même, les stratégies interactionnelles suivies lors de chaque activité médicale ne nous échappent pas. Dans un premier temps, nous avons interpellé les stratégies globales que les interactants entretiennent pour définir les activités interactionnelles, selon les traits du contexte les plus favorables. Les plus importantes sont : faire l'initiatif ; passage de la parole ; choix de langue et alternance codique, etc : chaque partenaire de soins se détermine nettement dans sa relation au sein de l'équipe. Il manifeste des stratégies interactionnelles variées, enrichit ses acquisitions sociales et interagit dans le moment opportun où il peut faire l'initiatif et déclenche ainsi, l'échange relatif au contexte d'action, qui peut être soit de valeurs variées : soit des propositions, des explications ou des apports d'informations non sollicitées, etc.

Il devient évident que dans une interaction médicale au service de Gastrologie, les stratégies sont toujours négociées et coordonnées entre tous les partenaires de soins qui gèrent efficacement les changements de tour de parole et optent pour une stratégie de passage de la parole; soit par des marqueurs verbaux ou non verbaux. En ce sens, les tours s'enchaînent de façon permanente et le partage de la parole s'effectue selon des normes partagées par l'ensemble des participants.

Il est aussi à préciser que le choix de langue et l'alternance codique, de la part des professionnels de la santé, est une stratégie incontournable. Ceux-ci se trouvent toujours confrontés à des situations dans lesquelles, ils sont tout à fait capables de passer d'une langue à l'autre, et de comprendre avec justesse les indices contextuels annonçant la nécessité du changement.

Pour ce qui est des stratégies interactionnelles par phase d'activité, nous avons constaté qu'à chaque activité médicale correspond une stratégie interactionnelle spécifique : le cas de l'interrogatoire : l'objectif étant, de déceler la pathologie en cause et donc de résoudre le problème, le personnel soignant s'acharne à regrouper une multitude de règles appropriées pour poser ses questions essentiellement relatives aux symptômes cliniques présentés, aux antécédents et aux histoires pathologiques. Il peut passer d'un type de question à l'autre en sollicitant certaines réponses. Cela lui permet de vérifier la certitude des symptômes cliniques évoqués par le malade et donc, d'orienter sa tâche thérapeutique à venir en agissant tous ensemble d'une façon coordonnée selon différentes situations. De même, à l'examen endoscopique, nous avons souligné trois types d'échanges : actionnels ; verbaux et verbo-actionnels. Pendant cette activité, il existe des échanges à dominante purement actionnelle représentés sous forme d'annonces, d'observations, de directives et de constats. Les échanges à dominante verbale sont résumés sous un langage habituel consistant en des impératifs et des énoncés de réassurance. Enfin, les échanges verbo-actionnels sont des verbalisations d'action, des justifications et des directives. Un autre cas de la visite générale dans lequel, les activités interactionnelles de narration sont très fréquentes. Le recours à la langue française pendant la lecture des données du malade est nettement remarquable. Par contre, pour la visite quotidienne, ce sont les activités interactionnelles de description qui priment. Le recours à l'alternance codique, et parfois à la langue arabe est une nécessité du moment où le malade est beaucoup plus sollicité.

De ce qui précède, nous percevons, que agissant à l'intérieur de la dynamique interactionnelle, l'activité de contexte acquiert un pouvoir d'explication des faits langagiers. C'est pourquoi, nous lui conférons légitimement, un statut interactionnel par excellence, qui permet de le fonder dans l'interaction comme cadre d'organisation sociale

et humaine ; cadre défini comme l'œuvre d'une réalisation coopérative d'activités pratiques dans un monde social qui donne l'émergence d'interactions hétérogènes, dynamiques, mais surtout réussies.

Dans cette perspective, appréhender les interactions en milieu professionnel en l'occurrence médical, par le biais d'une approche interactionnelle et contextuelle, fait émerger les caractéristiques multidimensionnelles de ces interactions qui entrent dans une dynamique historique de socialisation des interactants. Ainsi se dessine une approche interactionnelle croisant les apports de l'approche contextuelle.

En bref, ces deux approches nous ont servi de base pour cette présente étude, permettant d'envisager un cadre d'analyse théorique et méthodologique privilégié. De même, elles ont apporté une connaissance approfondie des interactions et des contextes dans un milieu de travail coopératif.

Enfin, Au niveau méthodologique et analytique, le travail sur le contexte et l'interaction nous a confrontés à une thèse socio-interactionnelle qui demande à être développée. Il a ouvert devant nous d'autres pistes d'analyse dignes d'intérêt. Pour ce qui est en particulier de dépasser la dichotomie communication/contexte et d'argumenter à propos d'une hétérogénéité interactionnelle relative à une multiplication des confrontations avec d'autres données sociales.

A ce titre, la présente étude pourra-t-elle être complétée par des questionnaires ou des entretiens pour interroger le discours de nos partenaires sur différentes situations d'interaction médicale. Nous pourrions envisager de constituer un corpus issu d'un enregistrement audio-visuel impliqué dans le contexte d'une étude comparative de trois services : gastrologie, cardiologie et chirurgie générale dans lesquels nous souhaiterions soulever d'autres problématiques plus complexifiées. D'abord, par rapport à la part langagière des interactants lors du déroulement des activités médicales dans chaque service. Nous pourrions ainsi s'interroger sur le degré de dynamycité interactionnelle en nous focalisant sur une comparaison des interactions qui émergent dans les trois services.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ouvrages :

1. ABRIC Jean Claude. (1999) : *Psychologie de la communication : Théories et méthodes*, © Armand Colin, Paris, 1999
2. ADLER Ronald & TOWNE, Neil. (1991) : *Communication et interaction*, © Etudes Vivantes, Montréal
3. ANDRÉ-LAROCHEBOUVY Danielle. (1984) : *La conversation quotidienne*, © Didier
4. ARCAND Richard & BOURDEAU Nicole. (1998) : *La communication efficace, de l'intention aux moyens d'expression*, © De Boeck université, Belgique
5. AUER Peter & DI LUZIO Aldo. (1992) : *The contextualization of language* ©P&B
6. BAKHTINE Michail. (1977) : *Le marxisme et la philosophie du langage*, © Minuit
7. BANGE Pierre. (1992) : *Analyse conversationnelle et théories de l'action*, © Hatier/ Didier, Paris
8. BANGE Pierre & KAYSER H. (1987). L'organisation d'une consultation. Approche théorique et empirique. La dame de Caluire : une consultation. *L'analyse Des Interactions Verbales*, © Peter Lang, SA, Berne
9. BAYLON Christian. (1996) : *Sociolinguistique, Société, Langue et Discours*, © Nathan, Paris
10. BLANCHARD-LA VILLE Claudine & FABLET dominique. (1996) : *L'analyse des pratiques professionnelles* © L'Harmattan, Paris
11. BLANCHET Alain & TROGNON Alain. (2002) : *La psychologie des groupes*, © Nathan/ VUEF
12. BORZEIX Anni & FRAENKEL Beatrice. (2001). *Langage et travail, Communication, Cognition, Action*. Paris: CNRS
13. BORZEIX Anni & FRAENKEL Béatrice & PÈNE Sophie. (2001) : *Le langage dans les organisations : une nouvelle donne*, collection : Langage et travail, Paris, Harmattan
14. BOURGUIGNON Claire. (1998) : *La communication professionnelle internationale, Contraintes et liberté*, © L'Harmattan, Paris
15. BOUTET Josiane. (1994). *Construire le sens*, Berlin, Peter Lang.

16. BOUTET Josiane. (1995) : *Paroles au Travail*, Paris, Harmattan, collection : *Langage et Travail*
17. BRETAGNE, P. (2002) : *Psychologie médicale*, © éditions scientifiques et médicales, Elsevier SAS
18. COLLIÈRE Marie-Françoise. (1995) : *Promouvoir la vie*, Interédit, 1982, Larousse médical
19. CORCUFF Philippe. (2011). *Les nouvelles sociologies, entre le collectif et l'individuel*. Paris: Armand Colin.
20. COSNIER Jacques et al. (1993). *Soins et communication*. Lyon: PUL
21. COTINAUD Olivier. (1970) : *Eléments de psychologie pour l'infirmière*, © Centurion, Paris
22. DE MONMOULLIN Maurice & THEUREAU Jacques. (1991). *Les communications de travail comme interactions : Modèles en analyse du travail*. Bruxelles: Mardaga
23. DE MONMOULLIN Maurice. (1997) : *Sur le travail : Choix de textes (1967-1997)*. (2^{ème} éd.), Toulouse, Octaerès
24. DE SALINS Geneviève-Dominique. (1998) : *Une approche ethnographique de la communication*, © Hatier/Crédif, Paris
25. DE SAUSSURE Ferdinand. (1972) : *Cours de linguistique générale*, © T. Mauro / Payot, Paris
26. FALZON Pierre & CERF Marianne. (2005) : *Situations de service : travailler dans l'interaction*, PUF, collection le travail humain
27. FILLIETTAZ Laurent & BRONKAED Jean-Paul. (2005) : *L'analyse des actions et des discours en situation de travail, concepts, méthodes et applications*, © Peeters Leuven, Louvain La Neuve
28. FRECHET Serge. (1997) : *Communication interpersonnelle et négociation commerciale, Enseignement supérieur tertiaire*, ©Ellipses, © marketing SA
29. GERMAIN Claude. (1973) : *La notion de situation en linguistique*, ©Université d'Ottawa

30. GIRAUD Cédric. (1994) : Concepts d'une sociologie de l'action. Introduction raisonnée, Paris, Harmattan
31. GIRIN Jacques & Grosjean, Michèle (1996) : *La transgression des règles au travail*, collection : Langage et travail, Paris, Harmattan
32. GOFFMAN Erving. (1987) : *Façons de parler*, © Minuit, ISBN
33. GOFFMAN Erving. (1974) : *Rites d'interaction*, © Minuit, ISBN
34. GRIZE Jean-Blaise. (1990) : *Logique et langage*, © Ophrys, Paris
35. GROSJEAN Michèle & LACOSTE Michèle. (1999). *Communication et intelligence collective dans le travail. Etude comparée de trois services hospitaliers* (Le travail humain). PUF
36. GUMPERZ John Joseph. (1982) : *Sociolinguistique interactionnelle*, © L'Harmattan
37. GUMPERZ John Joseph. (1989) : *Engager la conversation*, © Minuit
38. HABERMAS Jürgen. (1987) : *Théorie de l'agir communicationnel*, Tome I, © A.Fayard, Paris
39. HEAT Christian. (1993) : *La conduite du patient pendant l'examen médical*. In J. Cosnier & M.Lacoste (edit), *Soins et communication*, Lyon : PUL, p 77-85
40. HOC Jean-Michèle. (1987) : *Psychologie cognitive de la planification*, PUG
41. Hymes, Dell. (1984) : *Vers la compétence de communication*, © Crédif-Hatier, Col. «LAL », Paris
42. JACQUES Francis. (1998) : Trois stratégies interactionnelle conversation, négociation, dialogue ; in *Echanges sur la conversation*, Editions du CNRS, Paris
43. JACQUES Francis. (1985) : *L'espace logique de l'interlocution*, P.U.F, Paris
44. JAKOBSON Roman. (1963) : *Essai de linguistique générale*, © Minuit, Paris
45. ISAAC Joseph & JEANNOT Gilles. (1995) : *Les métiers du publics : interaction entre professionnels et public en face à face*, © G.Jeannot, CNRS. Paris
46. KERBRAT-ORECCHIONNI Cathérine. (2001) : *Les actes de langage dans le discours, Théorie et fonctionnement*, © Chirat

47. KERBRAT-ORECCHIONNI Cathérine. (1996) : *La conversation*, © Seuil,
KERBRAT-ORECCHIONNI Cathérine. (1991) : *Les interactions verbales*, Tome
II, © Armand-Colin/Masson, Paris
48. KERBRAT-ORECCHIONNI Cathérine. (1990) : *Les interactions verbales*, Tome
I, © Armand-Colin/Masson, Paris
49. KERBRAT-ORECCHIONNI Cathérine. (1980) : *L'Enonciation de la subjectivité
dans le langage*, © Armand-Colin, Paris
50. LABOV William. (1976) : *Sociolinguistique*, © Minuit, Paris
51. LABRUFF Alain. (1997) : *Cinq thèses de communication sociale*, © Socrate, PU
Bordeaux
52. LACOSTE Michèle. (1993) : *Le travail du malade dans la consultation
hospitalière*. In J.Cosnier & M.Lacoste (edit), *Soins et communication*, Lyon :
PUL, p 85-98
53. LACOSTE Michèle (1993) : *Langage et interaction : le cas de la consultation
médicale*. In. J.Cosnier & M.Lacoste (edit), *Soins et communication*, Lyon : PUL,
p 33-61
54. LAZORTHES Guy. (1993) : *L'homme, la médecine et le médecin, culture
générale-PCEM*, © Masson, Paris
55. LETEURTRE Hervé & CAVENG Joë-Michel. (1991) : *L'évaluation des
performances du personnel à l'hôpital*, ESF éditeur, Paris
56. LEROT Jacques. (1993). *Précis de linguistique générale*. Paris. © Minuit
57. LÉGLISE Isabelle. (1999), *Contraintes de l'activité de travail et contraintes
sémantiques sur l'apparition des unités et l'interprétation des situations*, Thèse à
la carte, Presses du Septentrion
58. LANDOLO Constantino. (1986) : *Parler avec le malade - Technique, art et erreurs
de la communication*, © du médecin généraliste
59. MAINGUENEAU Dominique. (2000) : *Analyser les textes de communication*, ©
Nathan / Her, Paris
60. MAINGUENEAU Dominique. (1996) : *Les termes clés de l'analyse du discours*,
© Seuil

61. MANN Patrice. (1991) : *L'action collective. Mobilisation et organisation des minorités actives*, © Armand Colin, Paris
62. MEUNIER Jean Pierre & PERAYA Daniel. (1993) : *Introduction aux théories de la communication : Analyse sémiopragmatique de la communication médiatique*, Bruxelles, De Boek univ
63. Mintzberg Henry. (1990) : *Les 6 parties de base de l'organisation*, Paris, Les éditions d'organisation
64. MOSCOVICCI Serge. (2000) : *Psychologie sociales des relations à autrui*, collection de Henri Mitterrand, © Nathan / VUEF, Paris
65. MUCCHIELLI Alex. (2008) : *Communication et influence : Approche situationnelle*, © Ovadia
66. MUCCHIELLI Alex. (2004) : *Etude des communications : Approche systémique dans les organisations*, © Armand Colin
67. MUCCHIELLI Alex et al, (1998) : *Théories des processus de la communication*, © Armand Colin / Mason, Paris
68. MUCCHIELLI Alex. (1991) : *Les situations de Communication*, © Armand-Colin, Paris
69. MUCCHIELLI Roger. (2005) : *Etude des communications : approche par la contextualisation*. © Colin. Paris
70. MUCCHIELLI Roger. (1998) : *Communication et réseaux de communication*, E.S.F éditeur
71. OGRIZEK Michel. (1993) : *la communication médicale*, © Apogée, PUF
72. PASCAL Annie. & Valentin, FRÉCON-VALENTIN Eliane.(2001) : *Diagnostics infirmiers, intervention et résultats : langage et pratique*, 2^{ème} édition Masson
73. PENEFF Jean. (2005) : *L'hôpital en urgence*, Collection : Leçons De Choses, © Métailié
74. PERLEMUTER Léon et al. (2002) : *Nouveaux cahiers de l'infirmière N°3: Démarches relationnelles et éducatives : initiation et stratégies de recherche*, 2^{ème} édition, © Masson, Paris

75. PHANEUF Margot.(1986) : *Orientation vers le diagnostic infirmier*, Copyright©, MC Graw-Hill Editeurs, Quebec
76. PORQUIER Rémy & PY Bernard. (2004) : *Apprentissage d'une langue étrangère : contexte et discours*, ©Didier, Paris, Collection CREDIF, ESSALS
77. PIRES Alvaro.(1997) : *Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique*, Montréal : Gaétan Morin, Editeur, p 113-169
78. QUÉRÉ Louis. (1987) : *A propos de l'agir communicationnel chez Habermas*, Paris, MSH,
79. RENÉ Charles & Williame Christine. (1997) : *La communication orale*, © Sylvie Ogée,
80. ROULET Eddy & FILLIETTAZ Laurent & GROBET Anne. (2001) : *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
81. SALLES Pierre & YVES Simon. (1970) : *L'expression et la communication dans la vie sociale et professionnelle*, © Dunod, Paris
82. SCHUTZ William. (1966) : *The interpersonal under world*, © Science and Behavior Books, Palo Alto
83. SIOUFFI Gilles & RAEMDONCK Dan Van. (2012) : *100 fiches pour comprendre la linguistique*, © Breal
84. SPERBER Dan & WILSON Deirdre. (1989). *La pertinence : Communication et cognition*. Paris. © Minuit
85. STRAUSS Anselm. (1992) : *La trame de la négociation*, © Harmattan
86. TALEB IBRAHIMI Khaoula. (1997) : *Les algériens et leurs langues : Elément pour une approche sociolinguistique de la société algérienne*,© El Hikma
87. TRAVERSO Véronique. (2000) : *L'analyse des conversations*, ©Nathan
88. VANDERVEKEN Daniel. (1988) : *Les actes de discours*, Pierre Mardaga Editeur
89. VAN DIJK Teun.A & VAN AERTSELAER Joanne Neff.(2004). *Communiquer les ideologies : perspectives multidisciplinaires sur la langue, le discours et la pratique sociale*, ISBN 10 © Peter Lang
90. VAN DIJK Teun.A. (1997) : *Le discours comme interaction sociale, études du*

discours : Vol 2. Sage Publications

91. VEGA Anne. (1999) : *Soignants/Soignés : Pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, 2^{ème} édition De Boeck
92. VÉRONIQUE Daniel & VION Robert. (1995) : *Modèles de l'interaction verbale*
© Provence, Paris
93. VERMERSCH Pierre. (1994) : *L'entretien d'explicitation*, Paris, ESF éditeur
94. VION Robert. (1998) : *Les sujets et leurs discours : énonciation et interaction*, © ANRT
95. VION Robert. (1992) : *La communication verbale : Analyse des interactions verbales*, © Hachette, Paris
96. WATZLAWICK Paul et al. (1972) : *Une logique de la communication*, © Seuil, Paris
97. WALTER Béatrice.(1992) : *Les savoirs infirmiers*, Lamarre

2. Revues :

1. AUBERT Lucien & ECCLI René & GIUJAZZA Clotild. (1995) : Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail. Nouveaux cahiers de l'infirmière N°4. © Masson, Paris, p 96-13
2. AUBERT Lucien et al. (2007) : Sciences humaines. Nouveaux cahiers de l'infirmière N°6. 3^{ème} édition © Elsevier / Masson
- 3 . BACHMANN Christian. (1980). Le langage dans les communications sociales quotidiennes : quelques perspectives actuelles. *Linguistique Appliquée* (37), Paris, p 22–33
4. BORZEIX Annie & GARDIN Bernard, (1993). Service public et didacticité, *in Parcours linguistiques de discours spécialisés*, Paris, Edit. P. Lang, p 101-112
5. BORZEIX Annie. et al. (1995). Dire et faire au travail. *Connexions. Numéro Thématique*, (65), © Eres

6. BOULLIER Dominique. (1985) : Quand communiquer, c'est coopérer, Bulletin IDATE, N°20, p 145-155
7. BOUTET Josiane. (1993) : Activité de langage, activité de travail, Revue : Futur antérieur, , (16), 53–62
8. BOUTET Josiane. Gardin, Bernard & Lacoste, Michele : (1995) : Discours en situation de travail, IUFM de Paris, Paris 7 et GDR Langages (117), p 68-85
9. BOUTET Josiane. (2001) : La part langagière du travail : bilan et évolution, Langage et Société, N°98, p 17-42
10. BOUTET Josiane. (2001) : Le travail devient-il intellectuel ? Revue Travailler N° 6, IUFM Paris et Université Paris 7, p 55-70
11. BRASSAC Christian & TROGNON Alain. (1984) : Deux thèses sur le processus de structuration de la conversation, Verbum 7/2-3, p 341-348
12. BROWN John-Seely & DUGUID Paul. (1994) : Organiser les communications. Revue de direction de la Californie 40 (3), p 90-111
13. BERTRAND Didier et al. (1995) : Dire et faire au travail. Connexions, N°65© Erès 1995/1
14. CAPUL Jean-Yves . (1992) : La communication, Cahiers français N° 258, ENSP : 92/10
15. CARAYOL Valérie. (1994) : Communication et hôpital. Analyse et diagnostic. La communication hospitalière. HS N°1. Open Editions journals. GRC/E. p 16-22
16. CHARAUDEAU Patrick. (1989) : L'interlocution comme interaction de stratégies discursives, in Verbum VII-84 2/3
17. CHARAUDEAU Patrick. (1982) : Elément de Sémiolinguistique : d'une théorie du langage à une analyse du discours, Connexion 38 : (Langage en situation, pratiques sociales et interaction) © Erès
18. COSNIER Jacques et al. (1997) : Geste, Cognition et communication, *Nouveaux actes sémiotiques*, Université Limoges, Pulim, p 52-54
19. DARSEES Françoise et al. (1997). Transformer le travail : de quelques études d'activités méta- fonctionnelles collectives. Dans *Recherche, pratique, formation en ergonomie. Evolutions dans un contexte social, économique et technique*. Congrès de la SELF, volume 97, Lyon, France, p 573-580

20. DELON Sylvie. (1997) : Concept du rôle propre infirmier, mémoire de fin d'étude, Delon, Ecole des cadres, CH.Mazani
21. DE MONTMOLLIN Maurice. (1983) : Les communication dans le travail, dans Psychologie française, Tour 28-3/4 © Armand Collin, p 226-230
22. DOLITSKI Marlène & PIÉRAUT-LE BONNIEC Gilberte. (1988) : La compréhension du «non-sens», in *L'ambiguïté et la paraphrase*, Centre de Publication de l'Université de Caen, p 147-151
23. FALZON Pierre. (1994) : Les activités métafonctionnelles et leur assistance. Le travail humain 57, p1-23
24. Falzon, Pierre. (1991) : Les activités verbales dans le travail, dans Amalberti, R ; Montmollin, M, de ; Theureau, j (dir publ), *Modèles en analyses du travail*. Mardaga, Paris, p 229-250
25. FALZON Pierre. (1987) : Langages opératifs et compréhension coopérative. Le travail humain, 50, p 281-286
26. FURCHNER Ingrid & GÜLICH Elisabeth, (2001) : L'expertise des patients dans l'élaboration d'un diagnostic médical- Analyse linguistique d'entretiens avec des patients souffrants de crises épileptiques ou non-épileptiques, in : Bulletin suisse de linguistique appliquée, p 83-107
27. GRUSENMEYER C & TROGNON Alain.(1995) : L'analyse interactive des échanges verbaux en situation de travail coopératif. L'exemple de la relève de poste. Connexions 65, p 43-62
28. HLADY-RYSPAL Martine. (2000) : L'étude de cas : une stratégie de recherche en gestion, Revue RFG, N°127, p 61-70
29. HILDEGARD E. Peplau. (1995) : Relations interpersonnelles en soins infirmiers, interédition, Paris, p20-35
30. KERBRAT-ORECCHIONNI Catherine. (1984) : Les négociations conversationnelles, Verbum VII, 2-3
31. LACOSTE Michèle. (1994) : quelques perspectives, Sociologie du travail, Langage et travail Persée, CNRS, p 45-56

32. LACOSTE Michèle. (1991). Les communications de travail comme interactions. In Amalberti.R, De Montmollin & Theureau.J, *Modèles en analyse du travail*, Mardaga, p 191-228
33. LACOSTE Michèle. (1980) : La vieille dame et le médecin : contribution à une analyse des échanges linguistiques inégaux. Etude de linguistique appliquée N°37/Communications sociales et didactique des langues vivantes et étrangères : ELA 37, univ Paris-Nord. p 34-43
34. MANTZ Jean-Marie & WATTEL Francis. (2006) : Importance de la communication dans la relation soignant/soigné, Ethique et responsabilité professionnelle. Volume 190, issue 9 © Elsevier, Bulletin de l'académie nationale de médecine, p 1299-1302
35. MEAD George Herbert. (2006) : L'Esprit, le soi et la société, © PUF. Collection le lien social, Paris, p 100-102
36. MONDADA Lorenza. (1998) : De l'analyse des représentations à l'analyse des activités descriptives en contexte. Cahiers de praxémique (N° spécial Représentation, discours et analyse du discours), 31, 127-148
37. NADOT Michel. (2008) : Prendre soins : aux sources de l'activité professionnelle, in Clémence Dallaire, Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession. Montréal : Gaëtan Morin édit, p 27-51
38. PERRENOUD Philippe. (1988) : Parle comme il faut ! Reflexions sociologiques sur l'ordre linguistique, in Schooner, G, Bronckart, J.P & Perrenoud, Ph. (dir) *La langue française est-elle gouvernable ? Normes et activités langagières*, Neuchâtel & Paris, Delachaux & Niesté, p 79-108
39. Py Bernard. (2004) : Pour une approche linguistique des représentations sociales, Langages, N°154, p 29-48
40. SAVOYANT Alain & LEPLAT Jacques. (1983) : Statut et fonctions des communications dans les équipes de travail. Psychologie française 28. p 247-253
41. SAVOYANT Alain, Coordination et communication dans une équipe de travail. Travail humain 40/1. p 41-54
42. TRAVERSO Véronique. (1998) : La conversation familière : Analyse pragmatique des interactions, Pul, Harmattan, p 180-183

43. TROGNON Alain & REB,V. (1986) : l'Adhérence au discours de l'autre : Analyse pragmatique d'une conversation avec un psychotique, *Verbum* VII 2/3, p70-79
44. ZARIFIAN Philippe. (1998) : Travail et communication. Essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle. *Sociologie d'aujourd'hui*. Persée, Paris p 230-232

3. Dictionnaires :

1. AKOS : Encyclopédie pratique de médecine. (1998). Tome I, EMC, Silla.M.Consoli, Prof © Elsevier, Paris
2. BOUDON Raymond & BOURRICAU François.(1991) : Dictionnaire critique de la sociologie, *Revue française de sociologie*. Presse universitaire de France
3. BOYER Henri. (1996) : Elément de Sociolinguistique, Langue, Communication, Société, © Dunod, Paris
4. CARATINI Roger & CARATINI Françoise. (1981) : Encyclopédie Universelle Bordas.II, 2^{ème} éd., Presse de la GEA, Milan
5. CHARAUDEAU Patrick & Maingueneau Dominique. (2002) : Dictionnaire d'analyse du discours, © Seuil, Paris
6. DUCROT Oswald & TODOROV Tzvetan. (1972) : Dictionnaire encyclopédique des sciences du langage, ©Seuil, Paris
7. MOESCHLER Jacques & REBOUL Anne : (1994) : Dictionnaire encyclopédique de pragmatique, © Seuil, Paris
8. MOUNIN Georges. (1995) : Dictionnaire de la linguistique. Quadrige/Presses universitaires de France, 2^{ème} édition

4. Sitographie :

1. BEAULIEU Marie-Dominique et al (2006) : *L'implantation des groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*.

[En ligne]. URL : <https://www.researchgate.net/2672>.

Consulté le 10 Février 2010

2. Bulletin du syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques : *Qu'un infirmier ait des clartés sur tout*. Revue officielle : L'information psychiatrique-Archives-John Libbey Eurotext, Volume 81, N°10, 2005.
[En ligne]. URL : <https://www.jile.com/fr/revues/ipe/s/archives>.
Consulté le 02 Avril 2010
3. DANIELLOU François et al. (2016) : *Formation à l'analyse de l'activité et rapport au travail en ergonomie*. Revue : Travailler N°35.
[En ligne]. URL : <https://cairn.info/revue-travailler-2016-1-page-95.htm>.
Consulté le 26 Janvier 2016
4. FLEURY Cynthia. (2017) : *L'enjeu de la philosophie à l'hôpital : inventer une fonction soignante en partage*. Chaire "Philosophie à l'hôpital". Conférence. Paris.
[En ligne]. URL : <https://www.echosciences-grenoble.fr>.
Consulté le 11 Janvier 2009
5. Gronier, Guillaume. (2006) : *Psychologie ergonomique du travail collectif assisté par ordinateur: l'utilisation du collectif dans les projets de conception de produits*
[En ligne]. URL : http://www.guillaumegronier.com/cv/resources/Documents/These_GuillaumeGronier.pdf. Consulté le 15 Juin 2014
6. GÜLICH Elizabeth. (2010) : *Analyse de parole-en- interaction dans différents types de corpus : Le rôle du corpus dans l'élaboration pluridisciplinaire d'un instrument de diagnostic linguistique : l'exemple de l'épilepsie*. Pratiques, 147-148/2010, p173-197. [En ligne]. URL : <https://journals.openedition.org>.
Consulté le 20 Mars 2009
7. KERBRAT-ORECCHIONNI Catherine. (2012) : *Le contexte revisité*, CorelaHS-
[En ligne]. URL : <http://corela.revues.org/2627>
Consulté le 20 Juillet 2007
8. KERBRAT-ORECCHIONNI Catherine. (1998) : *La notion d'interaction en linguistique : origine, apports, bilan*, Persée, Langue française, Volume 117 Numéro 1 pp. 51-67. [En ligne]. URL : http://persee.fr/doc/lfr_0023-

Consulté le 01/12/2008

9. MAHUT Brunot & GREHAIGNE Jean-Françis. (2005) : *Gestuelle communicative dans l'intervention en EPS, dans Movement & Sport Sciences-Sciences & Motricité*. N° 56, 2005/4. UFR-Staps de Besançon, Faculté des lettres, Laboratoires ELADI (EA 2281), IUFM de France comité.
[En ligne]. URL : <https://ifpek.centredoc.org>.

Consulté le 15 Mai 2010

10. MONDADA Lorenza. (1998) : *Variations sur le contexte en linguistique*. In Cahiers de l'Institut de Linguistique et des Sciences du Langage, Lausanne, n°11, p 243-266.
[En ligne], URL : <http://edoc.unibas.ch/dok/A6211792>

Consulté le 11/05/2017

11. MUCCHIELI Raphaël. (2006) : *Contexte et contextualisation en analyse du discours* : Regard sur les travaux de T. Van Dijk , Revue Semen, 21-2006.
[En ligne] disponible sur URL : <http://semen.revues.org/document1971.html>

Consulté le 10 Aout 2008

12. POUCHELLE Marie-Christine. (2003) : *L'hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière*. Paris, édi. Seli Arslan SA.
[En ligne]. URL : <https://journals.openedition.org>

Consulté le 16 mars 2016

13. TOME Jean-François. (2012) : *Les enjeux de la communication à l'hôpital : Communication et organisation*
[En ligne]. URL : <http://communicationorganisation.revues.org/2984>

Consulté le 30 septembre 2014

14. TSHIKALI Deo. (2010) : *Etude analytique du phénomène "circuit" à l'université de Lubumbashi en RDC*, Université de Lubumbashi RDC - En science de l'information et de la communication option communication des organisations.
[En ligne]. URL : <https://www.memoireonline.com>.

Consulté le 01 Décembre 2008

15. YILMAZ Elgiz. (2007) : *La communication organisationnelle entre différents publics en milieu hospitalier*. GREC/O de Bordeaux3- université Galatasaray (Istanbul/Turquie)[En ligne]. URL : <https://www.sfsic.org/spip/article>. Consulté le 10 Aout 2018

ANNEXES

ANNEXE 1 :
LISTE DES FIGURES ET
DES TABLEAUX

I. Liste des figures :

CHAPITRE I :

Figure 1 : Schéma de communication : Modèle de production et d'interprétation 12

Figure 2 : Schéma représentatif de la théorie constructiviste 13

Figure 3 : Modèle situationnel de A.Mucchielli 15

Figure 4 : Stratégies discursives de P.Charaudeau 16

CHAPITRE II

Figure 1 : Représentation des savoirs distribués des participants 78

Figure 2 : Représentation du fonctionnement de l'action et de la communication en situation de travail médical 125

Figure 3 : Représentation du rapport entre l'activité de communication et l'activité de contexte 139

CHAPITRE III

Figure 1 : Représentation de la trajectoire de l'information et des activités interactionnelles pendant l'activité médicale 142

Figure 2 : Représentation des stratégies interactionnelles globale 180

Figure 3 : Représentation de la construction interactive de l'interrogatoire 183

Figure 4 : Représentation des activités interactionnelles ritualisées lors de l'expérimentation et de l'investigation 195

Figure 5 : Représentation des structures interactionnelles à dominante actionnelle...199

Figure 6 : Représentation des structures interactionnelle à dominante verbale 206

Figure 7 : Représentation des structures interactionnelles à dominante verbo-actionnelle 210

Figure 8 : Schéma récapitulatif des activités interactionnelles lors de l'expérimentation et de l'investigation 211

Figure 9 : Représentation des activités interactionnelles lors des négociations 215

Figure 10 : Représentation des activités interactionnelles de narration	219
Figure 11 : Représentation des activités interactionnelles lors d'une visite générale..	227
Figure 12 : Représentation des activités interactionnelles lors d'une visite quotidienne	235

II. Liste des tableaux :

CHAPITRE I :

Tableau 1 : Représentation des dimensions de la communication en situation de travail hospitalier	27
Tableau 2 : Représentation des postulats théoriques	52
Tableau 3 : Conventions de transcription	59
Tableau 4 : Dimensions de l'interaction pendant l'activité médicale	63
Tableau 5 : Représentation des enregistrements	65

CHAPITRE II :

Tableau 1 : Représentation des communications et des interactions pendant l'activité collective	75
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

CHAPITRE III

Tableau 1 : Récapitulation et comparaison des principales activités interactionnelles selon le contexte des activités médicales	244
Tableau 2 : Représentation de la dynamique interactionnelle liée aux différents contextes de l'action médicale	247

ANNEXE 2 :

CORPUS

Enregistrement 1 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (maître-assistant : Dr¹)

Médecin résidente (Dr^{®1})

Médecin interne (Int¹)

Infirmière (diplômé d'état : (Inf³))

Malades (homme et femme)

Contexte : Visite quotidienne.

Côté des malades hommes :

0001. Dr¹ : aatin::i les motifs taa¹³: l'hospitalisation+/ le motif

[donnez-moi les motifs d'hospitalisation]

0002. Int¹ : c'est-à-dire euh: jana me service ORL+++/ il a été:: fe service ORL amloulou une euh:: un scanner qui a montré:: une euh:: Cyto:: TUBERCULO::SE GONGLIONnaire

[c'est une passation du service ORL, il a fait un scanner qui a montré une tuberculose gonglionnaire]

0003. Dr¹ : bon il était au:+ / d'ORL pour quelle raison+++ 'est-ce qu'il a été:: hospitalisé \

0004. Int¹ : Kyste hna (ici : l'interne montre la localisation du gonglion) au niveau: de \

0005. Dr¹ : 'est-ce qu'il a été hospitalisé ou non

0006. Int¹ : non:: non:

0007. Dr¹ : ah! il n'a pas été hospitalisé+ juste juste suivi!

0008. Int¹ : juste suivi bark

[suivi uniquement]

0009. Dr¹ : mayhamnach+ hna::+ l'essentiel que:: tu présentes sa lettre d'orientation+++ donc patient hospitalisé pour l'exploration d'une adénopathie+++ c'est ça une euh:: ADENOpathie qui est:: extériorisée [ce n'est pas important, l'essentiel pour nous, c'est ça?] (le médecin reprend les faits narrés par le médecin interne)

0010. Int¹ : c'est ça oui

0011 Dr^{®1} : une Cytoponction dans un premier temps nous ont révélées:: XXX les signes < l'odeur?> spécificité

0011. Int¹ : spécificité: 'yak [une spécificité, n'est-ce pas?]

¹³- préposition : de ou à

0012. Dr¹ : parce que euh:: / euh:: ils ont été fait à titre externe je / 'je suppo:se

0013. Inf³ : **oui**

(Le médecin veut transmettre un message selon lequel, les bilans faits à titre externe sont plus fiables de ceux faits à l'hôpital et partage cette idée avec le médecin interne)

0014. Dr¹ : 'koulchi hada ndarlou à titre externe

[tout a été fait à titre externe?]

0015. Inf³ : hada ella ntaa:: <...?>

[ça non, c'est celui de...]

0016. Dr¹ : 'hada à titre externe wella kifach

[ça (ce bilan) a été fait à titre externe ou quoi]

0017. Inf³ : ella: hada hna anna

[non, il a été fait à notre niveau]

0018. Dr^{®1} : hadi avant son hospitalisation

[celui-là..]

0019. Inf³ : ih hada kbel ma yedkhlouh anna++ avant son hospitalisation

[oui, celui-là, avant qu'il soit hospitalisé chez nous]

0020. Dr¹ : voilà: avant son hospitalisation

0021. Inf³ : biha dkhal anna chikh+++ treize we hadi le quatorze / dkhal hna le quatorze / hospitalisé le quato:rze

[c'est ce bilan qui a motivé son hospitalisation, c'est celui du 13 et celui-ci, du 14 ; il a été hospitalisé dans notre service le 14]

0022. Dr¹ : 'we hna fewek dkhal anna

[et quand est-ce que il a été hospitalisé chez nous?]

0023. Inf³ : le quatorze+ le lendemain

0024. Dr¹ : hayadi le quatorze le lendemain:: donc c'est une adénopathie:: c'est 'pourquoi ils nous l'ont envoyé++ hna / hna on traite les adénopathies <...?> on traite pas les adénopathies surtout had le cas++ j(e) sais pas:+ pour les perf !

[voilà le 14, chez nous, on ne traite pas les adénopathies ! surtout ce cas !]

(Le médecin constate d'après les apports informationnels du médecin interne, que le malade a été hospitalisé pour une adénopathie alors que le service ne reçoit pas ces types de malades).

0025. Inf³ : ouah (il) y a une ascite associée++ très abondante

[oui]

(L'infirmier attire l'attention du médecin en lui disant que le malade n'a pas été hospitalisé pour une simple adénopathie, mais pour une ascite abondante associée)

0026. Dr¹ : hadi hna [celle-là]

0027. Inf³ : ouah [oui]

0028. Dr¹ : guel'ouhalek kamel++ donc ils ont pas fait une cytoponction / ils ont fait: une adénomectomie++ c'est-à-dire ils ont enlevé le gonglion:

[ils vous ont fait une ponction totale] (ici le médecin s'adresse au malade en optant pour un autre code qu'est l'arabe dialectal)

0029. Int¹ : ils ont enlevé le gonglion

0040. Inf¹ : justement chikh¹⁴ anna euh::

[justement docteur, chez nous...]

0041. Dr¹ : 'vous avez commencé le traitement:: chez lui

(le médecin interrompt l'infirmier et demande une autre information relative au traitement du malade auprès du médecin interne)

0042. Int¹ : ella ella:: [non, non]

0043. Dr^{@1}: <houwa?> [lui?]

0044. Int¹ : rana ada: chikh euh:: l'écho abdomina::le / (e)l youm andna rendez- vous abdomino-pelvienne+ hna fe l'hôpital++ aamlou l'IDRT:: / aamalnalou l'IDRT / amalnalou:: les BK de:: crâchats / les BK de: \

[pas encore docteur, on a rendez-vous d'échographie abdomino-pelvienne au niveau de la radiologie, on lui a fait l'IDRT..]

0045. Dr¹ : 'andou une échographie abdominale [Il a une échographie abdominale?]

0046. Int¹ : ella chikh ma ::+ anna rendez-vous (e)l youm fe euh : / fe la radio

[non docteur, on a rendez-vous aujourd'hui au service de radiologie]

0047. Dr¹ : '(e)l youm [aujourd'hui]

0048. Int¹ : ouah+ (e)l youm [oui aujourd'hui]

0049. Dr¹ : iyah ghadwa nchoufouh [alors, on va le voir demain]

0050. Int¹ : Sinon BK de crâcha::ts négati::fs + bon la sérologie:: \

0051. Dr¹ : 'et la sérologie

¹⁴- un terme d'adresse désignant quelqu'un de responsable, ou bien un supérieur (mon chef, monsieur)

0052. Int¹ : & ih justement+ j'ai pas encore eu: de résultat::++ anna :: rendez- vous fe radio+
nemchiw ndiroulak radio taa télévision+++ ça y est nahadrou maa Dr XX hiya elli
dakhlatek

[oui...on a un rendez-vous d'échographie, on va vous faire une échographie.
On va parler avec Dr XY qui vous a hospitalisé] (le médecin interne s'adresse
au malade).

Enregistrement 2 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (maître-assistant : Dr¹)

Médecin interne (Int¹)

Infirmières (deux diplômée d'état : Inf(4) Inf³)

Malade

Contexte : Visite quotidienne

Côté des malades femmes :

0053. Dr¹: donc hadi :: euh :: elle / elle a une vésicule suspecte / ana¹⁵ je pense beaucoup plus
euh+++ à un problème de diabète c'est-à-dire ::+++ \ [celle-là, moi je pense...]

0054. Inf(4) : ih justement [oui justement]

0055. Dr¹: 'we diabète::\ [et le diabète]

0056. Inf(4) : il est mal équilibré

0057. Dr¹ : ih: [ah] voi::là il est mal suivi

0058. Inf³: mal suivi

0059. Dr¹ : donc ça++ c'est pour ça:: que ::

0060. Inf(4) : mal suivi

0061. Dr¹ : ça+ c'est tout à fait norma:l

0062. Inf(4) : il fait pas de contrôles médicaux:: /

(l'infirmière dans cet allongement de la syllabe essaye de montrer au médecin le
degré de négligence du malade ; celui-ci ne fait ni contrôles médicaux ni rien)

0063. Dr¹ : voilà::

¹⁵- personnellement, moi

0064. Inf(4) : il met l'insuline à tort et à trave::rs (l'infirmière dans cet allongement de la syllabe essaye de montrer au médecin le degré de négligence du malade ; celui-ci administre l'insuline sans respect de la dose prescrite)

0065. Int¹ : basah il a la douleur chikh de l'hypocondre+ droit

[mais il présente une douleur de l'hypocondre droit]

0066. Dr¹ : 'la vésicule

0067. Int¹ : ih la vésicule [oui, la vésicule]

0068. Dr¹ : la vésicule hna+ ça veut pas dire euh::\ [la vésicule dans ce cas...]

0069. Int¹ : c'est-à-dire euh:: c'est la vésicule

0070. Dr¹ : hadik++ ça c'est rien [la vésicule, ce n'est pas grave]

0071. Int¹ : mais:: le diabète ana naawedleh:: <...? [je vais lui refaire..]

0072. Dr¹ : il a mal

0073. Int¹ : pour euh: la médecine inte::rne+ houwa awed yeswivih [l'interniste va le suivre]

0074. Dr¹ : i (l) faut le suivre pa(r)ceque:: il a maigri / pa(r)ce que il s'a::l / s'alimente pas / pa(r)ce que:+ c'est-à-dire:: euh: il est pas++/ il est mal suivi feuh::

0075. Int¹: <...?>

0076. Inf(4) : XXX qui hdart maah euh:: il euh:: <...?> / y euh:: il suit mal euh

[quand je lui ai parlé, j'ai su qu'il ne suit plus..]

0077. Int¹ : il reçoit:: vingt unités le matin::et:: il est sous # antibiothérapies oraux:: le: / le soi

0078. Dr¹ : hmm

0079. Inf³ : <...?>

0080. Dr¹ : donc faites une colonoscopie

0081. Inf³ : oui ghadda andah [oui, il est programmé pour demain]

0082. Dr¹ : iyya we euh:: passation la chirurgie 'hein [et puis vous le transférez en chirurgie]

0083. Int¹ : passation la chirurgie+ balak naamloulou une lettre d'orientation lel+euh: médecine interne

[peut être je vais lui écrire une lettre d'orientation pour la médecine interne]

0084. Dr¹ : ella ella la chirurgie avant++ maalich+d(e) toute façon+++ douk nchouf manbaad

[non non, d'abord la chirurgie, ce n'est pas grave je vais voir ça plutard]

Enregistrement 3 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (maître-assistant Dr¹)

Infirmière diplômée d'état (Inf², Inf(4))

Malade (femme)

Contexte : Examen endoscopique bas : Examen proctologique (examen du rectum)

0085. Dr¹: iyya tal'i ha:k / 'raki a:rfa kifach t'tal'i: +diri roukba hna:+ we roukba: hna:: kimma
elli taarfi:: tsalli

[montez, de cette façon, mettez un genou ici et l'autre ici, comme si vous faites la prière]

(le médecin montre à la malade la position convenable pour ce type d'examen)

0086. Inf² : essenna tchouf njiblek:: XX njiblek / essena / essenna

[attendez que je ramène le..attendez attendez]

0087. Dr¹ : &tal'i hna+ diri hna roukba / hna roukba+ kimma elli hakka tessejdi++ houuti rassek
mannahnak++ / mannahnak:+ / mannahna::k ella+ ehousa ma fhamti walou houwedili

[montez ici, mettez l'un des genoux de ce côté et l'autre genou de l'autre côté, mettez
la tête de l'autre côté.. non non non ; vous n'avez pas compris ; descendez]

0088. Mde: ra::ssi [la tête, (où dois-je mettre la tête)]

0089. Dr¹ : houwedili+++ goutlek erroukba hna kimma elli: tessejdi

[descendez; je vous ai dit un genou ici, comme ci vous faites la prière]

0090. Inf² : rassek hna / rassek hna::+ [la tête ici..]

0091. Dr¹ : hna:: rassek welli chwiya llour / welli llour / welli llour / zid welli / zidi welli+++
iyya: tal'ili ala el kach taa:k tal'i voi::là ghi bechwiya alik+++ houwedili esserwal
taak:: matahachmich elhaja+ ha::kdak+houtti rassek / houtti rassek hna ha::yya XX
sal alik chwiya 'dame

[la tête ici ; reculez un petit peu, reculez, encore, encore, allez montez ; déshabillez
vous, doucement, déposez la tête ici ; vous avez saigné?]

0092. Mde : oua::h [oui]

0093. Dr¹ : ma tziy'ri::ch iyya houwdi el hadja
[décontractez vous ; allez descendez]
0094. Inf(4) : <...?> gatli hatta ndir la fibro we nji
[(l'autre médecin m'a dit qu'elle viendra dès qu'elle termine la fibroscopie)]
0095. Dr¹ : c'est rien / c'est l'oxygène++ayatna lel réanimateu::r + hatta wahed+++ ma jana::
'chkoun kan (e)ytabaa'ha
[on a appelé le médecin réanimateur, il n'est pas venu, qui est-ce qui la suit?]
0096. Inf(4) : makantch tabbaa:+ kanet fe la maison++ ghi dekhelet pour had la respiration+ ja
XY chaf'ha / XY taa euh:: la:khor
[personne ne la suivait, elle était chez elle, elle est admise dans notre service pour une dyspnée, dr XY est venu la voir, le médecin de...]
0097. Dr¹ : ih: taa euh:: / leuh: [oui, celui de...]
0098. Inf(4) : taa euh:: / taa:+ XY [celui de...]
0099. Dr¹ : ih ih: [oui oui]
0100. Inf(4) : ouah+ basah ki chafha: basah ghi:: gal'ha khass kouli:: we euh:: \
[oui, mais quand il a vu il lui a dit qu'elle est dans un stade terminal]
0101. Dr¹ : ih: ih [oui oui]
0102. Inf(4) : we euh:: [et puis..]
0103. Dr¹ : 'c'est des:: / c'est des méta:+ / méta osseuses hiya[elle fait des métastases osseuses]
0104. Inf(4) : ih des méta osseuses ouah X la radio ma kan fih wa ::lou+ zaama:: au niveau ::+
zaama pulmonaire ma kan walou++ haya
[oui des métastases osseuses, oui ; à la radio, il n'y avait rien de grave ; c'est-à-dire au niveau pulmonaire, il n'y avait rien de grave, voilà le résultat]
0105. Dr¹ : le contrôle taa lakhor rah yeuh: / yebloqué++ la respiration::+ taa la tension: we
koulchi

[elle fait un déficit respiratoire, tension artérielle et tout]

0106. Inf(4) : houma ma atawha aucun traitement++ khellawha ghi+ sous Claforan:: we derel'ha
la respiration+ we la: respi mouvements:: gal'ha (il) faut la bouger: norma::le
<...?>

[le réanimateur ne lui a donné aucun traitement, il l'a laissé uniquement sous Claforan
et il l'a mis sous oxygène]

0107. Dr¹ : <...?>

0108. Inf(4) : t'balaat [elle fait une détresse respiratoire sérieuse]

0109. Dr¹ : saha nchoufouha et puis on termine++ el hadja:: senay une minute nchouf mala:de
plus grave we nji

Enregistrement 4 :

Interlocuteurs : maitre-assistant : Dr¹)

Infirmière brevetée : (Inf(5))

Malade (homme)

Contexte : Consultation

0110. Mde : sbah el kheir [bonjour]

0111. Dr¹: sbah el kheir: ça va:: b'khir 'ça va:: [bonjour, vous allez bien ?]

0112. Mde : euh:: ana:: kanet andi maladie céliAQUE: [moi j'avais une maladie céliaque]

0113. Dr¹ : oui:: (continuez)

0114. Mde : we aytouli le SERVICE [on m'a convoqué pour le service national]

0115. Dr¹ : oui: (continuez)

0116. Mde : we khasni ndir euh:: un rapport bach neddef'ah:

[je voudrais un rapport pour le présenter au niveau de la caserne]

0117. Dr¹ : makanch mouchkil++ tla'a nchoufek:

[il n'y a pas de problème, montez sur la table pour vous voir]

0118. Mde : <...?>

0119. Dr¹ : fe Juin+ ah ! rak ada qui dert'hom fe / fe Juillet:: ouah: c'est bien / c'est bien / c'est
bien [vous venez de les faire, ce mois de Juillet, oui]

0120. Mde : hada Juillet [ce mois de Juillet]
0121. Dr¹ : oui: saha / saha hadi:: <...?> [d'accord, celle-là..]
0122. Mde : fe tali+ dertli contrôle [vous m'avez fait un contrôle dernièrement]
0123. Dr¹ : ah ! dertlek [ah, je vous ai fait un contrôle]
0124. Mde : ella:: basah khasni ndir euh:: un rapport euh:: bien détaillé:
 [non, mais je voudrais que vous m'écriviez un rapport bien détaillé]
0125. Dr¹ : 'kifach hadi+ mani:ch fahem ana hadi houwa XXX hada /hada c'est un / c'est un
 compte- rendu:: [je n'ai pas compris, vous avez le compte-rendu ?]
0126. Mde : khasni neddi la casoran:: BRIA: [je voudrais envoyé une lettre à la casoran]
0127. Dr¹ : 'ih (c'est-à-dire)
0128. Mde : une 2004
0129. Dr¹ : haya une 2004 / haya une 2004 we hatta (e)l derwak: 2007++ 'wach atitelhom hadi:
 wella 'maatitha::lhomch
 [voici une lettre de 2004 jusqu'à 2007, vous leur avez donné cette lettre ?]
0130. Mde : ouah: guallek euh:: l'ordonnance hakka:: elle n'est pas valable
 [oui, pour eux, une ordonnance manuscrite n'est acceptée]
0131. Dr¹ : ammala rouh le service++ machi hna: bach (e)ntapéhalek
 [alors, vous allez au service, ce n'est pas ici, pour que je puisse la taper]
0132. Inf(5) : 'vous suivez: un régime
0133. Mde : ih [oui]
0134. Inf(5) : vous n'avez pas l'ai:r de suivre un régime: (rire)
0135. Dr¹ : tlaa andi le service+ XX el youm maa tnach inchallah 'saha
 [vous allez au service aujourd'hui vers midi d'accord?]
0136. Mde : ouah [d'accord]
0137. Dr¹ : maa tnach+ netlakaw tamma: 'd'accord [on se voit là-bas vers midi]
0138. Mde : Allah y'awnek [que Dieu soit en votre aide]
0139. Dr¹ : besslama:: sahit [au revoir, merci]

Enregistrement 5 :

Interlocuteurs :

Médecins spécialistes : (deux maître-assistants : Dr¹, Dr²)

Médecins résidents (Dr^{®1}, D^{®2})

Médecins internes (Int¹, Int²)

Infirmiers : (deux surveillants médicaux, deux infirmières diplômées d'état : Inf¹, Inf², Inf³, Inf(4))

Malades

Contexte : Visite générale

Côté des malades hommes :

Malade 1 :

0140. Dr¹ : donc+ patiente qui présente euh:: donc patiente <...?> / donc+++ c'est une kayen des motifs jeded XX c'est-à-di::re on a pas de patient ++ pour fai:re tel ou tel euh:: ++ lakhor kayen des malades / des malades chroniques / des malades chroniques+ qui sont euh:: / qui sont réexposés++ c'est-à-dire à la même euh:: maladie toujours il faut les présenter en premier lieu+++ patient+ HBS positif

[il y a de nouveaux motifs d'hospitalisation]

0141. Inf³ : HBS positif plus \

0142. Dr¹ : alo:rs les lipides < d'arome?>+++ c'est très: important pour les maladies chroniques+ parc(e) que l'évolution and les maladies chroniques: naarfou [on connaît] à peu près en dix ans+quinze ans XXX donc++ le type de maladie est+++ le début de / de / du risque+++ patient XY+ âgé de 29 ans:: d'abord donc hospitalisé / donc malade connue pour 'RCH:

0143. Inf(4) : 'RCH

0144. Dr¹ : toujours bon <...?> n'hebbou naarfou+ c'est-à-dire le motif d'hospitalisation

[on voudrait connaître le motif d'hospitalisation]

0145. Inf³ : <...?>

0146. Dr¹ : donc euh:: il est connu donc: RCH depuis \

0147. Inf³ : RCH depui::s \

0148. Mde : depuis deux ans

0149. Dr¹ : depuis deux ans voilà / voilà alo:rs qui présente une poussée+++ hna naarfou XX qu'il présente / qu'il présente <comme, connu?> des rectorragies::+ on va se poser la question: est-ce que c'est une 'RCH est-ce que c'est une maladie de 'Crohn++ ala hsab euh::+++ le diagnostic c'est-à-dire euh::+++ d'accord:: RCH: oui+ qui présente une poussée de XX hadamakan wahna on va régler \

[selon le diagnostic,...c'est tout et on va...]

0150. Inf³ : une poussée sé:vère

0151. Dr¹ : ih voi:là [oui]
0152. Inf³ : des diarrhées sévères des euh:: XX
(l'infirmier avance un signe majeur de ces poussées qui sont les diarrhées abondantes)
0153. Dr¹ : alors maintenant++ l'évolution de ce patient+++ on avait demandé une protidémie 'yak [n'est-ce pas]
0154. Inf³ : el¹⁶bara:h oui+ à titre externe makanch hna fe l'hôpital
[hier oui..., la protidémie ne se fait pas au niveau de l'hôpital]
0155. Dr¹ : 'jebtou taayarat++ 'taayarat jawkoum el youm
[vous avez reçu les résultats des bilans?]
0156. Inf³ : rahom hna [oui, ils sont là]
0157. Dr¹ : d'accord douk nchoufhom [je vais les voir]
0158. Inf³ : rahom and XX rahom andou [XX les a pris]
0159. Mde: hada rani nechrab zouj fe nhar [de ce médicament, je prends deux par jour]
0160. Dr¹ : rak sous régime alors mayhamch / mayhamch hada tachrab tlata fe nhar fahmatek tbiba 'yak+ hada fih quatre comprimés+ 'ch'hal chrabt une boita 'tlata:
[vous suivez un régime, ce n'est pas important, vous prenez trois par jour ; le médecin vous a expliqué n'est-ce pas? ici il y a quatre comprimés, combien vous avez pris, une boîte ou trois?]
0161. Mde : euh:: tlata [trois]
0162. Dr¹ : voilà / voil:à andek trois comprimés:: en une seule prise pendant:: quatre jours++ très bien::+ blast Flagyl elli darrak++ ntina mahmaltch Flagyl 'yak c'est ça: hadou:: normalement (il) (n) y a pas de problèmes++ c'est bon 'ça va: lekhrou:j la diarrhée
[vous avez trois comprimés à la place du Flagyl que vous n'avez pas supporté, vous n'avez pas supporté le Flagyl, n'est-ce pas?; et concernant les selles, vous avez des diarrhées?]
0163. Mde : toujours la diarrhée
0164. Dr¹ : alo:rs 'ch'hal khrajt man khatra 'koutli ch'hal euh:: \
[vous avez fait combien de selles?]
0165. Mde : huit fois+ mazal andi huit fois++ (e)l youm
mazal makhrajtch
[je fais encore huit selles, aujourd'hui je n'ai pas encore fait de selles]
0166. Dr¹ : ih koutli majat jaria majat kas'ha

¹⁶- l'article en arabe

[alors, vous m'avez dit qu'il s'agit de selles semi-liquides]

0167. Mde : manich aref [je ne sais pas]

0168. Dr¹ : marakch aref! c'est-à-dire exactement:: [vous ne savez pas]

0169. Mde : ghi une diarrhée:: ma:: teuh: machi:: \ [il s'agit d'une diarrhée qui n'est pas..]

0170. Dr¹ : 'beza::f+ la quantité 'bazaf

[abondantes, diarrhées abondantes]

0171. Mde : ella [non]

0172. Dr¹ : 'fiha erriha: khanza [des diarrhées fétides?]

0173. Mde : fiha ouah++ weuh c'est-à-dire ghi bechwia c'est-à-dire manakhroujch mriyah nichane+ nekrouj koul khatra nekrouj euh:: \

[oui fétides, je trouve des difficultés à faire mes selles, chaque fois je vais aux toilettes]

0174. Dr¹ : taassar ça veut dire: kimma ngoulou

[des faux besoins, comme on le dit]

0175. Mde : ouah [oui]

0176. Dr¹ : hadi hiya++ donc 6l: il fait:: une hypoprotidémie et une hypoalbuminémie légè:re hein donc c'est pas terrible+ maalich très bien++ 'we la 'VS

[c'est ça, c'est pas grave]

0177. Inf³ : on a lancé une VS

0178. Dr¹ : donc euh:: c'est un peu l'aspect:: un signe de: / de: l'évolution de: la:: taa / taa RCH donc il fait / il fait toujours dix selles sanglantes mais (il) (n) y a pas de sang euh:: huit selles / huit selles [de l'RCH]

0179. Inf³ : huit selles mais (il) (n) y a pas de sang

0180. Dr¹ : (il) (n) y a pas de sang / 'we kifach t'heuss rassek+ ayen: fachlan:+ rak zaamak::+ tatmacha 'chwiya

[comment vous vous sentez, fatigué, épuisé, vous marchez un petit peu?]

0181. Mde : nefchel [je me sens épuisé]

0182. Dr¹ : tefchel [vous vous sentez épuisé]

0183. Mde : netmacha ghi chwiya:+ nefchel+ we ki: nakoul wella:: nentfekh

[je tolère très mal la marche et je fais des ballonnements quand je mange]

0184. Dr¹ : ' (ye)semma les gaz bezaf++ 'wel makla assem rak takoul+ 'est-ce que rak dayer un régime

[alors c'est les gaz, et pour l'alimentation, qu'est-ce que vous mangez? vous suivez un régime?]

0185. Mde : ih:: un régime [oui]
0186. Dr¹ : 'assem houwa [c'est quoi comme régime]
0187. Mde : andi:: la purée euh:: [je prends une purée]
0187. Dr¹ : i::h (quoi encore)
0188. Mde : andi roz: tani la malh la zit++
 khoubz messous hada makan
 [le riz aussi sans sel ni huile, pain sans sel, c'est tout]
 (Le malade donne de plus amples informations concernant le régime qu'il suit)
0189. Dr¹ : 'kich takoul djaj [comment vous mangez le poulet?]
0190. Mde : ih+ djaj tani hakdak ghi nghellih bel ma / ghi::+la melh la:: \
 [alors, la même chose pour le poulet, je le mange sans sel]
0191. Dr¹: 'tkad takoul eu::h djaj
 [vous pouvez manger le poulet?]
0192. Mde: ouah el fakiya andi:: ghi: à part teffah wel banane euh:: \
 [oui pour les fruits, je ne mange que les pommes et les bananes]
0193. Dr¹ : &ouah l'essentiel euh:: el haja elli tdourrak matakoulhach bezaf pa(r)ce que+ i (l) y a trois régimes / i(l) y a trois régimes à:: bon+ il y a déjà le régime sans sel taa les corticoïdes:+ hadi manahadrouch aliha++ mais il y a d'autres régimes en cas de poussées d'RCH: les aliments sucrés+++ chicoulat:: haja msakra bezaf:: tzidlek la diarrhée+ les aliments riches en résidu+++ hadou elli la SEP hadou elli yataamrou pour ne pas:: pour diminuer le volume de la SEP +we kayen le troisième régi::me les ALLERGENES batata frites el hout euh:: el yayourt \
 [oui, il faut éliminer tout aliment qui retentit sur ta santé, le régime sans sel pour les corticoïdes, on ne parle pas de ça, c'est clair.. chocolat, tout aliment trop sucré, il accentue la diarrhée et il y a un troisième régime... les frites, les poissons, les yayourts]
 (le médecin s'adresse au malade et à tous les autres participants en leur expliquant les types de régime que doit suivre un sujet atteint d'RCH)
0194. Mde : ella manakoulch el yayourt \
 [non, je ne mange pas les yayourts]
0195. Dr¹ : fromage+ petit-suisse hadou kamel
 matakoulhoumch
 [vous ne devez pas manger le fromage ..]
0196. Mde : ana gaa el haja taa lahlib ma nakoulhach [moi, je ne mange plus les dérivés de lait]

0197. Dr¹ : donc euh:: ces allergènes peuvent encore:: stimuler: euh:++ 'we hadouk les lavements++ rah ydourrak les lavements 'yak

[et concernant les lavements, vous vous sentez mal quand vous les utilisez?]

0198. Mde : ih [oui]

0199. Dr¹ : voilà: c'est bon on attend / on attend les lavements we: ça+++ ki kount taamal les lavements hatta hadouk les <...?> makountch tkharrajhom

[vous ne rejetez pas les lavements quand vous les utilisez]

0200. Mde : ana daymen ki tataammar kerchi bdak lakho::+r \

[à chaque fois que je sens un ballonnement après les lavements]

0201. Dr¹ : i:h (continuez)

0202. Mde : ndégagéha chwiya awed nriyah

[je vais aux toilettes pour me sentir mieux]

0203. Dr¹ : weuh:: les lavements taa+ Pentaza:: / 'alach marakch taamal les lavements taa 'Pentaza:: [pourquoi vous ne faites pas les lavements de Pentaza ?]

0204. Mde : euh:: \

0205. Dr¹ : 'makanch les lavements wella ma markawlakch:

[ce ne sont pas disponibles, ou on ne vous les a pas prescrit ?]

0206. Mde : ma markawlich + dert'hom khatra:: men \

[on ne me les a pas prescrit]

0207. Dr¹ : menkbel [auparavant]

0208. Mde: menkbel++ basah ma:: kanch \

[auparavant, mais il n'y a pas...]

0209. Dr¹ : ma awedch euh:: makanouch kaynine++ / makanouch dispognible balak kaynine+++ on va voir avec Dr XY men baad:: balak naatiwlou:: leuh:: de:: kismo lavements taa Pentaza 'd'accord++ (de) toute façon euh:: pour l'Albumine: hna:: c'est pas pour voir si nzidouleh wella:: hna c'est pour voir la gravité de la maladie

[vous n'avez pas réutilisé.., c'était pas disponible, possible qu'on a ce produit.. on va lui donner des lavements de Pentaza... pour nous.. c'est pas pour voir si on ajoute l'Albumine ou pas..]

0210. Inf³ : l'Hypoprotidémie

0211. Dr¹: voilà: l'Hypo /l'Hypoprotidémie c'est un:: / c'est un:: un signe \

0212. Inf³ : important

0213. Dr¹ : important voilà

Enregistrement 6 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (maitre assistant : Dr²)

Médecin interne (Int¹)

Infirmière brevetée : Inf¹

Malade : homme

Contexte : Examen endoscopique haut (Fibroscopie)

0214. Inf¹ : yih+ 'andek dentier: aatini dentier

[oui, vous avez une prothèse dentaire, donnez-la moi]

0215. Dr² : 'rak sayem++ el hadj rak sayem [vous êtes à jeûn?]

0216. Inf¹ : 'rak sayem el ha:dj [vous êtes à jeûn?]

0217. Mde: ah: ouah <...?> [oui]

0218. Inf¹ : ella maalich el ha:dj+++ bla djemil+++saha aatini / aatini::+haya chwiya taa lemsikra

[non, ça ne fait rien, donnez-moi.. voilà, prenez cette pommade anesthésiante]

0219. Mde: oua:h [d'accord]

0220. Inf¹ : heul foummak+ el hadj haya chwiya taa lemsikra bach mat'hasch be tiyou ma yederrakch+++ iyya esrat'ha

[ouvrez la bouche, prenez cette pommade anesthésiante pour ne pas sentir la douleur du fibroscope, avalez-la]

0221. Dr² : ça y est: la 'xylo:

0222. Inf¹ : oui ça y est:

0223. Dr² : djbedli la pince à biopsie+ Allah ykhellik

[ramenez-moi la pince.. que Dieu te bénisse]

0224. Inf¹ : el hadj+ k'houz and tebib++ / khouz andeh:

[poussez-vous du côté du médecin]

0225. Dr² : iyya:: aamel yeddek hakda+ chou+ voi:là dans un sens là +++ / aamel yeddek taht batek++ trè::s bien+ rasse:+ chou hada le menton+ hakmou hnaya++ / hada hakmah hna fi sedrek bla yeddi:k

[alors, mettez les mains comme ça.... mettez les mains au dessous des sous-aisselles...la tête..écarter le menton vers le thorax sans bouger les mains]

0226. Inf¹ : el hadj: rak moualef++ naamloulek kimma mdari:: ha::kdak / iyya add had el adma hadi hout rassek chwiya el hadj

[vous êtes habitué, on va faire comme d'habitude, alors serrez cette canule contre les dents, mettez la tête ici]

0227. Dr² : khellih yfout taht l'sanek+ min yawsal dekhil l'arrière-go:rge esrat++ / esrat

[laissez-le passer sous la langue, une fois arriver au niveau de l'arrière-gorge, avalez-le]

0228. Inf¹ : saaf tebib+ esrat chwiya el hadj [patientez, avalez un peu]

0229. Dr² : esrat [avalez]

0230. Inf¹ : esrat [avalez]

0231. Dr² : zid / zid / zid / zid / zi:d+ c'est bon esrat / esrat / esrat

[continuez.. avalez..]

0232. Inf¹ : esrat / esrat m'aah el hadj / esrat / esrat: iyya tnahad maa nifek ellla ella el ha:dj / ella tnahad maa nifek ghi be chwiya+ / ghi be chwiya / ghi be chwiya+ esrat

[avalez.., allez respirez par le nez, non non respirez par le nez, tout doucement.. avalez]

0233. Mde : toux

0234. Inf¹ : ella ella el hadj++ tnahad maa nifek ghi t'kayya / t'kayya khellih labgha yekhroudj

[non non respirez par le nez, vomissez, vomissez, ce n'est pas grave]

0235. Dr² : on est en train de s'enrouler::+ awed tchouf+ / awed on refait une deuxième tentati:ve esrat / esrat / esrat / esrat / esra:t +++ très:s bien on est dedans++ iyya tallaa ennafs maa nifek / tallaa maa nife:k++ensa complètement foummak / erwah l'interne: 'baghi tchouf \ je n(e) sais pas alach hada: on lui a indiqué:: une fibro \ voilà:: très bien:+ je suis passé:: rani dans le pylo:r+ &voilà: le bu:lbe l'intestin grê:le XX conniventes hadou / ne touche pas surtout ++ les valvules conniventes qui sont norma::les+++ normales+++ on fait le retrait+ l'exploration se fait au retrait+ un bulbe sain+ un pylore en régulier+++ hna kayen une muqueu::se qui est un p(e)tit peu tigrée+ chouf la couleur+++ le rouge et le ro::se 't'as vu+++ alors hna: on va faire une'biopsie:+ aatini la pince à biopsie: ih: c'est bien c'est bon alors après vérification du matérie:l on introduit dans le canal opérateur la pince à biopsie

[on refait, avalez..alors respirez par le nez, l'interne vous voulez voir? je ne sais pas pourquoi on lui a indiqué une fibroscopie ; je suis dans le pylor... là il y a une muqueuse tigrée, regarde la couleur, on va faire une biopsie, passez-moi la pince à biopsie, oui]

0236. Inf¹ : sbar el hadj / sbar / sbar+ rahom machyin ydiroulek ha:+ laayar

[patientez.. on va vous faire un prélèvement]

0237. Dr² : iyya ouvre+ rayyad tchou:++ fe:rme++ très bien++ très bien:: je pense nzidou une deuxiè:me+++ alors on introduit la pince une deuxième fois+++ ouvre: c'est bien: ferme awed ouvre tchouf / andek deux petites biopsies deux curies tu as trouvé deux biopsies++ j'ai pas trouvé: de:: de lésions évoquant une:: euh:: dégénérescence

[alors ouvre, attends, ..je pense on refait encore une fois.. ferme puis ouvre.. tu as deux biopsies]

0238. Inf¹ : c'est bon pour la pince

0239. Dr² : c'est bon pour l'instant

0240. Inf¹ : dernalek deux biopsies [on vous a fait deux biopsies]

0241. Dr² : ih goutlek [oui je vous l'ai dit]

0242. Inf¹ : ça y est

0243. Dr² : &il supporte bien l'acte+++ il n'est pas agité+ il n'est pas inquiet du tout:+ là: on est en train: de chercher: une lésion susceptible d'évoquer une dégénérescence +++ on monte à quarante centimètres+ on so::rt c'est bon+ l'œsophage qui est sain la muqueu:se+ elle est rose pâle++ c'est:: bon

0244. Inf¹ : ça y est el hadj+ tfaddal [ça y est on a terminé]

0245. Dr² : 'ça va

0246. Mde : ça va

0247. Dr² : iyya très: bien / had taayar taamalthom+ yla kherdjou norma:l maandek walou+ ça y est matatkallakch

[alors, vous faites ces bilans, si les résultats reviennent normaux, donc vous n'avez rien de grave, ne vous inquiétez pas]

0248. Inf¹ : challal foummouk+ machi hna rwah rwah [lavez la bouche, venez..]

Enregistrement 7 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (maitre-assistant : Dr¹)

Infirmière brevetée : (Inf(5))

Contexte : Consultation.

0249. Inf(5) : hadik lokhra elli:: / hadik elli:: XX / 'HADIK:

[cette dame, celle qui..]

0250. Dr¹ : IH [oui]

0251. Inf(5) : hadik la jeune da:me [cette jeune dame]

0252. Dr¹ : oui:

0253. Inf(5) : 'euh: elle suit quel traitement

0254. Dr¹ : Interféron+ c'est tout+++ elle a subi deux séances de ligatu::res

0255. Inf(5) : l'Interféron+ ligature / ligature+Interféron fe l'Hépatite C ! hatta l'Hépatite B
raha::\
0256. Dr¹ : ih kifkif [oui c'est la même chose]
0257. Inf(5) : ah bon ! c'est 'nouveau
0258. Dr¹ : ella man zman+ ki kal'ou fe traitement hada <...?> jusTEMENT: on a plus de
candidats fe l'Hépatite B que l'Hépatite C+++ hada makan
[non, c'est depuis longtemps, dès qu'ils ont commencé le traitement... c'est tout]
0259. Inf(5) : hmm
0260. Dr¹ : hata les candidats kayen bezaf fe C
[même les candidats de l'Hépatite C sont nombreux]
0261. Inf(5) : kamel les malades elli chefnahom fe servi:ce / kamel des Hépatites C
[tous les malades qu'on a vu au service sont des hépatitiques C]
0262. Dr¹ : pa(r)c(e) que makanch el B / wel B yaati moins de:: de réponse que:: le C
[.ils n'y a pas de virus B et le virus B donne moins de réponse que le virus C]
0263. Inf(5) : lokhra:: kan andha: el B
[l'autre (la malade), elle avait le virus B]
0264. Dr¹ : 'chkoun hiya [quelle malade?]
0265. Inf(5) : hadik elli teskoun fi khenchla:
[celle qui habite à Khenchela]
0266. Dr¹ : madernalhach ! [on n'en lui a pas fait!]
0267. Inf(5) : ella:: raha te:: / te /raha hatta derwak elle fait des ascites
[non, elle fait actuellement des ascites]
0268. Dr¹ : pa(r)c(e) que ça:: waslat l'ascite: ÇA Y EST
[elle est arrivée au stade de l'ascite]
0269. Inf(5) : elle l'avait pas / elle l'avait pa:s ça fait deux ans wella:
[ça fait deux ans à peu près]
0270. Dr¹ : balak on n'avait pas le traitement hadak el wakt
[le traitement n'était pas disponible, peut-être]
0271. Inf(5) : si si : kan kayen hadik el khatra [si,
il était disponible]
0272. Dr¹ : manich aref! houwa ygoullek XXX C résultat de 80% wel \

[aucune idée, on dirait généralement que le C donne des résultats de 80%]

0273. Inf(5) : ʔih wel B [oui et le B]

0274. Dr¹ : B 30%

0275. Inf(5) : ih [d'accord]

0276. Dr¹ : alors 70% ehec: kelli madar walou [comme s'il n'a rien fait]

0277. Inf(5) : i::h! [ah bon!]

0278. Dr¹ : <...?> ala biha:: le mieux qu'il soit vacciné+ parce que le vaccin taa B anna rah kayen / ça existe dans le marché++ basah le vaccin contre le C makanch : c'est-à-di:re qu'on peut pas vacciné: contre / contre l'Hépatite C 'fhamt

[c'est pour cela.. mais le vaccin contre le C n'est pas disponible.. tu as compris]

0279. Inf(5) : hmm+++ meskina hadik elle est très jeune+ hadik moulat le virus B

[la pauvre elle est très jeune, celle qui a le virus B]

0280. Dr¹ : mataarafch 'hein [elle ne le sait pas]

0281. Inf(5) : houwa+ 'son mari qui la contaminé

[c'est lui, c'est son mari qui la contaminé]

0282. Dr¹ : non:: manich aref+ balak man sghorha: zedet bih+++ malade hakdak 25 ans:: ʔc'est ça:+ deret fibro recemment

[je ne sais pas, peut-être qu'elle l'a eu depuis son enfance ou elle est née avec.. elle a fait une fibroscopie ...]

0283. Inf(5) : ih deret'ha recemment <...?>

[oui elle l'a fait recemment]

0284. Dr¹ : ouah: manich aref balek jebtah euh:: meuh:: m'and les coiffeu::rs m les dentistes euh:: tou::t est possible! hna fe bladna:: we jayya m Bechar en plus+++ we les moyens de stérilisation::alach fe frança:: ils insistent pa(r) c(e) que chaque euh:: \

[oui je ne sais pas, peut-être qu'elle a eu à travers des coiffeuses, ou bien des dentistes, tu sais chez nous, et encore, elle vient de Bechar.. et les moyens de stérilisation, c'est pourquoi en France, on insiste sur ça]

0285. Inf(5) : tbanli hiya me(n) Tlemcen we rajelha me(n) Bechar

[je crois qu'elle est de Tlemcen et son mari de Bechar]

0286. Dr¹ : c'est les moyens de stérilisation: c'est / c'est terrible <...?> elli yewchmou+ / elli / eeli: yaamlou :: XXX / elli yaamlou:: beaucoup de:: bazaf kayen / elli yaamlou: hadouk ki y'aytoulha (toux) les arts techniques taa euh: / euh:: XX taa dwa: hja:: hja \

[ceux qui font le tatouage, ceux qui font.. ils sont nombreux qui font.. comment on appelle ça..la technique qui sert comme traitement..]

0287. Inf(5) : EL HIDJAMA

0288. Dr¹ : EL HIJAMA

0289. Inf(5) : El Hijama

0290. Dr¹ : El Hijama bon:: fiha les vertus mli::ha++ hna ma naarfouch::++ c'est-à-dire quels sont / quels sont kifach yeuh:: yeuh: ybarriw++ mais fiha des résultats d'après les gens qui ont: \

[c'est une bonne méthode de traitement, mais on ne sait pas exactement la technique, mais il y a de bons résultats d'après les gens qui l'ont pratiqué]

0291. Inf(5) : c'est vrai

0292. Dr¹ : basah 'est-ce qu'ils se font dans des conditions 'd'asepsie

[mais..]

0293. Inf(5) : non

0294. Dr¹ : hei(n)! donc le problème: \

0295. Inf(5) : non:: moi j'étais:: euh:: \

0296. Dr¹ : tji tdawi taachi fe haja khra

[on vient pour traiter et on se retrouve dans des situations dramatiques]

0297. Inf(5) : taachi fe haja khra ouah:

[on se trouve dans des situations dramatiques, exactement]

0298. Dr¹ : plus grave

0299. Inf(5) : j'ai fait une: and médecin mais:: j'ai remarqué que:: ma tdirch ni interrogatoi::re ni walou

[j'ai fait une Hijama chez un médecin et j'ai remarqué qu'elle ne fait ni interrogatoire ni rien]

0300. Dr¹ : 'wel matériel: taaha [et le matériel qu'elle utilise?]

0301. Inf(5) : mais je lui ai fait la remarque

0302. Dr¹ : i:h (qu'est-ce qu'elle t'a dit)

0303. Inf(5) : ella:: gatli rani ndir la stérilisation::

[non, elle m'a dit qu'elle fait la stérilisation du matériel]

0304. Dr¹ : la stérilisation hiya el haja:: alach pourquoi ndirou les seringues jetables

[la stérilisation est très importante c'est pourquoi on exige les seringues..]

0305. Inf(5) : &ana je lui ai fait la remarque: d'ailleurs ki d'khalt ma: saksatni ma walou:: c'est une médecin+hadi: généraliste battlat we raha t'dir fel hijama+++ iyyaw hakda eddam yakhrouj hakda: t'khrouwi : t'dir hade:k: c'est-à-dire tbaddal la ventouse+ goultelha kifach tdiri la stérilisation: gatli ndir el khall weuh:: \

[quand je suis entrée, elle ne m'a rien demandé, c'est une généraliste, elle a quitté son travail et elle fait el hijama, elle change les ventouses pleines de sang, je lui ai demandé à propos de la stérilisation, elle m'a dit qu'elle utilise le vinaigre]

0306. Dr¹ : el khall ! el khall ! [le vinaigre!]

0307. Inf(5) : hadik la XXX pour euh:: hadik la méthode euh:: taa dik elli tghalli:: l'EBULLITION [la méthode de l'ébullition]

0308. Dr¹ : ih::++ (c'est grave)

0309. Inf(5) : ha::kdak [c'est ça]

0310. Dr¹ : makanch manha hadi [ce n'est pas vrai, ça]

0311. Inf(5) : ça y est:: elle n'est plus utilisée

0312. Dr¹ : c'est / c'est wahed jahel ykoullek el khall++ à la rigueur::r+ mais un médecin !

[si la technique du vinaigre provient d'un illettré, on peut l'accepter, mais d'un médecin !]

0313. Inf(5) : ella kanet kayna la stérilisation be l'eau bouillante: w'hada::+ kanet kayna: [la méthode de l'ébullition est très ancienne]

0314. Dr¹ : zma::n [ça fait longtemps]

0315. Inf(5) : zman [ça fait longtemps]

0316. Dr¹ : yeguel'ou les électrodes we y'dirou weuh:: \

[on enlève les électrodes et on fait..]

0317. Inf(5) : oua:h voi:là [oui c'est ça]

0318. Dr¹ : hadi vingt ans wella trente ans cinquante ans: ma wellawch ydirouha++ kayen elli:/ elli \

[ça fait 20 ou 30 ou 50 ans qu'on n'utilise plus cette méthode, il y a d'autres..]

0319. Inf(5) : ouah [oui]

0320. Dr¹ : kayen elli:: /kayen elli maintenant / elli \

[il existe des méthodes qui..]

0321. Inf(5) : kayna basa:h elle n'est plus utilisée

[elle existe mais on ne l'utilise plus]

0322. Dr¹ : 'Cedex elli anna taa el Fibroscope:

[le Cedex, avec quoi on stérilise le fibroscope]

0323. Inf(5) : i::h

0324. Dr¹ : hadek houwa / hadek qui tue le virus walakin hadak houwa:

[c'est le seul produit qui tue le virus]

0325. Inf(5) : CATASTROPHE++ we hadik elli rahom ydirouha fe trig!

[on fait aussi cette technique en plein public]

0326. Dr¹ : 'ella:+ basah !++ 'we l'aiguille / l'aiguille XX elli bach tetkoub

[c'est pas vrai, et l'aiguille qu'elle utilise pour percer]

0327. Inf(5) : la lame

0328. Dr¹ : i:h

0329. Inf(5) : ella: non stéri:le [non, non-stérile]

0330. Dr¹ : ah!

0331. Inf(5) : lame hadik <...?> [cette lame]

0332. Dr¹ : ih: [oui]

0333. Inf(5) : ih: [oui]

0334. Dr¹ : stérile

0335. Inf(5) : non: machi stéri::le [non stérile]

0336. Dr¹ : ah !

0337. Inf(5) : euh:: c'est-à-dire propre

0338. Dr¹ : elle n'est pas+ c'est-à-dire stérile / elle n'est pa::s \

0339. Inf(5) : hadik la la:me [cette lame]

0340. Dr¹ : ih ih++ maalich <...?> l'essentiel elle est propre: mafihach \

[ah d'accord, ce n'est pas grave, l'essentiel qu'elle soit propre, il n'y a pas de..]

0341. Inf(5) : ella basah tarmi:ha

[non, mais elle la jette (après chaque usage)]

Enregistrement 8 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (maître-assistant D¹)

Infirmière (brevetée : Inf(5))

Malade (homme)

Contexte : une consultation.

0342. Inf(5) : XX

0343. Mde : ih [oui]

0344. Dr¹ : 'wachta andek: [qu'est-ce que vous avez comme problème?]

0345. Mde : euh: \

0346. Dr¹ : fekkerni:: assem houwa (e)l mouchkil+ elli kan andek
[rappelez-moi, quel était votre problème]

0347. Mde: ih:: l'estomac:: normalement::+ raha ada andi:: mzeyra
[j'ai toujours un problème d'estomac]

0348. Dr¹ : aatini lwarka taak Fethi 'yak
[donnez-moi votre lettre, c'est bien Fethi, n'est-ce pas?]

0349. Mde : ih Fethi [oui, c'est Fethi]

0350. Inf : i:h kount / 'kan y'tabaak XY:: [vous suivez chez Dr XY]

0351. Mde : ih [oui]

0352. Dr¹ : 'wa alach ma wellitch andou
[et pourquoi vous n'êtes pas venu voir ce même médecin?]

0353. Mde : fewet euh:: kan congé wella ma::+ \ [il était en congé]

0354. Dr¹ : jit l'andi [vous êtes venu me voir]

0355. Mde : awed jit (e)l andek / awed goutli wellili \
[vous m'avez vu et vous m'avez demandé de revenir]

0356. Dr¹ : très bien

0357. Inf(5) : le vingt et un:

0358. Dr¹ : très bien 'we dourk kich rak t'heuss rouhek
[et comment vous vous sentez?]

0359. Mde : i:h++ dek ennafkh we hada: chwiya::+
[bon, pour le ballonnement ça va]

0360. Dr¹ : i:h / ih [oui, oui]

0361. Mde : basah derwak n'heuss hna:+ ye / yetlaali ki chghoul / yetlaali hatta lerassi
[mais je sens une douleur qui irradit vers la tête]

0362. Dr¹ : 'ki tkoun jiane++ kifach t'houss rouhek
[comment vous vous sentez quand vous avez faim?]
0363. Mde : jiane: no::rmal
[quand j'ai faim, je me sens tout à fait normal]
0364. Dr¹ : 'XX derwak [et maintenant]
0365. Mde : ella [non]
0366. Dr¹ : 'tkoun gha:ya [vous vous sentez mieux]
0367. Mde : nkoun mli:h [je me sens très bien] (avant de manger)
0368. Dr¹ : mour (e)l makla te:: / te: / t'wellilek wella 'KIFACH
[dés que vous mangez, ça (la douleur) réapparaît]
0369. Mde : ih:+ ki: / ki nakoul naawed n'heuss kelli chwiya taa ennafkh \
[oui, dés que je mange, je sens un ballonnement]
0370. Dr¹ : ih i::h \ (continuez)
0371. Mde : e(h)oua:: we
khatrat bnadem min yeuh::+ yet'laali hagda+ ne / n'heuss rassi mdahwar
[et puis, quand j'ai cette douleur, je sens des vertiges]
0372. Dr¹ : 'kount aatitek traitement nhar elli jit (e)l andi::
[je vous ai prescrit un traitement le jour où je vous ai vu?]
0373. Mde : ih [oui]
0374. Dr¹ : 'we riyahht bih:+ wella ma riyahhtch bih
[et ça (traitement) a donné des résultats ou non?]
0375. Mde : chwiya: hadak ennafkh lekoui:: we hadak meuh:: \
[oui, un petit peu, le ballonnement important et tout (a cédé)]
0376. Dr¹ : ih+ 'riyahht alih
chwiya [ça a donné des résultats?]
0377. Mde : ella:+ ça: va khir melli kount \ [non, ça va, je me sens mieux]
0378. Dr¹ : bassah derwak \ [mais maintenant..]
0379. Mde : ki chghoul bakili ghi hadi hna fel
wast tjini ki chghoul euh::
[quelque chose qui ne va pas à ce niveau, au niveau de cette partie médiane,
j'ai quelque chose qui..(gêne)]

(le malade n'arrive pas à caractériser le type de la douleur et montre au médecin sa localisation)

0380. Dr¹ : tlaa tchouf:+ n'kalbak 'hna c'est <...?> 'fayen rak tetwajaa

[montez sur la table pour vous consulter.. à ce niveau, montrez moi exactement la localisation de la douleur]

0381. Mde : hna chwiya berk XXX

[à ce niveau, il s'agit d'une douleur minime]

0382. Dr¹ : 'fayen andek [c'est où exactement?]

0383. Mde : andi taklia menna:+ we hadi hna n'heuss min yatlaali leuh:: \

[la douleur commence d'ici, et puis elle irradit vers..]

0384. Dr¹ : wel kiya:+ 'ma tatkayach

[et pour les vomissements, vous ne vomissez pas?]

0385. Mde : ella: [non]

0386. Dr¹ : 'ma yjikch euh:: ett / ettakiya [vous ne vomissez pas?]

0387. Mde : kli::+l euh:: hadik taa:: gualbi yat'laa rani netkallak ghi: khatrat
netkallak beza::f

[c'est rare où je vomis, je déprime trop]

0388. Dr¹ : bezaf '(e)y zid alik

[la dépression accentue la douleur]

0389. Mde : ih: (e)y zi:d rani m'warrak hagda+ loukan zaama haja / ghi haja: telttakh
wella::+ \

[oui exactement, je m'inquiète à la moindre des choses]

0390. Dr¹ : teu::h \

0391. Mde : nheuss hna:: \ [je sens à ce niveau..]

0392. Dr¹ : tsa::ter [une douleur]

0393. Mde : hmm

0394. Dr¹ : ça y est houwad chouf tji (e)l andi euh:: ma naatikch traitement derwak
basah aatitek traitement hadak n'ha:r+

[ça y est descendez, vous revenez un autre jour, je vous ai déjà prescrit un traitement la dernière fois, donc je ne vous donne rien]

0395. Mde : ih [d'accord]

0396. Dr¹ : X + une fibroscopie 'smaat

[vous m'entendez?]

0397. Mde : 'awed n'di:r [je refais encore une..]
0398. Dr¹ : rak aamalt hadi ame [vous en avez fait l'année dernière]
0399. Mde : ella::+ [non]
0400. Dr¹ : 'we ha [quand est-ce que, donc ?]
0401. Mde : ella ghi had euh:: [non, ça fait que..]
0402. Inf(5) : fe 'juin: [le mois de juin]
0403. Mde : ih: [oui]
0404. Dr¹ : aamalhalek XY [c'est dr XY qui l'a fait]
0405. Mde : ih XY [oui]
0406. Inf(5) : basah kateb deux milles seize+
[mais il a mentionné la date 2016]
0407. Mde : ella::+ machi deux milles seize
[non, ce n'est pas 2016]
0408. Dr¹ : i:h rah ghalet+++ ana ki cha(f)t deux milles seize euh: \
[ah ! probablement, il s'est trompé ; moi quand j'ai vu 2016...]
0409. Mde : ella:: machi deux milles
seize euh [non, ce n'est pas 2016]
0410. Inf(5) : juin juillet \
[j'ai pris le traitement qu'il m'a prèscrit, puis le votre]
0411. Mde : chrabt euh:: traitement+ andeh awed andek
[j'ai pris le traitement qu'il m'a prèscrit, puis le votre]
0412. Dr¹ : andi ouah+++ we ma riyahth c
(est)-à dire hadi hiya (e)l mouchkila 'wella n'zidlek un traitement we
nchoufou +yla ma riyahth: naamloulek une fibroscopie::
[vous avez pris le traitement que je vous ai prèscrit, et vous ne sentez pas de
différence, c'est ça le problème ; qu'est-ce que vous pensez si je vous prèscris
un autre traitement, puis on verra, si vous ne répondez pas je vous ferai une
fibroscopie]
0413. Mde : ih [d'accord]
0414. Dr¹ : iyya très bien [bon]
0415. Mde : ih Allah yahafdak [oui, que Dieu vous protège]

0416. Dr¹ : 'ch'hal fi omrak e::ssi¹⁷Fethi
[quel âge vous avez monsieur Fethi]
0417. Mde : cinquante cinq++ zayed fe trente janvier::+ tlata we khemsine XXX
[je suis né le 30 janvier 53]
0418. Dr¹ : alors: pepsa::ne+++ sachets / sachets <...?>
0419. Mde : ella / ella+ hadak bekri:+ mais \ [non, non, ça c'est ancien]
0420. Dr¹ : ih [d'accord]
0421. Mde : mais+ hawada: derwak ça y est [mais maintenant..]
0422. Dr¹ : ça yest
0423. Mde : achen houwa::+ (e)l haja elli:: rani ntabbaa'ha+++ haja taa (e)l khobz wella::
maa hna::+ XX komma (e)l khobz taa eddar+ wella:: ki nakoul / we nakoul
mlih zaamak / na::koul machi:: / ki nakoul neuh:: <nwelli?> awed yebka
ydourli hna / ydourli hatta (e)l dahri::
[je ne mange que le pain qu'on fait à la maison.. quand je mange très bien, je
sens une douleur irradiante vers le dos]
0424. Dr¹ : labas alik¹⁸ [bon rétablissement]
0425. Mde : Allah y'nawrak khouya¹⁹
[que Dieu soit en votre aide, mon frère]
0426. Dr¹ : y'la menna le ch'har Inchallah²⁰: \ [si d'ici un mois..]
0427. Mde : baraka Allahou fik [que Dieu vous bénisse]
0428. Dr¹ : menna le ch'har wellili
[vous revenez dans un mois]
0429. Mde : 'ch'har [dans un mois?]
0430. Dr¹ : ouah [oui]
0431. Mde : iyya Allah yahafdak / Allah yaawenkoum:+ baraka Allahou fikom
[alors, que Dieu vous protège, que Dieu soit en votre aide, que Dieu vous
bénisse]

Enregistrement 9 :

¹⁷- terme d'adresse, désignant : monsieur

¹⁸- une expression qui veut dire : je vous souhaite un bon rétablissement

¹⁹- mon frère, dans la culture arabo-musulmane, cette expression correspond à deux personnes appartenant à la même religion qui est l'Islam (deux musulmans= deux frères)

²⁰- expression désignant : si Dieu veut

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (maître-assistant : Dr¹)

Infirmières (brevetée : Inf¹, diplômée d'état : Inf²)

Malades

Contexte : Examen endoscopique haut

Malade externe 1: (homme)

0432. Dr¹ : 'rah yemchi dourk [il fonctionne maintenant?]

0433. Inf¹ : ça y est der(wa)k rah yemchi++ donc euh: problème de <cable...?>

[oui, il fonctionne maintenant]

0434. Dr¹ : iyya refdi dourk tchou

[alors prends le tout de suite]

0435. Inf¹ : ha houwed rassek ha sahbi:+ ghi tnahed / ghi bel aakel

[baisse la tête mon cher ami, respire tout doucement]

0436. Dr¹ : <...?> houl foummak tchouf: / houl foummak tchouf / houl foummak / houl foummak <...?> hayya el pomada+ esrat'ha++ we snanek:+ rak tnekkihom+ ylik te / te / te / tdewihom hein++ rak aref hada el euh:: / hada essous hada: ydekhallek euh:: / yaatik el mard taa el kalb+ khater glaahom / glaahom : matkhellich eddarsa fiha msawsa:: tjob el kalb <...?> il faut lui expliquer+ c'est / c'est des choses ELEMENTAIRES:+ khater kayen des caries dentaires elli / elli / qui entrent dans le cadre d'endocardites+ iden wa hna hna: on:: / on fait pas de diagnostic d'endocardite++ et déjà: qu'il vient pour une insuffisance cardiAQUE<...?> d'endocardite bactérienne \

[ouvre la bouche, tiens la pommade, il faut l'avaler, tu fais des soins dentaires, il faut le faire, tu sais que ces caries provoques des maladies du cœur, il faut même faire des extractions, il ne faut plus laisser ces caries car il existe des caries dentaires qui entrent dans le cadre d'endocardites]

0437. Inf¹ : add / add: houwed rassek \

[serre la canule contre les dents, glisse la tête]

0438. Dr¹ : c'est TRES mauvais de les faire / très très mauvais \

0439. Inf¹ : ha::gdak [très bien]

0440. Dr¹ : alo:rs à titre d'exemple el médecine interne s'occupe des: / du diabè::te+ hna on s'occupe de l'estomac::+ donc euh:: ha:ja khra on s'en fou+ alors non++ ala balek el kalb il doit / il doit makanch / il doit être surveillé / il doit être à cheval / il doit:: kayen elli la moindre des choses ychoufha anormale: il s'occupe de tout \ khelliha tedkhoul kimma dak nhar: ella ella ella++ esrat maaya / esrat rani dakhal / ESRAT maaya: tnahad man nifek / tnahad / tnahad men nifek / TNAHAD+ ha::gda / ha::gda tnahad++ bechwiya alik \

[chacun des médecins doit signaler le moindre signe anormal que représente le malade malgré qu'il ne relève pas de sa spécialité. Laisse passer le fibroscope, on va faire la même technique que l'autre fois, je vais l'introduire tout de suite, avale, respire par le nez, très bien, doucement]

0441. Inf¹ : <...?> \

0442. Dr¹ : bechwiya alik++ tnahad /
tnahad: j(e) vais essayer de la segmenter <de la place?> de l'estomac \ tnah
ghi bechwiya alik / ghi bechwiya alik+++ maladie de <...?> tnahad ghi
bechwiya alik / ghi bechwiya alik++ aji tchouf à l'estomac (il n') y a rien / aji
tchouf++ <c'est des allongements?> tnahad ghi bechwiya alik+ à l'estomac (il
n') y a rien+++ (il n') y a pas d'ulcè:re (il n') y a pas de formation:: (il n') y a
rien du tout

[respire tout doucement, viens voir, il n'y a rien à l'estomac]

Malade externe 2 : (homme)

0443. Dr¹ : raha en stérilisation [elle est en stérilisation]

0444. Inf¹ : ouah [oui]

0445. Dr¹ : khelli la stérilisation un quart d'heure

[laisse la stérilisation ¼ d'heure]

0446. Inf¹ : ndirou had el malade we man baad ndirou la stérilisation: bach man baad \

[on fait passer ce malade d'abord et puis on fait la stérilisation]

0447. Inf² : c'est une jeune fille \

0448. Dr¹ : i:h+ madabiya nebdaha ghedwa sbah hiya

[oui, j'aimerais bien la faire demain matin]

0449. Dr¹ : iyya d'accord maa le produit

[bon d'accord]

0450. Inf¹ : hadak ki smah Ali Tebbal

[il s'appelle Ali..]

0451. Dr¹ : aatini nchouf euh:: bio / biopsie++ on va l'hospitaliser hein:: naawed une
biopsie+ el haj tnahad ghi bechwiya alik++ ouvre / ouvre

[fais voir la biopsie, je vais lui refaire la biopsie, respire tout doucement]

0452. Inf¹ : c'est bon

0453. Dr¹ : ih / ih: ferme un bon fragment

0454. Inf¹ : oui

0455. Dr¹ : ferme

0456. Inf¹ : oui
0457. Dr¹ : chou ballaa ghi bechwiya: machi derba wahda / ballaa ghi bechwiya+ khater ki / ki jit dakhel: <...?> \
- [s'il te plait, ferme tout doucement, parce que quand j'ai introduit..]
0458. Inf¹ : l'enfant ndirouh hna wella (e)l hih
- [on examine l'enfant ici ou bien dans l'autre salle]
0459. Dr¹ : ella fe la salle de recto / recto \ ferme ghi bechwiya \ rahom andi / rahom andi \ houl
- [non, dans la salle de recto, ferme tout doucement]
0460. Inf¹ : 'nhoul [j'ouvre?]
0461. Dr¹ : ih houl++ mayakhrojch+ awed
- [oui ouvre, j'ai rien tiré, on refait]
0462. Inf¹ : ngbadlek el fibro [je te tiens le fibroscope]
0463. Dr¹ : riad+ ferme < le stérilisateur?> il faut le faire avec le même hada pa(rce)que lakhor tanik des biopsies [attends]
0464. Inf¹ : esbar maana ha chwiya
- [patientez un petit moment]
0465. Dr¹ : esbar maana el haj a ben ammi::
- [patientez, s'il vous plait]
0466. Inf¹ : el haj sbar maah: khellih yaayarlek+++ouah ghi bechwiya rezzan rasek / ghi:: bechwiya
- [patientez, laissez-le faire le prélèvement, tout doucement]
0467. Dr¹ : ouvre++ ferme chouf / chouf / chouf derwak \ labes
- [regarde s'il y a un fragment maintenant, c'est bon]
0468. Inf¹ : <...?>
0469. Dr¹ : ballaa / ballaa / awed balla+ houl / houl awed houl
- [ferme, puis ouvre]
0470. Inf¹ : makan walou [il n'y a rien]
0471. Dr¹ : awed aatini [donne moi encore une fois]
0472. Inf¹ : ça y est
0473. Dr¹ : on essaye une dernière fois::+ ch'hal me fragment+++ 'trois

[combien y a-t-il de fragments ?]

0474. Inf¹ : trois <...?>

0475. Dr¹ : 'ch'hal: trois <...?> andek jerha fe l'estomac+ smaat: hadak laayar elli dertah::+ yessamma khassak / khasna naawdouleh / fhamt el ha++ weuh:: mdak rak chwiya ayane khasna ndekhlouk (e)l youm bach ndiroulek ettahlilat++ tedkhoul (e)l youm wella 'ma tedkhoulch

[vous avez un ulcère gastrique, vous m'entendez, vous devez refaire le bilan, et comme vous me paraissez fatigué, il faut que vous soyez hospitalisé pour qu'on puisse faire les bilans nécessaires, vous voulez que vous soyez hospitalisé, oui ou non?]

0476. Mde : debbar rassek <...?> [c'est à vous de juger]

0477. Dr¹ : we (e)ttaayar defaahounna barra we jibeh: 'winta defaatah / fayen / fayen defaatah / winta / andman+ / andman defaatah

[pour la biopsie, il faut la faire à titre privé, et ramenez moi les résultats, chez qui vous avez lancé la première biopsie?]

0478. Mde : fe sbitar [à l'hôpital]

0479. Dr¹ : 'fe sbitar [à l'hôpital]

0480. Mde : ouah [oui]

0481. Dr¹ : 'ouach lewjaa [vous avez des douleurs?]

0482. Mde : ouah [oui]

0483. Dr¹ : 'win rah yawjaak

[où est-ce que vous avez mal?]

0484. Mde : hna [ici]

0485. Dr¹ : 'kerchak [au niveau de l'abdomen]

0486. Mde : a:h

0487. Dr¹ : riyah / riyah <...?> man baad rouh jibenna++ hadi hna fe sbitar: smaat / kayen hna anna fe sbitar ma tedfaahomch l'taht / smaat:: nta jibelna un renseignement Abdellaoui Mohammed 'yak

[reposez vous et puis vous allez ramener un billet de salle pour votre hospitalisation, c'est bien Abdellaoui Mohammed?]

0488. Mde : ouah [oui]

0489. Dr¹ : we dkhoul derwak jibelna taa euh: +++ riyah chwiya fel banc win kount gaad tamma:: rwah el hadj nsagadlek <...?>

[reposez vous dans le banc, je vais vous préparer le dossier]

Enregistrement 10 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (maître-assistant : Dr¹)

Infirmière (brevetée)

Surveillant médical

Malade (homme)

Contexte : Examen endoscopique haut

0490. Inf¹ : hout rassek el hadj

[posez la tête]

0491. Dr¹ : <...?>

0492. Inf¹ : ah: wALLAH marani arfa [je jure que je ne suis pas au courant] (aucune idée)

0493. Dr¹ : tnahad / tnahad el hadj men nifek ghi bechwiya alik \ andi une
rectosigmoïdoscopie Tahar hein

[respirez par la nez, tout doucement ; j'ai une rectosigmoïdoscopie à faire]

0494 : Surv : ih alach rani mballaa ala matériel \

[oui, c'est pour cela que j'ai fermé la salle où il y a le matériel]

0494. Dr¹ : ndir ghi hada:k euh:: kich y'aytoupleh 'faye(n) rah

[j'utilise le.. comment on appelle ça, où est-ce qu'il est?]

0495. Inf¹ : faye(n) rah hawadak / hawada

[où est-ce qu'il est? le voilà, le voici]

0496. Dr¹ : el hadj ghi saafni::+ très important de toute façon j(e) vais retirer

[aidez moi s'il vous plait]

0497. Inf¹ : 'alach ma:: ydirch euh:: <...?>

[pourquoi il ne fait pas de...?]

498. Dr¹ : ella: il fait une stase importante [non..]

0499. Inf¹ : saha [d'accord]

0500. Dr¹ :douk naatilkom une sonde gastrique amlouhalou ghadwa fe sbah
INCHALLAH:: douk nahdar maa la secrétaire / maa euh::

[placez lui une sonde gastrique que je vous donne tout de suite, on le programme
pour demain matin, j'en parlerai à la secrétaire]

Enregistrement 11 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (maître-assistant : Dr¹)

Infirmière (diplômée d'état : Inf²)

Malade (homme)

Contexte : Examen endoscopique bas : Examen proctologique (examen du rectum)

0501. Dr¹ : tlaa men fadlak++ \ X hémorroïdaires

[montez sur table s'il vous plait]

0502. Inf² : alli chwiya rassek

[relevez un peu la tête]

0503. Dr¹ : 'men / men fawek we nta had el mouchkil taa lbwasser taalej alihom

[depuis quand vous traitez pour ce problème d'hémorroïdes?]

0504. Inf² : hdar / hdar: 'men fawak

[dites depuis quand]

0505. Mde : mafhamtekch [je ne vous comprends pas]

0506. Dr¹ : 'men fawek we nta taalej alihom

[depuis quand vous traitez pour ce problème?]

0507. Mde : maalajtch khlas [je n'ai jamais traité]

0508. Dr¹ : a:h! maalajtch alihom khlas

[ah! vous n'avez jamais traité pour ce problème]

0509. Mde : ih: walou [oui jamais]

0510. Dr¹ : 'yettardgoulek beddam [vous saignez?]

0511. Mde : ouah [oui]

0512. Dr¹ : i::wa:h [d'accord]

0513. Inf² : erkhef matziyarch+ ella ghi sbar saafna / ghi sbar chwiya sbar

[décontractez vous, aidez nous, patientez]

0514. Dr¹ : <...?>

0515. Inf² : ghi bechwiya [tout doucement]

0516. Dr¹ : erkhef rouhek matzayarch matkallakch rouhek

[décontractez vous, ne vous inquiétez pas]

0517. Inf² : iyya hawed ghi bechwiya alik / hawed ghi bechwiya alik

[descendez, tout doucement]

0518. Dr¹ : smaat [écoutez moi]

0519. Mde : ouah [oui]

0520. Dr¹: douk naatik dwa triyah bihom makanch mouchkil

[je vais vous prescrire un traitement pour vous rétablir, il n'y a pas de problème]

0521. Mde : nriyah bihom [je vais me rétablir par ce traitement]

0522. Dr¹ : ouah triyah mafihach leuh:: ghi dwa

[oui, vous allez vous rétablir uniquement par un traitement médical et non pas autre (chirurgical, le médecin veut dire)]

Enregistrement 12 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (maître-assistant : D¹)

Infirmière (diplômée d'état : Inf²)

Surveillant médical

Malade (femme)

Contexte : Examen endoscopique bas : Rectosigmoïdoscopie

0523. Surv : ih ha doukhli / doukhli tabghi tchikhi chiki barra++ ha khti rana nekhedmou
we rana ayanin ala balek

[s'il vous plait madame, entrez ; si vous voulez bavardez faites le dehors, c'est un lieu de travail, on est fatigué, vous le savez]

0523. Dr¹ : hadi me sbah / sbah we hna nejebdou

[on bosse depuis ce matin]

0524. Inf² : ih goutelha / goutelha++ \ houtih hna: ha::dak+ ettal'i errougdi ala jenbek
lisser: douri / douri

[oui, c'est ce que je lui ai dit ; déposez votre tête ici, montez sur table en décubitus latéral gauche, tournez vous]

0525. Dr¹ : ha douri mlih a mma²¹ [s'il vous plait madame, retournez vous]

0526. Inf² : choufi fel hayt: eggouadi we choufi fel hayt: tal'i / zidi tal'i eggouadi / eggouadi
/ zidi ekkouhzi andi / andi andi ha::kdak++ choufi kimma elli raki zidi hewdi
ala jenbek lisser++ iyya hewdi / hewdi / hewdi / hewdi welli andi / goutlek
welli andi el taht / el taht / el taht hawdi andi zidi / zidi el taht / zidi chwiya

²¹- ma mère, dans la culture algérienne, c'est un terme d'adresse qui se dit à une femme âgée

iyya ha::kdak très bien+ hawdi:: jibi rkabik and / and hejra:k zidi ktafek serhi rejlik hakda: iyya très bien raki ghaya: iyya erougdi ala jembek we erkhi rassek we khellina ndiroulek l'examen: saha:: iyya:

[regardez au mur..descendez...encore, encore.. faites la position latérale et décontractez vous et aidez nous à faire l'examen] : (l'infirmier est en train de préparer la malade pour un examen endoscopique bas)

0527. Dr² : <...?> ALLAH yahafdak aati leuh:: / goul le naima ki yahdar maaha Arbaoui terfed téléphone ntaah ala balek

[s'il vous plait, dis à Naima de prendre le numéro de téléphone de XX, tu sais que..]

0528. Surv : ouah XX [d'accord]

0528. Dr² : hada Mahmoudi / hada [c'est Mahmoudi]

0529. Surv : andi numéro ntaah [j'ai son numéro]

0529. Dr² : ara tchou(f) nahder maah [donne le moi, je veux lui parler]

0530. Dr¹ : smaat ki teuh::: basah andek euh:: une RCH 'yak /

[mais vous avez une RCH, n'est-ce pas?]

0531. Mde : euh::

0532. Dr¹ : andek une RCH [vous avez une RCH]

0533. Mde : elli sabt'hali el khatra elli fetat

[c'est ce que vous avez posé comme diagnostic, la dernière fois]

0534. Dr¹ : ouah nichène / nichène XXX c'est bon elle va bien+++ ça y est hani kammalt hein+ iyya c'est bon

[oui exactement ; voilà j'ai terminé]

0535. Inf² : oui naammarlek [je te remplis les..]

0536. Mde : ih [oui]

0537. Dr¹ : basah ntiya ça va raki khir melli kounti: ella

[mais vous allez mieux, non]

0538. Mde : chwiya: [oui un peu]

0539. Dr¹ : 'ysem mouk XX Fatiha [vous vous appelez Fatiha?]

0540. Mde : ouah [oui]

0541. Dr¹ : 'ch'hal raki tacharbi el kachi

[combien vous prenez de comprimés?]

0542. Mde : Djamel (la malade appelle son fils)
0543. Dr¹ : matatkalkich hawa and rejlik
[ne vous inquiétez pas, le voilà]
0544. Inf² : gaa ma tkalkich fi rouhek smaati
[surtout ne vous inquiétez pas, vous avez entendu]
0545. Dr¹ : Cortancyl wella Prednisone [cortancyl ou prednisone]
0546. Mde : <...?> andi ghi reuh:: \ [je ne prends que...]
0547. Inf² : 'cha raki tacharbi el kachi / 'cha raki tacharbi
[qu'est-ce que vous prenez comme comprimés?]
0548. Mde : <...?>
0549. Inf² : hammak rahom tamma [les voilà]
0550. Dr¹ : hamma taa les urgences [voilà le traitement des urgences]
0551. Inf² : ella taa les comptes-rendus [non, ce sont des comptes-rendus]
0552. Dr¹ : ella:: les comptes-rendus kayen ghi hadou
[non, c'est tout ce qu'il y a comme compte-rendu]
0553. Inf² : hammak tamma XXX télescope d'urgence [les voilà]
0554. Dr¹ : maalich [ce n'est pas grave]
0555. Inf² : neddi ghir hada++ ghi sbar cinq minutes
[je prends celui-là, patientez cinq minutes]
0556. Dr¹ : oui+ le temps elli ndekhlou hadi:: XX
[le temps de passer une autre malade]
0557. Inf² : XXX
0558. Dr¹ : on dirait XX ++ aji tchou(f) maaya: ara tchou(f) hadak
[viens voir ; donne moi le..]
0559. Inf² : hada [celui-là]
0560. Dr¹ : ara hadak / ara tchou(f) lakhor:+ labiyad
[donne moi le blanc] : (le médecin parle de la sonde à biopsie)

Enregistrement 13 :

Interlocuteurs : Médecins spécialistes (deux maître-assistants : Dr¹, Dr²)

Infirmière (diplômée d'état : Inf²)

Surveillant médical

Malade (homme)

Contexte : Examen endoscopique bas : Colonoscopie totale

0561. Mde : ya weddi::+ [je ne sais pas]

0562. Inf² : <...?> el mouhim khouwi::t baada [l'essentiel que vous videz le colon] (les interactants parlent du lavement évacuateur. Signalons que ce lavement est obligatoire pour évacuer tous les résidus du colon, la veille du rendez-vous. On fait habituellement deux lavements ; l'un à 00h et l'autre à 4h).

0563. Mde : rani mel barah wallah mel barah \ [depuis hier]

0564. Inf² : triyah inchallah [vous allez vous rétablir]

0565. Mde : mel barah [depuis hier]

0566. Inf² : triyah inchallah [vous allez vous rétablir]

0567. Mde : el barah ala tnaach dert'ha [je l'ai pris hier à minuit]

0568. Inf² : iyya inchallah: \ [bon inchallah]

0569. Mde : we beddit'ha XX à quatre heures [je l'ai commencé à 4h]

0570. Inf² : iyya d'accord:: 'basah andach chrabt'ha+ errabaa

[bon d'accord, mais à quelle heure vous l'avez pris, à 4h?]

0571. Mde : ouah [oui]

0572. Inf² : hewe(d)t ghil (e) lma [vous avez fait des selles purement liquides]

0573. Mde : ghi:l ma+ / wellit sbah ghil (e) lma

[oui, purement liquides, je me suis inondé de ce liquide]

0574. Inf² : iyya ghi glaa essrawel hada:k houttah and ra:ssek++ hayadi star rassek bechwiya alik / ghi bechwiya / ghi belaakel alik / ghi:: bettawil alik: gaa mataghbanh rouhek+ prend ton temps++ khoud waktek++ voilà:: iyya jammaa hnaya kimma jammaat / jammaa hna andi: zid / zid / zid / zid / zid: iyya erkoud ala jembek lissir kimma hna / erkoud ala jembak: iyya k'houz el andi:: trè::s bien ghi: bechwiya alik / ghi bechiya iyya trè::s bien+ eggoud hagda mastou:r+ rak à l'aise

[bon, enlevez le pantalon, mettez le sous la tête, couvrez vous, tout doucement, prenez votre temps, mettez vous en position latérale gauche]

0575. Mde : mlih / mlih [c'est bon]

0576. Inf² : 'rak ghaya el hamdoullah [vous allez bien?]

0577. Mde : el hamdoulla::h++ wach ngoullek hadi mel barah: ma chrabt ma klit

- [je n'ai pas mangé depuis hier]
0578. Dr¹ : iyya ghaya [c'est bien]
0579. Inf² : ala hsab rah très bien:+ \ les compresses
[il doit être bien préparé]
0580. Dr¹ : saha une minu::te [d'accord]
0581. Inf² : hak X [tiens]
0582. Dr¹ : <...?>
0583. Inf² : c'est bon
0584. Mde : chwiya lewjaa [des douleurs modérées]
0585. Dr¹ : tallaali la table [relève la table]
0586. Inf² : ouah [d'accord]
0587. Dr¹ : XX
0588. Inf² : naatik tabouret [je te donne le tabouret]
0589. Dr¹ : el hadj / el hadj
0590. Inf² : ara negbadlek wenta:: [je te tiens le.. et toi tu fais..]
0591. Dr¹ : gbadli hada:: [tiens ça]
0592. Inf² : 'rak tchouf [vous voyez]
0593. Dr¹ : koulchi flou
0594. Inf² : andek kayen euh:: [attention il y a..]
0595. Dr¹ : basah euh:: [mais..]
0596. Inf² : rak tekbar (rire) [tu as mal vieilli] (puisque tu as perdu les caractères physiologiques de la vision)
0597. Dr¹ : <...?>
0597. Surv : (rire)+++ ana tani ndirleh correction derwak
[moi aussi je vais lui faire une correction tout de suite]
0598. Dr² : Allah yaaychak yla hdar maakom Arbaoui
[s'il te plait, si arbaoui appelle..]
0599. Inf² : ouah [oui]
0600. Dr² : khater hadik l'affaire taah houwa:+ chef d'équipe+ ala balek
[pour une affaire le concernant, tu sais qu'il est chef d'équipe]

0601. Inf² : ih [oui]

0602. Dr² : weldeh rah yhawess alih

[son fils le cherche]

0603. Inf² : weldeh [son fils]

0604. Dr² : guellak hdar maah me début d'octobre smaat: goulleh+ c'est vrai hatta téléphone taah euh:: manich aref win rah

[il dit qu'il l'a contacté dès le début de l'année, je n'ai même pas son numéro de téléphone]

0605. Surv : essana balak neggabdah men andi

[attends, peut être que je pourrai le joindre de mon téléphone]

0606. Dr² : ella:: matagbdah walou+ rah ybalaah++ rah yhoulleh ki yebghi yahdar+ hatta ana ma kbattouch impossible / impossible de le joindre++ donc koullou hadak Mahmoudi rah yhawess alik: c'est urgent einh:: khater houwa ki yattassil maakom ntouma hadrou maah \ rak / rak ghaya préparé hein+ ha:: rak euh:: très très bien khir mel khatra elli fatet

[non, tu ne vas plus le joindre, car il n'ouvre son portable que lorsqu'il veut communiquer, même moi j'ai essayé en vain, il est impossible de le joindre ; dis lui que mahmoudi le cherche, c'est urgent ; vous êtes bien préparé, mieux préparé que la dernière fois]

0607. Mde : ella préparit mli:h [non, je me suis bien préparé]

0608. Dr¹ : ella: balek [non peut être..]

0609. Mde : bnadem gaa ma rgadch+ errga:d we ma rgadtch

[je n'ai pas dormi toute la nuit]

0610. Dr¹ : ça y est / ça y est c'est bon: hein: iyya erkhaf rouhek / erkhaf rouhek+ ha::kdak ghi: tnahad bechwiya ali:k++ yla ndarrit bezaf goulli hein: \

[décontractez vous, respirez doucement, si vous sentez une forte douleur, prévenez moi]

0611. Mde : rani madroul [j'ai mal]

0612. Dr¹ : 'we derwak [et maintenant] : (et maintenant, vous avez toujours mal?)

0613. Mde : ouah / ouah [oui, oui] a:h / aïe / aïe

0614. Dr¹ : i:h on va arrêter

0615. Mde : aïe

0616. Dr¹ : beza::f [douleurs intenses]

0617. Mde : bezaf / bezaf [oui]

0618. Dr¹ : ça y est / ça y est / ça:+
0619. Inf² : c'est bon saafna [aidez nous, patientez]
0620. Dr¹ : ça y est rani kharej / rani kharej [je vais sortir]
0621. Inf² : rana kharjin / rana kharjin [on va sortir]
0622. Dr¹: c'est bon / c'est bon++ iyya / iyya des XX <pétéchis?> ça y est kammalna:
c'est bon [on a terminé]
0623. Mde : ouah [d'accord]
0624. Dr¹ : <...?> ça y est c'est bon+ parce qu'il supporte ma:l++ peut être qu'il faut lui faire une anesthésie générale
0625. Mde : ennou:d [je descends de la table]
0626. Dr¹ : ça va
0627. Surv : allô docteur XX: rah hawess alik euh:: professeur Mahmoudi::
[professeur XX vous cherche]
0628. Dr² : goulleh hdar maa docteur Bendahmane \
[dis lui qu'il a contacté dr Bendahmane]
0629. Surv : weuh:: / we gallek yahtajek / yahtajek: très urgent+ kan awed ayyet maa bendahmane we gallou ayyet we ma gbattouch++ iyya we rah yessannak bach nta taayyatlou tast'hakah wella:: iyya hada houwa:+ hada alach ayyetlek++ hada ma kane+ ouah \ rahom hna XXX taa derwak / taa les bilans +++ mazal ma jawch les bilans <...?> sbah

[dis lui qu'il a besoin de toi, c'est très urgent, il a vainement tenté de le joindre, et il attend ta communication, voilà, c'est tout.. ils (les bilans) sont là, on a pas encore eu les résultats des bilans d'aujourd'hui]
0630. Dr² : <...?> goullou / goullou Tahar / Tahar fahmeh goullou Fethi rah \
[dis lui Tahar²², dis lui que Fethi a..]
0631. Surv : hawa bendahmane
maak [voici Bendahmane]
0632. Dr² : goullou fethi / goullou fethi:: [dis lui que fethi..]
0633. Surv : hawa [le voilà]
0634. Dr² : sbah el khir Bouzid: (prénom) ki: sbaht ça va chwiya / ça va chwiya: ntouma rakom bkhi::r chou ghi: ayyetli Mahmoudi:: galli ghi yahdar maaya bark we ça y est+ weuh:: / weuh: hadouk les <...?> qu'on a trouvé un problème kanou yzaakou bina s'habin euh:: hadouk taa euh:: les ambulanciers+ alors euh: on a décidé:+ fethi gallek ana neddihom euh:: ana pour le voyage euh:: on ne peut

²²- prénom de l'infirmier

pas mobiliser l'ambulance ghi ala jalhom we ça y est+ iyya houwa ghadi:: / houwa il va passer / houwa ghadi yeddihom we ça y est++ iyya sahit saha+ iyya porte toi bien:+ besslama

[bonjour Bouzid, ça va, vous allez bien, Mahmoudi m'a chargé de vous dire que vous deviez l'appeler ; on a eu un problème d'ambulance. Les responsables disent qu'ils ne vont pas mobiliser l'ambulance ; mais Fethi (le surveillant médical) va s'en occuper]

Enregistrement 14 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (maître-assistant : D¹)

Infirmière (breveté : Inf¹)

Malade externe (homme)

Contexte : Examen endoscopique haut

0635. Inf¹ : <...?>

0636. Dr¹ : <...?> on ne peut pas se permettre de faire une fibro

0637. Inf¹ : on a terminé

0638. Dr¹ : c'est très rapi:de+ il faut pas vous inquiéter: ghi maa ellouwel vous allez / vous allez sentir une gêne++ we men baad ki tfout ça y est++ c'est pas grave [vous allez sentir une gêne, mais simplement au début, ça va céder]

0639. Mde : hmm hmm

0640. Dr¹ : andna / andna gaa trente secondes nkamlou nchallah

[ça va nous faire au maximum 30 secondes et on termine]

0641. Inf¹ : dour ala jihtek [retournez vous de l'autre côté]

0642. Dr¹ : dour mlih ala jenbek / ala jenbek \ [mettez vous au côté latéral]

0643. Inf¹ : dour ala jenbek lisse:r

[mettez vous au côté latéral gauche]

0644. Dr¹ : ala jenbek: sur le côté: voi:: là hout rassek

[côté latéral, mettez la tête ici]

0645. Inf¹ : hout rassek [mettez la tête ici]

0646. Dr¹ : trè::s bien+ alor:s houl foummak+ \ [ouvrez la bouche]

0647. Inf¹ : addanna ala hadi / adde aliha

[serrez cette canule contre les dents]

0648. Dr¹ : chou(f) ki t'heuss'ha fi halkek khelliha tfout++ we tnahad men nifek une foi::s entré smaat+ hout hadi taht battek trè::s bien+ iyya bismillah tawakalna ala ALLAH++ khelliha tfout fouk elsanek mataamal walou+ matlewiha ma walou+++ alors ça y est rani el dakhel: vous respirez+ NORMALEMENT:: tnahad men nifek / tnahad ghi bechwiya alik
- [quand le fibroscope arrive au niveau de la gorge, essayez de l'avaler et respirez par le nez, , mettez votre main au niveau des sous-aisselles, au nom de Dieu, laissez le fibroscope passer au dessus de la langue, il ne faut pas le plier, ça y est je suis rentré, respirez par le nez, tout doucement]
0649. Mde : vomissements
0650. Dr¹ : tnahad ghi bechwiya ali::k [respirez doucement]
0651. Mde : toux
0652. Dr¹ : ghi:: bechwiya ma tkhafch/ ghi tnahad / ghi tnahad++ ma bkalnach beza:f ça y est ghi:: sbar maaya:
- [tout doucement, n'ayez pas peur, respirez, on va terminer, patientez]
0653. Mde : a::ye
0654. Dr¹ : une petite <...?> erythémateuse XX hmm+ des ulcérations:: / des ulcérations+ je vais le revoir aprè:s alors des ULCERATIONS des petites ulcérations donc j(e) vais le voir aprè:s+++ kayen hatta [il y a aussi]au niveau du bulbe X érythmateu::x il n'y a pas d'ulcération au niveau du bu::lbe+ voilà+ hna [ici] (il) y a des ulcères++ petites ulcérations voi::là i (l) y a deux ulcération::s trois quatre cinq++ ulcération::s je vais le revoir d'ici un mois: aprè:s+ traitement voi::là
0655. Mde : toux
0656. Inf¹ : 'ça va rak mli:h [vous allez bien] (l'infirmière s'adresse au malade)
0657. Dr¹ : ça y est j'ai terminé
0658. Inf¹ : iyya ça y est+ ghi bechwiya alik [très bien, tout doucement]
0659. Dr¹: rak majrouh fe l'estomac hein+ smaat <...?> houwa elli rah ydirlek had lewjaa hein
- [vous avez un ulcère gastrique, c'est cet ulcère qui vous provoque ces douleurs]
0660. Mde : toux
0661. Inf¹ : machi tamma / machi tamma [non ce n'est pas là-bas]
0662. Dr¹ : machi tammak ella [non, ce n'est pas là-bas]
0663. Inf¹ : machi tamma el akh:+ hawada lavabo
- [non, ce n'est pas là-bas, voilà lavabo]

0664. Dr¹ : euh:: multiples ulcérations+ exulcérations: entrales chouf euh:: Bloud::
[écoutez]
0665. Mde : oui
0666. Dr¹ : matachrabch des médicaments:: des antiinfalmmatoi::res wella:
[vous ne prenez pas de médicaments, des antiinfalmmatoires ou autres]
0667. Mde : euh si:: euh (je) suis sous traitement médical
0668. Dr¹ : 'assem rak tachrab [qu'est-ce que vous prenez?]
0669. Mde : hadi::: ah hmm
0670. Inf¹ : riyah / riyah [asseyez vous]
0671. Mde : astaghfir Allah+ jit maa <...?> [que Dieu me pardonne]
0672. Dr¹ : hmm hmm
0673. Mde : weuh:: be / Bedelix
0674. Dr¹ : ih [oui] (quoi encore)
0675. Mde : we lakhor nsiteh++ ghi chwiya rani: rani: ça va / ça va riyah basah euh:: hadi::
XX [et un autre, j'ai oublié la marque, je commence à me rétablir]
0676. Dr¹ : ih [d'accord]
0677. Mde : ana manich aref mais d'aprè::s++ c'est intoxication yballi d'origine
médicamenteu:se / yballi plus euh: balek euh:: alimentaire
[je ne sais pas, mais je crois que c'est une intoxication médicamenteuse, ou
beaucoup plus une intoxication alimentaire]
0678. Dr¹ : ella:: ella: makanch [non, non, ce n'est pas ça]
0679. Mde : ah
0680. Dr¹ : te te [non]
0681. Mde : kount chrabt euh:: \ [j'ai déjà pris..]
0682. Dr¹ : des / des antiinflammatoires machi:: \
0683. Mde : chrabt euh:: / chrabt Nifluril
bezaf
[j'ai pris beaucoup le Nifluril]
0684. Dr¹ : hmm
0685. Mde : kount euh:: \
0686. Dr¹ : voi::là Nifluril hiya elli deretlek had echi

[c'est le Nifluril qui vous a causé ce problème]

0687. Mde : ouah Nifluril+ chrabt Nifluril beza:f+++ d'aprè::s mes / mes collègues alouli:
hatta:: / hatta alimentaire

[oui, j'ai beaucoup pris le Nifluril, mais d'après mes collègues, c'est aussi une intoxication alimentaire]

0688. Dr¹ : ella [non]

0689. Mde : wana:: chrabt euh: Nifluril bezaf hein 'rak faham \

[oui, j'ai beaucoup pris le Nifluril, vous avez compris]

0690. Dr¹ : Nifluril MACHI alimentaire+
maybanouch / maymeddouch les ulcères

[c'est d'origine médicamenteuse et non pas alimentaire, l'intoxication alimentaire ne donne pas des ulcères]

0691. Mde : kanet andi un problème dentai:re++ j'ai voulu trai / traiter le problème dentaire
euh \

[j'avais un problème dentaire]

0692. Dr¹ : hadi hiya: des problèmes dentaires+++ kanet temchilek le (e)ddame

[exactement, c'est une complication suite à des problèmes dentaires]

0693. Mde : oui

0694. Dr¹ : des / des / des saignements:: we koulchi 'smaat

[vous avez des saignements et tout, vous comprenez?]

0695. Mde : ouah++ <...?>

0696. Dr¹ : ah oui:

0697. Mde : euh:: \

0698. Dr¹ : chouf smaani+ naatik un traitement derwak+ taawed twelli un contrôle
endoscopique d'ici un mois et demi \

[écoutez moi, je vous donne un traitement tout de suite, et puis vous revenez dans un mois et demi]

0699. Mde : inchallah [si Dieu veut]

0700. Dr¹ : ça y est

0701. Mde : saha [d'accord]

0702. Dr¹ : alors naawed naatik ana un traitement+ donc habbes hadak euh:: la:: Gastrimu:t
donc un comprimé deux fois par jour pendant:+ une semai:ne++we men baad
ghi une semaine tachrab deux comprimés we men baad un comprimé le soir+
hawa ana ktebtlek cinq boites+ we zid <zekla:r?> 'andek feuille d(e) maladie

[je vous donne un traitement, vous arrêtez le traitement que vous prenez ;
Gastrimut un comprimé 2 fois par jour pendant une semaine, et puis un
comprimé le soir]

0703. Mde : maandich \ [je n'en ai pas]

0704. Dr¹ : l'Amoxil 1g comprimé: un deux fois par jour++ Saidani

(prénom de l'infirmier)

0705. Inf¹ : oui

0706. Dr¹ : choufili yla kan hal malade rah yessenna tamma pour fibro

[vérifie s'il reste encore des malades pour fibroscopie]

0707. Inf¹ : saha [d'accord]

0708. Dr¹ : bach neuh:: / ndirouh [pour les faire tout de suite]

0709. Mde : 'maandkomch feuille de maladie [vous avez une feuille de maladie?]

0710. Dr¹ : ella hna maannach [non, on en a pas]

0711. Mde : euh:: l'ulcère ella: [ulcère, non]

0712. Dr¹ : c'est pas ulcère: c'est des ULCERA / des ULCERATIONS

0713. Mde : ulcè \

0714. Dr¹ : ulcérATIONS machi ulcère / machi ulcère+ ulcère haja kdi:ma:+ machi les
médicaments+ nta c'est les médicaments elli atroulek fen hadak echi:: d'accord

[ce n'est pas un ulcère, l'ulcère, c'est plaie ancienne, par contre pour vous c'est
les médicaments qui vous ont causé le problème]

0715. Inf¹ : 'ma houwa el malade taak [qui est votre malade?]

0716. Dr¹ : ella essenna ana nkoullek chkoun houwa

[attends, je te dirai qui c'est]

0717. Mde : kount euh:: <...?> dert kamel les analyses \

[j'étais.. j'ai fait tout le bilan nécessaire]

0718. Dr¹ : d'ici un mois et demi++ ça y est cheft'hom kamel les analyses+ hawa chefthom
kamel++

[j'ai vu tout le bilan, je les ai vu]

0719. Mde : 'cheft'hom [vous les avez vu?]

0720. Dr¹ : donc contrôle++ dans donc deux mois à peu près hakdak+ d'accord: voilà:

0721. Mde : allah yahafdak [que Dieu vous protège]

0722. Dr¹ : c'est bon / c'est bon temchi andi [vous venez me voir]

0723. Mde : alors un traitement plus euh:: \

0724. Dr¹ : un traitement plus un contrôle d'ici deux mois inchallah
[si Dieu veut]

0725. Mde : inchallah

Enregistrement 15 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (maître-assistant : Dr¹)

Infirmière (brevetée : Inf¹)

Malade externe (femme)

Contexte : Examen endoscopique haut

0726. Mde : essalamou alaykom

0727. Dr¹ : wa alykom essalem wa rahmatou Allahi wa barakatoh koulchi andek normal
hmm [tout est dans l'ordre]

0728. Mde : <...?>

0729. Dr¹ : saha: douk naatiwek tdiri scanne:r / tdiri scanner fe sbitar+ 'derti scanner fe
sbita:r hadi ch'ha:l+ wella ma derti:ch

[d'accord, je vais vous donner un scanner à faire, vous allez le faire à l'hôpital,
vous avez déjà fait un scanner à l'hôpital, ou jamais?]

0730. Mde : ma dertehch [je ne l'ai pas fait]

0731. Dr¹ : douk naatik tdirih [je vais vous le demander]

0732. Mde : hadi ch'hal \ [ça fait longtemps]

0733. Dr¹ : Fatiha: dert \ [vous l'avez fait]

0734. Mde : ouah [oui]

0735. Dr¹ : ouah: dans deux ans wella ame weuh:: \
[oui, dans deux ou un an]

0736. Inf¹ : deux mois::

0737. Dr¹ : 'fawek derna el contrôle \ ça y est hdart maah / hdart maa::h
[quand est-ce qu'on a fait le contrôle? ça y est je lui ai parlé]

0738. Inf¹ : ella houwa galli ma dkhalch
[non, il m'a dit qu'il n'est pas entré]

0739. Dr¹: we kifach hada hdar maa::+ hadou / had ennas hadou derna leuh:: \
- [et comment se fait-il qu'il parle avec des gents ; on a fait..]
0740. Inf¹: ella:: ana: / ana: goutleh euh: \
- [non, moi je lui ai dit..]
0741. Dr¹: ana rani nahdar maah bel arbia: nahdar maah be chinwia:
- [je lui parle en arabe et non pas en chinois]
0742. Inf¹ : 'rah yzid alik
- [ça s'accentue?] (l'infirmier parle de la douleur)
0743. Mde : ih bezaf rah yewjaani khouya:+ yahafdak
- [oui, j'ai une douleur atroce ; que Dieu vous bénisse]
0744. Dr¹ : XX:: (nom de la malade)
0745. Mde : XX++ hatta el kalwa raha tewjaani XX khedmouhali fe frança:\
- [j'ai aussi des douleurs rénales, je me suis fait opérer en France]
0746. Dr¹ : el kalwa ana khatini
- [je ne suis pas spécialisé en néphrologie]
0747. Mde : ouah [d'accord]
0748. Dr¹ : el kelwa: rouhi choufi fe euh tbib taa el kalwa
- [pour les douleurs rénales, il faut voir un néphrologue]
0749. Mde : ouah [d'accord]
0750. Dr¹ : ça y est
0751. Mde : ouah [d'accord]
0752. Dr¹ : iyya++ jibi leuh:: taa el kalwa+ goutlek ana hadi ch'hal belli ana khatini el kalwa+ el masrane ma andeh walou
- [concernant les douleurs rénales, moi je vous ai dit que ce n'est pas mon domaine, vous n'avez absolument rien au niveau du colon]
0753. Mde : 'we had el wjaa: taach+ we ma nergoudch walou we rani ghi ntaaya
- [et quelle est l'origine de cette douleur? je ne dors plus et je vomis tout le temps]
0754. Dr¹ : 'ch'hal [combien?]
0755. Mde : 'ch'hal andi men ame++ 58
- [j'ai quel âge?]

0756. Inf¹ : chou (f) ghi tamma / ghi tamma <...?> nouidi ghi bechwiya alik
 [écoutez, c'est là-bas, doucement]
 (l'infirmière montre à la malade l'endroit où elle doit se laver les mains)
0757. Dr¹ : we hadi diriha fe scanne:r
 [et faites un scanner]
0758. Mde : fayen fe sbitar: wella:: \
 [je le fait à l'hôpital ou.. (en privé)]
0759. Dr¹ : fe sbitar / fe sbitar++ loukan hatta / hatta yaatiwek
 leuh:: baida: maalich
 [vous le faites à l'hôpital, même si on vous donne un rendez-vous loin, ce n'est pas grave]
0760. Mde : 'ch'hal [quelle date à peu près?]
0761. Dr¹ : hatta yla aatawek baid euh:: errendez-vous: maalich
 [même si on vous donne un rendez-vous loin, ce n'est pas grave]
0762. Mde : saha [d'accord]
0763. Dr¹ : 'taach el amaliya derti:+ glaati el kalwa:
 [quel type d'intervention vous avez subi? on vous a enlevé rein?]
0764. Mde : raddhali le blassat'ha saa galli ma khdamt'halekch guedd guedd
 [le médecin a essayé de me régler le problème, mais il m'a dit qu'il n'a pas réussi à le faire]
0765. Dr¹ : ma:: \ [il n'a pas..]
0766. Mde : zadet / awed zadet tahet+ ouah
 [au contraire, (le rein) s'est déplacé]
0767. Dr¹ : ih yak kayen ghi hiya riha andna:: <...?> 'mahiya la: / la droite wella la gauche
 [quel est le rein qui vous pose problème, le rein droit ou gauche]
0768. Mde : limna [le rein droit] galli ma takhedmich hassoul euh: ki jit+ galli /
 gallna matsamhin ghi euh: matachtkich biya / gallna / galli ma khdamtakch
 guedd guedd we ma::+ ma aaraft menha rah yjini lewjaa ma aaraft me(n) el
 masrane++ yjini ki XX yekhrouj maaya hachak \
 [le médecin m'a demandé des excuses car, il n'a pas pu me régler le problème
 et il m'a demandé de ne pas déposer plainte, et je n'arrive plus à comprendre
 l'origine de cette douleur, est-ce d'origine rénale ou c'est le colon]
0769. Dr¹ : haya / ha houwa dwa/ hawa dwa

[voici (l'ordonnance), voici le traitement]

0770. Mde : sahit [merci]

0771. Dr¹ : besslama el hadja [au revoir]

Enregistrement 16 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (maître-assistant : Dr¹)

Infirmière (breveté : Inf¹)

Médecin interne de l'interservice (Int(is))

Malade de l'interservice (enfant : garçon)

Contexte : Examen endoscopique haut

0772. Dr¹ : 'kismo hada [comment il s'appelle ce malade?]

0773. Inf¹ : <...?>

0774. Dr¹ : euh:: syndrome deuh::

0775. Int(inter service) : euh:: euh:: problème exploration:: de la / de l'adénopathie

0778. Dr : hna [ici] on explore pas l'adénopathie+ c'est une adénopathie:: \

0779. Int(is) : euh::

0780. Dr¹ : proX wach dekhhalna fe l'adénopathie++ c'est la splénomégalie

[on a rien à voir avec l'adénopathie]

0781. Int(is) : splénomégalie

0782. Dr¹ : c'est-à-dire houwa \ [c'est lui]

0783. Int(is) : à la recherche des vari::ces / des::+ \

0784. Dr¹ : 'we alach demandétou biopsie

[pourquoi vous avez demandé une biopsie?]

0785. Int : j(e) sais pas

0786. Dr : hada elli ktabha hada: fahmou+ goullou rak ghalet

[dites à celui qui a écrit cela, qu'il se trompe]

0787. Int(is) : oui

0788. Dr¹ : ih: c'est-à-dire euh: bach / bach yataalmou+ hadama::+

[il faut bien apprendre les choses]

0789. Int(is) : ih [exactement]

0790. Dr¹ : c'est pour la remarque+ jamais matakatbou biopsie hatta::+ ceux / ceux qui écrivent une lettre ntina ki taktab leuh: hm par exemple hadi ghir lik bach tataalmi c'est ça: maalikch euh:: \

[il ne faut jamais demander vous-même une biopsie ; c'est un conseil pour vous, c'est juste pour apprendre les bonnes habitudes]

0791. Int(is) : oui

0792. Dr¹ : 'takbal euh:: la discussion [peut-on discuter?]

0793. Int(is) : oui

0794. Dr¹ : alo:rs par exemple quand vous envoyez: ana / ana par exemple quand j'envoie une lettre pour euh :: faire une / un scanner sur un radiologue ya:k++ par exemple un scanner abdominal+ est-ce que je lui+ par exemple je mentionne / je veux / je veux euh: cibler euh:: par exemple leuh le foi: par exemple je veux une exploration scannographique au niveau de la région hépato-biliaire yak [n'est-ce pas]

0795. Int(is) : oui

0796. Dr¹: est-ce que je lui précise:: ki:/ ki nebaatou / ki n'orientih vers l'hépto-biliaire+ est-ce que je lui précise qu'il faut / il faut me donner des mensurations taa la foi wella: il me faut une euh: me donner des mensurations taa la rate wella hadi:+ non

[par exemple, quand j'envoie un malade pour une échographie, je ne demanderai pas au médecin de me préciser les mensurations du foi ou bien de la rate] (cela relève de son champ de compétence)

0797. Int(is) : non

0798. Dr : il le fait systématique++ ici il est utile de faire la même chose hna+ pour la biopsie quand je fais une fibroscopie tout endoscopie++ pour vue que je / je si je dois en faire une biopsie+ d'accord

0799. Int(is) : oui

0800. Dr : par exemple: tabaatli une anémie+ je sais que finalement: il faut que je fasse une biopsie: ça fait yla taktabli:+ ANEMIE AVEC BIOPSIE+ fibro avec biopsie: 'raki fahma kifach

[par exemple, si vous m'envoyez un malade qui a une anémie, je devrais systématiquement faire une biopsie sans que vous le mentionnez, vous me comprenez]

0801. Int(is) : oui

0802. Dr¹ : we surtout hna: hna on fait pas de biopsie++ raison de plus: kit tsib un tableau d'hypertension porta:le alo:rs tableau d'hypertension portale généralement c'est les cirrho:sés+ yak

[et surtout, ici chez nous, on ne fait pas de biopsie, quand on trouve un tableau d'hypertension portale, on pense automatiquement à la cirrhose]

0803. Int(is) : oui

0804. Dr¹ : cirrhose+ andek une pancytopénie avec splénomé / surtout splénomégalie+ c'est-à-dire il fait une pancytopénie: certainement:: il doit faire des troubles de la crasse sanguine il doit faire une thrombopénie++ PRObablement: ki tchouf dossier tchouf vous allez voir belli il fait une thrombopénie:: thrombopénie c'est CONTRE-indiqué la biopsie++ donc rak tchouf kifach rak taktab hna: donc il faut faire attention fen hadi:: zaama:

[alors vous voyez comment vous écrivez les lettres d'orientation, il faut faire attention dans ces cas là]

0805. Int(is) : ih [absolument]

0806. Dr¹ : donc hada kismo: c'est Djebbou:r

[donc, celui là s'appelle Djebbour]

0807. Inf¹ : Djebbour XX

0808. Dr¹ : 'andkom la sérologie virale chez lui

[vous avez demandé une sérologie chez lui?]

0809. Int(is) : oui

0810. Dr¹ : 'elle est négative

0811. Int(is) : negative

0812. Dr¹ : 'lezzouj HCV HBS [les deux]

0813. Int(is) : oui

0814. Mde : aïe

0815. Dr¹ : 'rak madroun [vous avez mal?]

0816. Mde : ella [non]

0817. Dr¹ : 'ha: wach bik [et qu'est-ce que vous avez alors?]

0818. Mde : rani:: <...?> [j'ai..]

0819. Dr¹ : hadi ghi bach triyah / ghi bach triyah [c'est juste pour vous rétablir]

0820. Mde : rani khayef [j'ai peur]

0821. Inf¹ : matkhafch [n'ayez pas peur]

0822. Mde : rak machi tdirli lyebra [vous allez me faire l'injection]

0823. Dr¹ : machi el yebra hadi la yebra la walou / hadi \

[ce n'est une injection, il ne s'agit ni d'injection ni de rien]

0824. Inf¹ : mandirou walou ghi <...?> il lui faut une préparation psychologique+ smaa weldi:

[on ne va rien injecter ; écoute moi mon fils]

0825. Mde : hmm

0826. Inf¹ : hada ghi tiyou: taa l'estoma:c rahom ydirouh ammalin ch'har we ammaline chahrine rahna ndirouhelhom++ ki yedkhoul / ghi ki yedkhoulekat srat+ we tnahad maa nifek tbib même pas tkika / même pas ychouf we ykherjeh: hada makane++ maydiroulekat walou weldi hada nta kimma radio:: basah houwa tiyou yedkhoul mel dakhel+ saha

[c'est juste une fibroscopie, on la fait pour des nourissons de un à deux mois, quand on introduit le fibroscope, essaye de l'avaler et respire par le nez, le médecin va te la faire en moins d'une minute, il va juste voir ce tu as, puis il va sortir, c'est tout, on ne vous fait pas de mal, c'est un examen aussi facile qu'une radio, mais pour la fibroscopie, on introduit le fibroscope par la bouche, d'accord]

0827. Mde : hmm

0828. Inf¹ : tsaafna:: [tu vas nous aider]

0829. Mde : ouah [d'accord]

0830. Inf¹ : iyya bechwiya / bechwiya weldi::+ iyya ghi bechwiya weldi: we rak kbi::r hada amma / ammaline ch'har dernalhom houl foummak weldi: addelna ala hadi: houl / houl / houl / houl / zid / zid+ iyya dour weldi / zid dour weldi ella weldi bach ki ysil errik ma twassakhch rouhak++ zid dour chwiya

[alors, tout doucement, tu es assez grand, on fait cet examen pour des nourissons de un mois, ouvre la bouche, serre cette canule contre les dents, retourne toi mon fils pour ne pas te salir par la salive]

0831. Mde : hm:

0832. Inf¹ : iyya ça y est: matkhafch weldi hein:: iyya khellih we srat ki ygoullek tbib srat srat 'hein [n'aie pas peur mon fils, avale, quand le médecin te demande d'avaler, fais le]

0833. Dr¹ : ki yfoutlek foug lsanak: ma tdir walou weldi++ khelliha tfout / khelliha tfout

[quand le fibroscope passe au dessus de la langue, laisse le passer et reste tranquile]

0834. Inf¹ : kimma el khobz / kimma el khobz++ ella ella / ella ella ella / ella / ella weldi ella / ella [essaye d'avaler comme si tu manges du pain]

0835. Dr¹ : alach rak tdir hakda+++ iyya ghi saafna weldi+ c'est rien du tout:: iyya bismillah we tnahad men ni:fek+ ghi: saafni

[ne fais pas comme ça, tu nous aides mon fils, alors au nom de Dieu, et respire par le nez, aide moi]

0836. Inf¹: ma tagbatch be yaddik ettiyou hein+ iyya ça y est tnahad men nifek weldi:+

[ne tiens pas au fibroscope]

0837. Int(is) : tnahad / tnahad Zoheir \ [respire Zoheir]

0838. Inf¹ : esrat / esrat \ [avale]

0839. Int(is) : tnahad / tnahad [respire]

0840. Inf¹ : iyya ça y est ça y est khlas [ça y est on a terminé]

0841. Int(is) : tnahad / tnahad [respire]

0842. Inf¹: ça y est khlas++ tnahad maa nifek: tnahad: erkhaf rouhek / erkhef rouhek

[on a terminé, respire par le nez, décontracte toi]

0843. Dr¹ : tnahad / tnahad [respire]

0844. Int(is) : ha::kdak [très bien]

0845. Inf¹ : iyya ça y est khlas ha::kdak / ça y est / ça y est / ça y est weldi / ça y est / ça y est / ça y est

[bon, ça y est on a terminé, ça y est mon fils]

0846. Mde : nausées et vomissements

0847. Inf¹ : ça y est / ça y est ma tziyarch rouhak ma tziyarch

[ne te contracte pas]

0848. Int(is) : tnahad Zoheir tnahad [respire Zoheir]

0849. Inf¹ : iyya ça y est [c'est bon]

0850. Dr¹ : <...?> justEMENT parce qu'il supporte ma:l++ hayadi [voilà]/ hah

0851. Inf¹ : hah

0852. Dr¹ : (il n') y a pa d(e) varices œsophagiennes

0853. Inf¹ : hak dir fe foummak / hak essanna / essanna+ iyya ça y est

[tiens, mets ça dans la bouche, tiens, attends]

0854. Mde : ça y est

0855. Inf¹ : 'ça y est

0856. Dr¹ : 'ça y est

0857. Dr¹ : l'echo c'est pour demain+ i::h el fibro: ben ammi alach deranna kimma hakda ala:ch++ khellinna::+ Belbachir mandirouhch ghadwa+ donc belba \

[bon, pour la fibroscopie, mon Dieu, pourquoi il a fait cela ? (pourquoi il a réagit de cette manière ? Il aurait du nous avertir), on n'a pas fait de fibroscopie pour XX et on ne pourra pas la faire demain]

(Le malade était programmé pour une échographie qui a été reporté pour demain sans avertir le médecin traitant. Celui-ci ne pourra pas faire la fibroscopie, ni au cours de la journée, ni demain)

0858. Inf¹ : larbaa [mercredi]

0859. Dr¹ : 'XX chrab lat\ [XX a bu de..?]

0860. Inf¹ : larbaa [mercredi]

0861. Dr¹ : chrab: [il a bu de l'eau]

0862. Inf¹ : larbaa [mercredi]

0863. Dr¹ : chrab:+ hatta larbaa+ oui

[il a bu de l'eau, donc on le programme pour le mercredi]

0864. Inf¹ : erwahi derwak [viens tout de suite]

0865. Dr¹ : darwak nzidou taa el médecine interne

[on va faire tout de suite le malade de la médecine interne]

0866. Inf¹ : ih [d'accord]

0867. Dr¹ : we mour: rani machi naamal darwak leuh:: pédiatrie+ donc jibli: mour el médecine interne+ ji:bli Benhlima+ 'hadi Benhlima chkoun

[et tout de suite après, on fera le malade de la pédiatrie, donc ramène moi après le malade de la médecine interne, Benhlima, c'est qui Benhlima?]

0868. Inf¹ : malade taana [c'est notre malade]

0869. Dr¹ : iyya jibli XX [alors ramène moi XX]

Enregistrement 17 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (maître-assistant : (Dr¹))

Infirmière (breveté : Inf¹)

Médecin interne de l'interservice : (Int(is))

Malade de l'interservice (femme)

Contexte : Examen endoscopique haut

0870. Inf¹ : ella ella ghi:: bechwiya: houtti rasse:k+ ha::kda+ khelli yeddek hadi hakda: we hadi: hakda

[non, non, tout doucement, baissez la tête, très bien, mettez la main comme ça]

0871. Int(is) : elle a des antécédents diabéti:ques+ elle a:: pri::s \
0872. Dr¹ : l'eau de javel
0873. Int(is) : elle a pris l'eau de javel le vendredi
0874. Dr¹ : i::h ha:kda:: ana mandirlekch fibroscopi:e après une semaine++ c'est pas l'indication
[alors, dans ce cas, je ne peux pas vous faire une fibroscopie]
0875. Int(is) : elle a::++ non
0876. Dr¹ : c'est 15 jours biensû::r
0877. Int(is) : 15 j hmm hmm
0878. Dr¹ : manaamlouch fibroscopie une semaine on la fait dans les 24-48 heu::res+
[on ne doit pas faire une fibroscopie une semaine après l'ingestion caustique]
0879. Int(is) : oui::
0880. Dr¹ : après euh:: maximum+ weuh men: / on la fait 15 jours après+ ça y est ça y est houwda
[fais la descendre] (de la table d'examen)
0881. Int(is) : ça y est ça y est
0882. Dr¹ : khellih hatta la semaine prochaine
[on la programme pour la semaine prochaine]
0883. Inf¹ : ah:
0884. Int(is) : la semaine prochai:ne
0885. Dr¹ : oui oui++ euh: goutlek 15 jou:rs
0886. Int(is) : oui
0887. Dr¹ : raki fahma:++ si vous voulez voir c'(est)-à dire l'évolution taa la corti XX derwak il faut pas le fai:re+++ khellini naktablek ana hna rendez-vous+ khater je serai en congé:+ 'fawek andha el cons euh:: / el fibroscopi::e ki yaaytoulha euh::
[vous comprenez, on ne peut pas faire une fibroscopie tout de suite, je vous donne un rendez-vous parce que je serai en congé, quelle est sa journée de fibroscopie, comment elle s'appelle ?]
0888. Inf¹ : XX (nom du malade)
0889. Dr¹ : ih XX (nom du malade)
0890. Inf¹ : samedi inchaallah

0891. Dr¹ : samedi+ donc euh:: had le samedi: 'ça fai::t ch'hal exactement ch'hal hada meli
cherbat l'eau / l'eau de javel:
[ça fait combien de jour qu'elle a pris l'eau de javel ?]
0892. Int¹ : le vendredi
0893. Dr¹ : donc samedi hada ella samedi elli moura:h+ 'ch'hal nkounou fe la date++ aatini
calendrier+ Allah ykhellik
[ce n'est pas samedi de la semaine prochaine on le fait samedi de la semaine
d'après, nous serons quelle date ? donne moi le calendrier, que Dieu vous
garde]
0894. Int(is) : enneuf: enneuf+ aout / neuf aout [le neuf]
0895. Dr¹ : neuf / neuf aout 'ya:k [n'est-ce pas?]
0896. Int(is) : oui
0897. Dr¹ : chouf: diri neuf aout++ ntouma tkherjouha yla tkherjouha hein++ (il) faut
pa::s++
[bon, c'est le neuf aout, vous allez la faire sortir, si vous la faites sortir, ça ne
serait la peine de..]
0898. Int(is) : oui
0899. Dr¹ : yla:: daret'halek saha: sinon: ana nadkhoul le 15+ donc ndirhalek fe dik la
semaine d'accord
[si elle (Dr XX) peut la faire, tant mieux, sinon moi je reprends le 15, je la ferai
moi-même au cours de la semaine]
0900. Int(is) : hmm
0901. Dr¹ : c'est-à-di::re le 15 16 wakila 17 wella 18 tkoun le lundi
[peut être que le 17 ou le 18 est un lundi]
0902. Inf¹ : ghila lundi [jusqu'au lundi]
0903. Dr¹ : aamalha Allah yaaychek le rendez-vous le:: \
[donne lui un rendez-vous, que Dieu vous garde]
0904. Inf¹ : par un samedi
0905. Dr¹ : samedi
0906. Inf¹ : <...?> elli rahom yeuh:: [ceux qui..]
0907. Dr¹ : ah:: ella:: X
0908. Inf¹ : ih [oui]
0909. Dr¹ : ella:: ella ella [non]

0910. Inf¹ : 'yak [n'est-ce pas]

0911. Dr¹ : hatta naaytoulhom gaa ouah / nkamlouhom gaa
[on va faire tous les malades]

0912. Inf¹ : hadou les bilans tawaaha [voici ses bilans]

0913. Dr¹ : saha+ hatta ki nkemlouhom sennayni jibi: / ella ella
[d'accord, attendez moi jusqu'à ce que je termine]

0914. Inf¹ : jiblah tabouret bach yagoud
[ramène lui un tabouret pour qu'il s'assoit]

0915. Dr¹ : sennani sennani+ [attends moi]

0916. Inf¹ : 'nessanna: [je vous attends]

0917. Dr¹ : ouah+ jibli / jibli dossier pa(r)ce que el pédiatrique hadak elli nekhdam bih
leuh::++ \ dkhal fe 2007
[oui, ramène moi le dossier, le fibroscope pédiatrique que je travaille avec.. ;
il a été admis en 2007]

Enregistrement 18 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (maître-assistant : Dr¹)

Médecin résident : (Dr^{®1})

Infirmière (brevetée : Inf¹ et diplômée d'état : Inf²)

Médecin interne : (Int¹)

Malades internes (hospitalisés)

Contexte : Examen endoscopique haut

0918. Inf¹ : <...?> k'houz el andi / k'houz el andi / k'houz k'houz / k'houz khouya ala jenb
/ ala jenbek lisser

[poussez vous, mettez vous en position latérale gauche]

0919. Dr¹ : voilà

0920. Inf¹ : houl foummak [ouvrez la bouche]

0921. Dr¹ : khellih yfout++ voi::là [laissez le (fibroscope) passer]

0922. Mde : toux

0923. Dr¹ : khelliha tfou::t+ tnahad men ni:fek / tnahad men nifek

[laissez le passer, respirez par le nez]

0924. Mde : toux

0925. Dr¹ : bzak+++ ghi bechwiya

[crachez, tout doucement]

0926. Inf¹ : <...?>

0927. Dr¹ : <des tâches?> hmm hmm++ volontaires

0928. Inf¹ : hmm

0929. Dr¹ : koulchi mballaa [il s'agit d'un obstacle total]

0930. Inf¹ : basa:h! [ah, bon!]

0931. Dr¹ : ouah++ rani ktabtlek hadi [oui ; je t'ai écrit]

0932. Inf¹ : d'accord

0933. Dr¹ : donc après 15 jours d'injection de caustique volontai:re: donc
RETRECISSEMENT:: INFRANCHISSABLES+

0934. Inf¹ : 'ch'hal avancit [à combien vous avez avancé ?]

0935. Dr¹ : à 10cm <...?> ella hadak c'est un malade qui va présenter:: déjà il a du mal
psychologiquement retrécissement infranchissables au niveau de <...?> euh::
voilà c'est ça++ à la fibroscopie

0936. Inf¹ : bel²³ pédiatrique !

[avec le fibroscope pédiatrique] (le retrécissement est aussi important que le
fibroscope pédiatrique -à petit calibre- ne peut pas franchir la paroi)

0937. Dr¹ : oui oui bel pédiatrique+ hadi aamalha: chouf essayez baat'ha el l'hô / el l'hôpital
hein: pa(r)ce que un malade évacué:: hada il ne peut pas se permettre bach
yaamalha::

[oui, avec le fibroscope pédiatrique, essaye de faire cet examen à l'hôpital,
parce qu'il est évacué, et ne peut pas se permettre de le faire tout seul]

²³- veut dire « avec »

0938. Inf¹ : makanch déjà:: \ [on ne le fait pas à l'hôpital]
0939. Dr¹ : hmm 'assem houwa:: ella ella: kayen / kayen / kayen hadou+ loukan yaawlou:: ghi: essaye tahdar maahom ntina maa el radiologue directe chouf ella
[quoi? non non, on le fait, essaye toi-même de leur parler avec le radiologue, il faut voir avec lui]
0940. Dr^{®1} : maa X [avec XX]
0941. Dr¹ : a::h oui+ chouf hdar maa el radiologue+ koulhom a:weddi: c'est un malade évacué:+ ma andhomch les parents bach yjiw yaabbiwah men bechar:r++ kaloulek oui on peut trouver une solution fa tabaraka Allah: koulhom hada caustique tu leur préci::se+ c'est pas un malade euh:: c'(est)-à-di::re i(l) y a / y a une sténo::se++ aamlouha exactement maa XX ma taamlouhach maa l'assistante sociale
[écoute moi, tu parles au radiologue, dis lui qu'il s'agit d'un malade évacué de Bechar et qu'il n'a pas d'entourage qui s'occupe de faire l'examen à titre privé, s'il accepte tant mieux, dis lui aussi que c'est un malade caustique et qu'il a une sténose, il faut la faire avec XX]
0942. Dr^{®1} : d'accord
0943. Dr¹ : hada Benhlima / 'jebtou Benhlima
[c'est Benhlima, vous avez appelé Benhlima?]
0944. Int¹ : ascites avec ADENOp¹athi::es
0945. Dr¹ : <...?>
0946. Int¹ : hmm
0947. Dr¹ : hmm <...?> ella:: [non]
0948. Inf³ : <...?>
0949. Dr¹ : <...?>
0950. Inf³ : haya:di Naima [voici Naima]
0951. Dr¹ : elli rah anna [celui (le malade) qui est admis chez nous]
0952. Inf³ : oua::h [oui]
0962. Dr¹ : a::lor:s
0963. Inf³ : ketlatna beddahk: naima galetlha:: lemride rah hospitalisée (rire)
[Naima nous a éclatée de rire, elle lui a dit que le malade est hospitalisé]
0964. Dr¹ : hay hay ! [ça alors!]
0965. Inf³ : kanet euh:: tahdar maa lemride
[elle était en train de parler avec le malade]

0966. Dr¹ : i::h [oui] (continue)

0967. Inf³ : hada::k euh: lemri:de [le malade]

0968. Dr¹ : ouah [oui]

0969. Inf³ : rah anna un malade hospitalisé [on a un malade hospitalisé]

(l'infirmière se moque d'un médecin qui est venu intervenir pour une hospitalisation d'un malade qui était déjà admis au service pendant plusieurs jours)

Enregistrement 19 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (maître-assistant : Dr¹)

Médecin résident : (Dr^{@1})

Infirmière (brevetée : Inf¹ et diplômée d'état : Inf²)

Surveillant médical (Surv)

Médecin interne : (Int¹)

Malades internes

Contexte : Examen endoscopique haut

0970. Dr¹ : 'ça y est \ (le malade est près ?)

0971. Inf¹ : add hna el ha:dj \ ça y est lakhor kla

[serrez cette canule contre les dents, ça y est l'autre malade a mangé]

0972. Dr¹ : ça y XX (nom du malade) kla: menna lechwya dekhelli Benhlime

[ça y est XX a mangé, tout à l'heure tu me ramenes XY (nom d'un autre malade)]

0973. Inf¹ : we hadak elli kane anna:+ ella:

[et le malade qu'on avait programmé, on ne va pas le faire]

0974. Dr¹ : ella+ rani katabhomlah / rani kateb / rani kateb+ Belbachir khassou yaamal
régime:me+ma yeuh: baada régime::me / ella machi: errégime::me

[non j'ai déjà mentionné, j'ai écrit que XX doit suivre un régime, d'abord un régime, non ce n'est pas un régime]

0975. Inf¹ : rire

0976. Dr¹ : <...?>

0977. Dr^{@1} : beddel tou:: [vous avez fait un autre malade]

0978. Dr¹ : ha:: kla:: [ah, il a mangé]

0979. Inf¹ : wallah ella wassitou++ [je jure que je l'ai avisé]
0980. Dr¹ : ella alla+ el barah dayerna <36jours?> \
[non, hier on a fait..]
0981. Inf¹ : wassi:tou ana:: we a::wed wassa:tou \
[je l'ai avisé moi-même ainsi que...]
0982. Dr¹ : i::h XX mouL TRANSFUSION
[oui XX (nom du malade), celui qui a reçu une transfusion]
0983. Inf¹ : yi::h ha:: [oui, c'est bien lui]
0984. Dr¹ : ça y est ça y est
0985. Dr^{®1} : il n'est pa::s \
[il n'est pas]
0986. Dr : ammala:: hada:k hatta el mercredi+ parc(e) que demain naamlou colo
[donc, on le programme pour le mercredi, parce que demain il est programmé pour colonoscopie]
0987. Dr^{®1} : la colo yih [la colonoscopie, oui]
0988. Dr¹ : donc debbar euh:: \
[il faut débrouiller..]
0989. Inf¹ : gaad ala la colo
[il va rester chez nous pour une simple colonoscopie]
0990. Dr^{®1} : yi::h++ 'fawak andou scanne::r
[oui, quand est-ce que il a le rendez-vous de scanner?]
0991. Inf¹ : andou hna [il va le faire ici] (à l'hôpital)
0992. Dr¹ : 'iyya fawek yemchi le scanne:r
[quand est-ce que il est programmé pour un scanner]
0993. Dr¹ : douk ana naamallou la colo we yemchi le scanner
[je lui ferai une colonoscopie et puis il part pour un scanner]
0994. Dr^{®1} : ella:: [non]
0995. Inf¹ : ella: [non] (pourquoi)
0996. Dr^{®1} : naamloulou dwa [on lui donne d'abord un traitement]
0997. Inf¹ : 'iyya ndirouh hatta ellarbaa:
[dans ce cas, on le programme pour le mercredi?]
0998. Dr¹ : ella: ella naamalha ghadwa ana nkammal esscanner: nji naamalhaleh hatta el
onze heure midi+ makanch mouchkil

[non, je la ferai demain, dès que je termine le scanner, je reviens vers 11h ou 12h, il n'y a pas de problème]

0999. Inf¹ : ih:++ yba(n)li makanch programme taa ghadwa

[oui, mais je crois qu'on a programmé personne pour demain]

1000. Dr¹ : saha d'accord [bon d'accord]

1001. Inf : makanch kayen [il n'y avait aucun malade]

1002. Dr : maalich ghadwa rani hna: / rani hna makanch mouchkil

[il n'y a pas de problème, demain je serai là]

1003. Inf¹ : <...?>

1004. Dr¹ : ghadwa [demain]

1005. Inf¹ : ouah [oui]

1006. Dr¹ : ella maalich ghi kammal [non ce n'est pas grave, continue]

1007. Inf¹ : maalich / maalih walou [non, ce n'est pas grave, c'est rien]

1008. Dr¹ : maalich fe scanner khasna ndirouleh dwa wella:: yemchi ydir scanner kbal+ we men baad yji el andi

[ce n'est pas grave, mais on doit lui donner un traitement au niveau de la radiologie, sinon il commence par le scanner et puis il vient me voir pour la colonoscopie]

1009. Dr^{®1} : tnahad tallaa ennafis [respire]

1010. Dr¹ : hmm+++ au moins qu'ils prennent la relève les résidents tawaana+ hna nemchiw wella:: au moins nsibou:

[nos résidents doivent prendre la relève, au moins on trouvera quelqu'un qui assure le travail lorsqu'on démissionne]

1011. Mde : toux

1012. Dr¹ : ennas el mlah [quelqu'un de compétent]

1013. Dr^{®1} : tsib (rire) [tu le trouveras]

1014. Dr¹ : iwa ha: aarafnach: [biensûr, ça va de soi]

1015. Mde : toux

1016. Dr¹ : bnadem euh:: [l'être humain est..]

1017. Mde : toux

1018. Dr¹ : hakdak ydirou [c'est comme ça qu'on fait]

1019. Inf¹ : ouah [absolument]

1020. Mde : toux
1021. Dr¹ : ma taaradlahch belsanek
[ne le coincez pas par la langue]
1022. Dr¹ : hmm+++ min tkoun gouddamou XX hada: loukan ghi:: chett Nesrine+ men baid chettl'ha essténose weuh men baid goultelha: bka ala khir (rire)
[pour la malade Nesrine, j'ai vu de loin sa sténose, et puis je lui ai dit au revoir]
1023. Inf¹ : elle a beaucoup pris (de l'eau de javel)
1024. Dr¹ : goultelha::+ hadik kanet tadrab euh: el fibroscope: mdari: / mdari:: nawsal hatta la sténo::se \
[je lui ai dit, elle a l'habitude de coincer le fibroscope, habituellement j'arrive jusqu'à la sténose]
1025. Dr¹ : elli rah fel ka::s [ce qui est dans le verre]
1026. Dr¹ : ella ella des / des lésions importantes+ X duodénum effectivement: c'est bien: iwa rak euh championne+ ça y est:+ nemchiw nerkdou+ hna un petit XX a::h ah:: [non, alors tu deviens championne, on va dormir alors]
1027. Inf¹ : prise volontaire ala balek wachta hiya wella::
[prise volontaire, tu le sais, mais..]
1028. Dr¹ : aji menna [viens par ici]
1029. Inf¹ : khallat [il a mélangé]
1030. Dr¹ : chouf / awed chouf+ khater ala balek chouf à l'introduction: chou+ rah andek hna leuh: / le / lakhor 'chaft'ha: / 'chaft leuh: / le pylo:r
[regarde, parce que tu sais qu'à l'introduction, regarde tu as ici le pylor tu l'as vu?]
1031. Dr¹ : ih ih [oui, oui]
1032. Dr¹ : hna en retrovision 'cheft'ha:+ 'tu as vu+++ hadik hiya++ aatini la pince à biopsie+ hawadak+++ exactement voi:là+ ala balek c'est le lieu le plus important taa leuh:: <...?>
[tu l'as vu ici en retrovision, oui c'est bien ça, donne moi la pince à biopsie, la voilà, tu sais que c'est le lieu le plus important de..]
1033. Dr¹ : hmmm
1034. Dr¹ : donc ndirlou une colo pour demain hada::+ chou / chou / chou hadi bayna:: hadi:: chouf+ elle monte / elle monte / elle monte / elle monte ka:mel+ chouf / j(e) vais / j(e) vais t(e) la montrer hna:: saha:+ 'ki dkhalt ma cheft'ha:ch
[on lui fait une colonoscopie demain, regarde comme elle (la tumeur) est évidente, je vais te la montrer ici, d'accord, tu ne l'as pas remarqué à l'entrée ?]

1035. Dr^{®1} : ella ma cheft'hach [non je ne l'ai pas remarqué]
1036. Dr¹ : haya: 'tu as vu: [la voilà, tu vois ?]
1037. Dr^{®1} : hm
1038. Dr¹ : ah:+ iyya: nedfaaha biopsi:e essanna nchouflek++ donc c'est pas la peine taamal
 euh: la colo hein: ça y est on a trouvé la lésion khater c'était prévu demain
 une colo: hada 'we ya:k+
- [donc, on lui fait une biopsie, ce ne serait pas la peine de lui faire une
 colonoscopie demain, parce qu'on a trouvé l'origine de la lésion, c'est ce
 malade qui est programmé pour colonoscopie demain, n'est-ce pas ?]
1039. Inf¹ : yih [oui]
1040. Dr¹ : alors c'est pas la peine 'hein
1041. Dr^{®1} : alors hna rani:: [là]
1042. Dr¹ : alors chouf chouf hna en retrovision chou(f)+ elle occupe la TOTALITE de la
courbure gastrique+ chou(f) hna rani en rétrovision
- [regarde là, en retrovision, la tumeur occupe la totalité de la courbure gastrique]
1043. Inf¹ : el ha:dj sbar chwiya / sbar chwiya el hadj [patientez]
1044. Mde : aïe
1045. Inf¹ : hamma krib ykammlou [on va terminer]
1046. Dr¹ : hmm hmm+++ ferme+++ ouvre / ouvre ça c'est::+ (il) faut fai:re une XX aji
 tchouf++ ça va / ça va bahadha teuh:: bon: ekhrej ma teuh:: ghi khrej
- [viens voir, sors, sors]
1047. Inf¹ : kayna ghir hadi [il n'y a qu'un seul fragment]
1048. Dr¹ : kayen zou:j [il y a deux fragments]
1049. Inf¹ : ghi wahda [non un seul]
1050. Dr¹ : we ha:di: a::h hadi ghi: wahda hadi:++ \ Belmahdi ouah
- [et celui-là, ah, un seul fragment, Belmahdi oui]
1051. Inf¹ : XX(nom du malade) ghir hadi elli raha tessanna+ ça y est
- [(nom du malade), il y a une seule malade qui attend]
1052. Dr¹ : hmm
1053. Inf¹ : eggouadi ala jenbek [mettez vous au côté latéral]
1054. Dr¹ : donc c'est pas la peine hein:++
1055. Inf¹ : yih [oui]

1056. Dr¹ : ça c'est:: 'el hadj ma kanch / 'ma kanch yeuh:: / yeuh:: <...?> 'ma kanch andek lewjaa man kbel fe l'estoma:c+ 'ma kountch tandarr
[el hadj, vous ne faisiez pas de douleurs au niveau de l'estomac auparavant]
1057. Mde : ella [non]
1058. Dr¹ : 'ma kountch tdawi aliha: ella
[vous n'avez jamais traité pour un malaise de l'estomac, jamais]
1059. Mde : ma dawitch ella [je n'ai jamais traité, jamais]
1060. Dr¹ : eu:::h+ chouf (n)tina / menbaad chouf soi::t temchi and Salih pour trois jours+ soi:t tasbar
[écoutez moi, soit vous allez voir Salih pour trois jours, soit vous patientez]
1061. Mde : oua:h [d'accord]
1062. Dr¹ : had el bilan hé / hématologique / 'andou mlih l'hématocrite houwa:
[voici le bilan hématologique, est-ce qu'il a une bonne hématocrite ?]
1063. Inf¹ : wallah ma ch(f)t'ha [je jure que je ne l'ai pas vu]
1064. Dr¹ : man baad / man baad / man baad fe khatrak / fe khatrak++ tu pren::ds \
[tout à l'heure, prends (ton temps)]
1065. Inf : kanet hna:
[le résultat (de l'hématocrite) était là]
1066. Dr¹ : tu prends ton temps
1067. Inf¹ : hadek el malade euh XX [le malade..]
1068. Dr¹ : ih ih [oui, oui]
1069. Inf¹ : 'je transfuse deux flacons de sang initiative infirmier
1070. Dr¹ : ah+
1071. Inf¹ : <...?>
1072. Dr¹ : 'assem koutli [qu'est-ce que tu m'as dit?]
1073. Inf¹ : hadak le / leuh néo gastrique [le malde qui a un néo gastrique]
1074. Dr¹ : ih [oui]
1075. Inf¹ : Abdella:oui+++ taa la transfusion++ naamlou deux culots globulaires (e) youm
[le malade Abdellaoui, qui doit recevoir une transfusion, je lui passe deux culots globulaires aujourd'hui ?]

1076. Dr¹ : abdella: \
1077. Dr^{®1} : 'outli 24%:: il faut:: / il faut:: \
[vous m'avez dit 24%?]
1078. Dr¹ : andou: néo / andou méta / andou néogastrique
[il a un néo, il des métastases, il a un néo gastrique]
1079. Inf¹ : la chambre louwla:+ le premier:
[il est dans la première chambre, le premier lit]
1080. Dr¹ : ih:: abdellaoui: oui oui oui oui+ alors che(f)t l'hématocrite riha: 25+ oui
fewethoulou (e)l youm
[ah Abdellaoui, j'ai vu son hématocrite qui est à 25, oui fais lui passer les deux
flacons aujourd'hui]
1081. Inf¹ : deux
1082. Dr¹ : riyad+ 'rah machi yaamal scanner (e)l youm
[attends, il va partir pour faire un scanner aujourd'hui?]
1083. Inf¹ : yi:h+ ça y est mcha
[oui, il est déjà parti]
1084. Dr^{®1} : a:h ça y est abbah: alors yaamal scanne:r X \
[ça y est, on l'a déjà emmené pour faire un scanner]
1085. Dr¹ : ki yaamal scanner on verra
[on verra après le scanner]
1086. Dr^{®1} : EXACTEMENT
1087. Inf¹ : we XX (nom du malade) 'kifach [et pour Belbachir?]
1088. Dr¹ : fewtoulou ghi un flacon [passe lui un seul flacon]
1089. Dr¹ : men baad nemchi naamllou contrô:le we nchouf (e)l FNS
[tout à l'heure on va lui faire une FNS de contrôle]
1090. Inf¹ : (e)l youm tji (e)l FNS
[ça y est, c'est déjà fait, on va recevoir les résultats aujourd'hui]
1091. Dr¹ : fewetlou / fewetlou un flacon (e)l you:m we ghadwa \
[passe lui un flacon aujourd'hui et un autre demain]
1092. Dr^{®1} : we ghadwa un flacon
[et un autre demain]

1093. Dr¹ : ghi:: fe khaterkom [prenez votre temps]
1094. Inf¹ : ella::+ après transfus \ [non]
1095. Dr¹ : hémocrite après transfusion
1096. Inf¹ : dernaleh (e)l barah ++ après \ [nous l'avons fait hier]
1097. Dr¹ : ih [oui]
1098. Inf¹ : deux transfusions
1099. Dr^{®1} : nchouf taa (e)lyou:m++ (e)l barah ma fewatnach kamel le flacon: ma fat walou
[je vois l'hémocrite d'aujourd'hui, on a pas passer tout le flacon hier]
1100. Dr¹ : fewet eu::h [tu as passé..]
1101. Dr^{®1} : fewet la totalité hein [tu as passé la totalité du flacon]
1102. Inf¹ : oui
1103. Dr¹ : donc euh: Benhlime++ 'kifach Benhlime [Benhlime, comment?]
1104. Inf¹ : mohammed
1105. Dr¹ : mohammed+++ l'âge
1106. Inf¹ : trente trois ans
1107. Dr¹ : il est jeune meskine [il est jeune, le pauvre]
1108. Inf¹ : oui
1109. Dr¹ : META hépatique+ donc euh gastrique++ siège: une formation elle est énorme
'hein
1110. Inf¹ : naayat (e) l hadik euh:: taa elli raha tassannak taa euh:: taa dak nhar \
[j'appelle la malade qui vous attend, c'est la malade qui vous a parlé la dernière fois]
1111. Dr¹ : ella taa leuh:: hadik mazal (ha)tta maa (e)ttali
[non, c'est celle qui..., non, laisse la en dernier]
1112. Inf¹ : makanch les malades ma baki::ch
[il ne reste plus de malades]
1113. Dr¹ : ella (e)lla (e)lla: douk yjiwni mazal (e)l hal rana ada:: hatta (e)l onze heure
naamalha+ ana manaamalhach derwak ana hadi::++ hawa tjina une urgence /
tjina hadi::
[non, non, il vont arriver, je la vois à 11h, je ne peux la voir tout de suite, peut être que j'aurai à voir une urgence]

1114. Inf¹ : ih [exactement]
1115. Dr¹ : nemchi naamal colo / nemchi naamal colonoscopie we nji:++ bon rah anna un processus tumoral\
[je vais faire une colonoscopie et je reviens, on a un processus tumoral]
1116. Surv: hagda khir basah mayabkach l'encombrement
[on évite comme ça l'encombrement des malades]
1117. Dr¹ : euh:: suspect++ gardez hadou wa aatilou hadou++ nemchiw derwak / hadi khelliwaha hna we nemchiw (e)la colo
[vous gardez ce-ci et vous lui donnez l'autre, on y va tout de suite, laissez la malade ici, on va à la salle d'endoscopie basse]
1118. Inf² : nemchi nahdar fe téléphone we nji+++tal'i++ ma tal'ich (e)foug hein hewdi (e)taht++ \ ouf skhana raha bezaf+++ \ &(e)rkabik jibihom and hajrak mada:me+ tal'i (e)rkabik ha::gdak très bien+ zidi hewdi andi chwiya / zidi hewdi andi ghi chwiya++ zidi chwiya ha::gdak très bien iyya hewdi rassek+ jenbek tal'i rejlik hakda:
[je vais parler au téléphone et je reviens ; ne montez pas en haut, descendez en bas, il fait très chaud ; baissez les genoux, comme ça, descendez encore, encore, encore, très bien, baissez la tête, mettez les pieds ici, très bien]
1119. Dr¹: Saidani ki tkamli aytili: [Saidani, tu m'appelle dès que tu termines]
1120. Inf² : oui: ça y est on a terminé
1121. Dr¹ : 'ça y est
1122. Inf² : ouah++ ça:: y est [oui]
1123. Dr¹ : ça y est
1124. Inf² : rani fatiguée had sbah
[je suis fatiguée depuis ce matin]
1125. Dr¹ : raki aayana: khdamna (e)lyoum beza::f+ aayina
[tu es fatiguée, on a beaucoup travaillé aujourd'hui, on est tous fatigué]
1126. Inf² : ouah (e)lkhadma [oui, on a bossé]
1127. Dr¹ : aayina / aayina on a beaucoup de travail+ chefti ki jawna les malades 'machi mdari yjiwna
[nous sommes fatigués, tu as vu le nombre inhabituel de malades qu'on a fait aujourd'hui ?]
1128. Inf² : ouah (e)lbarah khdamt maa XX (nom du médecin)we maa XX (nom du médecin) we maa::k

[exactement, hier j'ai travaillé avec vous, avec XX et XX (noms des médecins)]

1129. Dr¹ : i::h! [ah bon!]

1130. Inf² : el barah [hier]

1131. Dr¹ : ella:: had la pério::de+ Allah ghaleb²⁴

[non, c'est une période dans laquelle on a beaucoup de travail]

1132. Inf² : wallah ma riyah melli mchit \

[je jure que je ne me suis pas reposée quand je suis rentrée chez moi]

1133. Dr¹ : hna pa(r)ce que rah kayen les malades

[parce qu'il y a trop de malades]

1134. Inf² :

wana mas'houta [j'étais creuvée]

Enregistrement 20 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (maître-assistant : (Dr¹))

Infirmière (diplômée d'état : (Inf²))

Malade (femme)

Contexte : Colonoscopie

1135. Dr¹ : kayen les malades bezaf++ \ choufi madame erkhfi rouhek ma tzayri:ch+ erkhfi
rouhek ma rakomch amline hna sac et bach euh::

[il reste encore des malades ; écoutez moi madame, décontractez vous ; vous n'avez pas mis le sac à poubelle, pour..]

1136. Inf² : i::h ma daretch (e)lbarah+ a:h fouzia ha chkara madaretch (e)lbarah loukhra
wella (e)lyoum sbah amina

[oui, Fouzia qui a travaillé hier ne l'a pas mis ainsi que Amina qui travaille aujourd'hui]

1137. Dr¹ : erkhfi rouhek ma tzayri:ch [décontractez vous]

1138. Inf² : 'ça va

²⁴- Dieu est le plus Puissant, une expression qui se dit quand on n'a plus le choix.

1139. Dr¹ : ça y est c'est bon Allah yahafdak [que Dieu vous protège]
1140. Inf² : maalich [il n'y a pas de problème]
1141. Dr¹ : donc on est en train de faire une progression+ donc l'exploration se fera au retrait+ donc on / j'explore maintenant:: la progression on est:: fel [dans] euh: sigmoïde et je progresse tout doucement
1142. Inf² : tiens
1143. Dr¹ : ella c'est bon+++ rouh / rouh / rouh / rouh <...?> voilà:: ma ranich nderrak rani ghi bechwiya
[non, vas-y, vas-y, je ne vous fais pas mal, je progresse doucement]
1144. Mde : ella:: (e)lla [non, non]
1145. Dr¹ : yla ndarriti wella goulili hein hmm 'hna ndarriti hna chwiya 'yak
[vous me dites si je vous fais mal ; là je vous fais mal un peu, non?]
1146. Mde : chwiya [un peu]
1147. Dr¹ : iyya très bien ça: y est i::h (il) y a une rétrovision oui ça y est (il) y a un boucle hna [ici]+ c'est pour ça que:: il est difficile de progresser+++ (il) y a un boucle+++ je vais m'arrêter (il) y a un boucle très important+ elle est plein elle supporte mal+ c'est bon ani kammalt
[j'ai terminé]
1148. Mde : aïe
1149. Dr¹ : ça y est / ça y est / ça y est / ça y est rani kharej / rani kharej
[je sors tout de suite]
1150. Inf² : ça y est rah kharej [il va sortir tout de suite]
1151. Dr¹ : c'est bon
1152. Inf² : enzli [descendez]
1153. Mde : 'ma and'ha walou [elle n'a rien de mal ?]
1154. Dr¹ : ella ma andha walou mais j'ai / j'ai compris que c'est un problème de colon parce que elle avait très mal+ donc j'ai exploré juste la région basse+ donc c'est suffisant pour l'instant <...?> (de) toute façon+ muqueuse saine: donc VISUALISATION:: du réseau vasculai::re \
[non, elle n'a rien de mal]
1155. Inf² : oui
1156. Dr¹ : sous-muqueux++ donc recto-sigmoïdo / donc conclusion: recto-sigmoïdoscopie+ bein hmm voilà c'est bon <...?>

Enregistrement 21 :

Interlocuteurs : Médecins spécialistes (maître-assistants : Dr¹, Dr², D³)

Médecins résidents (Dr^{®1}, Dr^{®2})

Médecins internes (Int¹, Int²)

Surveillant médical (Surv)

Infirmières (2 diplômées d'état : Inf², Inf³, breveté : Inf¹, Inf(4))

Malades

Contexte : Visite générale

Côté des malades hommes :

Malade 1 :

1157. Dr¹ : iyya diri:: / présentih ghi hadri

[allez commencez, présentez le malade]

1158. Dr^{®2} : alo:rs c'est un malade XY, âgé de 56 ans admis pour diarrhées chroniques évoluant depuis:: deux mois+ euh:: le patient présente des signes de dégénérescence XX traité par des diurétiques++ ayant des antécédants d'encéphalopathie hépatique il est en stade de décompensation il est sous antibiothérapie il est toujours euh:: il est mal:: euh \

1159. Dr¹ : vous l'avez hospitalisé::\

1160. Dr^{®2} : donc on l'a hospitalisé: lundi

1161. Dr¹ : lundi

1162. Dr² : lundi: il était mieux que:: \

1163. Inf³ : il se réveille

1164. Dr¹ : ih il se réveille [oui]

1165. Int¹ : il répond:: il a ses reflexes

1166. Dr^{®2} : mais il a une asthénie profonde

1167. Dr² : une echo guidée

1168. Dr^{®2} : ella une echo guidée: [non]

1169. Dr¹ : l'échographie tahsab rahom yaamlou:: (e)l yabra une injection taa euh: pour eux analyser tellement c'est quelque chose de facile / c'est quelque chose de::+ ana nakhlaat lemra tji hakda: allongez-vous we men baad alli yeddik awed l'échographie / awed ynettoiyih we stérilisation andhom une <...?> il font pas plus de XX ghi dkhoul dkhoul dkhoul ki ysib rouhou ghaya tamma\

[ils font une injection avant l'échographie. Ça m'a étonné de voir des malades entrant, on leur fait une injection et tout de suite une échographie, et puis on nettoie et on stérilise la sonde, on ne fait que programmer des malades]

1170. Dr² : ella houma:: ils sont:: \ [non, ils sont..]

1171. Dr^{®1} : c'est vrai

1172. Dr¹: hadi makanch taa profond / hadi makanch

[on ne parle pas de 'profond', ça n'existe pas]

1173. Int¹ : quand elle a introduit la sonde euh::

1174. Dr^{®2} : ella l'aiguille elli andhom ma tewsalch

[non, ils ont une aiguille courte]

1175. Dr¹ : ils n'ont pas d'aiguille ils ont pas tout le matériel tammak [là-bas]

1176. Dr² : peut être qu'elle était:: la distance euh:: importante \

1177. Dr¹ : alors il voulait faire une biopsie sur cette euh::

1178. Dr^{®2} : machi biopsie [il ne s'agit pas d'une biopsie]

1179. Dr¹ : pourquoi faire une biopsie quand on a:: un un un truc <patognomonique?>

1180. Dr² : i::h \ [absolument]

1181. Dr^{®2} : qui est / qui est en cas deuh / un / de c'est-à-dire euh:: de néo de formation

1182. Dr^{®1} : basah norma:le [mais c'est normal]

1183. Dr¹ : a::h norma::le

1184. Dr² : no::rmale

1185. Dr¹ : ah:: oui::

1186. Dr² : c'est pas \

1187. Dr¹ : basah [mais] normalement c'est <patognomonique?> on fait pas de biopsie

1188. Dr² : on fait pas de biopsie

1189. Dr^{®1} : donc c'est pas un PSP

1190. Dr¹ : non:

1191. Dr² : andek un envahissement des insuffisances hépatiques pour leuh: / le throm / thrombose [vous avez..]

1192. Dr^{®2} : &<...?> on retrouve également de multiples XX ensuite (il n) y a pas de X intrahépatique avec de multiples adénopathies en regard du ile hépatique+ pancréas de taille normale de densité ordinaire++ donc euh: houman [eux] ils ont conclu à une greffe néoplasique un hépatocarcinome avec de multiples

lésions nodulaires de type métastatique sur un foi+ les protéines sont normaux même hna [nous] quand on les a faite euh:: fe [au niveau de] l'anapath+ elles étaient normaux++ donc il est nécessaire de rechercher une autre néoplasie

1193. Dr¹ : 'recemment hadi:: l'écho ma kanetch kayna:: l'écho \

[cette échographie est récente, on n'avait pas d'échographie?]

1194. Dr^{®2} : si:: si kanet suspicion de:: / de carcinome sur un scanner et sur une écho abdominale ++ déjà:: il a été traité pendant sept mois+ il a décompensé

1195. Dr¹ : il a commencé à chutter

1196. Dr^{®2} : vu la décompensation on a arrêté le traitement+ <...?>

1197. Dr¹ : donc il voulait faire une euh:: sous anesthésie

1198. Dr² : mais il faut qu'elle soit complétée par une cœlioscopie pour rechercher une éventuelle néoplasie digestive euh:: \

1199. Dr¹ : qui n'a rien à voir \

1200. Dr² : qui n'a rien à voir avec euh::

1201. Dr¹ : c'est vrai pourquoi pas

1202. Dr^{®2} : pendant::

1203. Dr : pour les symptômes coliques+ non

1204. Dr² : il n'y a pas:: surtout une dégénérescence il ne se dégénère pas sur une autre région

1205. Dr¹ : non

1206. Dr^{®2} : voilà+ maintenant on va voir pour une colo:

Malade 2 :

1207. Dr^{®2} : &had le patient / had le patient [ce patient] il a été admis pour un syndrome de sténose++ c'est-à-dire c'est des vomissements++ fellewel [au début] tout a été fait à titre externe+ fibroscopie norma::le++ hna koulna [nous avons dit] probablement il fait des signes de déshydratation c'est-à-dire des signes euh:: ça c'est très importants: donc ce n'est pas de la rigola:de donc il fait:: un syndrome de sténose+ on l'a hospitalisé koulna belli:: [on a dit qu'] on va le réanimer: le réhydrater plutôt et demander un transit du grêle pour voir le siège de:: l'obstacle plus bas++ saha [bon] heureusement on a / on a préféré de faire une fibroscopie+ c'est ce qu'il faut faire pour tous les gros malades ana **je pense** maintenant+ même yjiblek une fibroscopie barra: il faut refaire la fibro+ alors on fait une fibroscopie on trouve une euh: formation sténosante \

[moi je pense qu'il faut refaire la fibroscopie avant chaque hospitalisation même si le malade l'a fait à titre privé]

1208. Dr¹ : hmm

1209. Dr² : au niveau deuh:: / du DII DIII+++ki arafna l'origine donc ma naamlouch transit+ on a fait des biopsies lewla négative we zawja tanik donc négative et malgré à deux reprises les biopsies négatives je vais les présenter en chirurgie aujourd'hui pour euh:: / pour régler son problème donc (e)l youm je vais les présenter

[puisqu'on a découvert l'origine de la formation, ce ne serait pas la peine de faire un transit du grêle, aujourd'hui je vais le présenter en chirurgie]

Malade 3 :

1210. Dr¹ : alors had (e)l malade+ allez-y présente ce patient++ allez-y [ce malade]

1211. Dr² : il s'agit du patient \

1212. Dr¹ : ella [non] vous voyez l'amaigrissement hein: il est:: \

1213. Dr² : bon il s'agit du patient \

1214. Dr¹ : hospitalisé le+ c'est très important la date

1215. Dr² : hospitalisé le 24

1216. Dr¹ : bach naarfou ch'hal we
houwa hna [pour connaître le séjour du malade]

1217. Dr² : &donc XY admis pour exploration d'un syndrome euh:: d'hypertension portale avec un amaigrissement++ bon les antécédants médicaux on ne trouve pas d'hémorragies digestives+ pas de transfusion sanguine+ il n'y a pas de calcification ou de tatouage mais notion de toxicomanie++ alo:rs pas d'antécédants d'ascite il n'y a pas d'hépatopathie ou de néoplasie dans la famille+ donc le début remonte à six mois avant:: l'hospitalisation marquée par une altération progressive de l'état général avec une asthénie croissante et une anorexie ainsi qu'un amaigrissement chute de 10 kilos par mois++ X accompagné de fièvre non chiffrée le malade a commencé un régime++ donc euh:: le patient avait consulté un médecin: une échographie a été faite chez lui montrant un syndrome d'hypertension portale avec une hépatomégalie homogène une ascite de très petites abondance X cul de sac de douglas et une dilatation de la veine porte++ d'où son hospitalisation dans notre service:+ donc à son admission: patient était conscient+ coopérant+ fièvre chiffrée à 39° il y a un subictère transudat: (il n') y a pas d'œdème des membres inférieurs:+ l'examen deuh: l'abdomen retrouve un abdomen XX (il n') y a pas de circulation colatérale (il n') y a pas de déformation au niveau du cœ:ur+ à la palpation: on ne retrouve pas d'hépatomégalie+ pas de splénomégalie pas de XX+ à l'auscultation (il) y a une discrète matité: hypodense++ donc les examens cardio-vasculaires et respiratoires: sont sans particularités+ on ne retrouve pas aussi de troubles hépatocellulaires++ on retrouve sur le plan dermatologique: des lésions de type X

1218. Dr : i:h [oui] (continue)

1219. Dr^{®2} : j'ai refait l'FNS à DEUX reprises+ & la première fois le sang était hémolysé+ la deuxième fois on a eu le taux des plaquettes qui sont à 100000+ les globules blancs qui sont à 5800+ euh:: sur le plan:: biochimique la fonction rénale c'est normale glycémie::que++ bilan lipidique normale::l+ on retrouve et les transaminases les TGO à 1,39 de la normale
1220. Dr¹ : 89! Une hypoprotidémie à 89! 1221. Dr^{®2} : i:h rahom yjiwna ha::kdak [oui, on ne reçoit que ce type de résultats] (peut être que les résultats sont erronés)
1222. Int : 90!
1223. Dr¹ : basah machi des hypoprotidémies / machi des hypoprotidémies
[mais il ne s'agit pas d'hypoprotidémies]
1224. Dr^{®2} : ella:: ella! HYPER
1225. Int¹ : HYPER
1226. Dr¹ : a:h!
1227. Dr^{®2} : &HYPERPROTIDEMIE à 89+++ bilirubine totale à 13,2 avec une bilirubine conjuguée à 2,2++ le TP revient à 100%++ la VS est très accélérée à trois chiffres:: donc on a fait des sérologies vira:les++négati:ves la sérologie de l'HIV et de la syphilis sont en cours+ on a fait un bilan de la tuberculose à la recherche de BK qui est revenu négatif+ le téléthorax est normal++ la fibroscopie réalisée ne retrouve pas de varices œsophagiennes++ l'écho abdominale elle montre un foie homogène de contour régulier évoquant une XX voie biliaire intrinsèque+ \
1228. Dr¹ : à l'écho::
1229. Dr^{®2} : à l'écho
1230. Dr² : il n'a pas à décrire HOMOGE::NE+ DILATATION::
1231. Dr¹ : ella ella chouf had el malade / hada rana nahadrou beza:f+ il faut donner que l'essentiel pour trancher
[non, non regarde pour ce malade, on parle trop, essaye de résumer]
1232. Int¹ : alors il est hospitalisé hier
1233. Dr¹ : had le patient: il était admis pour une suspicion d'un tableau d'hypertension portale
1234. Int¹ : oui
1235. Dr^{®2} : c'est la raison pour laquelle on l'a hospitalisé+ amalnah fibro: (il n'y) y a pas de varices œsophagiennes+ ana pour moi: il n'y a pas de: / ana ki nedkhoul fe hadik l'hypertension portale amaigrissement nkoullek (e)l haja (e)louwla il dégénère wella: haja++ sérologie négati::ve+ pas de vari::ces pas d'hypertension:: maintenant le tableau d'hypertension portale nahitouh+

[on lui a fait une fibroscopie, pour moi, quand je pose un diagnostic d'hypertension portale et amaigrissement, je te dirai tout de suite après si ça dégénère ou pas ; maintenant, vous avez écartez le tableau d'hypertension portale]

1236. Dr² : j'allais le dire

1237. Dr¹ : bon: yabka l'amaigrissement+ c'est quoi c'est un problème néoplasique pour rechercher l'origine primitive

[donc, reste l'amaigrissement]

1238. Int¹ : la tumeur primitive

1239. Dr^{®2}: voi::là++ alor:s syndrome infectieux VS très accélérée:+ donc on a pensé à deux cho:ses surtout que hier il a commencé à délirer+ koulna belli: [on a dit que] il est en train de:+ soit un:: / un: problème infectieux point de départ le foi qui atteint le cerveau

1240. Dr¹ : hmm

1241. Dr^{®2} : soit: euh:::+ un problème néoplasique qui atteint/ une atteinte secondaire cérébrale++ on a demandé un scanner cérébrale en urgence il est normal

1242. Dr² : tant mieux

1243Dr¹ : et:: là je vois belli:: ni infectieux: ni::++ ma kan walou / ma katboulek walou

[je ne vois ni une raison d'origine infectieuse, ni rien, on ne t'a rien écrit]

1244. Int¹ : hmm euh:: douk awed nemchi andhom

[je vais les revoir]

1245. Dr¹ : l'infectieux c'est très important+ ana pour moi ça reste toujours infectieux+ koul'thalek (e)l barah+++ un truc taa leuh:: j'étais contre taa le truc taa euh : / taa euh traumatisme+ ana koul'thalek ala balek ana pour moi c'est un problème d'infectieux

[pour moi, je vous l'ai déjà dit hier que c'est un problème d'origine infectieuse]

1246. Dr^{®2} : we la toxicomanie [et concernant la toxicomanie]

1247.Int¹ : iyya we la VS accélérée we CRP accélérée [et aussi]

1248. Dr^{®2} : i::h [oui]

1249. Inf³ : weuh / we température à 40°: [et la température à 40°]

1250. Int¹ : i:h [oui]

1251. Dr¹ : 'comment tu expliques ça:+ 'we [et] l'amaigrissement comment tu expliques ça+ c'est l'infectieux / c'est un malade d'infectieux

1252. Dr² : il est toxicoma:ne donc il est <...?> 'dertou VS [vous avez fait la VS]

1253. Int¹ : VS très accélérée
1254. Dr¹ : 'jat l'infectieux wella ma jatch / 'ella jat wella ma jatch
[le médecin de l'infectieux est venu ou non?]
1255. Int¹ : jat (e)sbah we kounna fe scanner
[elle est venue ce matin, mais nous étions au niveau de la radiologie pour un examen scannographique]
1256. Dr¹ : '(e)l youm / '(e)l youm sbah
[aujourd'hui, ce matin?]
1257. Int¹ : ih (e)l youm [oui, ce matin]
1258. Dr¹ : ih [bon, d'accord]
1259. Dr^{®2} : awed ayyatnal'ha [on l'a appelé pour une deuxième fois]
1260. Dr¹ : 'elle n'a pas vu le malade
1261. Inf³ : ma kanch hna [il n'était pas là]
1262. Dr¹ : 'elle n'a pas vu le / le malade
1263. Inf² : il était: / il était au niveau du scanner
1264. Dr^{®2} : il était au scanner
1265. Dr¹ : donc kamlou nemchi / nemchi ntéléphoni / kamlou la visite / kamlou la visite
[terminez la visite, je vais appeler l'infectieux au téléphone]
1266. Dr² : nchoufou un autre mala:de we men baad nwelliwlah
[on voit un autre malade et puis on revient à ce même malade tout à l'heure]
1267. Dr^{®2} : donc il (n') y a pas de signes d'hypertension portale donc endoscopiquement:
et:: / cliniquement endoscopiquement+ <...?> le foi comment il est++ c'est
une hépatomégalie
1268. Dr² : non::
1269. Dr : hein: mais cliniquement (il n') y a rien / cliniquement (il n') y a pas
d'hépatomégalie / cliniquement (il n') y a pas d'hépatom \
1270. Dr² : ella ella hmm
[non, non]
1271. Dr² : 'ma dertouch les hémocultures
[vous n'avez pas fait d'hémocultures?]
1272. Inf³ : ella ma dernach [non, on en a pas fait]

1273. Dr² : (ils) sont écrits
1274. Inf³ : (e)l barah kan à 38° [hier, il était à 38°]
1275. Dr² : 'et VS en cours
1276. Inf³ : VS en cours
1277. Dr^{®2} : &c'est un patient qui:: âgé deuh:: 46 ans+ donc euh:: sans antécédants pathologiques particuliers qui arrive pour exploration d'une hépatomégalie hétérogène avec adénopathies XX
1278. Dr² : hmm
1279. Dr^{®2} : et un tableau:: infectieux+ avec une fièvre élevée
1280. Dr² : ja l'andi consultation ala balek+ adénopathie plus hépatomégalie
[il a consulté chez moi, tu sais..]
1281. Int¹ : deux <...?>
1282. Dr² : ja en consultation [il venu pour consultation]
1283. Mde : jit ouah [oui je suis venu]
1283. Dr^{®2} : &donc le début remonte à trois mois avant l'hospitalisation+ donc marqué par l'installation progressive des douleurs de l'hypocondre droi:t+ d'intensité modérée < à un temps?> traitées par des sédatifs de façon continue+ les douleurs s'aggravant progressivement accompagnées de troubles de transit à type d'une diarrhée de 5 à 6 selles par jour+ quant aux mouvements évoluant dans un tableau d'altération de l'état général+ avec asthénie anorexie et un amaigrissement de 15 kilos: <...?> sans autres troubles digestifs+++ il a fait:: une échographie abdominale qui a objectivé:: une hépatomégalie hétérogène avec adénopathie XX+ donc à l'admission on retrouve un patient conscient coopérant asthénique+ pas d'œdème des membres inférieurs pas de signes de déshydratation+ mais présence de signes de dénutrition++ euh:: l'examen de l'abdomen on retrouve une hépatoMEGALIE avec XX à 5 cm de surface régulière+ légèrement sensible: qui est mobile avec un mouvement respiratoire+ pas de XX pas de signes de XX++ donc euh:: à la palpation (il n') y a pas d'ascite+ donc les examens: \
1284. Dr² : 'il n' y a pas la fièvre / c'est très important la fièvre
1285. Inf³ : fièvre à 37,2° à son admission: mais il fait des pics
1286. Dr² : mais quand tu présentes l'hépatomégalie tu dis qu'il est fébrile
1287. Dr^{®2} : fé:brile+ je l'ai dit
1288. Dr² : a:h très bien
1289. Int¹ : pour l'examen cardio-vasculaire respiratoi:re <...?> ghadwa inchallah \

[demain, si Dieu veut]

1290. Dr² : X GONGLIONNAIRE euh:: !
1291. Int¹ : <...?> \
1292. Dr² : bezaf aliha::+ pa(r)ce que kayen des adénopathies \
- [c'est trop, parce qu'il y a des adénopathies]
1293. Int¹ : non: périphérique
1294. Dr² : périphérique+++
1295. Int¹ : sur le plan:: deuh:: \
1296. Dr² : t'habbas fe la: / t'habbas fe la:: / fe la:: / fe les conduites à tenir taahom+
hépatomégalie fébrile:+ 'qu'est-ce (que) tu discutes
- [tu t'arrêtes à la phase de leur conduite à tenir]
1297. Int¹ : des tas de cho::ses
1298. Dr² : très bien
1299. Int¹ : on peut avoi::r euh:: les apy / apyoGENES+ l'amibia:se+ les kystes hydatiques
aussi::
1300. Dr² : oui
1301. Int¹ : la tuberculose
1302. Dr² : oui
1303. Int¹ : qui peut être de cause euh:: bon c'est: granulo \
1304. Dr² : très bien
1305. Int¹ : qui peut être classée dans les granulomatoses
1306. Dr² : (granulo)matoses
1307. Int¹ : euh:: tuberculo::se à sarchoïdose aussi
1308. Dr² : brucello:se+++ c'est il y a une hépatomégalie dans la brucellose
1309. Dr^{®2} : avec spléno hétérogène
1310. Dr² : il peut y / il peut y avoir d'adénopathies dans plusieurs euh::
1311. Dr^{®2} : hmm++ et il y a aussi les causes néoplasiques
1312. Dr² : oui
1313. Dr^{®2} : on peut avoir à des métastases euh: hépatiques qui peuvent donner aussi un
syndrome nephrotique
1314. Dr² : très bien

1315. Dr^{®2} : had le patient [ce patient]
1316. Int¹ : hépatomégali::e
1317. Dr^{®2} : hépatomégalie fébrile
1318. Int¹: hétérogène fébrile++ bon \
1319. Dr² : hada rah andou une trithérapie [celui-là a une trithérapie ?]
1320. Dr^{®2} : yih j'ai introduit une antibiothérapie::e probabiliste [oui]
1321. Dr² : probabiliste++ je vous rappelle les:: / les:
/ les hépatomégalias fébriles 'qu'est-ce qu'on discute+ iyya kamel [alors, la question est posée à tout le monde]
1322. Dr^{®2} : &donc: sur le plan+ alors biologique (il) y avait une anémie: sévère avec un taux d'hémoglobine+\ une ané / une anémie hypomicro / hypomicrocytai:re avec un taux d'hémoglobine à 5,8+ les plaquettes qui sont normaux+ les globules blancs à 11500++ donc il a été transfusé par deux culots globulai:res mais il a fait une réaction aprè::s+ un accident transfusionnel
1323. Dr² : ih [oui] (continue)
1324. Dr^{®2} : alors sur euh:: la fonction rénale elle est normale+ euh: transaminases qui sont normales phosphatase alcaline augmentée à 1,6 fois la normale gamma GT à 2 fois la normale++ bon: euh: (le) bilan d'hémostase TP à 100% par contre on a un TPA qui est allongé+ à 80:: un temps de Quick qui est normal+ la <fer PLL?> posi / très positive à 192 avec une VS à 149++ j'ai opté pour les bilans:: deuh: d'hémostase+ j'ai vu un avis d'hémato::+ euh:: ils m'ont dit qu'il y a la localisation hépatique entraînant une insuffisance+ hépatocellulaire donc qui a engendré un déficit des facteurs de la coagulation+ pa(r) ce que le TP au début:: il était: à 54%+ quand j'ai refait:: il est revenu:: normal++ pour les <GG?> elles sont négatives++ HBS HIV et HCV négatifs la sérologie hydatique elle est négative++ la lecture aujourd'hui: elle est négative
1325. Dr² : négati::ve
1326. Int¹ : hmm++ bon pour les explorations endoscopiques il est à jeûn normalement
1327. Dr² : ih pour la fibro [oui]
1328. Dr^{®2} : pour la fibro: yih++ on voulait fai::re euh: une colo \ ella hada houwa / ella hada houwa+ donc on a fait un scanner abdominal on va le récupérer aujourd'hui: euh les marqueurs tumoraux sont en cou:rs

[oui, bon c'est ça]
1329. Dr² : ih [oui]
1330. Dr^{®2} : on fait la sérologie de la brucello::se
1331. Dr² : oui demandiha+ andek les globules blancs qui sont normaux

[oui, il faut la demander]

1332. Int¹ : 11000 awed 13000

1333. Dr² : 'ch'ha:l [combien?]

1334. Int¹ : 11000

1335. Dr² : 11000 wella 13000++ ce n'est pas suite à un truc néoplasique \

1336. Dr² : téléthorax normal

1337. Dr² : les marqueurs tumoraux::+ \

1338. Int¹ : kamel [tout les marqueurs tumoraux]

1339. Dr² : qui vous dit que c'est un néo primitif wella il faut::++ / il faut rechercher la néo primitive

1340. Dr² : justemen::t \

1341. Dr² : entre / entre \

1342. Int¹ : la fibroscopie \

1343. Dr² : téléthora::x

1344. Int¹ : we [et] la colo::

1345. Dr² : (e)l ha:da [pour celui-ci]

1346. Int¹ : (e)l youm la fibroscopi:e we neuh \ [aujourd'hui et on va..]

1347. Dr² : hadi::URO [c'est l'uro]

1348. Dr² : 'kich hadi l'uro [comment ça l'uro]

1349. Inf³ : il y a la diarrhée / (il) y a la diarrhée

1350. Dr² : il faut signaler à chaque fois assem kayen comme signe orientATEUR:: wella ma kanch \

[il faut signaler à chaque la présence ou non de tout signe orientateur]

1351. Inf³ : il y a une diarrhée

1352. Dr² : c'est très important

1353. Inf³ : 'ndirou la sérologie: en urgence

[on fait une sérologie en urgence ?]

1354. Dr² : 'sérologie yaamlouha hna::++ ih fièvre c'est:: 40°

[on fait une sérologie à notre niveau, oui fièvre à 40°]

1355. Inf³ : (e)l barah euh:: 37 [hier à 37]

1356. Dr² : i:h ih [oui, oui]

1357. Dr^{®2} : un adénocarcinome

1358. Dr² : ah:

1359. Dr^{®2} : un adénocarcinome bien différencié de siège hépatique

1360. Dr² : hada kan andna déjà:: jatni

[je crois qu'il a été déjà admis chez nous]

1361. Inf³ : hada houwa elli dkhal

[c'est lui qui a été admis dans notre service]

1362. Int¹ : hada houwa [c'est lui]

1363. Dr² : 'ja be la fibro [il est admis avec une fibroscopie ?]

(il a fait une fibroscopie à titre externe avant son admission ?)

1364. Dr^{®2} : & ja avec une fibroscopi::e avec un scanne::r+ abdominal mais: taa le mois de mai++ basah houwa même houwa dkhal euh:: donc euh:: ça fait six mois++ il a refait une nouvelle échographie abdominale le 23: juillet: i(l n') y a pas d'extension / (il n') y a pas d'ext euh:: / le foi qui est homogè::ne+ (il n') y a pas d'adénopathie (il n') y a pas d'ascite++ normalement on a fait un bilan pré-opératoi:re on avait demandé: bakilo téléthorax+ les marqueurs tumoraux sont en cours+ on va le transfuser parce que l'hémoglobine est à 5,1+++ donc ça y est / ça y est andou téléthorax (e)l youm

[il est admis avec une fibroscopie, un scanner qui ont été fait en mois de mai, mais il a été hospitalisé.. ; il lui reste un téléthorax, ça y est il a un téléthorax d'aujourd'hui]

Malade 4 :

1365. Dr² : vas-y / vas-y

1366. Int¹ : c'est un patient:: âgé: / âgé de 29 ans

1367. Dr² : continue

1368. Int¹ : un accident caustique+ donc les lésions initia:les+ c'était des lésions: \

1369. Dr² : c'est gra:ve

1370. Dr^{®2} : oui+ c'était des lésions 3B / 3B œsophagienne:: et 3A gastrique+ donc on a mis le patient sous alimentation parentéra:le pendant au total / pendant 15 jou::rs+ la fibroscopie de contrôle à j 15 a retrouvé une sténo:se <...?> et comme on a pas le TOGD::

1371. Dr² : c'est bon yih [oui] / c'est bon

1372. Int¹ : INFRANCHISSABLE kounna très::s \ [on était très..]

1373. Inf³ : we bel pédiatrique [et encore avec un fibroscope pédiatrique]
1374. Dr² : oua::h [oui]
1375. Inf³ : fibroscope pédiatrique
1376. Dr¹ : donc on continue l'alimentation parentéra:le+weuh: [et..]
1377. Dr^{®2} : oui on continue l'alimentation parentérale
1378. Dr¹ : on fait un contrôle d'ici hal 15 / hal 15 jours / aamloulou une sonde derwak bach neuh:: naatik wahda:
 [d'ici 15 jours à peu près, placez lui une sonde gastrique tout de suite pour .. je te donne une]
1379. Inf³ : 'euh:: kayen [vous en avez?(des sondes gastriques)]
1380. Dr¹ : i::h kayen+ ktab Gastrographine
 [oui, elles sont disponibles, prescrits aussi la Gastrographine]
1381. Dr^{®2} : yih [d'accord]
- Malade 5 :**
1382. Int¹ : c'est un foi métastatique avec adénopathies mais on a trouvé \
1383. Dr¹ : chirurgie A (c'est
 un malade qui relève de la chirurgie A)
1384. Int¹ : euh::
1385. Dr² : (e)l A [le]
1386. Dr¹ : hadak (e)l malade kount hdart maa Dr XX yla t'houb tkhellihoulou tjiblou dossier
 [à propos de l'autre malade, j'ai parlé avec Dr xy, si tu veux qu'il le voit, ramène lui le dossier]
1387. Dr^{®2} : iyya saha [bon d'accord]
1388. Int¹ : donc yeuh:: tebka ghi:: [donc, il reste seulement le..]
1389. Dr¹ : il travaille pas 'hein
1390. Int¹ : (e)l A il travaille++ ana neprésentih samedi
 [je le présente ce samedi à la chirurgie A]
1391. Int¹ : &c'est le patient XX (nom du malade) Med âgé de 55 ans sans antécédants pathologiques particuliers+ donc admis pour un syndrome tumora:l avec adénopathi:es profondes et infiltration gastrique
1392. Dr¹ : ah

1393. Int¹ : je continue
1394. Dr¹ : très très bien
1395. Int¹ : c'est un foi métastatique avec adénopathies abdominales profondes+ en faisant la fibroscopie on a retrouvé une formation d'un truc angulai::re qui s'étend vers euh:: prend pratiquement toute euh:: la:: X
1396. Dr¹ : foi métastatique non: vous retrouvez le néo primitif
1397. Int¹ : oui
1398. Dr¹ : c'est un NEO de X
1399. Dr² : les biopsies sont en cours+ le résulta:t neuh:: normalement la chimiothérapie
1400. Dr¹ : tlakit hadik taa la radio: \
[j'ai rencontré celle de la radiologie]
1401. Dr² : ella:: il a fait le scanne:r / hada ja:: avec un scanner
[non, il est admis avec un scanner]
1402. Dr¹ : ja avec un scanner [il est admis avec un scanner]
1403. Dr² : yih privé [oui, (un scanner fait en) privé]
1404. Dr¹ : a:h! 'machi hna fe l'hôpital [il ne l'a pas fait à l'hôpital]
1405. Dr² : ella+ ma amlouch hna feuh:+ hawa
[non, il ne l'a pas fait à notre niveau, le voilà]
1406. Dr¹ : aatini [fais voir]
1407. Dr² : il est venu avec un compte-rendu
1408. Dr¹ : we hadak XX: (nom du maade) 'fayen rah:
[et concernant Benhlime, où est-ce qu'il est?]
1409. Inf³ : hada houwa: [c'est bien lui]
1410. Dr¹ : XX (nom du maade)::
1411. Int¹ : i:h [oui]
1412. Dr¹ : 'ma kanch anna fe l'hôpital: ella:: [il n'était pas hospitalisé chez nous]
1413. Dr² : ella ana elli andi taa la: khor [non, c'est moi qui a..]
1414. Dr¹ : 'ma dertch scanner hna fe sbitar
[vous n'avez pas fait de scanner à l'hôpital?]
1415. Mde : rah andi wahad dertah berra
[j'ai un scanner fait à titre externe]

1416. Dr¹ : ella fe sbitar / fe sbita:r

[non, je parle d'un scanner fait à l'hôpital]

1417. Mde : ella [non]

1418. Dr¹ : iyya saha [bon, d'accord]

1419. Inf³ : ella: aaml feuh:: [non, il l'a fait à..]

1420. Int¹ : baki les marqueurs tumoraux [il reste..]

1421. Dr² : c'est la chimiothérapie à titre paliatif

1422. Dr^{®2} : neprésentih we nchouf [je le présenterai puis je verrai]

1423. Dr² : si on a la chimiothérapie: tu leur donnes un cas intéressant+ tu::+ / tu nous ramènes les renseignements

1424. Dr¹ : hna on l'a hospitalisé: même der les examens à titre privé: machi ma ndirouch fih (e)l confiance: tant que rah andek tu es responsable tu dois tout refaire+ ma bkatch hadi:k taa euh:: ah anaawed ma ala balich

[nous l'avons hospitalisé, même s'il a fait des examens à titre externe, il faut tout refaire, on lui fait confiance, mais tant qu'il est admis chez toi, tu es responsable]

1425. Dr² : parce que tellement on est des humains:: on est sujets à faire des erreurs euh:: l'erreur est humaine

1426. Dr¹ : alors hadak (e)l malade andeh une colonoscopie / jani hnaya: katbin colonoscopie normale++ il fait un syndrome subocclusi:f+ colonoscopie totale normale+ fe hadik la semai:ne il fait un syndrome subocclusif:: alors loukan hadak le chirurgien elli kan yetab'ou ychouf colonoscopie normale ykoullou rouh rak traité we koulchi+ qu'est-ce qu'il fait il me / il me l'oriente we kalli awedli une colonoscopie+ andek des biopsies iléa::les tiens je me rappelle+ alach::+ parce que kadra qui fait une sténose iléa::le il est en train de faire une maladie de Crohn+ parce que appendicectomi::e ih bon ana jit ellahna:: maa amalt une colonoscopi:e j'ai pas réussi: au niveau du transve:rse ma kaddi:tch+ il est / il supportait pas ytouagh+ on l'a programmé sous anesthésie+ hadik la semaine elli la colonoscopie normale++ sténose infranchissable du colon: juste après l'angle colique droit c'(est)-à-dire du colon droit+ kifach kan XX be stétho / machi be stétho:: il opè::re c'est une formation tumorale une NEOPLASIE \

[le malade a une colonoscopie, je crois qu'on a écrit qu'il s'agit d'une colonoscopie normale, au cours de la même semaine, le malade fait un syndrome subocclusif, quand le chirurgien qui le suivait voit une colonoscopie normale, il pouvait le faire sortir, mais celui-ci l'a orienté vers notre service pour une deuxième colonoscopie car le malade peut faire une sténose iléale, bon, j'ai essayé de lui faire une colonoscopie, mais je n'ai pas réussi à monter au-delà du transverse, l'examen était tellement douloureux que le malade commençait à hurler, donc au cours de la même semaine où la colonoscopie

faite à titre externe était normale, moi je la refait et je trouve une sténose infranchissable.. une néoplasie]

1427. Dr² : i:h [oui]

1428. Dr² : i:h [oui]

1429. Dr² : du colon / du colon droit kamel++ kallek krib chwiya we twelli:+ non résécable+ heureusement:: sujet jeune 32 ans

[une néoplasie de tout le colon, le chirurgien m'a dit qu'elle était sur le point de devenir non résécable]

1430. Dr² : mziya [tant mieux pour lui]

1431. Dr¹: ih donc swalah taa (e)l colonoscopi::e il (ne) faut pa::s+ yak cheftouha+ on a:: / nkoulkom ha:ja: il (ne) faut pas: dire une colonoscopie euh:: chaque fois qu'on ne réussit pas: ça peut arriver à n'importe qui++ ana j'étais en France: had (e)l khatra wallah deux colonoscopies n'ont pas été réussi+ sous anesthésies générales ha:di sous AG 'hein+ machi zaamak sous euh:: kimma hna+ non réussie++ nektab non réussie alach (e)nkassar rassi+ ça existe: il (ne) faut pas di::re le contrai:re taachi ydour alik koulchi+++ le mala:de / ki yjik le malade tu / tu seras responsable alih: awed temchi+++ voilà:

[il ne faut pas prendre les choses à la légère quand il s'agit d'une colonoscopie, j'étais en France cette fois-ci, je jure que deux colonoscopies sous anesthésie générale n'ont pas été réussies. Prenons notre exemple, c'est une colonoscopie non réussie, je mentionne une colonoscopie non-réussie pour ne pas avoir des problèmes plutard, je ne me casse pas la tête pour des choses qui peuvent arriver, chacun doit assumer sa responsabilité envers un malade souffrant]

1432. Dr² : <...?> les données échographiques on a adénopathies abdomina::les euh::+ donc chez ce patient on a réalisé:: les explorations endoscopiques: à savoir une fibroscopie: qui est revenu normale une coloscopie

1433. Dr¹ : ih [oui] (continue)

1434. Dr² : norma::le+ donc on a complété:: parce qu'il y avait juste les données échographiques / on a complété par un scanner abdomina:l++ les marqueurs tumoraux sont en cours+ donc euh:: pour leuh: X sont négatif+

1435. Inf³ : il (n') y a pas de fièvre

1436. Int¹ : on a demandé l'avis infectieux

1437. Dr² : c'est une ascite libre de moyenne abondance libérée \

1438. Dr¹ : 'vous l'avez ponctionné

1439. Dr² : excudatif j'ai ponctionné: avec notion de conta::ge euh:: tuberculeux

1440. Dr² : TBC <...?>

1441. Dr^{®2} : (il) y a une PLEURESIE+ donc il y avait une collection \

1442. Dr² : parenchymateuse

1443. Dr^{®2} : donc l'ascite elle est excudati::ve (il n') y a pas de signes deuh:: / de syndrome de X

1444. Dr¹ : a:h! '(il n') y a pas:

1445. Dr^{®2} : non (il n') y a pas

Côté des malades femmes :

Malade 1 :

1446. Dr^{®1} : &donc c'est la patiente euh:: Lakhal:: Djamila: âgée de 23 ans sans antécédants particuliers:: qui présente euh:: un ictère à bilirubine non conjuguée+ avec euh: une cytolysse hépatique++ donc euh:: l'histoire de maladie:+ le début des troubles remonte à environ deux mois marqué par l'apparition d'épigastrie qui a entraîné des troubles digestifs+ la patiente consulte chez#un:: médecin généraliste: elle bénéficie d'un traitement type d'Opracide Spasfon et Dompéridon++ elle décl:re ne pas tolérer le traitement: elle a présenté des vomissements et elle a arrêté spontanément au bout de trois jours+ au bout de sept jou:rs il y a apparition d'un ictère avec éruption cutanée: prurit+ urines foncées et asthénie+ donc euh: depuis ce jour là:: l'ictère persiste euh:: elle a consulté à titre exte:rne+ elle a bénéficié d'une vitaminothérapie avec euh:: arrêt de toutes euh:: / de toutes euh:: / de tous les médicaments++ mais la patiente elle a pris une plante nature:lle Mliles pour son ictère

1447. Dr¹ : hmm les plantes sont des fois mortelles

1448. Dr^{®1} : i::h [absolument]+ donc euh:: elle décrit qu'au début il y avait un ictè:re éruption cutanée des adénopathies et une fièvre++ mais à son admission la patiente a été apyrétique mais durant l'hospitalisation elle présente une fièvre d'évolution intermittante avec des pics jusqu'à 40°:+ on a fait des hémocultures on va les récupérer normalement

1449. Dr¹ : l'origine est encore ambiguë

1450. Dr^{®1} : voilà

1451. Dr¹ : 'CRP négative

1452. Int² : euh:: négative

1453. Dr² : X sont normaux+ donc il n'y a aucune étiologie

1454. Dr^{®1} : oui

1455. Dr² : donc pour moi / moi je pense à une maladie de Gilbe::rt avec hépatotoxique

1456. Dr¹ : a:h oui

1457. Dr² : parce qu'elle a pris deux plantes:: pendant plus d'un mois++ donc là la cytolys:se+ le TP / le TP:
1458. Int² : hayadi la cytolys l'évolution: [voici]
1459. Dr² : parce que c'était un ictère CHRONIQUE à bilirubine non conjuguée
1460. Int² : i:h++ hadi:: / hadi l'évolution / hadi:: les TGO:: we les TGP \ [oui, voici..]
1461. Dr¹ : 'et le scanner norma::l
1462. Dr^{®1} : we [et] cytolys wel [et la] bilirubi::ne (il) y a une regression augmentée peut être: mais cette fois-ci la bilirubine conjuguée+ dernier bilan qu'on a reçu++ c'(est)-à-di::re anna [on a] deux résultats pour le même jou:r / pour le même jour entre l'hôpital et leuh:: / on a des valeu:rs de TGO 3,9 la norma:le+ à titre exte:rne 7 fois la norma:le pour le même jour hein: we [et] TGP: à 4,3 la normale à 7 fois la normale à titre externe+ donc euh::+ on sait pas:: \
1463. Dr¹ : un problème toxique
1464. Int² : c'est / c'est qu'il y a une bonne évolution++ TP:: / le dernier TP 65%
1465. Dr : a:h rah mlih+ rah ghaya: [il est bon, il est normal]

Malade 2 :

1466. Dr^{®1} : &alo:rs c'est la patiente Benhmed Fatéma: âgée de 62 ans: originaire et demeurant à Tlemce:n mariée sans enfant couturière de profession: admise dans notre service pour prise en charge d'une formation hépatique suspecte+ donc ses antécédants physiologiques <primaires?>+ pas d'antécédants médicaux: particulier:s ni:: chirurgicaux ni familiaux+ dans les habitudes de / de vie on retrouve euh :: une prise de seaux: sans contact tuberculeux ni <hydatique?>+ alo::rs le début des troubles remonte à environ:: un mois et d(e)mi: marqué par l'apparition des douleurs de l'hypocondre droi:t irradiant au dos+ sans irradiation à l'épaule à type de coliques surtout en décubitus latéral gauche décubitus latéral droit et à la position debout:: sans relation avec les repa:s+ associées à des vomissements alimentaires post-prondiaux précoc:es évoluant de façon intermittante et à une fièvre noctu:rne non chifrée+ et d'après la patiente c'était pas une fièvre importante+ parfois des sueurs+ siège jejunum elle répond pas+ sans hémorragies digestives extériorisées et troubles du transi:t+ sur le plan généra:l elle décrit aussi une anorexie et un amaigrissement+ sur une période de un mois et d(e)mi: l'amaigrissement est estimé à 10 kilos++ la patiente consulte chez / chez un / un généraliste / un généraliste:: le diagnostic de fièvre typhoïde a été porté je ne sais pas sur quel argument
1467. Dr¹ : a:h FT
1468. Dr^{®1} : &et:: elle a bénéficié de / d'une antibiothérapie+ en même temps le médecin généraliste a demandé une échographie abdomina:le qui révèle une foi / un foi hétérogè:ne remanié par une importante formation hétérogène:+ 5 cm d'environ de / de diamètre de grande tai::lle occupant tout le XX bien limi /

bien délimitée de contour renfermant de nombreux XX avec euh:: une vésicule biliaire euh:: faite de nombreux microlithiases++ donc le diagnostic le / l'échographe a évoqué:: des diagnostics < intra?> hépatiques un état de CARCINOME et un kyste hydatique abcédé++ donc nous notons l'abs / l'absence d'amélioration clinique et échographique malgré un traitement antibiotique de huit jours la patiente est orientée vers notre service+ d'où son hospitalisation++ donc euh:: l'examen général retrouve un:: / une patiente amaigrie X amenée à 18,65 kilos par mètre carré avec un poids de 50 kilos et apyrétique 38,2 elle avait:: ce chiffre durant toute l'hospitalisation: patiente consciente coopérante téguments conjonctives normo / normocolorés pas d'ictère+ l'examen:: digestif non X non X il n'y a pas <...?> signes d'hépatite: X irréguliers indolores:: cette fois-ci INDOLORES+ l'examen cardiovasculaire sans particularités++ l'examen ganglionnaire ne retrouve pas de ganglions cette fois-ci:: ni d'adénopathies inguinales ni: d'adénopathies axillaires+ les explorations biologiques retrouvent une anémie modérée à 11,7 g par dl: normo euh:: / normochrome normocytaire les hémoglobulines euh: / globules blancs augmentées à 11000 et:: / et un taux / taux de plaquettes normaux++ le plan / sur le plan hépatique on retrouve un bilan ancien fait à titre externe TGO TGP: pas de syndrome systolique+ TGO TGP normaux+ par contre les phosphatases alcalines sont à 4 fois la normale: et:: une euh:: légère augmentation des bilirubines totales 16,26 à prédominance NON CONJUGUÉE+ actuellement le bilan hépatique fait à notre niveau: pas de syndrome de systolique toujours: les gamma / les phosphatases alcalines sont normaux:: et les gamma GT sont à 2,7 fois à la normale: c'est-à-dire elle présente un syndrome de colestase++ donc euh: on a pas de bilirubine euh:: le bilan c'est::+ donc leuh:: bilan d'hémostase retrouve un TP: BAS à 52%+ on a demandé un facteur V on l'a pas encore reçu une VS accélérée à 100++ donc euh::+ notre attitude était: euh:: de rechercher une localisation néoplasique primitive+ leuh / la fibroscopie est normale leuh:: / la colo(n)scopie: e+ elle a exploré le colon TRANS+VERSE qui est normal et on préconise de la compléter par un:: lavement baryté++ donc et on a mis la: / la patiente sous triple antibiothérapie à savoir Ampicilline Flagyl et Gentamycine comme geste thérapeutique et on va faire un contrôle scannographique leuh 5 normalement

1469. Dr¹ : la <VGST?>

1470. Int² : euh:: normale la <VGST?> normale \

1471. Dr¹ : mais:: \

1472. Dr^{®1} : mais je crois: / je crois et la thyroïde et euh: elle va faire une écho thyroïdienne pour le 2+ mais: vu la source de syndrome infectieux est-ce que vraiment c'est::

1473. Dr¹ : ih [oui]

1474. Dr^{®1} : c'est un::+++ pa(r)ce que l'image elle est:: / bien à un niveau hydro-aérique / l'image scannographique

1475. Dr¹ : <...?>

1476. Dr^{®1} : hmm+++ hei: (il) y a un niveau:: hydro-aérique
1477. Dr¹ : i::h voilà:+ c'est ça
1478. Dr^{®1} : hm++ hm euh:: la sérologie du kyste hydatique: \
1479. Dr¹ : 'les globules blancs:: ch'hal
[les globules blancs sont à combien?]
1480. Dr^{®1} : négative
1481. Inf(4) : 11000
1482. Dr^{®1} : 11000++ j'ai demandé qu'elle nous ramène <...?>
1483. Dr¹ : on va voir
1484. Dr^{®1}: et:: il évoque houwa:: [lui] soi::t une euh:: tumeur néoplasique++ soi::t une euh: néoplasie+ maligne+ soi:t un kyste hydatique abcédé deuh: / de sérologie hydatique négative
1485. Dr² : bien après
1486. Dr^{®1} : bien après
1487. Dr² : amibia::se wella: [ou bien une amibiase]
1488. Dr^{®1}: houwa:: \ [lui]
1489. Dr² : amibiase wella: [ou bien une amibiase]
1490. Dr^{®1} : on a fait même la sérologie amibiase+ houwa:: leuh: / le / l'échographe+ lorsqu'il a fait la première écho / échographi:e il a évoqué un:: abcès:: hyda:: / hyda:: / hydatique euh:: un abcès hépatique+ mai::s+ lorsqu'il a fait la deuxième échographie: après huit jours de contrôle vu l'absence de changement de l'aspect ECHOGRAPHIQUE:+ il a dit que l'aspect:: malgré un traitement antibiotique+ il a: \
1491. Dr¹ : c'est pas la peine de parler:: deuh: nehhi [tu écarter] la fièvre typhoïde+ que tu a::s des documents:: des arguments:
1492. Dr^{®1} : je ne sais pas
1493. Dr¹ : pa(r)ce que elle le décl::re+ pas de troubles de transit+ 'mais pourquoi: sur quel argument: ils ont suspecté une fièvre typhoïde
1494. Inf(4) : parce qu'elle prend le X++ fiè::vre non chiffrée \
1495. Dr¹ : yessamma:: yessamma:: \
[dans ce cas]
1496. Dr^{®1} : FIE::VRE NON CHIFFREE:+ weuh j'ai insisté \
1497. Dr¹ : et pourquoi depuis tout à l'heure on a insisté sur euh::

1498. Dr¹ : i:h jiblo normalement :: un :: / le :: / le injectable++ koultelha tjibli l'ordonnance / koultelha tjibli une ordonnance+ je ne sais pas sur quel argument: la fièvre typho: pa(r)ce que:: j'ai insisté avec la malade katli c'était:: le soir qu'elle présentait des fièvres et c'était pas des fièvres importantes 40°: 39°:qu'elle ressentait+ elle l'a pas chiffré mais c'était pas une fièvre importante++ et: même les sueu::rs elle les rattache pas à: la fièvre: elle les rattache à la chaleu:r

[oui, je lui ai demandé de me ramener une ordonnance]

1499. Dr¹ : 'vous avez demandé un avis infectieux

1500. Dr¹ : hmm hmm

1501. Int² : les globules blancs:: 11000

1502. Dr¹ : non:: non::

1503. Inf(4) : rahi jaya l'infectieux tchouf [le médecin de l'infectieux va venir le voir]

1504. Dr¹ : d'accord

1505. Int² : rahi jaya derwak [elle va venir tout de suite]

1506. Dr¹ : weuh le scanner il a fai::t+ / euh / euh injecté / il a::

1507. Dr¹ : yih+++ [oui] alors le scanner: basah [mais] il y a un foyer de:: / de voisinage c'est une cholecystite aigue++ qui peut:: expliquer le :: / le point de départ de la chose

1508. Dr² : ça dépend:

1509. Dr¹ : ih [oui]

1510. Dr¹ : XX une contiguïté

1511. Dr¹ : hmm

1512. Dr² : ma kanch ghi:: l'infectieux: kayen inflammation:: kayen euh:: iyya ça y est [il n'y a pas que l'origine infectieuse, il y a l'inflammation, il y a aussi.. bon ça y est]

1513. Dr¹ : hmm

Malade 3 :

1514. Dr¹ : alo:rs patiente X Fadia âgée de 20: hadi: [cele-là] c'est une \

1515. Dr¹ : une hépatite / une hépatite
vira::le++

1516. Dr¹ : alors c'est une patiente \

1517. Dr : (toux) 'che(f)tti l'hépatite vira::le [tu as vu l'hépatite virale?]

1518. Dr¹ : yi::h yi::h hmmm [oui, oui]

1519. Dr¹ : il y a un <...?> pour le:: traitement bach yaatiwaha un traitement::
[pour lui donner un traitement]
1520. Dr^{®1} : c'est la malade taï:+ ICTERE FEBRI::LE [c'est ma malade]
1521. Dr¹ : hmm
1522. Dr³ : tu l'as coincé: hatta hiya elle ne trouvait rien à:: à me di(re)+ katli bon tu fais l'HIV:: il est négati:f euh:
[même elle, elle ne trouvait rien à me dire, elle m'a dit..]
1523. Dr² : donc elle prend:: en charge les malades hépatopathiques / les hépatopathiques chroniques
1524. Dr¹ : i::h [oui] (quoi encore ? continue)
1525. Dr² : les hépatites virales aiguës+ walou
[pas d'hépatites virales aiguës]
1526. Dr¹: FEBRI:LE FEBRI::LE \
1527. Dr² : ada les hépatites chroniques ada:: [pourtant]
1528. Dr³: koutelha:: sekkett'ha+ koutelha scannographiquement koutelha ma:: \
[elle ne pouvait plus me répondre lorsque je lui ai dit que..]
1529. Dr² : et dans:: d'autres services <...?> \
1530. Dr¹ : il n'y a pas d'origine hépato-biliaire <constative?>
1531. Dr² : hatta l'hémato:: ils vont lakhor euh::
recevoi::r les hépatitiques virales
[même le service d'hématologie, il va recevoir les hépatitiques virales]
1532. Dr^{®1} : ella:: [non]
1533. Dr¹ : les::+ \
1534. Dr^{®1} : katlek les HEMOPHI::LES [elle dit]
1535. Inf³ : les HEMOPHILES
1536. Dr^{®1} : vous les envoyez andi:+ fe l'infectieux
[vous les envoyez chez elle]
1537. Dr¹ : très bien+ les hémophiles ella (e)lla yla andha
bach taabbihom
[non, non, mais il lui faut les moyens pour qu'elle puisse les prendre]
1538. Dr^{®1} : bach taabbihom hiya fe l'infectieux

[pour qu'elle puisse les prendre]

1539. Dr¹ : mais elle est MALA:DE !++ l'hémophilie rak msahlet'ha!

[l'hémophilie est dangereuse !]

1540. Dr^{®1} : ça dépend de XX

1541. Dr² : gallek l'hémato::+ il faut les transfuser:: menna::

[on dit qu'en hématologie, il faut les transfuser d'ici..]

Malade 4 :

1542. Dr^{®1} : alors hadi:: [celle-là] c'est une patiente jeune âgée: ascite excudative X elle est d'accord pour la cœlio:+ ghil le TP nchoufou: pa(r)ce que TP (el)louwal taaha ja à 50%

[seulement je dois voir le TP, parce que le premier TP était à 50%]

1543. Dr¹ : 'and'ha colo::+ 'c'est pour quand

[quand est-ce qu'elle est programmée pour une colonoscopie?]

1544. Dr^{®1} : ella:: [non]

1545. Dr¹ : a::h

1546. Dr^{®1} : amlat une colo: pa(r)ce qu'elle avait une diarrhée

[elle a fait une colonoscopie..]

1547. Dr¹ : i:h [oui] (continue)

1548. Dr^{®1} : mais elle a tou:s les arguments pour une tuberculose péritonéale à confirmer par euh:: \ kayna hna: une patiente++ docteur kismak+ kayna hna un néo de euh::

[il y a une malade ici, docteur, il y a une malade dans ce lit]

1549. Dr¹ : i::h oui oui oui hadi elli:: [d'accord, c'est cette patiente qui..]

Malade 5 :

1550. Dr^{®1} : hadi:: [celle-là] c'est une patiente intéressante âgée de 30ans

1551. Dr¹ : i:h [oui] (continue)

1552. Dr^{®1} : & âgée de 30 ans: sans antécédants particulier:s ni personnels ni familiers++ et j'ai insisté sur la notion de néoplasie qui présente depuis environ dix mois: une gêne+ donc des douleurs pelviennes euh: \

1553. Dr¹ : i::h koulhom yemchiw yjibouha we naayat le chirurgien

[dis leur de la ramener le temps que j'appellerai le chirurgien]

1554. Dr^{®1} : irradiant vers le long du cadre colique \
1555. Dr¹ : yjibouha:: [on la ramène]
1556. Dr^{®1} : yih++ [oui] & irradiant le long du cadre colique avec notion d'anorexie et d'amaigrissement:+ elle a consulté à plusieurs reprises à titre exte::rne mais le diagnostic porté à chaque fois c'était une colopathie fonctionnelle sauf une seule fois le médecin a palpé:: une masse il l'a orienté pour une échographi:e+ l'échographie kalet ils l'ont / ils lui ont dit toujour::s euh:: elle a consulté un généraliste il lui a dit:: toujours que c'est:: il n'y a pas d(e) masse::e c'est une colopathie fonctionnelle / traitée toujou::rs pour colopathie fonctionnelle+ mais devant la persistance de l'amaigrissement: un de ses:: pa:: / de ses parents qui travaille à l'hôpital a fait un scanne::r+ alo:rs le scanner il retrouve une masse du colon droit mesurant 4 cm sur 4 avec une masse pelvienne mesurant 6 cm sur 4: il dit que / que la masse pelvienne c'est une adénopathie
1557. Dr¹ : plus grosse que::
1558. Dr^{®1} : (rire) l'adénopathie plus grosse que la tumeur primitive+ hna:: [nous] le:: dès son admission on a fait un avis gynécologique+ alors euh:: les:: gynécologues ils suspectent une tumeur ovarienne avec des adénopathies+ une masse palpable
1559. Dr¹ : amalna une colonoscopi::e normale hein+ alors justement hadik taa ghir aji we dir scanne::r hein
[on lui a fait une colonoscopie, on ne peut pas demander un scanner sans motif]
1560. Dr^{®1} : hmm
1561. Dr¹ : tanik [ainsi] il fau::t / il faut / il faut temporiser les scanner:+ c'est-à-dire ki yjik contrôle taa scanne:r c'est pa::s le colon
1562. Dr^{®1} : hmm
1563. Dr¹ : d'acco:rd+ c'est-à-dire (e)l wahad euh:: ma yabkach yetkallak+ iyya scanner gal hakda iyya khelliha:
[il ne faut pas précipiter les choses, on ne doit pas se contenter d'un résultat du scanner]
1564. Dr^{®1} : (e)gynéco: \ [la gynécologie]
1565. Dr¹ : on va pa:s s'acharner à faire autres cho::ses
1566. Dr^{®1} : a:h oui: il paraît que c'est une X au niveau du colon droi:t donc une sténo:se du colon droit
1567. Dr¹ : tant mieux
1568. Dr^{®1} : hatta (e)gynéco: / hatta (e)gynéco:: ils ont trou / ils ont trouvé même euh:: un foi:: hétérogène: / foi hétérogè:ne+ une tumeur apparemment d'appartenance ovariE::NNE avec de multiples adéno \
[même la gynécologie a trouvé..]

1569. Dr¹ : i:h [oui] (continue)
1570. Dr^{®1} : adénopathies X la tumeur primitive++ ih+ une tumeur apparemment
o:varienne+ et: c'est une masse palpable+ à l'examen clinique
1571. Dr¹ : ih [oui] (continue)
1572. Dr^{®1} : on palpe une ma:sse elle est :: importante c'(est-à) dire eu::h elle est très
sensible
1573. Dr¹ : we ki (e)ddawha le pri:vé+ alach ma amlouch un:: examen gynécologique c'est
pa::s norma:l
[et pourquoi elle n'a pas fait entre temps un examen gynécologique puisqu'elle
est partie en privé?]
1574. Dr^{®1} : euh::++ elle a fait un examen gynécologique \
1575. Dr¹ : taaraf le problème qu'ils font#
actuellement fel pri:vé+ c'est que:: \
[tu sais le problème qui se passe actuellement en privé, c'est que..]
1576. Dr^{®1} : des fois yemchiw and généraliste \
[les malades consultent souvent chez un généraliste]
1577. Dr¹ : rahom yrewssou non non:
tu sais que le problème maintenant:: c'est tout le monde fait tout tout / TOUT
LE MONDE FAIT TOUT
(les médecins ne sont pas du tout correctes, ils assurent toutes les spécialités)
1578. Dr^{®1} : hmm
1579. Dr¹ : allez-y continuez / continuez
1580. Dr^{®1} : donc euh:: elle est âgée de 30 ans seulement
1581. Dr¹ : c(e) qui fait: hada houwa: le problème les mala::des / on / on perd les malades
parce que tsib (e)l gastro yaamallak eu::h+ kimma par exemple gastro: feuh::+
kayna wahda fe bechar hallat++ gastro+ wella fe l'hôpital wella: elle fait la
gynéco+ consultation+ elle sui::t les malades gynéco: contrôle GEU: contrô::le
< des trimestres?> grossesses ça dépend yla andek euh::
[voici le problème qui se pose, on perd des malades bêtement parce qu'on
trouve le gastrologue qui pratique toutes les spécialistes, comme par exemple,
un médecin gastrologue privé ou à l'hôpital de Bechar, je ne sais pas, qui fait
de la gynécologie]
1582. Ints, Infs, Drs : (rires)
1583. Dr¹ : gallek and'ha pour pour euh la gynéco: pas pour la gastro+ c'est honteux pour
notre spécialité
[elle ne reçoit que des malades de gynécologie et non pas de la gastrologie]

1584. Dr®¹ : c'est plus rentable

1585. Dr¹ : ella: hadik ma bkatch fe le euh::+ généraliste yakbad les mala:des c'est vrai:: euh avec tous les respects: au contraire basah il n'a pa:s à écrire un rend / ana / ana j'ai demandé: consultation une échographie (e)l mon mala:de+ yemchi (e)l and un générali:ste yaatilou un compte-rendu

[ce n'est plus le cas ; je demande en tant que spécialiste une échographie à mon malade qui part chez un généraliste. Celui-ci lui rédige un compte-rendu]

1586. Dr² : i::h [oui]

1587. Dr¹ : koutlou wallah mani hal l'enveloppe+ had l'enveloppe ma taawdch tjibli me(n) andou (e)radio: c'est pa:s un contre les:: / les généralistes++ ana en tant que gastro: je n'ai pas le droit de rédiger: une lettre d'échographie

[j'ai juré de ne pas ouvrir l'enveloppe et je lui ai demandé de ne plus ramener un compte-rendu d'un généraliste, moi-même, en tant que gastrologue, je n'ai pas le droit de rédiger une lettre d'échographie]

1588. Dr®¹ : oui

1589. Dr¹ : adak l'échographie pour un gastro:+ c'est pour lui++ par exemple ykoun andek mri:d we t'heub tchouf est-ce qu'il a une ascite est-ce qu'il y a: une lithiase vésiculai::re est-ce qu'il y a une dilatation du cholédoque: POUR TOI OUI basah quand un quelqu'un t'envoie pour un / une exploration radiologique échographi:que+ ma taamallou::ch tu n'es pas HABILITE / tu n'es pa::s euh:: zaama vis-à-vis taa euh: l'administration vis-à-vis taa euh (e)l fiscal+ vis-à-vis+ ma andekch le droit / ma andekch (e)l hak bach (t)dir ECHOGRAPHIE++ 'kifach had (e)généraliste il / il se prend pour qui++ yerfedli ana:: yaamalli une euh:: / une euh:: il le rédige we yakhlous alik quatre vingts milles+ c'est faux hada::+ alors ce qui fait hada houwa (e)l mouchkil (e)lli rah sari

[pourtant, une échographie est très importante pour un gastrologue, c'est pour voir par exemple, la présence d'une ascite, d'une lithiase vésiculaire.., mais, sur le plan médico-légal, ne fais d'examen qui ne relève pas de ta spécialité, comment un généraliste le fait ? il fait une échographie, rédige un compte-rendu, et il est payé pour un examen qui ne doit pas le faire. Voici le problème qui se pose]

1590. Dr®¹ : hiya justement mchat and gynécolo:gue we kan kan en congé: \

[justement, elle a consulté un médecin gynécologue qui était en congé]

1591. Dr¹ : hiya pour le problème taaha+ loukan mchat and n'importe quel gynécolo:gue il lui aurait fait une+ endovagina:le wella une euh:: lakhor kan euh:: \

[elle aurait du voir n'importe quel gynécologue pour son problème, qui devait lui faire une endovaginale ou bien...]

1592. Dr®¹ : (e)l barah amloulha [hier on le lui a fait (cet examen)]

1593. Dr¹ : tu vois khir me scanner++ c'est une endovaginale tu vois:: le:: / l'ovai::re+ mille fois mieux que le scanner

[ça permet de voir mieux que le scanner]

1594. Dr^{®1} : hmm

1595. Dr¹ : ih c'est ça les gens:: ma bkatch (e)nнас fe blast'ha

[oui, c'est ça, le monde a changé]

(chacun doit assumer un rôle qui relève de son champ de compétence)

1596. Dr^{®1} : el mouhim bla scanne:r c'est une masse importante XX une tumeur

[l'essentiel, sans scanner c'est une masse]

1597. Dr¹ : we loukhra hadik taa euh:

[et concernant l'autre, celle qui..]

1598. Dr² : i::h hadik taa (e)l koudia++ sur quel argument:: \

[oui, celle de Koudia]

(un médecin généraliste installée à Koudia, une région à Tlemcen)

1599. Dr¹ : ih+ c'est une généraliste elle a fait hna: un stage wella manich aref+ elle a fait de la gynéco hna fe tlemcen++ mais il faut voi::r parce qu' il faut pas voir ghi hna c'est bien ça fait plaisir non:: \

[oui, elle a fait un stage ici, ou je ne sais pas où, elle a fait de la gynécologie ici à Tlemcen, il ne faut pas voir simplement ce qui se passe (à Tlemcen)]

1600. Inf(4) : elle fait des échos::

1601. Dr² : kimma sahabna+ la consultation::

[comme notre ami] (plaisanterie)

1602. Dr¹ : ih+ exactement+ ih hada houwa:+++ il fait / il fait / il fait colonoscopie 150000+ c'est quoi had le: / la médecine kich wella:t+ alors qu'ils le font fel X 1000 dina:rs wella::

[exactement, c'est ça, un généraliste qui fait une colonoscopie à 1500DA , alors qu'un spécialiste la fait à 1000 DA, c'est désolant pour la médecine]

1603. Int² : FNS 1000 / 1000 dinars

1604. Dr¹ : pour lui ça c'est quoi 150000+ wella yewzan (e)l batata derwak++ scanne:r c'est: iyya: parce qu'il perd pas+ houwa il <pose?> profit norma:l

[il est en train de peser du pomme de terre (c'est du marchandisage); bon, il réalise des profits]

1605. Dr^{®1} : alors c'est une: patiente qui présente euh: une hépatopathie médicamentEUSE suite à la prise de:: / de médicament CURACNEE

1606. Dr¹: ih [oui] (continue)

1607. Dr^{®1} : pour son acnée:: elle fait norm une bonne évolution cliniQUE
1608. Dr¹ : 'we TP [et le TP?]
1609. Dr^{®1} : we TP le dernier TP X
1610. Dr¹ : i:h quand mê:me [ah!]
1611. Inf(4) : <...?> awed euh:: amalnalha: un autre TP (e)l youm
[on lui a refait un autre TP aujourd'hui]
1612. Dr¹ : iyya très bien++ donc hadi tu l'as fait sortante
[donc, très bien, celle-là tu l'as fait sortante]
1613. Dr^{®1} : ih nessanna ghi: le bilan taaha: (e)nkherrajha:\
[oui, j'attend d'abord son bilan et je la ferai sortir]
1614. Dr¹ : ella: machi sortante pour de bon::
[non, tu ne vas pas la faire sortir d'une manière définitive]
1615. Dr^{®1} : ih! [oui, bien sûr]
1616. Dr¹ : (e)triyah had (e)l week-end+ awed tu l'as réadmis samedi
[tu l'as fait sortir ce week-end pour qu'elle se repose, et puis tu l'as réadmis samedi]
1617. Dr^{®1} : ih [oui]
1618. Dr¹ : ih+ 'c'est possible on peut la faire sortir [d'accord]
1619. Dr^{®1} : ih+ parce qu'elle ne fait rien: il n'y a rien à surveiller [d'accord]
1620. Dr¹ : iyya maalich on pourrait la suivre:: \
[bon, ce n'est pas grave]
1621. Dr^{®1} : we men baad naawdoulha / naawedlha écho::
[et dès qu'elle revienne, on lui refait une échographie]

Malade 6 :

1622. Dr¹ : 'hadi ma tekhradj [celle-là ne sort pas]
1623. Int² : ella:: hadi ella: [non, celle-là non]
1624. Dr^{®1} : ella: hadi ma nkaddch [non, celle-là je ne peux pas la faire sortir]
1625. Dr¹ : i:h c'était bon:: [d'accord]
1626. Dr^{®1} : ih c'était bon [oui]
1627. Dr¹ : elle s'est corrigée::!

1628. Dr^{®1} : ella: 39+ ma arafnach le dernier [non, on ne sait pas encore le dernier]
1629. Dr¹ : <...?>
1630. Dr^{®1} : Xthérapeutique
1631. Dr¹ : ah!
1632. Int² : derlha les facteurs de coagulation (e)l barah
[hier, il lui a fait les facteurs de coagulation]
1633. Dr¹ : raha gha::ya hiya [elle va très bien]
1634. Dr^{®1} : (rire)
1635. Dr¹ : iwaha [bien sûr]
1636. Dr^{®1} : c'est l'indication de XX parce qu'elle a 18 ans hiya
1637. Dr¹ : alach koutlek il faut la surveiller [c'est pourquoi, je t'ai dit de la surveiller]
1638. Dr^{®1} : hmm
1639. Dr¹ : s'il y a quelques choses+ khaskom taaytoulhom [il faut les appeler]
1640. Dr^{®1} : 64 ans+ donc euh admise dans notre service pour exploration d'une ascite de peti:te euh: euh de moyenne abondance multicloisonant+ donc ses antécédants:: la patiente est opérée: il y a environ: un an et d(e)mi pour un adénoCARCINOME BIEN différencié de la vésicu:le biliari:re+ la chirurgie apparemment était::+ un geste eu:h+ curateu:r+ l'étude anapath sans diagnostic classe une tumeur C1B: les marqueurs tumoraux sont normaux+ et l'avis gynéco: pas de chimio:: euh:: oncologie pas de chimiothérapie surveillance euh: des marqueurs tumoraux dans eu:h tous les six mois++ il y a environ deux moi::s elle commence à présenter une petite asthénie devenant de plus en plus gênant: sans autres si::gnes pas d'anorexie: pas d'amaigrissement+ elle bénéficie d'une échographie qui retrouve une ascite de moyenne abondance multicloisonant++ donc les explorations: hna hna:: [on] on a retrouvé une ascite excudative avec à l'étude euh:: cytologique une <atrophytose?> péritonéale+++ les marqueurs tumoraux: / jawna les nouveaux marqueurs tumoraux: le 16 19 9 euh: le 16 euh: le 19 9et le 16 et weuh:: l'antigène carcinoembryonnaire rahom [ils sont] légèrement augmentés+ / c'(est)-à-dire ils ne sont pa:s très augmentés::
1641. Int² : laparo <...?>
1642. Dr¹ : XX parce que adénocarcinome
1643. Dr^{®1} : yi:h [oui]
1644. Dr¹ : khass une laparotomie [il faut une laparotomie]
1645. Dr^{®1} : laparotomie++ (de) toute façon: anna scanner on va le récupérer aujourd'hui:: we (y)la ma sa::bch yenjem \

[on a un compte rendu de scanner à récupérer, et s'il ne trouve pas de..]

1646. Dr¹ : XX de taille
1647. Dr^{®1} : voi:là:
1648. Int² : excuda::t
1649. Dr¹ : excudat \
1650. Dr^{®1} : we la ma sa:bch \
[et s'il ne trouve pas..]
1651. Dr¹ : excudat
1652. Dr^{®1} : weuh: état généra:l TRES
CONSERVE+ alors que les carcinoses \
1653. Dr¹ : LAPARATOMIE d'exploration
1654. Dr^{®1} : péritonéales en général euh::
1655. Dr¹ : khellini nchouf Bouallou / khellini nemchi nchouf Bouallou
[je vais voir Bouallou] (un chirurgien)
1656. Dr^{®1} : yi:h [oui]
1657. Dr¹ : euh:: aatini scanner taa derwak bach nemchi lel maternité++ jibli scanner taa
euh:: Abdellaoui derwak jibouhouli rani nessanna::+ weuh:: tiliphoni le hada:k
euh elli mdari yji ychouf lemrid taaou+ essanna naayatlou
[donne moi le scanner tout de suite pour que je puisse voir la maternité, ramène
moi le scanner de Abdellaoui tout de suite, j'attends, et téléphone à celui qui a
l'habitude de voir son malade, attends je vais l'appeler]

Enregistrement 22 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (maître-assistant : Dr¹)

Médecin résident (Dr^{®1})

Surveillant médical (Surv)

Infirmières (2 diplômées d'état : Inf², Inf³, breveté : Inf¹)

Malade (femme)

Contexte : Examen endoscopique bas : Colonoscopie

1658. Mde : 'neg'oud hagda [je m'assois comme ça ?]

1659. Inf² : hein: i:h kimma mdari [oui, comme d'habitude]

1660. Mde : wallah mani arfa

[je jure que je ne me rappelle plus (la malade ne se rappelle plus de la position habituelle)]

1661. Inf² : <...?>

1662. Mde : hchouma [j'ai honte]

1663. Inf² : gal'i swalhak [enlève le pontalon]

1664. Mde : saha [d'accord]

1665. Inf² : raydi: hewdi (e)lgouddem / hewdi tal'i menna+ we choufi lel hayte+ gou'di wagfa we choufi lel hayte tal'i: alli la jupe++ gebdi:: iyya gouadi / gouadi foug tabla / eggouadi:: zidi hewdi andi chwiya (e)l taht: rwahi andi:: ha::gdak iyya rouhi errougdi ala jenbek lisser we ggouadi ma taharbiche++ jebdi champ andek+ essanni iyya errougdi tal'i rejlik / tal'i rejlik essanni+++ ma t'hewdich (e)l foug hewdi andi (e)l taht+ ha::gdak très bien zayri rejlik hagda iyya gha:ya: voilà XX nassetrouha ha chwiya we ndiroulha lakhor

[attendez, descendez un petit peu en bas, descendez et puis montez de l'autre côté, restez debout et regardez au mur, relevez la jupe, mettez vous sur la table, descendez encore, encore, mettez vous de mon côté, très bien, mettez vous en position latérale gauche, ne vous éloignez pas, couvrez vous, relevez les pieds, surtout ne descendez pas, serrez les pieds, très bien ; on la couvre et on lui fait l'examen]

1666. Dr¹ : diriha fi blassa taa euh:: [mettez la dans un endroit..]

1667. Inf² : <...?>

1668. Dr¹ : 'déjà / déjà derti had tuyau ya:k euh::

[vous avez déjà fait une colonoscopie ?]

1669. Mde : dertah ghi khatra [je l'ai fait une seule fois]

1670. Dr¹ : ah: [d'accord]

1671. Mde : dertah ghi khatra [je ne l'ai fait qu'une seule fois]

1672. Dr¹ : ma dertihch khlas je ne sais pas si on va réussir à le faire <...?>++
ma tzayri:ch

[vous ne l'avez jamais fait, ne vous contractez pas]

1673. Mde : <...?>

1674. Dr¹ : maalich+++ chou(f) k'houz (e)l andi

[ce n'est pas grave, écoutez moi, poussez vous]

1675. Surv : euh:: el hadj euh:: mankour tilifounalek

[el hadj Mankour vous a téléphoné]

1676. Dr¹ : oui:: (qu'est-ce qu'il veut ?)
1677. Surv : gallek euh:: l'abcès+ il s'est:: / s'est éclaté et:: il y a du pus+ gallek wach yji (e)l andek wella il continue:: / yji / yji tchou / tchoufah:
[il dit que l'abcès s'est éclaté, il demande s'il continue (le traitement) ou il vient te voir]
1678. Dr¹ : yji \ 'nderriti beza: 'nderriti
[qu'il vienne ; vous avez mal ?]
1679. Mde : ella [non]
1680. Dr¹ : on va arrêter 'nderriti hna bezaf+ bon je vais arrêter
[là vous avez très mal]
1681. Mde : ouah [oui]
1682. Dr¹ : ah: [d'accord]
1683. Mde : andi lewjaa bezaf (e)l taht
[j'ai très mal au niveau de la région basse]
1684. Dr¹ : '(e)l taht [au niveau de la région basse]
1685. Mde : ih [oui]
1686. Dr¹ : '< bezaf?> un p(e)tit polype
[vous avez très mal ?]
1387. Mde : hmmm (douleurs)
1688. Dr¹ : ça y est j(e) vais terminer
1689. Inf : <...?>
1690. Dr¹ : non
1691. Inf : essanni [patientez]
1692. Dr¹ : des polypes
1693. Inf² : des polypes 'ya:k la chirurgie
[ah, des polypes]
1694. Dr¹ : ella (e)lla:: [non, non]
1695. Inf² : hewdi:: [descendez]
1696. Dr¹ : hmm el kiya bezaf 'ya:k
[beaucoup de vomissements, n'est-ce pas?]

1697. Mde : ouah [oui]
1698. Dr¹ : el kiya houwa elli rah maattar alik 'ya:k
[c'est les vomissements qui vous gênent, n'est-ce pas?]
1699. Mde : ouah beza::f [oui, beaucoup de vomissements]
1700. Dr¹ : XX (nom du malade):: chouf fel masrane ma andek wa:lou+ andek ghi hal homsa sghira::
[écoutez moi XX (nom du malade), vous n'avez rien au niveau du colon, vous avez un petit polype]
1701. Mde : ouah [d'accord]
1702. Dr¹ : hadik / hadik ghir zyada tamma / tamma ntiya / ntiya ma rakich arfa had euh: wach rah andek:+ hadik men baad neuh:: / men baad nchoufou kich naggal'ouha++ 'smaati+++ ki hna ngoulou ki ettoulala hagda (e)l dakhel andek fel masrane: basah machi:: / machi m'attra alik hein: c'(est)-à-dire machi:: hiya msebbatlek hadak ecchi
[c'est quelque chose de bénin, vous ne savez pas ce que vous avez, pour ce polype, on va essayer de l'enlever, vous m'entendez? il s'agit d'un polype au niveau du colon, mais ce n'est pas grave, c'est-à-dire qu'il n'a rien à voir avec ce que vous présentez cliniquement]
1703. Mde : ella: basah ma nkadch naglaaha+++ basah ma (t)darnich maalich ma naglaahach ma nkadch
[mais je ne pourrai pas l'enlever ; mais il ne me fait pas mal, je ne l'enlèverai pas, je ne pourrai pas le faire]
1704. Dr¹ : saha [d'accord]
1705. Mde : basah ma andi wa::lou [mais, ce n'est pas sérieux]
1706. Dr¹ : ça y est: fahamtek wach andek++ mazal ma / mazal ma:dernach+ ghadi ndirou taayar wahdoukhrine bach naarfou wachta andek
[je vous ai expliqué ce que vous avez, mais on va encore faire d'autres examens complémentaires pour confirmer ce diagnostic]
1707. Mde : 'ma nekhroujch (e)l youm [je ne sors pas aujourd'hui]
1708. Dr¹ : ella: ma tekhourjich [non, vous n'allez pas sortir]
1709. Inf² : ça y est kammellak [ça y est, il a terminé]
1710. Mde : hmm
1711. Dr¹ : c'est #un polype
1712. Inf³ : fe la fibro:: [à la fibroscopie]
1713. Dr¹ : ella ma andha walou [non, elle n'a rien de sérieux]

1714. Inf³ : hadak (e)l malade bach nponctionniwah
 [le malade qu'on doit ponctionner]
 (l'infirmier rappelle le médecin de la ponction d'ascite qu'il devrait faire)
1715. Dr¹ : c'est pas la peine
1716. Inf³ : c'est pas la peine 'ya:k [vous trouvez?]
1717. Dr¹ : chouf hadi andha poly:pe [elle a un polype]
1718. Dr^{®1}: polype
1719. Dr¹ : bon hadak euh:: \ [bon pour..]
1720. Dr^{®1} : hiya elle veut manger: ala balek:+ hiya::+
 [tu sais qu'elle veut manger]
1721. Dr¹ : andha un problème de euh:: 'yak c'est ça:
 [elle a un problème de..., n'est-ce pas?]
1722. Dr^{®1} : atli:: j'ai:: / j'ai peur de manger parce que je vomis+
 [elle m'a dit]
1723. Dr¹ : hmm hmm
1724. Dr^{®1} : hatta hadik nesrine jat'ha l'hématocrite norma:le we VS accélérée à 60
 [même XX (une malade) a une hématocrite normale et une VS à 60]
1725. Dr¹ : 'goul hadik tkharrajha hadik
 [donc, tu vas la faire sortir?]
1726. Dr^{®1} : ih we alach nkHELLIHA (e)l bilan taaha khraj normal
 [oui, biensûr, et pourquoi je la garde, son bilan est normal]
1727. Dr¹ : ih: oui oui oui biensû::r+ khraj normal 'hein
 [vous avez raison, le bilan est normal]
1728. Dr^{®1} : hématocrite normale, la VS accélérée à 60: basah [mais] l'hématocrite
 no::rmale
1729. Dr¹ : hadi andha un polype+
 [celle-là a un polype]
1730. Dr^{®1} : hmm
1731. Dr¹ : khasna transit du grêle
 [il faut faire un transit du grêle]

1732. Dr®¹ : i::h [absolument]

1733. Dr¹ : khasna transit du grêle++ 'fayen / 'fawak naamlouh: hna wella:: fayen

[il faut faire un transit du grêle, où est-ce qu'on va le faire? ici ou ailleurs] (c'est-à-dire à l'hôpital ou bien à titre privé?)

1734. Dr®¹ : 'fayen kayen+ koul'ha taamlou barra

[où est-ce qu'on le fait ; dis lui qu'elle le fasse à titre privé]

1735. Dr¹ : iyya aamallha la sortie derwak baada\

[alors, tu lui fais la sortie]

1736. Dr®¹ : hmm

1737. Dr¹ : wa aatilha une LETTRE+ pour leuh::
polypectomie

[et donne lui une lettre d'orientation pour une polypectomie]

1738. Dr®¹ : d'accord

1739. Dr¹ : 'fayen taamal'ha polypectomie

[où est-ce qu'elle doit faire la polypectomie?]

1740. Dr®¹ : 'alach polype important:

[pourquoi polypectomie (pourquoi une polypectomie ?) le polype est important?]

1741. Dr¹ : ha:: il faut le réséquer [bien sûr..]

1742. Dr®¹ : manich arfa [je ne sais pas]

1743. Dr¹ : ktabl'ha une lettre [écris lui une lettre d'orientation]

1744. Mde : ma naglaahach [je ne l'enleverai pas]

1745. Dr¹ : ella (e)lla (e)lla (e)lla je ne prends pas le risque ma nakdabch alik++
polypectomie tamchi (e)l wahran wella tamchi : debbar ras'ha

[non, non, je ne vous cache rien, pour la polypectomie, elle doit contacter Oran ou qu'elle se débrouille]

1746. Mde : toux

Enregistrement 23 :

Interlocuteurs : Médecins spécialistes (maître-assistants : Dr¹)

Médecins résidents (Dr®¹, Dr®²)

Médecins internes (Int¹, Int²)

Infirmières (Inf¹, Inf(4))

Malades

Contexte : visite quotidienne

Côté des malades femmes : malade 1

1747. Dr¹ : 'ki semha hadi: ki semha hadi [comment elle s'appelle celle-là?]

1748. Inf¹: XX hada makane [c'est tout]

1749. Dr¹ : 'kayen deuxième malade [il y a un deuxième malade?]

1750. Inf¹ : ih hadi::k [oui, c'est..]

1751. Dr¹ : iyya d'accord [bon, d'accord]

1752. Inf¹ : ih [oui]

1753. Dr¹ : iyya ajiw nchoufouha+++ Sebbati

[venez pour voir Sebbati (nom d'une malade)]

1754. Inf(4) : Sebbati

1755. Dr¹ : iyya ajiw nchoufouha sebbati yak [venez on voit Sebbati, n'est-ce pas]

1756. Inf(4) : yih Sebbati [oui]

1757. Dr¹ : ih c'est bon+ alors hadi Sebbati: donc c'est: / c'est sa première hospitalisation

1758. Inf(4) : ih [oui]

1759. Dr¹ : donc c'est la première découverte taa [de] l'HTP : 'c'est ça

1760. Dr^{®1} : yih [oui]

1761. Inf(4) : avec un TP à 48

1762. Dr¹ : TP 48

1763. Dr¹ : alors vous avez fait une fibroscopi:e+'qu'est-ce que vous avez trouvé stadeI

1764. Dr^{®1} : des varices grade II à III

1765. Mde : toux

1766. Dr¹ : 'avec des signes rou:ges

1768. Dr^{®1} : non sans signes rouges

1769. Dr¹ : donc il faut la mettre sous β bloquants+ d'accord

1770. Dr^{®1} : elle a 55 ans+ yba(n)lli:: naamloulha avant une écho card / douk nchouf avis cardio

- [je pense, on lui fait d'abord une écho cardiaque, je vais voir un avis cardiologique]
1771. Dr¹ : aamloulha aamloulha: \ HTP:: 'elle fait une ascite
[faites lui..]
1772. Dr^{®1} : de petite abondance+\
1773. Dr¹ : 'vous l'avez ponctionné
1774. Dr^{®1} : on a même pas pu \
1775. Dr¹ : 'vous l'avez ponctionné
1776. Dr^{®1} : la ponctionner+ amalnalha repos plus régime sans sel [on lui a recommandé un repo plus un régime sans sel]
1777. Dr¹ : 'and'ha la sérologie virale [elle a la sérologie virale?]
1778. Inf(4) : négative
1779. Int² : and'ha une <cirrhose?> [elle a une..]
1780. Dr^{®1} : ih and'ha un problème rhuma / rhumatisma:l je crois négati:ve la sérologie
[oui, ele a un problème rhumatismal]
1781. Dr¹ : il faut redemander le:: / la sérologie
1782. Inf(4) : ih [d'accord]
1783. D¹ : hna la prise en cha:rge / hna naamlouha
[c'est nous qui devons la prendre en charge, c'est ici qu'on doit lui faire la prise en charge]
1784. Dr^{®1} : ih+ ella ella yaamlouha [exactement, non, on va lui en faire]
1785. Dr¹ : yaamlouha [on va lui en faire]
1786. Dr^{®1} : ça y est seggednalha [on lui a préparé le dossier]
1787. Dr¹ : iyya très bien [bon, très bien]
1788. Dr^{®1} : donc hiya:: reste à introduire le euh:: loven / l'Avlocardyl pour l'instant
[il lui reste à introduire l'Avlocardyl]
1789. Dr¹ : assem hiya [quoi?]
1790. Dr^{®1} : l'Avlocardyl+ ma naamloulhach l'Aldactone vue qu'elle euh présente une ascite de p(e)tite abondance
[on ne va pas lui donner l'Aldactone]
1791. Dr¹ : voi::là +aamloulha:: [donnez lui] (commencez)
1792. Dr^{®1} : on introduit l'Avlocardyl we men baad euh:: toukhrej

[et puis elle sort]

1793. Dr¹ : (e)l youm voilà+ vous la faites sortir

[aujourd'hui]

1794. Dr^{®1} : hm

1795. Dr¹ : il faut pas laisser les malades hakda:+ maa skhana msaken+

[il ne faut pas laisser les malades trainer comme ça, avec la chaleur, les pauvres]

1796. Dr^{®1} : hm

1797. Dr¹ : donc vous la faites sortir+ we aattiha une consultation d'ici un mois

[et donne lui un rendez vous dans un mois]

1798. Dr^{®1} : hm

1799. Dr¹ : par un mardi à 1h30

1800. Dr^{®1} : d'accord

1801. Dr¹ : en attendant bien sûr hadak le bilan yjiha: ma neggouadouch nkHELLIwha hakda

[on attend le bilan, il ne faut pas la laisser trainer]

1802. Dr^{®1} : ih ella: ça y est [oui, ça y est]

1803. Dr¹ : donc l'examen cardiovasculaire

1803. Dr^{®1} : and'ha ECG [elle a un ECG]

1804. Dr¹ : aamalha l'écho khir puisque euh:: peut-être qu'elle fait un bloc de branches wella:+ [tu as mieux à faire une échographie]

1805. Dr^{®1} : ella:: l'écho / and'ha l'écho baid+ douk nchouf euh:: avis gastr / avis cardio

[non, elle a un rendez vous lointain, je vais voir un avis cardiologique]

1806. Dr¹ : 'hada l'ECG taaha [c'est son ECG]

1807. Inf(4) : yih [oui]

1808. Dr¹ : ara nchouf++ ih hna rah norma:l [fais voir, bon, ici c'est normal]

1809. Inf(4) : 'ch'hal la fréquence [la fréquence est à combien?]

1810. Dr^{®1} : hawada [voilà]

1811. Dr¹ : 60 100 150 \ (le médecin calcule la fréquence cardiaque à travers l'ECG)

1812. Dr^{®1} : 75+ environ hal 80 [à peu près 80]

1813. Dr¹ : 60 150 100 75 donc euh:: \

1814. Dr^{®1} : 75

1815. Dr¹ : donc c'est les limites++ c'est-à-dire on peut donner: \
1816. Dr^{®1} : kanou yaamlou:+ l'Avlocardyl
machi 40+ kich kanou yaamlou:+ euh:: 160 déjà un début 160
[ils ne donnent pas 40 d'Avlocardyl, comment ils procèdent (je te montre comment ils procèdent)]
1817. Dr¹ : ih hadi hiya [oui, c'est bien ça]
1818. Dr^{®1} : ella:: basah kich yabdaw+ yabdaw les trois premiers jours un jour sur deux+ plus surveillance de la fréquence \
[non, mais ils procèdent, ils commencent les trois premiers jours..]
1819. Dr¹ : i::h [oui]
1820. Dr^{®1} : cardiaque
1821. Dr¹ : hm
1822. Dr^{®1} : yla:: andou une bradycardie ykhelliw 160 un jour sur deux+ we yla andou une bonne euh / un bon rythme 160 chaque jour ++ ma yaamlouch 40 houma ka::mel
[si le malade a une bradycardie, ils gardent 160 mg un jour sur deux, mais s'il a un bon rythme cardiaque 160mg chaque jour, ils ne donnent plus 40mg]
1823. Dr¹ : ella ma: / ma naamlouch 40+ même fe Wahrane c'(est)-à-dire fe had liyamat / c'est dernières années ma rahomch yaamlou 40
[non, on ne donne pas 40mg, même à Oran, ces dernières années on ne donne pas 40mg]
1824. Dr^{®1} : hadi hiya [c'est ça]
1825. Dr¹ : 40 toutes les 7 heures
1826. Dr^{®1} : ih [exactement]
1827. Dr¹ : alors on le fait pour les 24 heures
1828. Dr^{®1} : ih [d'accord]
1829. Dr¹ : c'est plu::s \
1830. Dr^{®1} : fe la bradycardie nkhelliw 160 un jour sur deux we yla une fréquence normale chaque jour
[en cas de bradycardie, on laisse 160mg un jour sur deux, mais en cas d'une fréquence normale..]
1831. Dr¹ : ih: bdalha (e)l youm \ [commence aujourd'hui]
1832. Dr^{®1} : ih we nsurveilliw \ [et on la surveille]
1833. Dr¹ : we euh awed demain anna la sortie taaha

[et demain on la fait sortir]

1834. Dr^{®1} : ih [d'accord]

1835. Dr¹ : we n'awedou nchoufou demain l'ECG taaha+ we on demande une écho à:: / à titre externe we ça y est+ d'accord

[et on va lui refaire un ECG pour voir et on lui demande une échographie..]

1836. Dr^{®1} : hmm

1837. Dr¹ : alors c'est tout+ demain inchallah nchoufou [on verra demain si Dieu veut]

1838. Dr^{®1} : ella kbal ma nabdalha y'o:llek avis cardio parce que elle peut entrainer un bloc de branches

[non, c'est décrit qu'il faut faire d'abord un avis de cardiologie (avant d'entamer l'Avlocardyl)]

Malade 2 :

1839. Dr¹ : 'ça va:

1840. Mde : ça va

1841. Dr : hamdoullah+ 'derti hadak l'examen nhar etnine

[Dieu merci, vous avez fait l'examen, lundi?]

1842. Mde : ih [oui]

1843. Dr^{®1} : <...?> ma:: il donne pas vraiment une explication:: totale d'une euh:: limite ou atteinte XX diminuée XX perméable

1844. Int² : perméable+ donc euh:: \

1845. Dr¹ : 'est-ce que vous avez lancé le bilan taa [de] la maladie de Wilson

1846. Dr^{®1} : non++ aamalnalha examen ophtalmo normalement kanet nhar taamal le bilan [on lui a fait un examen ophtalmo, elle aurait due le faire le jour où elle a fait un bilan complet]

1847. Inf(4) : ella ma aamalnalhach+ dak n'har kherjet barra

[non, on ne lui a pas fait ; le jour du bilan, elle est sortie en permission]

1848. Dr¹ : i:h kherjet we ma amlatch examen ophtalmo

[oui, elle est sortie sans faire un examen ophtalmologique]

1849. Dr^{®1} : je pense à un excès::+ \

1850. Dr¹ : <...?>

1851. Dr^{®1} : ella:: 40 we euh hadi:: \ [non, 40mg et cette..]

1852. Dr¹ : ih tu vois [oui]

[rien de... elle a dit..]

1880. Dr¹ : vous pouvez avoir \
1881. Dr^{®1} : il / il pouvait avoir une élimination ralentie du médicament+ donc euh::
le / le médicament il a encore ses effets++ refaire une formule++ il faut refaire
une formule avec un:: taux de reyculocytes euh:: frais
1882. Dr¹ : il faut le refaire
1883. Dr^{®1} : d'accord+ ih hadamakan [oui, c'est tout]
1884. Dr¹ : 'quand est-ce que vous allez le faire+ 'demain
1885. Dr^{®1} : (e)l youm euh:: \ [aujourd'hui]
1886. Dr¹ : iyya il faut faire vite [bon]
1887. Dr^{®1} : normalement demain pa(r)ce que (e)l youm euh:: \ [aujourd'hui]
1888. Dr¹ : iyya demain matin+ (il) faut
faire vite [bon]
1889. Dr^{®1} : XX demandinal'ha un examen ophtalmo
[on lui a demandé un examen ophtalmologique]
1890. Dr¹ : (toux) donc ophtalmologique et:: had l'examen taa euh:: / taa l'hémato 'hein
[et pour cet examen d'hématologie]
1891. Dr^{®1} : ih [oui]
1892. Dr¹ : we FNS+ d'accord [et]
1893. Inf(4) : hmm
1894. Dr¹ : 'rah mzayar alik beza:f [(l'ascite) ça vous gêne vraiment?]
1895. Mde : ouah [oui]
1896. Dr¹ : 'vous l'avez ponctionné
1897. Inf(4) : ponctionnat'ha: marra+XX (nom du médecin) [XX (nom du médecin) la
ponctionné une fois]
1898. Dr¹ : tu essayes de la ponctionner+ si ça ramène saha:+ essanna nchouf \
[d'accord, attends je vais voir]
1899. Inf(4) : ça a ramené:
1900. Dr¹ : 'ça a ramené: la dernière fois
1901. Dr¹ : 'ma rakch mentafkha bezaf+ el hadja: [vous n'avez pas de ballonnements?]
1902. Mde : ella: mdak fellil hna ynoudli lewjaa

- [non, mais j'ai des douleurs nocturnes à ce niveau]
1903. Dr¹ : ah!
1904. Mde : lewjaa we la diarrhée [des douleurs et des diarrhées]
1905. Dr¹ : hmm
1906. Mde : ngoullek haja:: \ [je vous dis une chose]
1907. Dr¹ : c'est pas la peine / c'est pas la peine de la ponctionner++
'ch'hal nahawel'ha dak n'har men le euh::+
[combien de litres on a évacué la dernière fois?]
1908. Mde : litro we nass [un litre et demi]
1909. Dr¹ : litro we nass+ c'est bon c'est pas la peine de la ponctionner
[un litre et demi]
1910. Dr¹ : non non litro we nass+ litro we nass [non, non, un litre et demi]
1911. Mde : hmm
1912. Dr¹ : donc les douleurs trè::s+ /'kifach jak lewjaa el hadja
[décrivez moi ces douleurs]
1913. Mde : ghi:: \ [c'est]
1914. Dr¹ : 'zayar ali:k [des douleurs atroces]
1915. Mde : ghi had euh:: \ [c'est au niveau de..]
(la malade montre la localisation de la douleur au niveau du thorax)
1916. Dr¹ : il faut demander un avis cardio
1917. Dr^{®1} : ih [d'accord]
1918. Mde : had lewjaa we la diarrhée dayman fiya
[j'ai toujours ces douleurs et ces diarrhées]
1919. Dr¹ : ella+ we had elli sedrek rah ydiak alik 'kifach
[non, vous parlez d'une gêne thoracique, expliquez moi]
1920. Mde : el barah euh:: \ [hier]
1921. Dr¹ : ih+ [oui] (continuez)
1922. Mde : fe n'har kerchi bkat kelli tentfekh
[au cours de la journée j'avais un petit ballonnement de l'abdomen]
1923. Dr¹ : 'est-ce que (e)l / le euh: réanimateur ja [est-ce que le réanimateur est venu?]

1924. Inf(4) : (e)l réanimateur l'autre jour ma:: jach
[le réanimateur n'est pas venu]
1925. Dr¹ : ma jach+ alors ana ndabbar rassi
[il n'est pas venu, alors il faut qu'il vienne, je me débrouille]
1926. Dr^{®1} : ih [d'accord]
1927. Dr¹ : alach+ pourquoi+ khater had la mala:de bennesba liya ana: on doit la présenter
[pourquoi, parce que pour moi, cette malade devrait être présentée]
1928. Dr^{®1} : hmm
1929. Dr¹ : 'fhamt+ had la malade on doit la présenter parce que (e)l réanimateur non:: parce que::+ \
[tu comprends, on doit présenter cette malade]
1930. Dr^{®1} : hm
1931. Dr¹ : il faut pas la négliger
1932. Dr^{®1} : TP très bas
1933. Dr¹ : ala bali TP tès très bas [je sais que le TP est trop bas]
1934. Inf(4) : très très bas++ 'nzydoul'ha les PFC [on lui passe des PFC ?]
1935. Dr¹ : donc on va: appeler le réanimateur houwa il va s'en occuper
[c'est lui qui va s'en occuper]
1936. Dr^{®1} : ih [exactement]
1937. Dr¹ : houwa ychouf les bilans:: \ [c'est lui qui va voir le bilan]
1938. Dr^{®1} : houwa ychouf [c'est lui qui va trancher]
1939. Dr¹ : et entre temps:+ n'awdou nchoufoul'ha un examen cardioVASCULAIRE
[et on va lui faire un examen cardiovasculaire]
1940. Dr^{®1} : ih [oui]
1941. Dr¹ : zidelha ghi l'ECG++ et pour les diarrhées: maalich khatik on peut pas agir sur euh::+ donc pas de Smecta+ pas de euh / d'antibiotiques Flagyl: l we hadouk swalah
[tu lui fait aussi un ECG, et pour les diarrhées, ne t'en fais pas.. pas de Flagyl et tout autre traitement antidiarrhéique]
1942. Dr^{®1} : hmm+ l'HEPATOMégalie and'ha palpable XX hépatomégalie
[elle a une hépatomégalie palpable]

1943. Dr¹ : 'ça lui fait mal
1944. Dr^{®1} : euh::+ ella zaamak \ [non, c'est-à-dire..]
1945. Dr¹ : la douleur / c'est-à-dire la douleur \
1946. Dr^{®1} : les douleurs ma kayninch fe l'hépatomégalie+ c'est-à-dire hiya déjà raha fe stade de cirrhose donc euh:: \
- [les douleurs ne figurent pas dans le tableau clinique de l'hépatomégalie, elle est déjà en stade de cirrhose]
1947. Dr¹ : ella ella ça se comprend+ (il n') y a pas de problème [non, non]
1948. Dr^{®1} : ih [évidemment]
1949. Dr¹ : je le sais+ je parle de la douleur
1950. Dr^{®1} : yih [oui]
1951. Dr¹ : faites / faites au moins un ECG+ chouf douk naayat ana derwak le euh: \
- [écoute, je vais appeler moi,-même tout de suite..]
1952. Dr^{®1} : naayat / naayat ana derwak lel cardio
- [je vais appeler tout de suite la cardiologie]
1953. Dr¹ : le euh: yji yaamal'ha hna+ essanna ghi naamloulek ghi l'ECG we nchoufou s'il y a un bloc de branches wella haja: \
- [il (l'infirmier) lui fait un ECG sur place, attendez, on va vous faire un ECG, et on verra si vous avez un bloc de branches ou autre chose]
1954. Dr^{®1} : hmm
1955. Dr¹ : wella ischémi::e+ wella: iyya+ we euh:: d'accord
- [ou une ischémie, ou autres, bon et..]
1956. Mde : hmm
1957. Int¹ : d'accord ana nemchi njib euh::+ L'ECG we nemchi nchouf (e)l réanimateur
- [je vais ramener l'appareil de l'ECG et je vais voir le réanimateur]
1958. Dr^{®1} : d'accord
1959. Dr¹ : fe l'interrogatoire elle avait une XX we fe l'hémato: apparemment rahom yasraw des catastrophes parce que les gens ne prennent pas des <...?>++ hadik elle fait une hépatite
- [à l'interrogatoire, elle avait une... au niveau du service d'hématologie, c'est des catastrophes ; cele-là fait une hépatite]

Malade 3 :

1960. Inf(4) : <...?>

1961. Dr^{®1} : derlek bousseffir fellewel++ 'kich banlek+ 'marra wahda:+

[au début, vous aviez un ictère, comment est-il apparu, en un seul coup?]

1962. Mde : kechetni ki skhana: [j'ai eu de la fièvre]

1963. Dr^{®1} : hm

1964. Mde : ki mchit nfewet+ [je suis partie voir un médecin]

1965. Dr^{®1} : hmm

1966. Mde : aatatni::+ dwa: [elle m'a donné un traitement]

1967. Dr^{®1} : hm

1968. Mde : ma hmaltahch+ gaat netkaya we koulchi

[je ne l'ai pas toléré, j'ai présenté des vomissements et tout]

1969. Dr^{®1} : ma houwa dwa elli chrabtou [tu as pris quel traitement?]

1970. Mde : 'assem [pardon?]

1971. Dr^{®1} : 'ma houwa dwa elli chrabtou [tu as pris quel traitement?]

1972. Mde : kachiat we Spasfon: we dwa ma akaltch alih

[des comprimés et Spasfon, et un autre médicament dont je ne me souviens pas la marque]

1973. Dr^{®1} : rah andek fe (e)ddar [tu l'as chez toi?]

1974. Mde : iyya men baad chwiya: ba:n+ aynia sfaro+ iyya mchi::t euh:: \

[tout de suite après, j'ai eu un ictère des yeux, c'est pourquoi je suis partie..]

1975. Dr¹ : 'fellewel ghi aynik sfaro: \

[au début, tu as eu un ictère des yeux seulement?]

1976. Mde : ella ella [non, non]

1977. Dr¹ : wella kamel (e)l jism taak sfaro hakdak

[ou bien tout le corp?]

1978. Mde : hakdak [c'est ça] (un ictère de tout le corp)

1979. Dr¹ : mellewel we hiya hakda+ 'wella bedda yzid

[elle est dans cet état dès le début ou bien ça accentue?]

(le médecin s'adresse à la maman de la malade)

1980. Mde : bdani hna+ hadou: awed ha:dou: awed ha:dou++ laaya::+ awed mchit euh:+
awed nadli wahd (e)l hab+ \
[le début était au niveau de cette partie, puis celle-là et puis celle-là (la malade montre la localisation et l'évolution de l'ictère) ; et puis je suis partie... ; et puis j'ai eu quelques boutons]
1981. Dr¹ : hmm
1982. Mde : mchit le sbita:r mnine chafni galli douk tabraï we
demandali taayar \
[je suis partie à l'hôpital, le médecin m'a vu et m'a dit que je vais guérir et a demandé un bilan]
1983. Dr¹ : ih [oui] (continue)
1984. Mde : awed mchit and tbib ekhor++ awed derli:: wahd leybari taa
euh el eurg
[j'ai consulté un autre médecin qui m'a prescrit des injections intra veineuses]
1985. Dr¹ : 'ma ybari:+ jibli kamel dwa elli cherbatah we euh kamel
[quelles injections? ramenez moi tous les médicaments qu'elle a pris]
1986. Mde : <...?>
1987. Dr^{®1} : ella: jibli les ordonnan / euh: dwa
[non, ramenez moi les ordonnances, plutôt les médicaments]
1988. Mde : les ordonnances dfaat'hom lel cazoran
[j'ai déposé les ordonnances à la caisse d'assurance]
1989. Dr^{®1} : les ordonnances dfaatihom
[tu les as déposées au niveau de la caisse d'assurance]
1990. Mde : ih ma chrabt walou:: hadouk (e)l aachab we euh lyebari::+ awed galouli:+\
[oui, je n'ai rien pris, ni plantes médicinales, ni injections, et puis on m'a dit..]
1991. Dr¹ : 'ch'hal cherbat [combien elle a pris?]
1992. Mde : rabaa khatrat fe (e)n'har [quatre fois par jour]
1993. Dr¹ : rabaa khatrat fe (e)n'har+ 'we ch'hal men n'har
[quatre fois par jour, et combien de jour?]
1994. Dr^{®1} : ch'hal men moudda [combien de durée?]
1995. Mde : rabaa ayames [quatre jours]
1996. Dr¹ : ghi rabaa ayames! [que quatre jours!]

1997. Dr^{®1} : 'ki fewetti and tbib [(tu les a pris) après avoir consulté un médecin?]
1998. Mde : ella ella men kbel [non, non, c'était avant]
1999. Inf(4) : ella men kbel [non, c'était avant]
2000. Dr¹ : we had el hab+ men waktach we houwa fik
[et depuis quand tu as ces boutons?]
2001. Mde : hadi:: krib rabaa ayames melli rah fiya [depuis quatre jours à peu près]
2002. Dr¹ : melli jak gaad hakda::+ 'wella rah yzid [ça a stagné ou bien ça a accentué]
2003. Mde : rah yzid [ça a accentué]
2004. Dr¹ : 'we le euh lewsakh taak kifach rah amel
[et pour les selles, comment elles sont?]
2005. Mde : byad [blanchâtres]
2006. Dr¹ : byad byad kamel++ 'tasmakh+ tasmakh
[blanches, toutes blanches ; et les urines?]
2007. Mde : ih [oui]
2008. Dr¹ : ictè::re
2009. Dr^{®1} : 'wel euh::+ hakka kanet fik kbel ma youkhrejlek (e)l hab wella:: ghi men baad [tu les avais avant l'apparition des boutons ou c'était après?]
2010. Mde : ella:: ghi(r) kima [non, c'était après]
2011. Dr^{®1} : ghi(r) kima [c'était après]
2012. Mde : ouah [oui]
2013. Dr^{®1} : 'fewek khrejlek hakda [quand est-ce que cela est apparu]
2014. Mde : <...?> we kanet fiya la diarrhée kanet fiya la diarrhée
[j'avais aussi une diarrhée]
2015. Dr^{®1} : 'kanet fik la diarrhé++ 'ch'hal men n'har we hiya fik
[tu avais une diarrhée, combien ça a duré?]
2016. Mde : kanet fiya hadi:: \ [je l'avais ça fait..]
2017. Dr^{®1} : 'euh: ch'hal men n'har [combien de jour?]
2018. Mde : wahd telt rabaa ayames [trois ou quatre jours à peu près]
2019. Dr^{®1} : rabaa ayames [quatre jours]
2020. Mde : hmm

2045. Inf(4) : heul ma tkherrejch [ouvre, ne fais pas sortir (la langue)]
2046. Dr®¹ : rak maammar bel hab [(la bouche) est pleine de boutons]
2047. Mde : ouah [oui]
2048. Dr¹ : aatiha un antifongique [donne lui un antifongique]
2049. Mde : ayniya rahom yewj'ouni [mes yeux me font mal]
2050. Dr¹ : 'rahom yeddám'ou besah machi nachfine / machi nachfine++ 'ella: kayen
(e)dmoua
[tu as des larmoiements, ils ne sont pas secs, non il y a des larmes?]
2051. Dr®¹ : (il n') y a pas de rapport
2052. Dr¹ : ah (répétez)
2053. Dr®¹ : (il n') y a pas de rapport+ khater ma ktablich hna: naawdou:
[il n'a pas écrit, on va refaire]
2054. Dr¹ : iwaha! [bien sûr]
2055. Dr®¹ : iwaha! [bien sûr]
2056. Dr¹ : ana nekteblek [je vais te l'écrire moi même]
2057. Dr®¹ : ça y est douk ana nekteblek+ ça y est:: [c'est moi qui va te l'écrire]
- Malade 4 :**
2058. Dr®¹ : écho+ syndrome tumoroX
2059. Dr¹ : 'chkoun dekhlek euh::+ XX stade II++ 'ça va:
[qui est-ce qui vous a hospitalisé?]
2060. Mde : labas [ça va mieux]
2061. Dr¹ : 'rak bekhir [vous allez bien?]
2062. Mde : labas [ça va mieux]
2063. Dr¹ : 'khir men nhar elli dkhelt [mieux que le jour de votre hospitalisation?]
2064. Mde : ah [pardon] (pouvez vous répéter?)
2065. Dr¹ : 'ça va:
2066. Mde : bekhir [ça va mieux]
2067. Dr¹ : 'khir melli dkhelt nhar larbaa
[mieux que mercredi, le jour de ton hospitalisation]

2068. Mde : dallit sayma [j'étais à jeûn pendant toute la journée]
2069. Dr¹ : <...?> on trouve pas d'origine
2070. Dr^{®1} : mais besah euh::++ [mais]
2071. Dr¹ : Flagyl Duphalac
2072. Dr^{®1} : and'ha Flagyl Duphalac Céfacidal and'ha la forme injectable
[elle a le Flagyl.. elle a des injections?]
2073. Dr¹ : 'besah kifach sra:tlek hadik erraacha: we koulchi+ 'euh:: jatek une diarrhée men
kbel wella::+
[décrivez moi ces frissons, vous avez eu d'abord des diarrhées avant ou bien..?]
2074. Mde : ma jatni la: la diarrhée la walou+ min ayart+
[je n'avais ni diarrhées ni rien, quand j'ai fait un prélèvement..]
2075. Dr¹ : ih [oui] (continuez)
2076. Mde : <...?>
2077. Dr¹ : hm
2078. Mde : elli weldi naabbik euh l'urgence yefewtou alik
[mon fils m'a dit qu'il faut m'emmener à l'hôpital pour une prise en charge]
2079. Dr¹: hmm
2080. Mde : ana zedt kammalt ki abbawni / ki abbani+ ayrouli [mon état s'est aggravé,
mon fils ma emmené au service des urgences, où on m'a fait un prélèvement]
2081. Dr¹ : hm
2082. Mde : nehewli (e)ddame [ils ont prélevé du sang]
2083. Dr¹ : hmm
2084. Dr^{®1} : 'ma t'aïtch (e)ddame [vous n'avez pas vomi du sang?]
2085. Mde : ah [pardon?]
2086. Dr^{®1} : 'ma t'aïtch (e)ddame+++ 'toujours ntina tkherrej ghil louk'hal hadamakan++
ma t'ayatch (e)ddame
[vous n'avez pas vomi du sang? c'est du sang noirâtre, c'est tout? elle n'a pas
vomi du sang]
2087. Mde : ella [non]
2088. Dr^{®1} : we ki: t'kherraj louk'hal abel ma: teX beddit t'kherrej louk'hal:
[c'était du sang noirâtre ?]

2089. Mde : ih [oui]
2090. Dr^{®1} : hmm hadi trois jours [ça fait trois jours]
2091. Dr^{®1} : 'kbel ma taabtak erraacha: [avant les frissons?]
2092. Mde : yih kount naaya: kamel+ ma n'adch naw'af
[oui, je me sentais tellement faible que je ne pouvais me mettre debout]
2093. Dr^{®1} : hmm
2094. Dr¹ : 'rik sayma (e)l youm [vous êtes à jeûn aujourd'hui?]
2095. Mde : <...?> yaatikom essaha a bniyti
[je vous souhaite une bonne santé ma fille]
2096. Inf(4) : 'ça y est derwaa kli:t [vous venez de manger?]
2097. Mde : kli::t++ 'liyah assem taamlouli:+
[j'ai mangé, pourquoi vous me la demandez? qu'est-ce vous voulez me faire ?]
2098. Inf(4) : la fibro bach nchoufou had (e)ddame mayen rah yji
[on veut faire une fibroscopie à la recherche de l'origine de ce saignement]
2099. Mde : besah K'HAL [mais c'est quelque chose noirâtre]
2100. Inf(4) : had K'HAL c'est dame + houwa elli yaatik had laaya::+ we koulchi
[cette chose noirâtre c'est bien du sang qui vous donne ces vomissements et tout]
2101. Mde : 'ah [pardon?]
2102. Inf(4) : houwa elli aatak had laaya: we hadi::
[c'est le sang qui vous a provoqué ces vomissements]
2103. Mde : laaya [les vomissements]
2104. Inf(4) : habbat+ 'wach kanet habba tsaksini kbäin
[elle voulait.. qu'est ce qu'elle voulait me demander tout à l'heure?]
2105. Mde : bghit nsaksik ala la diarrhée jatni nhar kamel
[je voulais vous signaler que j'ai présenté des diarrhées pendant toute la journée]
2106. Inf(4): ils ont tous parlé de la diarrhée+ ça veut dire qu'ils ont mangé quelques choses me [de] l'hôpital qui a entraîné une diarrhée++ \ 'la diarrhée waktach bdatek [quand est-ce que vous avez eu cette diarrhée?]
2107. Mde : fen had ellila [au cours de la nuit]
2108. Dr^{®1} : fen hadi ellila:+ 'wach kliti (e)l berah

- [au cours de la nuit ; qu'est-ce que vous avez mangé hier ?]
2109. Mde : jus+ chwiya kefta [jus, un peu de viande hâchée]
2110. Dr^{®1} : 'ch'hal klit men marra [combien de fois vous avez mangé?]
2111. Mde : klit zouj marrats+ besah chwiya machi beza:f
[j'ai mangé à deux reprises, mais à petite doses]
2112. Dr^{®1} : 'machi bezaf+ 'les crampes yakabtok we yattalkouk
[pas beaucoup, vous avez des crampes qui apparaissent puis disparaissent]
2113. Mde : lewjaa yemchi we yji hakda [des douleurs intermittentes]
2114. Dr^{®1} : and'ha une ascite de petite abondance+ j'ai préféré ne pas introduire le euh /
la:: / l'Aldactone
[elle a une ascite..]
2115. Dr¹ : naamloul'ha avis cardio [on lui demande un avis cardiologique]
2116. Dr^{®1} : ih+ and'ha ECG [oui, elle a un ECG]
2117. Inf(4) : ella ECG ma and'hach+ dak (e)nhar cheft and'ha wahed taa premier juin
[non, elle n'a pas d'ECG, la dernière fois j'ai vu un ECG du 1^{er} juin]
2118. Int² : ella: ha:da ha:da [non, c'est...]
2119. Dr^{®1} : i ::h! taa la fréquence+ donc aamal'ha un ECG+ on prend juste un avis cardio:
habbat'ha euh:: lel cardio+ ol'hom est-ce que il n'y a: en fonction de l'ECG
une contre- indication: pour le euh:: \
[d'accord, fais lui un ECG ? fais la descendre au cardiologie, et demande
leur s'il y a une contre-indication au..]
2120. Inf(4) : β bloquants
2121. Dr^{®1} : β bloquants+ we euh est-ce qu'il
y a une nécessité de faire écho cœur+ vu son âge 55 ans+++ à partir de 5 ans
il faut faire écho cœur systématiquement
2122. Dr¹ : systématiquement
2123. Dr^{®1} : 'fawaa yaamlouli l'écho cœur
[quand est-ce qu'on va me faire une échographie cardiaque?]
2124. Dr¹ : ça dépend feyen+ [tout dépend du lieu où on va la faire]
2125. Dr^{®1} : yla ma kaynach une contre-indication:: \
[s'il n'y a pas de contre indication]
2126. Dr¹ : fe l'ECG [à l'ECG]

2127. Dr®¹ : fe l'ECG normalement [à l'ECG]
2128. Int² : ih+ des troubles taa lakhor [oui, des troubles de..]
2129. Dr®¹ : troubles de quoi
2130. Inf(4) : <...?>
2131. Dr¹ : donc avant:+ on élimine une contre-indication: wana ndabbar rassi fe les doses
[et pour les doses je m'en chargerai moi même]
2132. Dr®¹ : &nebdaw:+ 35 wella 40 aamlou ki Dzair+ &3 jours+ 1 jour techrab 1 comprimé+ ghadda ma techrabch+ awed ghir ghadda techrab 1 comprimé we ghir ghadda ma techrabch++ a::wed le 4^{ème} jour je vérifie si la fréquence: elle est bonne we koulchi: j'augmente à 1 tous les jours+++ toujours anna fe la consultation and XX (nom du médecin)++ ana je fais le:: contrôle régulier we houwa:: il fait le contrôle::+ la TA elle est quand même 'ch'hal: on::ze++ même l'hypotension c'est une contre-indication++ 'rik takoul (e)l messouss
- [on commence par 35 ou 40, comme on fait à Alger, 1 jour, elle prend 1cp, le lendemain elle ne prend rien, et le jour qui suit elle prend 1 cp ainsi de suite et puis le 4^{ème} jour on vérifie si la fréquence est bonne, avec la collaboration du XX (nom du malade) je fais un contrôle régulier régulier et lui, il fait le contrôle de la TA, elle est à combien?; vous suivez un régime sans sel?]
2133. Mde : messouss complet [régime sans sel stricte]
2134. Dr®¹ : messouss complet [régime sans sel strict]
2135. Mde : ouah [oui]
2136. Dr®¹ : 'we rik triah+ 'ma rakch (t)dour
[et ça va mieux, vous faites des tours (dans le service)]
2137. Mde : chwiya::+ [un peu]
2138. Dr®¹ : yessemma rik repos au lit+ c'est bien tegou'di mriy'ha: fe (e)namoussiya:
bach hadak el ma yemchi
[dans ce sens, vous êtes en repos au lit, c'est bien de vous allonger pour évacuer ce liquide]
2139. Mde : besah ki (e)nnoud nheuss rassi machi mliha
[mais quand je me mets debout, je sens un malaise]
2140. Dr®¹ : ella machi ki tnoudi yessemma ma rakich mliha:+ el ma yemchilek
[non, vous ne pouvez pas vous mettre debout, cela ne veut pas dire que vous allez mal, il faut que ce liquide soit évacué]
2141. Mde : ghi be (e)régi:me wella:: \ [un régime suffit (pour l'évacuer) ou bien..?]

2142. Dr^{®1} : tmacha machi ma tetmachach kamel+ besah be
(e)régi::me ghaya [vous pouvez faire des tours je n'ai pas dit non, mais le régime donnera de meilleurs résultats]

2143. Mde : machi beza:f [pas trop]

Malade5 :

2144. Dr^{®1} : alors on va la classer+ <Chaïb?> elle n'a pas d'ictère+ bilirubine augmentée++ l'albumine taaha ch'hal+ norma:le++ premièrement <Chaïb?> c'est une adénopathie hépatique <...?> euh:: modérée stade I \

[son albumine est à combien? normale?]

2145. Dr^{®2} : stade I <CMD?>

2146. Dr^{®1}: profonde stade III+ euh 3 points hiya absence 1 point awed zidel'ha:: le euh: / l'ascite absence 1+2 absent+ grande abondance+ 3 hiya minime 3++1+2 ça fait 3++ awed andek le euh / le TP / le TP fe le euh 50%::+ hiya rah and'ha 48%+ donc ça fait 2 X 5 euh:: la bilirubine ma and'hach ictère c'est 20 et 30 20 c'est un point à 30mg c'est 2 points supérieur à 30mg+ c'est 3 points hiya 20 à 30mg tkoun andek un subictère hiya elle n'a même pas un subictère donc c'est 1+6 donc+ \

[elle, et puis tu ajoutes, elle est minime, et puis tu as le TP qui atteint 50%, son TP est à 48%, elle n'a pas d'ictère, elle est à 20 à 30 tu dois avoir un subictère, pour elle, elle ne fait même pas un subictère]

2147. Dr¹ : 'l'albumine

2148. Dr^{®1} : l'albumine and'ha normale++ l'albumine c'est entre euh: 30 we euh++ doua njib'ha naal'oha hadi+ eulna 44 iyya la normale c'est 1+ B7+ khater entre 7 points / entre 5 et 6 c'est un stade A+ B Chaïb entre 7 et:: 9 c'est un stade B et de 10 à 15 c'est un stade C <Chaïb?> mais c'est un stade euh: B \

[elle a une albumine normale ; on va l'afficher, on a dit.. parce que]

2149.Dr^{®2} : B7

2150. Dr^{®1} : B7 parce que hakda B7+ / B7 c'est bon \ [comme ça]

2151. Dr¹ : pronostic

2152. Dr^{®1} : pronostic+ douk nekteb'ha we n'affichiha carrément parce que euh+ donc pour elle tahbat lel cardio::+ est-ce qu'il y a contre-indication ou non+ est-ce qu'il y a:: \

[je vais l'écrire et l'afficher, tu descends en cardiologie..]

2153. Int² : écho

2154. Dr^{®1} : ih est-ce qu'il y a nécessité de faire écho cœur wella (e)lla++ yeketboulek hna ghi PAS DE CONTRE-indication aux β bloquants+ ana je me / je me débrouille [oui, ou bien, il faut qu'ils écrivent ici (dans le dossier), je me débrouille moi même]

2155. Dr¹ : on a pas demandé les facteurs de la coagulation
2156. Int² : les liquides d'ascites:+ c'est un transudat
2157. Inf(4) : transudat yih 14 [oui]
2158. Dr^{®1} : 14 je ne sais pas si on introduit l'Aldactone wella::+ [oui]
2159. Dr¹ : <...?>
2160. Dr^{®1} : wel ma: ma tkattarch [ne buvez pas beaucoup d'eau]
2161. Mde : el ma: [l'eau]
2162. Inf(4) : el ma+ we jus wel kahwa+ we koulchi
[l'eau, le jus, le café et tous (les liquides)]
2163. Mde : ouah [d'accord]
2164. Dr¹ : il faut penser à une XX hépatite:C
2165. Dr^{®1} : elle a plus de chance+ là:+ voilà les critères
2166. Inf(4) : <...?>
2167. Dr¹ : 'l'Albumine andek [tu as l'albumine?]
2168. Dr^{®1} : andi l'Albumine [j'ai l'albumine]
2169. Inf(4) : dertel'ha had el marra l'Albumine++ mcha khouha ydirel'ha
[je lui ai fait cette fois-ci une albumine, son frère est parti le lui lancer]
2170. Int² : kherrej'ha [il est parti en privé?]
2171. Inf(4) : hmm
2172. Dr¹ : 'à combien
2173. Inf(4) : 28
2174. Dr^{®1} : Bilirubine très augmentée+ 'demanditelo ghi l'Albumine ma demanditch
(e)l Bilirubine
[tu as demandé que l'Albumine, tu n'as pas demandé la Bilirubine?]
2175. Int² : l'Albumine we euh:: (e)l Bilirubine je pense [et la Bilirubine]
2176. Dr¹ : khasna ndemandiw TP:: wel Bilirubine we euh:: / ndemand / kh / kherrej khak
laayar (e)l youm
[il faut qu'on demande un TP, une Bilirubine et on demande..., votre frère est
parti aujourd'hui pour lancer le bilan?]
2177. Inf(4) : derwak chettou tlakitou [je viens de le croiser]

2178. Dr¹ : 'feyen mcha ydirou+ ma mchache and hada elli kouddam sbitar+++ koul nalkom hadak (e)nhar ma (t)dirouhch hna

[où est-ce qu'il est parti le faire? j'espère qu'il n'est pas parti au laboratoire qui se situe à côté de l'hôpital, on a beau conseillé les malades de ne pas faire les bilans dans ce laboratoire]

2179. Dr^{®1} : chou(f) ayatlou koullou ma ydirehch and hada elli kouddam sbitar

[appelez le, dites lui de ne pas le faire dans le laboratoire situé à côté de l'hôpital]

2180. Inf(4) : kbel ma yaddef'ou derwak+ rah ada ma khrejch

[avant qu'il soit trop tard, il vient de sortir]

2181. Dr¹ : ydir and Benhmidat wella Zerga [qu'il le fasse chez Benhmidat ou Zerga]

2182. Inf(4) : Benhmidat wella Zerga goulleh [dites lui chez Benhmidat ou Zerga]

Malade 6 :

2183. Mde : (e)l ghomma raha fiya++ mkalka bezaf

[j'ai une angoisse, je m'inquiète pour tout]

2184. Dr¹ : ih [oui]

2185. Mde : (e)l ghomma [l'angoisse]

2186. Dr¹ : tkallakti 'machi: wjaa wella sedrek zayar ali:k hakda::

[vous vous êtes inquiétées, ce n'est une douleur ou bien une gêne thoracique?]

2187. Mde : ella:: la diarrhée daymen fiya [non, j'ai tout le temps des diarrhées]

2188. Dr¹ : manich nahdar ala la diarrhée:+ rani nahdar ala sedrek

[je ne parle pas des diarrhées, je parle de ce problème thoracique]

2189. Mde : i:h [d'accord]

2190. Dr¹ : 'ma zayarch ali:k [vous n'avez pas de douleurs thoraciques?]

2191. Mde : ella [non]

2192. Dr¹ : saha [d'accord]

2193. Dr^{®1} : bonne évolution

2194. Inf(4) : naamloul'ha fibro:: [on lui fait une fibroscopie?] rôle infirmier

2195. Dr^{®1} : hbad zid hbad ha chwiya: [descendez un peu]

2196. Dr¹ : 'alach rik m'talaa ala sedrek+ 'raha tewjaak

[pourquoi tu es torse nu, ça vous fait mal?]

2197. Mde : raha tjini (e)l ghoumma
[j'ai une angoisse]
2198. Dr¹ : zidelha l'Albumine++ il faut mettre deux flacons par jour
[ajoute lui l'Albumine]
2199. Dr^{®1} : 'les gaz rahom yetmachawlek fe kerchek
[vous évacuez normalement les gazs?]
2200. Mde : ella+ noukhrej ghi:: la diarrhée
[non, je fais des diarrhées?]
2201. Dr^{®1} : 'ch'hal toukhrej men marra
[combien de diarrhées par jour?]
2202. Mde : ah [pardon?]
2203. Dr^{®1} : 'ch'hal men marra [combien de selles par jour?]
2204. Mde : koulloumma nakoul haka::+ kerchi tewjaani beza::f++ hadou rahom yewj'ouni
man kadch neuh:: \
[chaque fois que je mange, j'ai douleurs de l'abdomen, j'ai des douleurs ici, je
ne peux pas...]
2205. Dr^{®1} : 'we rik teg'oud chwiya wella walou::
[vous pouvez vous asseoir ou pas du tout?]
2206. Mde : (e)l youm ma kadditch [je n'ai pas pu m'asseoir aujourd'hui]
2207. Dr¹ : <...?> une angiolite comme complication de la XX
2208. Dr^{®1} : demandil'ha hal FNS [demande lui une FNS]
2209. Inf(4) : TP rah kayen ghi taa el berah [on a les résultats du TP qu'on a fait hier]
2210. Dr¹ : yih parce qu'elle a fait un volvulus [oui..]
2211. Dr^{®1} : andek un obstacle [vous avez..]
2212. Dr¹ : un obstacle
2213. Dr^{®1} : fe chirurgie: allek euh:: <...?> liquide anapath weuh:: andi un rapport taa
euh::+ un parenchyme hépato-sigmoïdo X incorporé <...?> épanchement
grave aéro-biliaire iatrogène+ euh: anastomose cholédoco-jéjunum++ elle a
fait un:: \
[au niveau de la chirurgie, on dit que.. et j'ai un rapport de...]
(le médecin est en train de lire un protocole chirurgical)

2214. Dr¹ : ih ih [oui oui]
2215. Dr^{®1} : hna c'est une dérivation [ici]
2216. Dr¹ : une dérivation du cholédoque
2217. Dr^{®1} : avant
2218. Dr¹ : le mettre en amont et une lithiase intra <luminaire?>++ jusqu'à l'aval de la voie biliaire principale++ un important épanchement liquidien hépatosplénique+++ derwak naamloul'ha un bilan réna::l wella::
[on lui demande un bilan rénal ou bien..?]
2219. Dr^{®1} : direl'ha normalement ghi FNS [ne demande lui qu'une FNS]
2220. Int¹ : hmm
2221. Dr¹ : bilan rénal NFS décision
2222. Inf(4) : 'feyen yaamlouha [où est-ce qu'on doit la lancer?]
2223. Dr¹ : barra+ ionogra:mme fonction rénale [en privé]
2224. Inf(4) : ionogramme rahom ada ki amlouh yballi
[je crois qu'on vient de lui demander un ionogramme]
2225. Dr^{®1} : douk nchouf [je vais voir]
2226. Dr¹ : 'we hadi:: qu'est-ce que::+ 'feyen wsaltou maaha
[et pour celle-là, où est-ce que vous êtes arrivés?]
2227. Dr^{®1} : hadi:: kanet ada en cours d'exploration
[elle est encore en cours d'exploration]
2228. Dr¹ : aamal'ha fibro:: [fais lui une fibroscopie]
2229. Dr^{®1} : yih [d'accord]
2230. Dr¹ : je crois que c'est une tuberculose
2231. Dr^{®1} : hm
2232. Dr¹ : besah euh:: \ [mais]
2233. Dr^{®1} : houwa kanet andou une atteinte de euh:: \ [lui, il avait..]
2234. Mde : ki nkouh yewjaani: [quand je tousse, j'ai du mal au niveau du..]
2235. Dr¹ : hmm
2236. Mde : jenbi [côté]
2237. Dr¹ : hmm++ 'rah yewjaak beza::f [ça vous fait mal?]

2238. Mde : ydourni chwiya [ça me fait mal un peu]
2239. Dr¹ : 'ydourrak chwiya [ça vous fait mal un peu?]
2240. Mde : toux
2241. Dr¹ : ' (e)l kouha nachfa: [vous avez une toux sèche?]
2242. Mde : toux
2243. Dr¹: 'le bilan hépatique taaha normal++ 'c'est un EXCUDAT
[son bilan hépatique est normal?]
2244. Dr^{®1} : normalement <...?>
2245. Dr¹ : aamal'ha un examen gynécologique machi frottis:: wella
[demande lui un examen gyn écoloique et non pas un frottis ou autre chose]
2246. Dr^{®1} : naamal koulchi [je vais lui faire tout]
2247. Dr¹ : examen be speculum+ c'est un: \ [un examen avec le spéculum]
2248. Dr^{®1} : examen be speculum++ examen des seins
2249. Dr¹ : bla speculum yaamlou frottis [sans le spéculum, on peut faire un frottis]
2250. Dr^{®1} : ih [oui]
2251. Dr¹ : besah en général bach ykoun andek euh:: carcinose péritonéal+ machi un début
[mais généralement on ne peut pas évoquer un carcinose péritonéal tout au début]
2252. Dr^{®1} : yih [absolument]
2253. Dr¹ : ykoun andek un NEO [on doit avoir un néo]
2254. Dr^{®1} : ykoun andek une lésion [on doit avoir une lésion]
2255. Dr¹ : une lésion VISIBLE
2256. Dr^{®1} : khass aussi un examen des seins [il faut aussi..]
2257. Dr¹ : examen des seins
2258. Dr^{®1} : khater houman généralement yaamlou ghi examens des X [parce que chez eux (au niveau du service de gynécologie), on ne fait qu'un examen de..]
2259. Dr¹ : ma yaamlouche examen des seins [on ne fait pas un examen des seins]
2260. Int¹ : ella [non]
2261. Dr^{®1} : ana je préfère attendre les résultats taa euh l'ascite ada: bach neuh:: n'orienté l'exploration tai+ parce que des fois c'est une perte de temps de faire un examen cardio we hiya trans / excuda::t+ we examen gynéco:: we hiya avec euh::++ d'accord+ on va voir

[attendez que je relève ce-ci, relèvez vous la tête, je vous relève la tête, déposez la tête]

2275. Dr²: oui+ jib andi rassek / jib rassek+ iyya andi hna ghi saafina:: we ki yfout / addi (ha)dik (e)l adma addiha+ / ki yfout tnahdi men nifek / tnahdi derwak men nifek+++ ha::kdak: iyya bismi Allah tawakkalna ala Allah

[dressez la tête, poussez vous, aidez nous, et dès que le fibroscope passe ; serrez la canule contre les dents, et dès que le fibroscope passe, respirez par le nez, respirez tout de suite par le nez, très bien, au nom de Dieu]

2276. Inf¹ : ghi tfout: ça y est / ghi tfou::t [il suffit que le fibroscope passe]

2277. Dr²: khelliha tfout / khelliha tfout [laissez le passer]

2278. Inf¹ : ghi: bessiya:s+ ma tzayrich rouhek

[tout doucement, ne vous contractez pas]

2279. Mde : toux

2280. Dr² : tnahdi [respirez]

2281. Mde : toux

2282. Dr² : tnahdi men nifek \ [respirez par le nez]

2283. Inf¹ : maa nifek / maa nifek el haja: [par le nez]

2284. Mde : toux

2285. Dr² : tnahdi / tnahdi / tnahdi men nifek [respirez par le nez]

2286. Mde : toux

2287. Dr² : ma (t)dirich hakda+ tnahdi: ma tkouhi::ch

[il ne faut pas faire cela, respirez, ne toussiez pas]

2288. Mde : toux

2289. Dr² : tnahdi / tnahdi 'alach raki tkouhi:++ une gastrI::TE on donne un traitement pour sa gastrite

[respirez, mais pourquoi vous toussiez ?]

2290. Mde : toux

2291. Dr² : <...?>

2292. Mde : toux

2293. Inf¹ : chelli foummak++ ha:ki el haja [lavez vous la bouche, tenez]

2294. Dr² : rouhi barra rouhi barra fel bureau taa secrétaire

[vous pouvez sortir, adressez vous au secrétariat]

2295. Inf¹ : ghi bessiyas / ghi bessiyas
[tout doucement, tout doucement]
2296. Dr² : andha <deux cordons?>+ il parait que+ œsophagien:: XX sous insuflation
[elle a..]
2297. Mde : weldi ki chafni:: galli tjibi omra:
[quand mon fils m'a vu, il m'a dit qu'il faut que je me rendes au pèlerinage]
2298. Dr² : inchallah tjibi [si Dieu veut, vous l'accomplirez]
2299. Mde : rah mkhallas'hali (e)chibani amlouwal we mat we khellani:
[l'année dernière mon mari m'a payé le billet pour y aller, malheureusement
il est décédé]
2300. Dr² : 'kifa::ch [quoi] (répétez s'il vous plait)
2301. Mde : khallashali (e)chibani gaa amlouwal
[l'année dernière, mon mari me l'a payé]
2302. Dr² : i::h [ah bon]
2303. Mde : fe leuh:: fe maye \ [en mois de mai]
2304. Dr² : 'we ma rouhtich [et vous n'êtes pas partie?]
2305. Mde : ma:: mchitch+ mat meskine
[je ne suis pas partie, il est décédé]
2306. Dr² : i::h [ah bon]
2307. Mde : mat kbel ma njib el omra
[il est décédé avant que je parte]
2308. Dr² : Allah yarhmah [qu'il repose dans la paix du Bon Dieu]
2309. Mde : 'rah mli:h [rien à signaler?]
2310. Dr² : ça va rah mlh [tout va bien]
2311. Mde : wel galb++ fewet and XX (nom du cardiologue)+ wel aynine
[pour le cœur j'ai consulté chez Dali, ainsi que les yeux (chez
l'ophtalmologue)]
2312. Dr² : XX (nom du malade):+ 'ch'hal fi omrak XX [quel âge vous avez?]
2313. Mde : zayda fe (e)rrab'ine [je suis née en 1940]
2314. Dr² : d'accord+ donc andek soixante quinze++ voilà: [vous avez 75 ans]

2315. Mde : Allah yester wlidi [que Dieu nous protège mon fils]
2316. Dr² : yaatik (e)ssaha labas alik (e)l haja haki: hadi el warka (e)ddihom gaa maak
[je vous souhaite une bonne santé et un bon rétablissement, tenez ce dossier, gardez le]
2317. Mde : 'gaa+ koulchi ndireh fe / fe dossier
[je prends tout? je met tout dans le dossier?]
2318. Dr² : ouah: fe dossier bach taatihom (e)l Naima
[oui, mettez tout dans le dossier et donnez les à Naima]
2319. Mde : iyya saha:: lakhor machi (e)l youm hatta \
[bon d'accord, pour l'autre..., ce n'est pas pour aujourd'hui]
2320. Dr² : ella maalich hatta men baad
[non, on laisse cela plutard]
2321. Mde : hatta ki tkammal [dès que vous terminez]
2322. Dr² : inchallah ouah [exactement, si Dieu veut]
2323. Dr² : scanner d'abord++ ah: si jamais entre temps il faut le présenter en chimio ana / ana neddiha derwak ++ dans le cas lakhor leuh:: / le samedi (e)ddiha la chimio euh:: bach taaraf ana ki nji leuh: nagoud menna menna \
[je l'emmene moi-même au scanner tout de suite, sinon vous l'emmenez vous-même samedi, avant que j'arrive car j'ai trop de travail]
2324. Dr¹ : ella neddiha [oui je l'emmènerai]

Enregistrement 25 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (Dr¹)

Médecin interne (Int(is))

Infirmière (Inf¹)

Surveillant médical

Malades

Contexte : Examen endoscopique haut

Malade externe : femme

2325. Inf¹ : dour (e)l andi+ yeddik rahom ba:rdine
[tournez vous, vous avez les mains froides]

2326. Dr¹ : ichrine thania we nkemmal++ ghi tnahad chouf ki nedkhoul dekhrou tuyau men foummak we tina tnahad men nifek+ a::di tnahdi tchoufi++ voi::là+ +errick taak ki yheub youkhrej errik ghi khellih youkhrej ma t'hawesch tassartou
[je termine dans vingt secondes, seulement vous respirez, écoutez, j'introduis le tuyau par la bouche et vous respirez par le nez, c'est un acte facile, donc respirez, pour la salive, laissez la couler, ne pas l'avaler]
2327. Mde : ih [d'accord]
2328. Dr¹ : chouf ghi: / ghi / kamel had el moudda t'heuss kelli rik habba tatkayya
[écoutez, durant ce temps, vous aurez envie de vomir]
2329. Mde : yih [d'accord]
2330. Dr¹ : hadak c'est normal khater ana rahi machi nd'hilek ana un tube+ donc ntina assem houwa::+ le corp taak yabka ghi y'heub yatkaya++ hna anna vingt secondes machi bezaf ghi:: saafni ma ntawalch d'accord++ hout rassek hna andi: voi::là très bien
[c'est tout à fait normal, parce que je vais introduire un corp étranger c'est pour cela que votre corp va réagir donc, vous aurez envie de vomir, j'ai 20 secondes pour terminer, ce n'est pas beaucoup, vous devez seulement m'aider, je ne vais pas tenir longtemps, mettez la tête ici, de mon côté]
2331. Inf¹ : aatiha la xylo+ haki essarti: essarti [donne lui la xylocaïne, tenez, avalez la]
2332. Dr¹ : '(e)l malade hadak elli ja kachitlou
[tu as cacheté les papiers au malade qui est venu tout à l'heure]
2333. Surv : hadak XX (nom du médecin) chafah
[celui-là a été vu par XX (nom du médecin)]
2334. Dr : ah!
2335. Inf¹ : smahli [je m'excuse]
2336. Dr¹ : ih [oui]
2337. Surv : basah machi gall'hom jibouh+ [mais il ne leur a pas dit de le ramener]
2338. Dr¹ : ah!
2339. Surv : Dib chafah meskine+ kalbah gall'hom\ [Dib l'a vu, il la ausculté et leur dit]
2340. Dr¹ : i:h+ [oui] (continue)
2341. Surv: dirouleh koulchi hada++ goul't'ha
(e)l weld'ha gouddam el hadj+ goul't'ha nta jit maah / goul't'ha wachta gallek docteur Di:b galli dir hadi: / hadi weddih lel pneumo++ goul't'ha waalach rak jaybah \

[préparer tout le dossier, je l'ai dit à son fils devant le monsieur, je lui ai dit que c'était vous qui est venu avec le malade, je lui ai demandé ce que lui a dit Dr Dib, il m'a dit que ce dernier lui a demandé de lui préparer le dossier et de l'emmener au service de pneumologie, je lui ai dit donc, et pourquoi vous l'avez ramené en gastrologie]

2342. Dr¹ : ana goulou / goulleh problème euh:: NEO PULMONAIRE

[moi je lui ai dit que c'est un problème pulmonaire]

2343. Surv : goulleh waalach rak jaybah (e)llahna:+ galli hna el hadj goulleh el hadj ana khatih

[je lui ai dit pourquoi vous le ramenez ici, il m'a dit que c'est el hadj, je lui ai dit que el hadj n'a rien à faire ici]

2344. Dr¹ : we hadak leuh:: kismo leuh \ [et pour le..]

2345. Surv : goulou kich tgoulli un problème gastrique we kayen euh ki yji hdar maah

[je lui ai dit et pourquoi vous parlez d'un problème gastrique, vous devez vous adresser au médecin dès qu'il arrive]

2346. Dr¹ : ouah [oui]

2347. Surv: ma kan walou [c'est de la galère]

2348. Dr¹ : ça y est rani da:khel tnahad: d tnahad [je vais entrer, respire]

2349. Mde : aïe+ aïe+aïe

2350. Dr¹ : tnahad men nifek [respire par le nez]

2351. Inf¹ : tnahdi:: [respire]

2352. Mde : aïe+aïe

2353. Dr¹ : tnahad tnahad tnahad [respire]

2354. Inf¹ : ella: ella: ella:: ma ndirou walou: [non, on ne fait rien]

2355. Mde : cris toux

2356. Dr¹: ma yasralek walou ghi ghi tnahad ghi bechwiya alik

[on ne va pas vous faire du mal, respirez, tout doucement]

2357. Mde : toux

2358. Inf¹ : ghi bessyassa+ tnahad tnahad ma taamalch hakda

[tout doucement, respire, ne t'agite pas]

2359. Mde : toux

2360. Dr¹ : tnahad tnahad vous poussez ça ne sert à rien [respire]

2361. Mde : toux
2362. Inf¹ : tnahdi maa nifek tnahdi maa nifek we (e)rkhfi rouhek erkhfi erkhfi
[respire par le nez et décontracte vous]
2363. Mde : toux
2364. Inf¹ : erkhfi benti bach ma ydourrekch [décontracte toi ma fille]
2365. Mde : cris, toux, nausées
2366. Inf¹ : tnahdi men nifek++ iyya ma (t)dirich hakda
[respire par le nez, ne fais pas comme ça]
2367. Mde : cris
2368. Dr¹ : iyya tnahad [alors, respire]
2369. Mde : cris
2370. Inf¹ : tnahdi tnahdi [respire]
2371. Mde : cris
2372. Inf¹ : ça y est ça y est ma taamalch hakda ma taamalch hakda
[ne fais pas comme ça]
2373. Mde : cris
2374. Inf¹ : tnahad men nifek khelli labzak taak ysil
[respire par le nez, laisse la salive couler]
2375. Mde : cris
2376. Inf¹ : sbar ha chwiya+ ça y est: on a terminé [patientez un petit peu]
2377. Mde : cris
2378. Inf¹ : ça y est ça y est
2379. Dr¹ : doucement
2380. Inf¹ : ha:kdak trè::s bien+ on va terminer++ ça y est c'est bon iyya énoncé de synthèse
[c'est bien ça, bon]
2381. Mde : cris aïe
2382. Inf¹ : iyya bzak+ iyya riyah ha chwiya riyah chwiya ghi belaakel alik
[bon crache, repose toi un peu, tout doucement]
2383. Mde : aïe

2384. Inf¹ : dou:cement++ ça y est on a terminé khla::s+ c'est bon [ça y est]
2385. Mde : aïe
2386. Inf¹ : iyya ça y est+ kammalna [bon, on a terminé]
2387. Mde : aïe
2388. Inf¹ : noud kammalna [debout, on a terminé]
2389. Int : malade l'a hospitalisé docteur Dib
2390. Dr¹ : c'est lui qui l'a hospitalisé+ bon il faut voir avec lui
2391. Int : vous / vous ne pouvez pas::\
2392. Dr¹ : c'(est)-à-dire non:: elli ydekhal lemri:d il le prend
en charge+ 'rik fahma
[celui qui hospitalise le malade doit le prendre en charge, vous me
comprenez?]
2393. Int(is) : <...?>
2394. Dr¹ : ah oui::!
2395. Int(is) : <...?>
2396. Dr¹ : voi::là++ chou(f) aamal'ha le biopsie and privé mjiht la wilaya fe laboratoire
sari hassoune+ docteur Sari Hassoune
[écoutez, vous lui faites une biopsie en privé dans le laboratoire XX (nom du
laboratoire) situé à côté de la wilaya]
2397. Mde : ih [d'accord]
2398. Dr¹ : andeh laboratoire aamli had laayar we raddihouli
[vous faites cette biopsie dans ce laboratoire et vous ramenez les résultats]
2399. Inf¹ : and la: wila / abal la wilaya abal ma nawslou la wilaya
[c'est à côté de la wilaya, c'est avant d'arriver à la wilaya]
2400. Dr¹ : chou(f) ki tji tdour hakda \ [écoutez, dès que vous tournez comme ça]
2401. Inf¹ : and ha (el)rond-point [à côté d'un rond-point]
2402. Dr¹ : ki tji hawda me l'hôpital and el feu rouge
[en sortant de l'hôpital, à côté du feu rouge]
2403. Mde : ih [oui]
2404. Dr¹ : gouddam la wilaya [à côté de la wilaya]
2405. Mde : ih ih [oui oui]

2406. Dr¹ : houwad kelli rak machia la wilaya
[descendez comme si vous allez à la wilaya]
2407. Mde : ih [oui] (continue)
2408. Dr¹ : le premier tournant à gauche++ il y a une impasse elli feyen kayen euh elli feyen amlou el boumba hadi::k
[à côté de cette impasse où on a mis une bombe l'autre fois]
2409. Mde : ih [d'accord]
2410. Dr¹ : kayen tamma CEM pasteur [vous voyez un CEM Pasteur?]
2411. Mde : ih [oui]
2412. Dr¹ : ghi tammak à gauche kayen [c'est juste à gauche]
2413. Mde : iyya d'accord [bon, d'accord]
2414. Dr¹ : d'accord
2415. Mde : 'eutli avant la wilaya:+ [vous m'avez dit que c'est avant la wilaya]
2416. Dr¹ : ah [pardon?]
2417. Mde : avant la wilaya
2418. Dr¹ : rani nkoullek ki tji hawda me l'hôpital
[je vous ai expliqué que c'est juste en descendant de l'hôpital]
2419. Mde : ih ih [oui, oui]
2420. Dr¹ : we and el feu rouge elli bach tdour la wilaya
[et c'est à côté du feu rouge qui mène à la wilaya]
2421. Mde : kayen el commissariat tamma [il y a un commissariat là-bas]
2422. Dr¹ : kbe::l kbel à gauche+ kbel ma tawsal lel commissariat+ kbel ma tewsal lel wilaya++ kbel
[c'est bien avant, c'est à gauche, c'est avant d'arriver au commissariat, avant d'arriver à la wilaya]
2423. Mde : i::h saha [bon, d'accord]
2424. Dr¹ : kayen un tournant à gauche / kayen une impasse
[il y a un tournant, il y a une impasse?]
2425. Mde : iyya ça y est ça y est [bon, ça y est]
2426. Dr¹ : voilà+
2427. Mde : sahit yahafdak++ rien à signaler fe euh::

[merci, que Dieu vous garde, il n y a rien à signaler à..]

2428. Dr¹ : rien rien

2429. Mde : iyya d'accord+ 'nwelli le XX (nom de l'hématologue)

[bon, d'accord, je revois XX (nom de l'hématologue)]

2430. Dr¹ : 'XX (nom de l'hématologue) (c'est qui XX (nom de l'hématologue)?)

2431. Inf¹ : XX(nom de l'hématologue) ih taa l'hémato: [XX de l'Hématologie]

2432. Dr¹ : immala awed welli and'ha [dans ce cas, vous allez la revoir]

2433. Mde : naawed nwelli and'ha+ d'accord [je dois la revoir, d'accord]

2434. Dr¹ : awed welli and'ha [vous allez la revoir]

2435. Mde : yaatikom essaha baraka Allahou fikoum

[je vous souhaite une bonne santé, que Dieu vous bénisse]

2436. Dr¹ : iyya labas alik [bon rétablissement]

2437. Dr¹ : sallamli ala badia [passez le bonjour à Badia]

2438. Dr¹ : Allah ysalmek+ sahit [merci]

2439. Mde : au plaisir

Enregistrement 26 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (Dr¹)

Médecin interne (Int(is))

Infirmière (Inf¹)

Surveillant médical

Malades

Contexte : Examen endoscopique haut

Malade de l'interservice : homme

2440. Int(isc) : sbah el kheir 'ki sbaht 'labas [bonjour, comment allez vous?]

2441. Dr¹ : moi j'ai / j'ai une question à vous poser+ 'kifach le malade andeh un rendez-vous tessanna hatta ki le professeur Kherbouche bach tedkhoulou:: ala rendez-vous+ ana je comprends pas (il) y a quelques choses qui ne va pas \

[comment se fait-il que vous attendiez le professeur Kherbouche pour le voir pour un malade qui a déjà un rendez vous, moi je ne comprends pas]

2442. Int(isc) : ella:: [non]

2443. Dr¹ : 'win rah le malade à 8h30++ hna hna:: on vous a dit belli:: il faut il faut / chouf Bendahmane ana 7h45 ana rani hna
[où est-ce qu'il était à 8h30? moi à je suis au service à partir de 7h45]
2444. Int(isc) : oui
2445. Dr¹ : tfaddal+ fahamni ana: ma nich faham khasni NEFHAM [allez y, expliquez moi ce qui se passe, je ne comprends pas et je veux comprendre]
2446. Int(isc) : oui+ had el malade kan déjà anna: [ce malade était déjà admis chez nous]
2447. Dr¹ : oui
2448. Int(isc) : we kan andeh rendez-vous d'écho donc euh:: \
[et il avait un rendez vous d'échographie]
2449. Dr¹ : ella:: machi hakda ki atawek rendez-vous c'est fini:+ ma: tjiwch à 10h30 XX (nom du chirurgien) wella:: des choses qui:: \
[non, ce n'est pas comme ça qu'on travaille, on vous a donné un rendez vous (à 8h30), ne venez pas à 10h30, XX (nom Du chirurgien) ou quelqu'un d'autre..(ne me donnez pas de faux arguments)]
2450. Int(isc) : ella:: [non]
2451. Dr¹ : 'ça va rak gha:ya [vous allez bien?]
2452. Mde : chwiya [un peu]
2453. Dr¹ : el hamdoullah+++ \
chou(f) el wahad ki ykoun andou rendez-vous ma yhasseb nich+ ki ykoun andek rendez-vous kounek hani
[Dieu merci ; écoutez quand je donne à quelqu'un un rendez vous, qu'il ait un esprit tranquile (du moment où j'assume ma responsabilité)]
2454. Inf¹ : ma ghadich ntawlou+ ghi belkhaff
[on ne va pas tenir longtemps] **réassurance**
2455. Mde : ella ella (e)tiyou / hadak (e)tiyou rah ydourni
[non, le tuyau me fait mal]
2456. Inf¹ : ghi::+ chou(f) sbar maana ghi / même pas dkika même pas dkika
[écoutez moi, patientez une minute]
2457. Dr¹ : ghi bach nchouf l'œsophage hadamakène
[c'est juste pour voir l'œsophage]
2458. Inf¹ : rah ala::+ / lakhor gallek \
[il parle de.. il vous dit]

2459. Dr¹ : 'assem houwa:+ [comment?]
2460. Inf¹ : hadi raha tewjaa le euh: \
[celle-ci lui fait mal]
2461. Dr¹ : 'la / la sonde
2462. Mde : ih [oui]
2463. Dr¹ : ella ma tkhafch++ iyya bismillah tawakkalna ala Allah++ iyya:+ khelliha tfout+++ je voulais voir l'œsophage+ on est dans l'œSOPha:ge+ bon+ l'estomac haya la <cave?> chouf tamma hadi la <cave?> d'acco:rd+ hna c'(est)-à-dire il n'y a:++ <Xtose?> aji tchouf aji hna / aji mennahna++ hawa l'œsophage+ il est sain 'hein+ il n' y a rien du tout fe l'œsopha:ge+ hawa
[non, n'ayez pas peur, bon, au nom de Dieu, laisse la passer, voici l'estomac, regarde cette cave là, viens voir, viens par ici, voici l'œsophage, il n'y a rien au niveau de l'œsophage, voilà]
2464. Inf¹ : hadi [celle-là]
2465. Dr¹ : 'cheft'ha [tu l'as vu?]
2466. Inf¹ : ih [oui]
2467. Dr¹ : aywa ça y est+ hiya le plus# important bach nchouf fe l'œsophage yla ma andouch une muqueu:se euh ex ULCERATIVE we surtout surtout c'est pas la muqueuse c'est:: le CALIBRE
[très bien, le plus important, c'est de voir s'il n'y a pas de muqueuse exulcération au niveau de l'œsophage]
2468. Inf¹ : ouah [oui]
2469. Dr¹ : bach nchouf s'il n'y a pas un RETRECISSEMENT++ hawa mel baïd / chouf hawa mel baïd kich ybène
[pour voir..., regarde comme ça se voit de loin, regarde comment il est éminent de loin]
2470. Inf¹ : yben gha::ya [ça se voit clairement]
2471. Dr¹ : (il) y a pas de <fibrose?> ni rien du tout:++ donc l'œsophage est sain++ c'est-à-dire bach ki y'opéréwah ma youggouadouch ykhammou awed men baad yla kan l'œsophage est touché wella:+ 'd'accord
[.pour que les chirurgiens puissent avoir un esprit tranquille et ne vont pas penser à une atteinte de l'œsophage ou autre chose]
2472. Inf¹ : madabik (t)dour ala jenbek lakhor
[mettez vous de l'autre côté, s'il vous plait]
2473. Dr¹ : fiche navette (donne moi la fiche navette)

Enregistrement 27 :

Interlocuteurs : Médecins spécialistes (Dr²)

Médecins résidents (Dr^{®1})

Médecins internes (Int¹, Int²)

Infirmières (Inf², Inf(4))

Malades

Contexte : Examen endoscopique bas : Examen proctologique

Malade externe femme 1 :

2474. Inf² : rani nessenna fik [je vous attends]

2475. Dr² : jibha pour examen proctologique [appelle la pour..]

2476. Inf² : 'ch'hal l'âge taak [quel âge vous avez?]

2477. Mde : 45 ans

2478. Dr² : zid zid jbed (e)l taht [descendez en bas, encore, encore]

2479. Mde : hakda [c'est bon, come ça?]

2480. Dr² : welli chwiya: welli: [montez, un peu]

2481. Inf² : voi::là

2482. Dr² : tewjaak [ça vous fait mal?]

2483. Mde : ella ella ma andich tamma+ andi: ghi mjiht ullahma

[non, non, je n'ai pas de douleurs de ce côté-là, j'ai des douleurs juste à côté de cette formation]

2484. Dr² : rani chayef [je vois]

2485. Mde : i::h [d'accord]

2486. Dr² : raha ba:yna raha:++ déjà nkallabha we nchoufha: we men baad ngoullek

[je la vois clairement, je la palpe et je vous dirai (de quoi il s'agit)]

2487. Inf² : iyya riyhi chwiya awed++ iyya sabri chwiya

[bon, reposez vous un moment, bon, patientez un peu]

2488. Dr² : katlek euh:: nodule du:r

[elle vous a dit qu'il s'agit d'un nodule dur?]

2489. Mde : aïe aïe ya Allah [Ô mon Dieu]

2490. Inf² : ghi sabri: Allah ykhellik sabri
 [il faut avoir de la patience, que Dieu vous garde, patientez]
2491. Dr² : sous anesthésie
 (le médecin demande à l’infirmière de passer au malade un produit anesthésiant)
2492. Inf² : xylocaïne
2493. Dr² : 'ça y est
2494. Inf² : ouah [oui]
2495. Dr² : 'sous insuline
2496. Inf² : euh::+ non-insulino: \ 'ma (t)dirch el yebra [elle ne fait pas d’insuline]
2497. Mde : 'taach [quelle injection?]
2498. Inf² : taa l’insuline+ 'tacharbi (e)l kachi
 [les injections d’insuline, vous prenez des comprimés?]
2499. Mde : ella (e)l kachi [non, des comprimés]
2500. Inf² : non-insulino-dépendant
2501. Dr² : diabétique
2502. Inf² : elle répond
2503. Mde : 'assem andi [qu’est-ce que j’ai comme problème?]
2504. Inf² : jerh kdime+ hadouk bwasser we maammarlek beddem (e)l dekhel we rah ki::
 ki (e)l hajra
 [une ancienne plaie, ce sont des hémorroïdes sanguinolants formants une masse dure]
2505. Mde : basah ana:: \ [mais, moi..]
2506. Inf² : i::h maalich maalich hna nziftouk (e)la chirurgie we houma ydabbrou ras’hom
 [on va vous orienter vers la chirurgie qui va vous prendre en charge]
2507. Mde : i::h!+ la chirurgi::e [ah!]
2508. Dr² : hayadi and’ha un problème euh::+ antécédant: TUMORA:L++ and’ha:: ki
 chghoul \
 [voilà, elle a un problème.., elle a une sorte de..]
2509. Inf² : voilà yziftak (e)la chirurgie we euh \
 [il va vous envoyer à la chirurgie, et ..]
2510. Mde : 'ghadi y’opéré ça fait:+

[je vais me faire opérer donc?]

2511. Inf² : ella douk chirurgien houwa:: / houwa rah yekkeb briya docteur Dib le chirurgie we ychouf wachta ygoulleh

[non, c'est le chirurgien qui tranche, dr Dib est en train d'écrire une lettre d'orientation pour la chirurgie, et il va voir]

2512. Mde : 'yessemma opération: [donc, il s'agit d'une intervention chirurgicale?]

2513. Inf² : (e)l insane yastajib lillah soub'hanahou wa taala+ machi: haja gra:ve

[l'être humain doit se soumettre à la volonté de Dieu, ce n'est pas quelque chose de grave]

2514. Mde : ella el hamdoullah [non, Dieu merci]

2515. Inf² : i::h++ c'est:: Bensaoula 'yak [voilà, c'est Bensaoula, n'est-ce pas?]

2516. Mde : ih [oui]

2517. Inf² : (e)l insane ygoul el hamdoulillah+ 'rak fahma:

[l'être humain doit remercier le Bon Dieu, vous me comprenez?]

2518. Mde : hmm

2519. Inf² : (e)l insane yastajib lillah soub'hanahou wa taala:

[l'être humain doit se soumettre à la volonté du Bon Dieu]

2520. Mde : hamdoullah [Dieu merci]

2521. Inf² : e::ywa [voilà]

2522. Mde : ella ana nkhaf mel mout [non, mais j'ai peur de mourir]

2523. Inf² : ella:: had el mard machi haja grave++ hadou bwasser

[non, ce n'est pas grave, ce sont des hémorroïdes]

2524. Mde : basah OMRI ma naaraf'hom a walidi

[mais, je n'ai jamais eu d'hémorroïdes]

2525. Inf² : ih hadi hiya we yla: \

[eh oui, et si..]

2526. Mde : hatta bdit had (e)chimie taa hada:: bach euh / bach khraj el hamme [j'ai eu ce problème juste après la chimiothérapie]

2527. Inf² : ih possible possible+ ma:+ / kerchek ma rahach a:sma had liyamate

[oui possible, vous n'êtes pas constipée ces jours là?]

2528. Mde : ella:: ella wallah lla norma:le ma tawjaanich we koulchi

- [non, je jure que j'ai des selles normales]
2529. Inf² : ki yji XX (nom du médecin) houwa yeuh:: / ydabbar rasseh
 [XX (nom du médecin) va s'occuper de vous dès qu'il rentre]
2530. Mde : madabiya [j'aimerais bien]
2531. Dr² : fewet and euh:: \ antécédents 'yak+ pour le processus tumoral++ diabétique métastases hépatiques d'origine <...?> non douloureuse mesurant 3cm
 [vous avez consulté chez..., n'est-ce pas?]
2532. Dr¹ : est-ce que euh: hatta: l'assurance <...?> il faut prendre euh:: / une euh néoplasie [est-ce que même pour l'assurance...?]
2533. Dr² : sûr++ parce que même euh:: en cas de biopsie wella:: c'est / c'est risqué+ donc euh: il faut faire un bilan:
2534. Dr¹ : exactement
2535. Dr² : hada houwa [oui, c'est ça]
2536. Inf² : 'ki ysem mouki [comment vous appelez vous?]
2537. Dr² : il faut faire une exérèse we yziftouha (e)l'anapath
 [et on l'envoie au service d'anatomo-pathologie]
2538. Inf² : neggal'ou (e)lahma:+ \ [on enlève cette formation] 2539. Dr² : ouah inchallah [oui, si Dieu veut]
2540. Inf² : we naayroulek (e)lahma we ngouloulek men baad wassem kayen
 [on va analyser cette formation et on vous communiquera le diagnostic]
2541. Dr² : la chirurgie
2542. Mde : 'taatini dwa wella laybari:
 [vous me donnez un traitement ou des injections?]
2543. Inf² : ella haki hadi we houma ydebbrou rissan'hom++ hawa derlak labriya hawa le chirurgie
 [non, tenez (cette lettre d'orientation) et ce sont eux (les chirurgiens) qui vont vous prendre en charge, voilà, il (le médecin) vous a écrit la lettre d'orientation]
2544. Dr² : chirurgie bach tabraï [la chirurgie, pour une meilleure prise en charge]
2545. Inf² : hada houwa+ ma tkalkich rassek [voilà, ne vous inquiétez pas]
2546. Dr² : raki tedoukhli fe chi swalah+ kifach ydirou ma ghadich tabraï
 [vous n'allez pas vous rétablir si vous continuez à vous mêlez des tâches qui ne vous regardent pas]

2547. Inf² : voi:là hadi hiya [c'est ça]

2548. Mde : netmannaw el kheir [on ne souhaite que du bien]

2549. Dr² : euh:: balak tabraï balak [possible que vous allez vous rétablir]

2550. Inf² : hadi eddiha and Sabbari hna le chirurgie+ yla chafouk el youm saha ma chafoukch and'hom++ tani marda kimma hna wella:+ wellil'hom

[prenez ça (la lettre), vous vous adressez à Sabbari en chirurgie, s'il peut vous vous voir, tant mieux, sinon, vous revenez un autre jour, eux aussi, comme nous, ils ont d'autres malades à prendre en charge]

2551. Mde : iyya saha [bon, d'accord]

2552. Inf² : iyya Allah ychafi \ dkhoul a khouya dkhoul

[bon, que Dieu puisse vous guérisse.....entrez monsieur, entrez]

Enregistrement 28 :

Interlocuteurs : Médecins spécialistes (Dr²)

Surveillant médical

Infirmières (Inf², Inf(4))

Malades

Contexte : Examen endoscopique bas : Colonoscopie totale

Malade interne : homme

2553. Mde : salamou alikome

2554. Inf² : salam wa rahmato Allah+ 'chrabt (e)l ma mlih (e)l barah kimma fahamtek

[vous avez pris le traitement hier comme je vous ai expliqué?]

2555. Mde : ouah [oui]

2556. Inf²: 'chrabt (e)l ma / hadak (e)l ma [vous avez pris le traitement?]

2557. Mde : ouah [oui]

2558. Inf² : 'chrabtah kamel+ \ hier j'ai mis du temps pour lui expliquer+ il est bien préparé++ \ 'we khrajt mlih les toilettes

[vous l'avez pris en entier?, et vous êtes allés aux toilettes?]

2559. Mde : chwiya chwiya: [pas tellement]

2560. Inf² : khallatt [vous avez mélangé..?]

2561. Mde : ella (e)l ma: [non, l'eau]

2562. Inf² : 'wel ma ch'hal chrabt++ binatna ghi maalich / ghi goulli chrabt litra:+ zouj
[combien vous avez pris d'eau? entre nous, ce n'est pas grave, vous avez pris un litre, deux]
2563. Mde : ella gaa kammaltah [non, je l'ai pris en entier]
2564. Inf² : e::yya ghaya+ 'we khrejt (e)l bitelma+ 'khrejt chwiya
[alors très bien, et vous êtes allé aux toilettes?]
2565. Mde : chwiya ouah [un peu oui]
2566. Inf² : ndiroulek radio taa (e)l masrane
[on va vous faire une radiologie du colon (colonoscopie)]
2567. Mde : ouah [d'accord]
2568. Inf² : we Allah yjib echifa+ 'ça y est [que Dieu vous guérisse]
2569. Mde : ouah [oui]
2570. Inf² : 'nta rak baghi toukhrej we tat'hanna:: we:: \
[vous voulez sortir et être tranquile]
2571. Mde : ouah [absolument]
2572. Inf² : awenna we saafna++ 'ça y est [aidez nous et ayez de la patience]
2573. Mde : ouah [d'accord]
2574. Inf² : saafna+ ndiroulek l'examen::
[ayez de la patience pour qu'on puisse vous faire l'examen]
2575. Mde : ouah [d'accord]
2576. Inf² : bach tabra++ iyya smahli ma tahchamch glaa glaa glaa++ eywa k'houz (e)l andi zid zid zid zid zid ghi zi:d
[pour vous rétablir, bon, excusez moi et n'ayez pas honte, enlevez le pontalon, poussez vous, encore, encore,]
2577. Mde : (e)nti::h [je risque de tomber]
2578. Inf² : mattih walou zid iyya k'houz ghi bechwiya alik iyya dour ala jenbek dour ala jenbek dour ala jenbek tamma dour ala jenbek zid dour ala jenbek mlih zid zid zid zid haya+ tallaa hadi and sadrek
[non, vous ne risquez pas de tomber, encore, poussez vous, mettez vous en décubitus latéral, encore, très bien, relevez cela du côté du thorax]
2579. Mde : 'hadi:: [celle-là?]
2580. Inf² : ha:di and sadrek+ iyya k'houz (e)l andi k'houz (e)l andi kimma hakda

- [celle-là, du côté du thorax, bon, poussez vous, comme ça]
2580. Mde : hmm
2581. Inf² : zayer rouhek [contractez vous]
2582. Mde : hm
2583. Inf² : iyya: sbar kimma hak++ saafni we khlas+ 'ki rak t'heuss rouhek dourka:
[bon, patientez, il suffit de m'aider, comment vous vous sentez maintenant?]
2584. Mde : chwiya mlih [ça va]
2585. Inf² : 'ma rakch madrar [vous n'avez pas mal?]
2586. Mde : ella [non]
2587. Inf² : 'ma rahach jayatek eddoukha [vous n'avez pas de vertiges?]
2588. Mde : ella [non]
2589. Inf² : e::ywa tghatta mlih voi::là+ we erkhi rassek we khammam fe haja (o)khra
[couvrez vous, décontractez vous et pensez à autre chose]
2590. Mde : ouah [d'accord]
2591. Inf² : khammam fe haja (o)khra [pensez à autre chose]
2592. Dr² : dertlah une préparation psychologique parfaite
[tu lui as fait une préparation..]
2593. Inf² : la préparation psychologique du malade+ elle est très importante
2594. Dr² : (il) y a des niveaux
2595. Inf² : erkhaf rouhek Saoula bach tuyau yfoutlek ghaya:
[décontractez vous Saoula pour un bon passage du tuyau]
2596. Dr² : <...?>
2597. Inf² : oui
2598. Dr² : coton coton: dawrahli [mets le dans cette position]
2599. Inf² : saha saha+++ sbar chwiya XX (nom du médecin):: chwiya
[ça y est, calmez vous]
2600. Dr² : ha:kdak Saoula ha:kdak nastaaraf bik ki rak tsaafna kimma hakka
[très bien XX(nom du malade)::, je vous tire chapeau pour votre aide]
2601. Inf² : XX (nom du malade) nas mla:h [Saoula est un brave type]

2602. Dr² : hna: hna rana hnaya <...?> [ici, on est là]
2603. Surv : hadik lamra ma: \ elle n'a pas voulu partir+ gatlek diagnostic wacha andi+ elle n'a pas voulu:: même euh:: / la malade euh:: \
- [la femme (qui est passée tout à l'heure) n'a pas voulu partir, elle dit qu'elle veut savoir le diagnostic de sa maladie]
2604. Dr² : parce que c'est une malade qui a déjà des antécédents de::+ / on est obligé de:: / de demander un avis::+ elle a eu peur elle s'inquiète de son état de santé++ elle est obligée de demander des explications de son état et on est là pour expliquer aux malades+ c'est un DROIT ++ \ rak mlih Saoula
- [vous allez bien Saoula?]
2605. Mde : ella rani mlih [non, je vais bien]
2606. Surv : jebtlek kass taa jus derwak 'alach ma chrabtch jus derwak 'alach ma goutlich
- [je t'ai ramené du jus tout à l'heure, pourquoi tu ne l'as pas pris? pourquoi tu ne me l'as pas dit?]
2607. Dr² : i:h maalich [ce n'est pas grave]
2608. Mde : we Allah ella:+ \ [je jure que..]
2609. Inf² : ih maalich dourk men baad koul we riah we men baad XX
l'exploration se fait au retour et surtout de retour / l'exploration de retour
- [oui, ce n'est pas grave tout à l'heure tu vas manger et tu vas te reposer]
2610. Dr² : saha fe la colonoscopie: l'exploration se fait:: AU RETRAIT++ pa(r)ce que euh:: \
- [bon, à la colonoscopie, l'exploration se fait au retrait]
2611. Inf² : <...?>
2612. Dr² : à l'entrée:: on va au maximum voi:là+ on retrouve la lumière
2613. Inf² : hadak el hwa on insuffle de l'air / l'air bien sûr [c'est de l'air]
2614. Dr² : <...?> pour l'instant
2615. Inf² : les gaz tawaak tanjem tkherejhom XX (nom du malade) + maalich ma tahchamch kherrej les gaz taak
- [XX (nom du malade), vous pouvez dégager les gaz, n'ayez pas honte]
2616. Dr² : j'aspire les liqui::des
2617. Inf² : vous attendez (on frappe à la porte)
2618. Dr² : il y a beaucoup de copins:+ et de copines qui viennent nous:: \
2619. Inf² : oui

2620. Dr² : déranger pendant le travail++
2621. Inf² : surtout::+ \
2622. Dr² : j(e) vais retirer::+ le colonoscope++ rana maximu::m 'ça va XX (nom du malade):+ [on est au maximum]
2623. Mde : chwiya: [ça va]
2624. Dr² : iyya gha:ya [bon, très bien]
2625. Inf² : 'rak mlih khouya++ ha::kdak+ gha::ya [vous allez bien?, très bien]
2626. Dr² : il a / a fait une bonne préparation:: colique
2627. Inf² : 'ya::k [ah!]
2628. Dr² : le colon est bien préparé suite à la BONNE explication
2629. Inf² : voi::là+ je lui ai très bien expliqué:+ très bien insisté
2630. Dr² : suite à la préparation psychologique du malade / le malade résiste très très bien à un examen:
2631. Inf² : exactement
2632. Dr² : ça exi:ge+ \ moins::++ douloureux++ c('est)-à-dire la réussite de::+ / de l'examen: est beaucoup plus euh:: \
2633. Surv : la bonne préparation
2634. Dr² : le régi::me euh:+ la bonne préparation:: / préparation:: du:: / de:: vidange coli::que+ puis la préparation psychologique pour la résistance du malade au:+ / à l'examen lui-même
2635. Surv : absolument
2636. Dr² : il permet de: / de faire / de réaliser:+ l'examen et:: \
2637. Inf² : un examen minutieux
2638. Dr² : minutieux:+
2639. Surv : en plus euh:: il passe son examen: dans de bonnes conditions++ 'Saoula rahom yewjoouk [on vous fait mal Saoula?]
2640. Inf² : rani jèy / ani jèy ghi nkemmel we nji+ khems dkayak
[j'arrive dès que je termine, j'arrive dans cinq minutes]
2641. Dr² : 'ça va:
2642. Surv : ella: rah mlih Saoula+ 'rak mli:h+ hdar maah / hdar maa tbibek
[non, Saoula va bien, vous allez bien?, parlez à votre médecin]

2643. Mde : ella: rani mlih mlih [non, je vais bien]
2644. Surv : 'rak t'heuss rouhek mlih dourka [vous vous sentez mieux maintenant?]
2645. Mde : rani mlih ouah+ rani mlih [oui, je vais mieux]
2646. Surv : 'fe sbita:r rahom yaatiwek dwa ni:chène
[on vous donne le traitement correctement?]
2647. Mde : ouah [oui]
2648. Surv : 'ma rahomch yaghabnouk [on ne vous cause pas de problèmes]
2649. Mde : ella:: ma rahomch yaghabnoui++ (e)ndal ghil ragued
[non, personne ne me cause de problèmes, je ne fais que dormir]
2650. Inf² : ça y est kemmelna++ iyya:+ dour Saoula dour dour (e)l andi dour (e)l andi dour
(e)l andi dour (e)l andi+ iyya hewed ghi bechwiya ali:k
[on a terminé, bon tournez vous, descendez tout doucement]
2651. Dr² : ma andek walou: euh Saoula hein:+ [vous n'avez rien de mal Saoula]
2652. Surv : ella rah ghaya [il va bien]
2653. Dr² : le: euh: andek el masrane taak ghayat el ghaya:
[vous avez un très bon colon]
2654. Mde : hamdoullah [Dieu merci]
2655. Dr² : andi colonoscopie tota:le à faire++ kismah Saoula 'assem
[j'ai une colonoscopie totale à faire, il s'appelle Saoula comment?]
2656. Inf² : ' XX (nom du malade) kifach:+ [Saoula comment?]
2657. Mde : Samir
2658. Inf² : Samir
2659. Dr² : Samir+ alors pas de FISTU::LE+ rien++ pas de formation intraCANALAIRES++
donc progression du colon droit++ colon plus propre++ pas de formation
visible+ rectu:m++ conclusion+ colonoscopi:e tota:le ce jour
2660. Inf² : ma rahch euh:: [il n'est pas..]
2661. Dr², Inf², Surv : (rires)
2662. Dr² : rak tnekki (e)l farch [tu nettoies le lit]
2663. Mde : (rires) ana daymane (e)nnekki [je nettoie quotidiennement]
2664. Dr², Inf², Surv, mde : (rires)
2665. Dr² : colonoscopie totale saine+ Allah ychafi [que Dieu puisse vous guérir] **constat**

2666. Inf² : labas alik [je vous souhaite un bon rétablissement]

2667. Mde : baraka Allahou fikoum [que Dieu vous bénisse]

Enregistrement 29 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (maître-assistant : Dr¹)

Surveillant médical (Surv)

Infirmières brevetée Inf²

Malade (homme)

Contexte : Examen endoscopique bas : Colonoscopie

2668. Inf² : zid houwad chwiya (e)l taht

[descendez encore en bas]

2669. Mde : (e)nzid [je descends encore]

2670. Inf² : zid zid zid zid zi::d XX iyya riyah+ hout rassek ghi bel aakel: hakda:: voilà:: / zid houwad (e)l taht / zid chwiya (e)l taht+

[encore encore, bon, reposez vous, glissez la tête tout doucement, très bien, descendez encore, en bas, en bas]

2671. Mde : nzi:d [je descends encore]

2672. Inf² : zid zid zid zid zi::d+ dour ala jenbek lisser

[encore, mettez vous en position latérale gauche]

2673. Mde : euh:: rani mli:h [ça va comme ça ?]

2674. Surv : c'est bon+ rayyah hout rassek ghi belaakel+ hakda we (e)rkoud voi::là zid houwad (e)l taht / chwiya (e)l taht / zid chwiya houwad (e)l taht / zid andi:: zid andi: voilà:+ iyya zid iyya zi:d zid andi:+ houwad chwiya (e)l ta:ht++ voilà nous sommes en train de préparer un mala:de pour colonoscopie+ donc la position des mala:des c'est une position: en décubitus latéral gauche+ le malade bien sûr doit venir n'est pas forcément de venir à jeûn+ donc on doit préparer le matériè:l c'est un colonoscope olympus et:: on va essayer de commencer: le: / l'examen en quelques minutes après avoir fait un examen proctologique biensû:r # '(e)l ha:j rak mli:h

[reposez vous, glissez la tête tout doucement, très bien, allongez vous, encore, descendez, en bas, encore.. el haj vous allez bien?]

2675. Mde : rani mlih [je vais bien]

2676. Inf² : rak ghaya:: [vous allez bien ?]

2677. Mde : ghaya: [très bien]

2678. Inf² : euh:: haddart rouhek ghayat el gha:ya:
[vous vous êtes bien préparé ?]
2679. Mde : ella: mlih ghaya [non, très bien]
2680. Inf² : a:h
2681. Mde : ella: ghaya: [non, très bien]
2682. Inf² : 'ch'hal chrabt men litra taa (e)l ma
[combien de litres d'eau vous avez pris ?]
2683. Mde : tlata [trois]
2684. Inf² : tlata litro [trois litres]
2685. Mde : ih [oui]
2686. Inf² : khouwit mlih / ferraght mlih
[vous avez bien dégagé?]
2687. Mde : chwiya ouah [un peu oui]
2688. Surv : hdar fort mlih++ raha tbanli la: voix \
[parlez fort, je crois que vous avez une voix..]
2689. Mde : ella MLI:H [non, bien]
2690. Surv : 'rak ghayat el ghaya [vous allez très bien]
2691. Mde : ghayat el ghaya:++ Allah yahafdak [tès bien, que Dieu vous protège]
2692. Surv : iyya el hamdoullah: el mouhim euh:: jebt (e)wrakik maak+
[bon, Dieu merci, 'l'essentiel, vous avez ramené tous le dossier]
2693. Mde : ouah [oui]
2694. Surv : 'kwagha::t we hadouk (e)swalah [les papiers et tout le nécessaire]
2695. Mde : ouah [oui]
2696. Inf² : iyya saha el hadj makanch mouchkil++ douk inchallah / chouf:+ ghadi::
tanka:manna ha (e)rbaa saa: wella+ we nkemloulek: we nchoufoulek we
maykoun ghir el khir inchallah el hadj
[bon d'accord, il n'y a pas de problème, on va vous voir, ça va nous tenir un
quart d'heure, ne vous inquiétez pas, tout va bien se passer si Dieu veut]
2697. Mde : Allah yahafdak [que Dieu vous garde]
2698. Inf² : iyya d'accord el hadj+ saha: [bon d'accord, d'accord]
2699. Dr¹ : filistine sawtou (e)thawrati el filistiniya

[Palestine, c'est la voix de la révolution palestinienne]

2700. Dr¹, Inf², Surv, Mde : (rires)

2701. Dr¹ : ma tzayarch++ arkhaf: voi::là / arkhaf rouhek++ alo:rs normalement:: on devait faire hada: la colonoscopie sous AG: mais on n'a pas les moyens:+ on va la faire sous:: / norma:l machi:: \

[ne vous contractez pas, décontractez vous, on devait faire ce malade sous AG..]

2702. Inf² : parce qu'il supporte mal

2703. Dr¹ : ella: [non] on est obligé on peut pas s(e) permettre de faire une euh:: / une anesthésie pour chaque personne+ on a pas les moyens / on a pa:s+ les moyens matériels et humains (toux) humains: les anesthési:stes et matériels c'est / c'est les / les drogues++ donc on va la faire sous / sous sans anesthésie++ on va introduire::+ l'exploration se fait au retrait+ j'introduis mon fibroscope++ sous contrôle de <radio?> (toux) il n'y a rien Saidani

2704. Surv : <...?>

2705. Inf² : 'el hadj dert (e)tahdir [vous avez pris la préparation qu'on vous a prescrit]

2706. Mde : naame [oui]

2707. Inf² : 'dert / dert (e)tahdir koulchi \ [vous l'avez tout pris?]

2708. Dr¹ : 'ch'hal chrabt el hadj / ch'hal [combien vous avez pris?]

2709. Mde : tlata litro [trois litres]

2710. Inf² : 'tlata litro+ 'kamalt'ha gaa [trois litres, vous l'avez tout pris?]

2711. Mde : ouah [oui]

2712. Inf² : we khrajt wella ma khrajtch [vous êtes parti aux toilettes ou non?]

2713. Mde : chwiya:: [un peu]

2714. Inf² : ghi chwiya 'machi beza:f [un peu, pas tellement]

2715. Mde : machi bezaf [pas tellement]

2716. Inf² : machi rak m'haddar el hadj [vous êtes mal préparé]

2717. Mde : ella! [non (ça m'étonne!)]

2718. Inf² : voi:là tbib marahch ychouf mlih [le médecin ne voit rien]

2719. Dr¹ : aatih / aatih la perception+ ki nji kharej 'hein

[donne lui la fiche de perception quand je termine]

2720. Inf² : ih [d'accord]

2721. Dr¹ : <...?> il faut qu'il euh:: c'est très important

2722. Inf² : ih saha [oui d'accord]
2723. Dr : khater c'est un programme normal hada:: maalich la période des vacan:ces \
je suis passé au colon transverse++ hmm le colon transverse
2724. Inf² : 'rak mlih el hadj [vous allez bien?]
2725. Mde : silence
2726. Inf² : a:h!
2727. Dr¹ : il va bien
2728. Inf² : el hadj
2729. Dr¹ : ça:: / chwiya:+++ ella: ça va+ / il va bien++ hna:: on est en train de voir s'il réagit+ bien sûr il faut toujours vérifier:: aatini l'aspiration
[donne moi l'aspirateur]
2730. Inf² : ih [d'accord]
2731. Dr¹ : merci
2732. Inf² : la dernière fois aspirit bih aspirit l'eau: / j'ai aspiré de l'eau
[j'ai utilisé l'aspirateur, la dernière fois et je n'ai aspiré que du liquide]
2733. Dr¹ : <...?> c'est gênant++ l'introduction devient de plus en plus difficile pa(r)ce qu'on a fait: <...?>
2734. Inf² : ih [oui]
2735. Dr¹ : j(e) n'arrive plus à avancer c'(est)-à-dire il y a des boucles tout le long / tout le long taa [du] le euh:: / le colono / taa [du] le colon hmm++ raddou ala dahrou
[mets le en position dorsale]
2736. Inf² : el hadj
2737. Dr¹ : ghi ha chwiya \ [poussez vous un petit peu]
2738. Inf² : welli welli chwiya ala dahrak cette position euh:: \
[retournez vous en position dorsale]
2739. Dr¹ : pa(r)ce que::
2740. Inf² : aatini rejlek lokhra [donnez moi l'autre pied]
2741. Dr¹ : ghi bechwiya alik [tout doucement]
2742. Inf² : arfed'ha ghi bechwiya alik+ aatini rejlek wahda / wahda wahda: aatihani+ ha::kdak iyya:
[relevez le tout doucement, donne moi un seul pied, un seul, un seul, donnez le moi, très bien, bon]

2743. Dr¹ : heul rejlik+ heul rejlik [fléchissez les genoux]
2744. Inf² : houwed ala rejlik [descendez au moyen des pieds]
2745. Dr¹ : heul rejlik [fléchissez les genoux]
2746. Inf¹ : heul rejlik heul rejlik [fléchissez les genoux]
2747. Dr¹ : heul rejlik+ hout rejlik hna+ alli / allili ala kerchou
[fléchissez les genoux, mettez les pieds ici, libère moi 'abdomen]
2748. Inf² : heul rejlik [fléchissez les pieds]
2749. Dr¹ : allili ala kerchou 'hein
rahna ghir ndewiw fik
ghi heul rejlik ma tkhafch el hadj
[libère moi l'abdomen, fléchissez les pieds, n'ayez pas peur, on est en train de vous soigner]
2750. Inf² : ra(h)na ndewiw fik [on vous soigne]
2751. Dr¹ : dour ala (e)jiha lokhra++ voilà [tournez vous de l'autre côté]
2752. Inf²: dour tchouf (e)l andi: dour+ aatini rejlik hadi:+ ghi bechwiya el hadj+ iyya
houwed and tbib / houwed andeh
[tournez vous de mon côté, donnez moi ce pied, doucement, bon, descendez du côté du médecin, descendez de son côté]
2753. Dr¹ : houwed andi [descendez]
2754. Inf² : ça y est tlaat beza::f [c'est bon, vous vous êtes beaucoup relevé]
2755. Dr¹ : beza:f [c'est trop]
2756. Inf² : ha::kdak / ha:kdak voilà hadou les boucles rahom yablokiw
(e)l colonoscope+++ rah ghabnak hakdak
[très bien, ces boucles bloquent le colonoscope, ça vous gêne?]
2757. Dr¹ : les boucles+ c'(est)-à-dire il a: / il a un très bon colon kan andeh euh:: hadak
raki chayfa [il avait ce.. tu vois]
2758. Inf² : ih [oui]
2759. Dr¹ : kimma:: / ki l'accordéon [comme]
2760. Inf² : ki l'accordéon [comme]
2761. Dr¹ : c'est ce que je suis en train de faire c'est#à peu près kimma
l'accordéon+ tferraj tferraj [comme un accordéon, regarde]
2762. Inf² : <...?>
2763. Dr¹ : euh raddou ala dahrou Allah ykhellik

[mets le en position dorsale, que Dieu vous garde]

2764. Inf² : saha: el hadj welli ala dahrak ghi:: bechwiya ghi bechwiya: iyya:+ zid houwed and tbib chwiya: talaa ala sedrek++ ha:kdak zid k'houz

[s'il vous plait, mettez vous en position dorsale, doucement, bon, descendez du côté du médecin, montez un peu au moyen de votre poitrine, très bien, poussez vous un peu]

2765. Dr¹ : kimma kount fellouwel+ ghi smah(el)nna el hadj hein

[c'est comme vous étiez tout à l'heure, on s'excuse]

2766. Inf² : zid chwiya el hadj ghi bechwiya alik+ madabik tzid t'houwed chwiya and tbib el hadj++ i::wa+ dir yeddek fe heujrek+ ella (e)lla hakda tallahom lel wast

[encore, doucement, il est souhaitable de descendre du côté du médecin, très bien, mettez les mains dans la partie inguinale, non, non, mettez les dans la partie médiane]

2767. Dr¹ : un colon très difficile à explorer

2768. Inf² : el hadj dour ala dahrak zid chwiya / zid+ aatini rejlik wahda+ sa::ha houwed and tbib ha::kdak

[tournez vous en position dorsale, encore, donne moi un seul pied, descendez du côté du médecin, très bien]

2769. Dr¹ : 'feyen rah yjik (e)ddour bezaf+ hna: / had (e)jiha hna::

[où est-ce que vous vous sentez mal, ici, c'est de ce côté-là ?]

2770. Mde : had (e)jiha hna ouah [c'est au niveau de ce côté-là, oui]

2771. Dr¹ : Saidani haki zayri hna:+ ki yji andek (e)l colonoscope tammak blokiah

[serrez cet endroit, dès que tu auras le colonoscope, tu le bloques]

2772. Inf² : hakda [comme ça ?]

2773. Dr¹ : ella machi be sabaak yeddik gaa

[non, pas avec les doigts, avec toute la main]

2774. Inf² : 'gaa be yeddi: [avec toute la main?]

2775. Dr¹ : ouah ih ih+ ghi bechwiya ki t'houssi (e)l fibroscope jay ma tkhellihch youkhrej

[oui, oui, tout doucement, dès que tu sens le fibroscope (le colonoscope), ne le laisse pas s'échapper]

2776. Inf² : hmm

2777. Dr¹ : el hadj seggad rouhek ghi bechwiya ali::k

[mettez vous à l'aise, tout doucement]

2778. Inf² : (e)rwah (e)l andi / (e)rwah (e)l andi el hadj+ ha::kdak
[rapprochez vous de moi, très bien]
2779. Dr¹ : 'rak t'heuss bel fibroscope rah jay (e)l andek
[tu sens le fibroscope ?]
2780. Inf² : ella [non]
2781. Dr¹ : 'rak t'heuss [tu le sens?]
2782. Inf² : ella [non]
2783. Dr¹ : 'rak t'heuss [tu le sens?]
2784. Inf² : ella [non]
2785. Dr¹ : awed dour ma (e)jiha lokhra el hadj
[mettez vous de l'autre côté]
2786. Inf² : awed dour ma (e)jiha lokhra
[mettez vous de l'autre côté]
2787. Dr¹ : pour la dernière fois nchoufou
[on va faire une dernière tentative]
2788. Inf² : aatini rejli:k ha:kdak [donne moi les pieds, très bien]
2789. Dr¹ : on va arrêter pa(r)ce que là: on a pas réussi
2790. Inf² : hawada hna sur le euh:: [le voilà..]
2791. Dr¹ : ghi le côté droit rah euh:: <...?> [que le côté droit qui..]
2792. Inf² : hayadi la lumière [voici la lumière]
2793. Dr¹ : c'est#au niveau du colon sigmoïde+++ c'est-à-dire le colon gauche+ khater fe début (il n') y avait pas de boucles++ c'est-à-dire il faut enlever had la boucle elle est très importante la progression est très difficile
[parce que au début..., il faut enlever cette boucle..]
2794. Inf² : 'ça va ça va:
2795. Mde : chwiya:: [un petit peu]
2796. Inf² : c'est la boucle+ hadi hiya hna 'hna rah ydourrek el hadj
[la voilà, c'est à ce niveau que vous avez mal ?]
2797. Mde : aïe
2798. Dr¹ : on espérait faire une colonoscopie+ mais malheureusement ce n'est pas une colonoscopie totale+ on s'est arrêté au colon transverse++ la boucle était aussi

importante qu'on n'a pas pu progresser (toux) donc on complète notre euh:: par un lavement baryté: pour voir la totalité / le reste du colon

2799. Mde : 'kich rah andi [qu'est ce que j'ai dans le colon ?]

2800. Dr¹ : rah andek ghaya \ ça y est rah andou la perception+ haya++ gratuite+ haya rah andou

[vous avez un bon colon, ça y est il a la perception]

2801. Inf² : d'accord

2802. Dr¹ : euh:: Belkadi Benamar

2803. Mde : naame [oui]

2804. Dr¹ : chouf Benamar+ (e)l masrane rah andek mlih+ maa septembre inchallah+ 'smaatni:

[écoutez, vous avez un bon colon, vers le mois de septembre, si Dieu veut, vous m'écoutez ?]

2805. Mde : naame [oui]

2806. Dr¹ : t'awed twelli (e)l andi inchallah \

[vous allez revenir me voir si Dieu veut]

2807. Mde : (toux)

2808. Dr¹ : ghi ncontrôliw hadamakan+ balak
ndiroulek euh:: / balak n'awdou (e)radio taa euh:: / taa el masrane elli dernah el youm

[pour un contrôle seulement, possible, on va vous faire, on va vous refaire la radio qu'on a fait aujourd'hui]

2809. Mde : ouah [d'accord]

2810. Dr¹ : machi tuyau 'hein [ce n'est pas la colonoscopie]

2811. Mde : rani mlih ki nechrab dwaya

[moi je me sens très bien quand je prends le traitement]

2812. Dr¹ : iyya ghaya: hamdoullah [bon très bien, Dieu merci]

2813. Mde : (toux)

2814. Dr¹ : rak taamal hadouk (e)sachiyat 'yak [vous utilisez les sachets ?]

2815. Mde : ouah [oui]

2816. Dr¹ : aatini l'ord / l'ordonnance chouf el hadj ki t'awed twellili+ erwahli (e)le sidi chaker 'hein+ maa el wahda taa laachiya: rana koul / ma bkinach nekhdemou fi Boudghène: rana fe sidi chaker maa el wahda taa laachiya: ça y est koul

wahda taa laachiya / koul tleta maa el wahda taa laachiya rani tammak++ hak hadi khelliha andek

[donnez moi l'ordonnance, écoutez, vous revenez me voir à Sidi Chakeur, vers 1h de l'après-midi, on ne travaille plus à Boudghène (centre de santé, on est à Sidi Chakeur (centre de santé, vers 1h de l'après-midi, je serai là-bas chaque mardi à 1h de l'après-midi, gardez ça]

2817. Mde : 'ma taatinich (e)dwa [vous ne me prescrivez pas de traitement?]

2819. Dr¹ : 'naatik dwa taa el masrane [je vous donne un traitement pour le colon?]

2820. Mde : ih [oui]

2821. Dr¹ : iyya saha [bon d'accord]

2822. Mde : ih++ 'hadi: kimma hadi [celle-là est semblable à celle-ci?]

(le malade parle de deux griffes et de deux dates différentes qu'a mis le médecin sur une ordonnance et sur une feuille de maladie)

2823. Dr¹ : machi kif kif chkoun gallek kif kif \ i::h kif kif une contre signatu::re

[non, ce n'est pas la même chose, qui vous a dit qu'elles sont semblables ? oui, c'est bien la même chose, c'est une contre signature]

2824. Mde : galouli ma tamchiche [on m'a dit qu'elle est inacceptable]

2825. Dr¹ : ih ni:cha:ne 7 6+ 5 hadi 25-5 / 5 25 5 iyya 'hein

[oui, exactement, celle-là est celle du 25/5, bon]

2826. Mde : ma smaatch [je ne vous ai pas entendu]

2827. Dr¹ : ala (e)l wahda taa laachiya 'hein:

[à 1h de l'après-midi]

2828. Mde : inchallah [si Dieu veut]

2829. Dr¹ : ouah [oui]

2830. Mde : 'wach men euh: nhar [quelle journée?]

2840. Dr¹ : hatta maa:: / hatta maa ramdan hakdak

[vers le mois de ramadan]

2841. Mde : inchallah [si Dieu veut]

2842. Dr¹ : 'smaat (toux) \ examen proctologique rapidement: jibhali
Allah yahafdak+ a saidani: c'est une femme enceinte \ hadou tkachihomlek
tammak la secrétaire el hadj 'hein: iyya labes alik el hadj

[tu m'écoutes, ramène moi (la malade qui doit faire) un examen proctologique, que Dieu vous garde, la secrétaire doit vous cacheter les papiers]

2843. Mde : baraka Allaho fik:+ Allah yaawenkom yarham waldikom yarham waldik
[que Dieu vous bénisse, que Dieu soit en votre aide]
2844. Dr¹ : sahit+ waldina we waldik \ c'est une consultation: c'est une femme enceinte \ 'cheft tuyau taa la rogar+ kayen hakda [merci ; tu as vu le tuyau]
(le médecin explique à l'infirmier le cas du malade qui vient de passer et comment une boucle s'est formée à l'intérieur du colon)
2845. Inf² : i::h [oui]
2846. Dr¹ : 'tuyau kich deyer / tuyau deyer kimma hada tuyau: deyer chouf taa el hadj kimma hada
[quelle est la forme du tuyau, il est comme ça, la même chose pour ce malade, son colon a cette forme]
2847. Inf² : kimma taa la trachée / kimma taa la trachée: \
[comme celui de la trachée]
2848. Dr¹ : ella ella \ [non, non]
2849. Inf² : yji la forme euh \
[il a la forme de...]
2850. Dr¹ : ella ella+ de plus en plus:++ / machi kimma taa la trachée+++ essanna tchouf++ hna rah andek deyer: d'accord+ ana rani nedkhoul rani nedkhoul nedkhoul nedkhoul+ il faut pas penser belli nedhi tuyau 'yak+ ça y est / il faut pas penser belli rani ned'hi tuyau kimma hakda ça y est rani kemmalt
[non, il ne ressemble pas à celui de la trachée, attends, je te montre ici, il est..(coudé), je rentre je rentre, j'introduis le tuyau, n'est-ce pas, c'est bon jusque là, il ne faut pas penser que j'introduise le tuyau comme ça (le médecin montre à l'infirmier la technique d'introduction du colonoscope), ça y est j'ai terminé]
2851. Inf² : a::h!
2852. Dr¹ : el masrane de:yer+ yji ha:kda ha:kda ha:kda ydour ydour ydou::r we ydour ydour ydou::r we y'avancé ha:kda
[le colon prend cette forme, il tourne, tourne, et avance dans ce sens]
(le médecin montre à l'infirmier l'état du colon au niveau de l'abdomen)
2853. Inf² : hmm
2854. Dr¹ : hawada hakda chou(f) hakda [voilà, regarde]
2855. Inf² : i::h [oui]
2856. Dr¹ : c'est-à-dire quand j'avance quand j'avance \
[il a la forme de...]
2857. Inf² : ih [oui] (continuez)

2858. Dr¹ : c'est pas le euh <...?> /
 la boucle qui avance hadi hadi: \ [celle-là]
2859. Inf² : ih ih [oui, oui]
2860. Dr¹ : ki n'avancé chouf hadi / chouf rani n'avancé
 hadi: hawa choufni choufni ki rani n'avancé
 [regarde comment j'avance]
2861. Inf² : ih [oui] (continuez)
2862. Dr¹ : 'est-ce que rak tchouf belli houwa elli rah y'avancé
 [tu vois que c'est le colon qui avance?]
2863. Inf² : non
2864. Dr¹ : we ki: n'avancé chouf+ we ki n'reculé des fois yagooud fi blastah: hawa ki
 ykoune une boucle j'avance j'avance j'avance we rah+ ha:wa quelque chose
 qui bloque une masse quelque chose raha tammak
 [et quand j'avance puis je recule, le colon garde la même position, par contre
 quand il s'agit d'une boucle, je ne peux pas avancer parce qu'il y a un obstacle]
2865. Inf² : i::h! [ah bon !]
2866. Dr¹ : alors qu'est-ce qu'elle va se déboucler:+ ndawar ana hakda: we nkherrej
 hakda++ 'est-ce que che(f)tni ki rani noukhrej berra we neglaa hadik la boucle
 bach n'awed nedkhoul nichane
 [pour déboucler, je fais tourner le colonoscope, puis je recule de cette façon, tu
 vois comment je fais pour sortir et pour enlever cette boucle et donc je pourrai
 entrer librement?]
2867. Inf² : i::h saha:: [ah, d'accord]

Enregistrement 30 :

Interlocuteurs : Médecin spécialiste (maître-assistant : Dr¹)

Infirmières brevetée Inf²

Malade (homme)

Contexte : Examen endoscopique bas : Examen proctologique

Malade externe : femme

2868. Dr¹ : (toux) votre nom

2869. Mde : <...?> Siham

2870. Dr¹ : 'ch'hal fe omrak siham [quel âge vous avez avez?]

2871. Mde : 29
2872. Dr¹ : 29++ 'grossesse à combien+ grossesse à combien madame
2873. Mde : euh:: la grosse::sse
2874. Dr¹ : ih [oui]
2875. Mde : 6 mois
2876. Dr¹ : 6mois
2877. Inf² : douri ha chwiya [tournez vous un peu]
2878. Dr¹ : ghi bechwiya [tout doucement]
2879. Mde : hmm
2880. Inf² : erkhfi rouhek mada:me [décontractez vous]
2881. Dr¹ : essanna nchouf madame+ erkhaf ma tzayarch madame
[attendez que je vois, décontractez vous, ne vous contractez pas]
2882. Mde : hm
2883. Dr¹ : i::h raki ghaya+ elle va bien euh:: c'est bon+ vous n'avez rien 'hein+ la FISSU::RE est cicatrisée+ marach andek la fissure derwak+ 'fewek chafouk we kaloulek belli andek une fissure
[bon, vous allez bien, actuellement, il n'y a pas de fissure, quand est-ce que on vous a dit que vous avez une fissure?]
2884. Mde : kanet andi melli kount sghira:+ deretli opération gatli ki jat tkhayat jebdet el khit++ tballi hadi (e)l blasa ma bratch ghaya wella manich arfa: \
[j'avais cela depuis mon enfance, je me suis fait opérer, d'après le médecin, c'est elle qui a tiré forcément le point de suture, ce qui a empêché la cicatrisation de cette zone, ou je ne sais pas]
2885. Dr¹ : teu teu raki ghaya:: [non, non, vous allez bien]
2886. Mde : rani nheuss hadi:: / hadi ha six mois kanet andi ha: \
[je sens, ça fait six mois à peu près une sorte de..]
2887. Dr¹ : we derwak raki t'heussi ghaya: ki toukhrej
[et maintenant, vous vous sentez mieux surtout quand vous allez aux toilettes]
2888. Mde : ella derwak rani noukhrej NO:RMAL
[non, je me sens très bien quand je fais mes besoins]

2889. Dr¹ : normal
2890. Mde : le problème men nhar elli dert l'opération
[le problème a débuté depuis l'intervention]
2891. Dr¹ : i::h [d'accord]
2892. Mde : madame Dib
2893. Dr¹ : 'taa Maghnia [celle de Maghnia?]
2894. Mde : hm hm
2895. Dr¹: ma nenjemch / ma euh:: nenjemch nehdar fe un confrère:+ 'raki fahma
[je ne peux pas mettre en doute les capacités de mon confrère, vous me comprenez?]
2896. Mde : ella ella:: ma:: \ [non, non, je..]
2897. Dr¹ : koul wahed we kich yekhdam+ ana pour moi: ana: chouf plus important+ ana dourk nchouf wach andek DERWAK+ derwak rah andek mliha+ ça a bien évolué ça fait (e)jerha raha andek mliha rahi cicatrisée+ le toucher rectal ne vous fait pas ma:l+ donc c'est un très très bon signe belli raki mreyyha
[chacun travaille à sa façon, pour moi, écoutez c'est très important, moi je vois ce que vous avez en ce moment, en ce moment, vous n'avez rien de mal, la plaie a cicatrisé, .. un signe d'une bonne évolution]
2898. Mde : <...?> no:rmal (tout est rentré dans l'ordre)
2899. Dr¹ : voi::là+++ euh:: FISSURE makanch+ HEMORROÏDES c'est normal+ gaa andna les hémorroïdes c'est pas#un problème++ maintenant le problème qui s'est posé pour vous+ koutli belli pour l'accouchement kallek belli khassek euh:: 'CESARIENNE
[il n'y a pas de fissure, vous m'avez dit qu'on vous a indiqué une césarienne?]
2900. Mde : CESARIENNE
- 2901.Dr¹ : ma kaynach hadi:+ manich aref ana à mon avis vous pouvez accoucher normalement si vous avez un problème khelli+ hadi: kimma eyye insane (toux) la fissure ne / ne / ne euh change pas l'indication taa le euh césarienne wella par voie basse hadi hiya
[ça n'existe pas, je ne sais pas pourquoi, à mon avis, c'est comme pour tout être humain, la fissure ne change pas l'indication d'une césarienne ou d'un accouchement par voie basse]
2902. Mde : houwa galli [c'est lui qui me l'a dit]
2903. Dr¹ : derwak ana manich aref ana:: (toux) \ [maintenant, je ne sais pas]

(je ne peux pas prendre une telle responsabilité : faire ou ne pas faire une césarienne)

2904. Mde : <...?>

2905. Dr¹ : 'ellewal wella ch'hal [c'est le premier bébé?]

2906. Mde : hadi deuxième [c'est la deuxième]

2907. Dr¹ : 'we ellewal zeye(d)tih normal

[et pour le premier bébé, c'était un accouchement normal?]

2908. Mde : forceps

2909. Dr¹ : 'winta zeye(d)tih+ 'ch'hal hadi: melli zed

[ça fait combien de temps que vous avez accouché?]

2910. Mde : octo::bre / euh: 2012 / 2013

2911. Dr¹ : 2012+ ça fait 2 ans c'est-à-dire vous allez avoir ha 2 ans de: / de::+ 'kan andek un: trouble / un:: / le cordon ma hewedlekch wella haja::+ 'wella::+ ma rakch arfa alach deroulek forceps 'ma rakch arfa:

[vous avez eu un problème de cordon ou autre chose, vous ne savez pas pourquoi vous avez accouché par forceps?]

2912. Mde : galouli le bassin andek mdiak beza:f manich arfa+++ bel forceps trois fois we houwa yedhihom bach ada jebdouh

[on m'a dit que vous avez un bassin rétréci, je ne sais pas, on a essayé d'introduire les forceps à trois reprises pour pouvoir expulser le bébé]

2913. Dr¹ : les forceps c'est pas ça+ les forceps il y a un problème euh:: c'(est)-à-dire euh:: ce qu'on appelle il y a une euh:: kich y'aytoulhom taa le cordon il s'enroule autour de euh:: taa le bébé wella+ alors c'est-à-dire ma yakhrejch kamel

[comment on appelle ça? quelque chose qui est relative au cordon qui s'enroule autour du bébé, donc le bébé ne pourrait être expulsé]

(le médecin cherche le terme médical de ce problème obstétrical)

2914. Mde : ma <...?> [je..]

2915. Dr¹ : wAllah ma ala bali+ chouf ana manich aref à ma connaissance we Allah yaalam balak rani ghalet c'est possible rani ghalet manich aref+ ana pour moi la fissure ne: / ne change pas d'indication we Allah yaalam++ mais si vous voulez faire une césarienne euh:: ça existe une césarienne PROPHILACTIQUE+ maanat'ha prophylactique c'est-à-dire (t)diriha teprépariha kbal bach (t)diriha we t'hanni rouhek ça c'est autre chose manich aref

[je jure que je n'ai aucune idée, écoutez, moi je ne sais pas, à ma connaissance, et Dieu seul sait, possible que j'ai tort, la fissure ne change pas d'indication,

une césarienne ‘prophylactique’ veut dire que vous allez être programmée à l’avance pour une césarienne et vous aurez l’esprit tranquille, je ne sais pas]

2916. Mde : ella men n’har elli dert hadik l’opération wana: \

[non, je souffre depuis l’intervention]

2917. Dr¹ : ’we and tbibek privé vous n’avez pas posé votre problème taa la césarienne

[et vous n’avez pas posé ce problème de césarienne à votre médecin traitant privé?]

2918. Mde : hiya gatli césarienne [c’est elle qui a posé l’indication d’une césarienne]

2919. Dr¹ : we Allah mani aref+ c’est pour ça que euh:: (toux) manich aref ana pour moi (il n’) y a pas de relation+ vous traitez c’est-à-dire kimma katlek elle vous a bien pris en charge dr Brix: vous continuez la prise en charge taaha: pour l’instant (il n’) y a pas de fissure:+ je vois pas pourquoi men derwak bna dem yebda ykhemmam fe césarienne++ ’raki fahma+ maintenant: (t)diriha kimma katlek wella ma (t)dirihach il se pourrait que la fissure tjik/ wella tjik ’rik fahma

[je jure que je ne sais pas, il faut suivre les conseils du dr Brix, c’est trop tôt de penser à une césarienne, vous me comprenez? maintenant, vous faites une césarienne comme a dit votre médecin ou vous ne la faites pas, il se pourrait que la fissure apparait ou non]

2920. Mde : hm hm

2921. Dr¹ : maintenant:+ \

2922. Mde : <...?> (toux)

2923. Dr¹ : demandez: un autre avis / choufi demandez un autre avis taa gynécologique andkom fe Maghnia ’teskoun fe Maghnia

[écoutez, demandez un autre avis gynécologique à Maghnia, vous habitez à Maghnia?]

2924. Mde : ih fe Maghnia [oui, à Maghnia]

2925. Dr¹ : choufi fe Maghnia [il faut voir à Maghnia]

2926. Mde : justement ana jit andkom la hnaya we men baad houwa orientani (e)l andek+ galli césarienne

[je suis venue ici (à l’hôpital), et c’est lui qui m’a orienté vers vous, il a posé l’indication d’une césarienne]

2927. Dr¹ : lezouj la même chose

[tous les deux ont parlé de la même chose?]

2928. Mde : ih [oui]

2929. Dr¹ : lezouj gallek euh \ [tous les deux ont parlé de..]

2930. Mde : galli khassek teddi l’avis / l’avis taa el gastrologue

[il m'a dit qu'il me faut l'avis du gastrologue]

2931. Dr¹ : on a pas de euh:: / on a jamais vu ça++ une fissure haja A::di machi haja:: elli
bnadem euh and'ha iatibar kbir+ 'raki fahma: wella ma rakich fahma

[une fissure c'est quelque chose d'assez banale et qu'il ne faut pas lui donner
grande importance, vous me comprenez ou non?]

2932. Mde : hmm hmm+++ houma rahom khayfin be les poussées:: euh teuh tamma tanhal

[ils disent sue les poussées risquent d'aggraver la fissure et de provoquer des
saignements]

2933. Dr¹: 'de quelle relation

awed chouf gynécologue

[il faut voir un autre gynécologue]

2934. Mde : d'accord

2935. Dr¹ : fe Maghnia kayen gynécologue yaatik un avis formel:+ d'accord madame

[il y a un gynécologue à Maghnia qui vous donnera un avis formel]

2936. Mde : d'accord yaatik (e)saha

[je vous souhaite une bonne santé]

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	3
CHAPITRE I : Données thématiques, cadres théoriques et outils méthodologiques ...	9
I.1. Communication, action, contexte et contextualisation dans l’interaction verbale en milieu de travail hospitalier	10
I.1.1 Modèles de la communication	10
I.1.1.1. Interactionnisme et systémique	10
I.1.1.2. Production et interprétation chez Orecchioni	11
I.1.1.3. Constructivisme	13
I.1.1.4. Situationnel de Mucchielli	14
I.1.1.5. Circuits de Charaudeau.....	16
I.1.2. Dialectique communication-action dans l’interaction verbale	17
I.1.2.1. De la communication en général	17
I.1.2.2. Action, action verbale et action sociale	18
I.1.2.3. Action et communication.....	19
I.1.2.4. Dimensions organisationnelle, contextuelle et interactionnelle de la communication.....	21
I.1.3. Problématique du contexte, de situation et de contextualisation	27
I.1.3.1. Contexte, notion clé de l’interaction et l’analyse interactionnelle	27
I.1.3.2. Contexte et situation	30
I.1.3.3. Contextualisation	31
I.2. Cadre et approches théoriques	36
I.2.1. Analyse interactionnelle, conversationnelle et discursive.....	37
I.2.1.1. Analyse interactionnelle	37
I.2.1.2. Analyse conversationnelle	38

I.2.1.3. Analyse du discours.....	40
I.2.2. Pragmatique	41
I.2.3. Approches ethnosociolinguistiques	43
I.2.3.1. Microsociologie des interactions	43
I.2.3.2. Ethnographie et ethnométhodologie de la communication	44
I.3. Cadre méthodologique.....	48
I.3.1. Postulats théoriques	48
I.3.1.1. Sur la communication.....	48
I.3.1.2 Sur le contexte	49
I.3.1.3 Sur l'interaction verbale et sociale	50
I.3.2. Choix et constitution du corpus	52
I.3.2.1. Corpus et aléas du terrain	52
I.3.2.2. Motivations du choix du corpus	53
I.3.2.3. Démarches pour la constitution du corpus	55
I.3.2.4. Présentation du corpus.....	62
 <i>CHAPITRE II : Communications, interactions, contextes et activités distribuées</i>	<i>66</i>
 II.1. Plurifonctionnalité des interactions dans l'activité médicale collective	67
II.1.1. Communications et interactions.....	67
II.1.1.1. Synchronisation sur le plan cognitif.....	69
II.1.1.2. Synchronisation sur le plan d'action	73
II.1.2. Statuts et savoir des participants dans l'activité interactionnelle.....	76
II.1.2.1. Activités interactionnelles du médecin	79
II.1.2.2. Activités interactionnelles de l'infirmier	82
II.1.2.3. Activités interactionnelles du malade	89

II.2. Dialectique communication-contexte	Erreur ! Signet non défini.7
II.2.1. Typologie des communications et des actions en contexte hospitalier.....	97
II.2.1.2. Communications subordonnées à l'action	102
II.2.1.3. Communications amicales et de plaisanterie	116
II.2.2. Activité de communication et activité de contexte.....	126
II.2.2.1. Contribution de l'activité de communication dans l'élaboration de l'activité de contexte.....	126
II.2.2.2. Orientation de l'activité de communication à partir de l'activité de contexte.....	132
<i>CHAPITRE III : Hétérogénéité interactionnelle et contextuelle dans l'activité médicale : Dynamiques et stratégies.....</i>	<i>140</i>
III.1. Trajectoire de l'information et structurations divergentes de l'interaction pendant l'activité médicale.....	141
III.1.1. Dynamiques et stratégies interactionnelles globales	142
III.1.1.1. Faire l'initiative.....	143
III.1.1.2. Organisation interactionnelle lors des situations critiques	145
III.1.1.3. Passage de la parole	150
III.1.1.4. Choix de langues et alternance codique.....	155
III.1.1.4.1.Choix de la langue arabe.....	155
III.1.1.4.2. Choix de la langue française	162
III.1.1.4.3. Recours à l'alternance codique	167
III.1.1.5.1. Termes marquant l'ouverture.....	176
III.2. Dynamiques et stratégies interactionnelles selon le contexte de l'activité médicale.....	181
III.2.1. Activités interactionnelles lors de l'interrogatoire.....	181

III.2.1.1. Construction interactive globale	181
III.2.1.2 Modalisation des questions	184
III.2.2. Activités interactionnelles lors de l'expérimentation et de l'investigation	189
III.2.2.1. Constructions interactionnelles ritualisées.....	189
III.2.2.2. Constructions interactionnelles divergentes	195
III.2.2.2.1. Structures interactionnelles à dominante actionnelle	196
III.2.2.2.2. Structures interactionnelles à dominante verbale	200
III.2.2.2.3. Structures interactionnelles à dominante verbo-actionnelle	206
III.2.3 Activités interactionnelles lors des négociations.. Erreur ! Signet non défini.1	
III.2.3.1. Stratégies interactionnelles lors d'une visite générale	216
III.2.3.1.1. Complétude narrative.....	217
III.2.3.1.2. Explicitation des informations	220
III.2.3.2. Activités interactionnelles lors de la visite quotidienneErreur ! Signet non défini.28	
III.2.3.2.1. Complétude descriptive	228
III.2.3.2.2. Structure d'échange simple de type question-réponse.....	232
III.2.4. Activités interactionnelles lors de prescriptions et de recommandations. 235	
III.2.4.1. Activités interactionnelles lors des prescriptions.....	236
III.2.4.2. Activités interactionnelles lors des recommandations.....	240
CONCLUSION.....	249
BIBLIOGRAPHIE.....	256
ANNEXES	271
TABLE DES MATIERES	446

Résumé

Le présent travail empirique de type qualitatif et pluridisciplinaire, se veut d'analyser les modalités interactionnelles ternaires : médecin-infirmier-malade, qui se réalisent dans le service de gastrologie de l'hôpital de Tlemcen. Adoptant deux approches, communicationnelle et contextuelle, nous nous penchons sur l'explication de la spécificité des phénomènes communicationnels et sociaux insérées au cœur du processus thérapeutique, en tant que composants de base pour la construction de l'action collective dans un contexte institutionnel hétérogène, et qui font de l'interaction une entité structurée. Etant donnée la diversité des interlocuteurs, celle des rôles, ainsi que celle de l'espace, la présente étude fait émerger les caractéristiques multidimensionnelles de ces phénomènes lorsqu'ils se déroulent en contexte de travail, d'une part ; et d'autre part, elle montre légitimement, que ces phénomènes ne peuvent être interprétés que par rapport aux données de la situation, en référence à un contexte qui constitue leur cadre d'organisation sociale et humaine, donnant l'émergence d'une dynamique interactionnelle hétérogène, mais surtout réussies.

Mots clés : communication - interaction - action - activité contexte

ملخص:

يهدف هذا العمل التجريبي النوعي والمتعدد التخصصات إلى تحليل الأساليب التفاعلية الثلاثية: الطبيب - الممرض - المريض ، والتي يتم إجراؤها في قسم أمراض المعدة في مستشفى تلمسان. باعتماد نهجين ، تواصلية وسياقية ، نركز على شرح خصوصية الظواهر التواصلية والاجتماعية المدرجة في قلب العملية العلاجية ، كمكونات أساسية لبناء العمل الجماعي في سياق مؤسسي غير متجانس والتي تجعل التفاعل كياناً منظماً. بالنظر إلى تنوع المحاورين ، وتنوع الأدوار ، وكذلك دور الفضاء ، تبرز الدراسة الحالية الخصائص المتعددة الأبعاد لهذه الظواهر عندما تحدث في سياق العمل ، من ناحية ؛ ومن ناحية أخرى ، يُظهر بشكل شرعي أنه لا يمكن تفسير هذه الظواهر إلا فيما يتعلق ببيانات الحالة ، مع الإشارة إلى السياق الذي يشكل إطار التنظيم الاجتماعي والبشري ، مما يؤدي إلى ظهور تفاعل ديناميكي غير متجانس ، ولكن ناجح.

الكلمات المفتاحية :

التواصل - التفاعل - العمل - النشاط - السياق

Summary

This qualitative and multidisciplinary empirical work aims to analyse the ternary interactional modalities : doctor-nurse-patient, which are carried out in the gastrology department of Tlemcen's hospital. Adopting two approaches, communicational and contextual, we lean on the explanation of the specificity of communicational and social phenomena inserted at the heart of the therapeutic process, as basic components for the construction of collective action in a heterogeneous institutional context and which make the interaction a structured entity. Given the diversity of the interlocutors, that of the roles, as well as that of the space, the present study brings out the multidimensional characteristics of these phenomena when they take place in a work context, on the one hand; and on the other hand, it legitimately shows that these phenomena can only be interpreted in relation to the data of the situation, with reference to a context which constitutes their framework of social and human organization, giving rise to a dynamic heterogeneous interactional, but above all successful.

Keywords:

communication - interaction - action – activity - context

