

De la relation asymétrique à la coopération et à la dynamique interactionnelle dans un collectif de travail en milieu hospitalier

From the asymmetric relationship to cooperation and co-construction of interactional dynamic in a working group in a hospital environment

HALLI DJAMILA *

Université Aboubakrbelkaid.
Tlemcen. Algérie
djamilahalli13@gmail.com

Résumé:	informations sur l'article
<p>Dans toute organisation sociale, en l'occurrence médicale, l'interaction pourrait être le mécanisme au moyen duquel s'exerce le pouvoir, un lieu d'expression des clivages sociaux, de conflits, mais aussi des appels à des compromis. En cela, notre étude traduit un jeu subtil entre asymétrie et coopération, dans lesquelles les soignants et les soignés se trouvent inévitablement dans une dynamique interactionnelle conjointe et permanente</p>	<p>Reçu 25/10/2021</p> <p>Acceptation 28/02/2022</p>
	<p>Mots clés:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ activité de travail et interaction ✓ asymétrie et conflits coopération et complémentarité
Abstract :	Article info
	<p>Received 25/10/2021</p>

*Auteur expéditeur

Accepted

28/02/2022

In any social organization, as it happens in the medical case, interaction could be the mechanism through which power is exercised, a place for expression of social divisions, conflicts, but also calls for the elaboration of compromises. In this regard, our study reflected a subtle play between asymmetry and cooperation, in which the caregivers and the care receivers inevitably takes place in a joint and permanent interactional dynamic.

Keywords:

- ✓ work activity and interaction-
- ✓ asymmetry and conflicts
- ✓ complementarity and cooperation

1. INTRODUCTION

Notre projet principal dans la présente étude est orienté vers l'analyse des interactions construites au cours des activités médicales collectives de manière à couvrir les relations d'asymétrie et de coopération entre le personnel soignant et les soignés. Nous tenons à attacher l'analyse avec les spécificités de ce type d'interaction globalement asymétrique mais aussi coopératif. Dans un monde de travail, en l'occurrence médical, toute interaction peut être traversée de rapport de domination. Chaque interactant veut à tout prix imposer ses opinions par la force de la conviction, par les contraintes qu'impose l'institution : l'un est reconnu occuper la position de dominant ; l'autre de dominé. Pour cela, nous avons choisi des sujets professionnels et profanes : (les soignants : médecin, infirmier ; et les soignés : malade), afin de mettre en lumière les différentes compétences (argumentation, résolution de problèmes, prise de décision, apport d'informations...etc) permettant ainsi une mise en évidence de la dynamique dualiste des interactions qui émerge lors de la réalisation collective des activités médicales. Nous nous exprimons ici, en prenant appui sur des données qui se situent, séparément ou simultanément, à un niveau communicatif et à un niveau co-actionnel. Ce qui est intéressant dans cette étude, c'est de voir comment, dans une institution sociale telle que l'hôpital, le médecin l'infirmier et le malade co-construisent-ils des interactions ? Comment prendre en compte de tels savoirs asymétriques pour décrire le fonctionnement de ces interactions qui émergent pendant la prise en charge thérapeutique du malade? Comment ces savoirs asymétriques se distribuent dans l'interaction à des fins différentes ? Ces interactions pourraient-elles se décrire comme étant des interactions asymétriques et conflictuelles en permanence, ou comme une construction partagée et conjointe de la part de l'ensemble des participants ? Qu'en seront-elles les stratégies interactionnelles mobilisées pour créer une dynamique interactionnelle aussi originale qu'elle soit ?

Concernant la dimension collective de l'activité médicale les recherches sur l'analyse interactionnelle distinguent une dimension relationnelle et une dimension

technique dans laquelle chaque participant -médecin, infirmier, malade- est pris dans un tissu de droits, de relations et de compétences propres, en ce qu'ils reproduisent des actions et des interactions en des situations variées. A ce titre, nous prenons en considération les thèmes d'asymétrie, de conflits, de l'ajustement mutuel avec détour indispensable du décroisement, de complémentarité et de coopération directe.

2. Cadrage théorique et méthodologique :

2.1- Postulats théoriques

D'un point de vue plus théorique, notre analyse traitant des rapports sociaux entre acteurs de l'institution hospitalière, demande un appui sur des concepts tels que la communication, l'interaction, l'asymétrie et la coopération, concepts empruntés de manière originale à la sociolinguistique et l'analyse interactionnelle. 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, notre analyse se repose sur une démarche inductive qui, à partir des données préétablies, cherche à identifier des faits interactionnels saillants, pour en proposer des catégorisations et formuler des généralisations. Etant considérées comme un processus social de base, des interactions asymétriques et coopératives sont ainsi analysées comme étant des interactions devant permettre la transmission d'information et la construction des activités médicales collectives.

2.2 Démarches pour la constitution du corpus

Pour éclairer le schéma de cette étude, nous nous sommes basées sur un enregistrement audio, effectué dans le service de gastrologie du CHU de Tlemcen, lors de notre recherche en doctorat. Cet enregistrement qui, en moyenne, dure 15 minutes est transcrit selon le modèle de Robert Vion (1992). Nous avons enregistré le maximum d'interactions y compris les interactions non fonctionnelles pour avoir un panorama global de toutes les activités en exergue dans le service. Chacune de ces sources de données autour des protagonistes sélectionnées est un cas à part entière et fait l'objet d'un certain nombre de faits saillants et pertinents à observer puis à décrire. Plusieurs situations de communication ternaire sont ainsi analysées, à savoir la visite quotidienne et générale, l'examen endoscopique...etc, dans lesquelles les partenaires communiquent des faits, transmettent des informations, discutent des événements quotidiens, survenant lors de la prise en charge du malade.

3. Interactions en situation de travail à l'hôpital par rapport aux rôles et statuts des participants

Il est clair que dans un monde professionnel, la communication est un élément indispensable: « 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 » (A, Borzeix & B, Fraenkel, 2001 : 120). Elle est considérée alors, non seulement comme un simple échange d'informations, mais comme le lieu de construction de connaissance collective en cette situation de travail social.

En effet, dans une organisation sociale telle que la nôtre, les activités médicales pratiquées au quotidien sont menées par les médecins, les infirmiers et les malades, avec une grande maîtrise aussi bien dans les actions que dans les interactions qui les accompagnent. Fondamentalement, la tâche principale est d'identifier et de traiter la pathologie. Cette tâche se fait essentiellement par le biais de quatre procédures : l'interrogatoire, l'examen médical, la prise de décision, la prescription et la recommandation : « 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).

C'est pourquoi on aura affaire à un collectif qui va négocier et construire sa place à travers un processus de socialisation effectué grâce à l'interaction verbale. Ce qui met en avant, le statut social de chaque participant et le rôle qu'il entretient dans une situation d'interaction donnée. Chacun va mettre en scène un rôle que lui dicte son statut social et opte pour une construction de sa propre identité tout en maîtrisant la bonne image qu'il donne de soi au cours de l'émergence de l'interaction sociale.

De même, le rapport de places a un rôle à jouer pour déterminer le cadre interactif ou « participatif » (C.K.Orecchionni et Goffman : 2004) dans lequel l'ensemble des partenaires ayant accédés à un événement de communication donnée, co-construisent différentes activités et parviennent à établir une intercompréhension, et par conséquent comprennent le fonctionnement de la communication. La nature de ce cadre peut être soit symétrique ; soit complémentaire selon bien entendu le rapport de places maintenu par les sujets. Il est symétrique lorsqu'il se construit sur une égalité des rapports de place et des rôles. Il est complémentaire lorsqu'on a faire à une complémentarité des rôles et des rapports de places : l'un devrait occuper la position haute ou de dominant ; l'autre celle de basse ou de dominé : « toute dissymétrie des rôles sociaux ait tendance de s'interpréter en termes de dominance. » (K.Orecchionni, 1992 : 71).

C'est pourquoi, la position de nos protagonistes (médecins, infirmiers et malades) dans cette étude, ne peut se ramener à un paramètre unique, mais se manifeste à la fois

sous la forme de statuts sociaux, de rôles partagés et conjoints créant ainsi une dynamique interactionnelle originale.

3.1 Construction et enjeux subtils de l'asymétrie de l'interaction à l'hôpital

La relation asymétrique a été mise en évidence dans la microsociologie des groupes de discussion. Il s'agit d'une hiérarchie entre les interlocuteurs déterminée par des statuts et des savoirs différents. L'un devrait occuper la position haute ou de dominant ; l'autre celle de basse ou de dominé : « toute dissymétrie des rôles sociaux ait tendance de s'interpréter en termes de dominance. » (K.Orecchioni : 1992 :71). Cela dit que toute relation institutionnelle n'implique pas une symétrie totale entre les co-opérateurs, et les interactions qui en résultent sont parfois traversées de rapports de hiérarchie déterminée par des statuts et des savoirs propres. C'est pourquoi, elles ne sont pas toujours construites sur la base d'une harmonie préétablie. Elles peuvent être source de désaccord, d'antagonismes professionnels, de conflits et de menaces voilées...etc, qui peut porter sur la distribution des pouvoirs, des valeurs, des idées, des règles du jeu gouvernant ce système d'interaction. Parfois les protagonistes de la communication trouvent que leurs échanges leur révèlent une sorte d'opposition entre eux ; mais ce désaccord n'implique pourtant aucun refus à l'existence de chacun d'eux.

En ce qui concerne notre organisation médicale, l'interaction pourrait être la source de l'exercice du pouvoir, surtout du médecin qui est censé être le transmetteur officiel du savoir institutionnel. Un rôle qui lui a été attribué par les lois institutionnelles, lui permettant d'identifier et de traiter la maladie et d'exercer une certaine influence sur tous les autres partenaires qui peuvent être soumis à son autorité exclusive. Certains lui accordent un pouvoir absolu dans l'engagement et la clôture des interactions : négocier, recommander, diagnostiquer, prescrire et adapter les objectifs et les soins selon les directions qu'il juge convenable. En voici l'exemple suivant :

Séquence 1:

Extrait 1:

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

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

Séquence 3:

Extrait 1:

0585. Dr¹ : *tallaali la table [relève la table]*

Le médecin tend alors, à ressentir une impression de pouvoir dans l'institution et détient bien entendu, un savoir indéniable lui permettant d'exercer toutes ses compétences interactionnelles permettant essentiellement la bonne prise en charge thérapeutique du malade. De même, les interruptions, chevauchements, la déviation de

la discussion, changement de thèmes ainsi que le ton élevé appartiennent exclusivement à sa personnalité et marquent pertinemment l'importance de sa place hiérarchique :

Séquence 1:

Extrait1 :

0040. Inf¹ : *justement chikh anna euh::*

[justement docteur, chez nous...]

0041. Dr¹ : *'vous avez commencé le traitement:: chez lui*

Il faut remarquer ici que c'est le médecin qui donne le droit à la négociation : il interrompt l'infirmier et demande une autre information relative au traitement du malade auprès du médecin interne. Et c'est ainsi qu'il semble garder ainsi la position dominante dans cette interaction.

Sur la même longueur d'idées, et en ce qui concerne le langage non formel qui émerge lors de la réalisation de l'activité médicale, Lacoff déclare que seule la personne de plus haut statut peut initier la « règle de camaraderie » (Réné.Charles, 1997 : p125). Dans notre contexte, c'est alors le médecin qui initie cette règle. Parmi ces familiarités dissymétriques, nous tenons à signaler :

- des appellatifs mentionnés en gras :

Séquence 3:

Extrait1:

0630. Dr² : *<...?>goullou / goullou**Tahar** / **Tahar** fahmehgoullou**Fethirah** \[dis lui Tahar, dis lui que Fethi a..]*

- le tutoiement :

Séquence 2:

Extrait1 :

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

- des pseudonymes :

Séquence 3 :

Extrait1 :

1026. Dr¹ : *ellaella des / des lésions importantes+ X duodénum effectivement: c'est bien: iwa rak euh **championne**+ ça y est:+ nemchiwnerkdou+ hna un petit XX a::h ah::*

Par ailleurs, on assiste à des situations d'interactions où l'infirmier et le malade ne possèdent qu'un pouvoir interactionnel bénin ou totalement négatif. On arrive à un stade de non-identité ou de négligence de leur rôle propre : leurs propos ne sont pas

pour autant pris en considération. Cela peut aller jusqu'à la situation où leur identité est remise en question :

Séquence 1 :

Extrait 1 :

0040. Inf¹ : *justementchikhanna euh::*

[justement docteur, chez nous...]

0041. Dr¹ : *'vous avez commencé le traitement:: chez lui*

0042. Int¹ : *ellaella:: [non, non]*

On remarque ici une situation où le médecin n'accorde plus d'intérêt à l'intervention de l'infirmier. De tels comportements de la part du médecin font émerger des formes de menace territoriale, qui s'avèrent nuisibles au fonctionnement de l'interaction.

Un autre exemple plus pertinent quant aux formes de ce type de menace : ce sont des hésitations marquées par l'infirmier et interprétées de la part du médecin, par son incompetence et son ignorance. Et de là, on risque de nuire à l'autre en l'humiliant :

Séquence 2:

Extrait 2:

0329. Inf : *ce sont j= je crois des comprimés :: de quinze :: miligrammes :: "manichakla" c=que c'est :: / : "manicheakla la marque :: euh ce sont des corticoïdes plus FORTS que l'ECONAZOLE elle a dit ::*

0330. Dr : *et de quel traitement ::tu parles ::?*

0331. Dr : *appelez la dermato :: / i= faut voir ce qu'elle a prescrit ::*

0332. Inf : *silence*

Séquence 4 :

Extrait 1 :

2441. Dr¹ : *moi j'ai / j'ai une question à vous poser+ 'kifach le malade andeh un rendez-vous tessannahattaki le professeur XY bachedkhoulou:: 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 XY pour le voir pour un malade qui a déjà un rendez vous, moi je ne comprends pas]*

2445.Dr¹ : *tfaddal+ fahamni ana: ma nichfahamkhasniNEFHAM [allez y, expliquez moi ce qui se passe, je ne comprends pas et je veux comprendre]*

Tel qu'il est présenté dans cet exemple, il s'agit d'une stigmatisation nette et remarquable de l'infirmier face à l'usage d'un langage balisé de tâtonnements hésitants : « *ce sont j= je crois des comprimés ::; "manichakla" c=que c'est :: / :* ». Le médecin élève sa voix pour dénoncer des carences au niveau de la transmission de l'information de la part de l'infirmier et demande des explications d'autres sources plus

rigoureuses. Cette pratique a momentanément bloqué le déroulement de l'échange et a créé une inhibition interactionnelle chez l'infirmier marquée par le silence. La nécessité de clarté peut donc être à la source de tensions communicationnelles, et va mener vers l'échec de toute activité transactionnelle. Comme le font remarquer Lacoste & Grosjean (1999, p16) : « Il y a donc dans cet emploi du langage une contradiction potentielle entre le principe de l'économie et la recherche d'une précision dans l'intercompréhension. ».

Un autre exemple du même rang, lorsque l'infirmier se trouve interrogé à propos des faits qui relèvent de son champ de compétence : ("*Dr : des::rectorragies ou:: des:: moelenas ?*"). Pour ne pas perdre la face, l'infirmier opte pour une stratégie de défense pour reconfirmer son apport d'information tout en parvenant à expliquer le terme "rectorragies", (qu'il connaît très bien) et ratifie clairement le terme moelénas anticipé au départ en introduisant un énoncé métalinguistique : ("*c'était pas du sang*"). Un tel incident peut avoir des effets néfastes sur les rapports de force qu'entretiennent les interactants en termes de rôles, de faces et de territoires.

Il convient d'ajouter que certains savoirs du troisième partenaire qu'est le malade, sont susceptibles d'être expertisés par le médecin. Nous avançons l'exemple suivant qui semble constituer une lacune passagère sans conséquence néfaste sur le déroulement de l'interaction, du moment qu'il y a inférence immédiate de la part du malade :

Séquence2 :

Extrait 2:

0184. *Dr¹ : '(ye)semma les gaz bezaf++ 'welmaklaassemraktakoul+ 'est-ce que rakdayerun 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 (ih :: biensûr : le malade connaît très bien sa pathologie et connaît très bien son régime) [oui]*

Dans cet extrait, le malade semble s'étonner d'être interrogé sur des faits connus. Cet allongement (i ::h un régime) le montre clairement. Comme s'il veut dire qu'il a vécu toute une histoire pathologique qui lui a permis de connaître tous les détails sur sa maladie c'est pourquoi il revendique sa part de compétence dans son domaine.

De son côté, le médecin peut réagir avec ironie à la réaction du malade par exemple, il raconte des blagues, des anecdotes, il plaisante...etc :

Séquence2 :

Extrait 2:

0166. *Dr¹ : ihkoutlimajatjariamajatkas 'ha*

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

0167. Mde : manicharef [je ne sais pas]

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

Il devient évident de dire que la facette d'expertise du malade est généralement inhibée devant le médecin, qui selon le malade, possède une autorité absolue, sauf dans le cas où c'est le médecin qui le sollicite. Sa part langagière est bénigne ayant un caractère de soumission. Son écoute active ainsi que son silence peuvent être interprétés comme une obéissance totale qui peut nuire à sa personnalité. Les brèches d'intercompréhension seront exacerbées et vont influencer systématiquement sur le bon déroulement des interactions qui peut aller jusqu'à la rupture totale de l'échange interactionnel. Cette rupture est nettement remarquable et est occasionnée par la non-compréhension de la part du malade, des gestes médicaux effectués à son égard. Le malade devient alors, l'homme qui doit respecter les contraintes d'un travail institutionnel l'obligeant à exécuter l'ordre d'une personne experte ; mais n'obéissant en aucun cas aux exigences d'une interaction interpersonnelle dans laquelle c'est la relation humaine qui prime.

Paradoxalement, ce pouvoir n'implique pourtant aucun refus à la coopération et à la transversalité des rôles et tend à la réalisation de buts communs tout en exigeant, d'une manière implicite ou explicite, le respect des règles de jeux concurrents ou coopératifs de la part de tous les partenaires en présence. En cela, on se retrouve devant deux enjeux principaux de cette relation asymétrique : « le contrôle du processus coopératif et le partage des bénéfices qui en résultent. » (R.Boudon, 1982 : p429).

3.2 Dynamique interactionnelle et coopération des participants en situation de travail à l'hôpital

Il devient légitime d'approuver que même dans l'interaction la plus polémique, il doit exister un minimum de coopération, une volonté commune de respecter certaines règles: « Polémiquer, c'est encore partager, c'est mettre en commun certaines valeurs, certains présupposés, certaines règles du jeu, sans lesquels l'échange ne peut tout bonnement pas avoir lieu [...] une polémique, ou la plus violente dispute, résultent de la coopération ». (Kerbrat-Orecchionni.c, 1992 : 151-153).

Ce type d'interaction pourrait s'entrevoir, en termes de coopération, comme une forme de partage de connaissances entre soignants et soignés, bénéfique à l'accomplissement des tâches médicales. Il repose essentiellement sur une meilleure coordination des activités de travail. Plus globalement, il est à approuver que la coopération devrait être omniprésente dans notre institution sociale, afin que les interactants réalisent conjointement le « travail interactif », et complètent ainsi « le circuit de l'échange » (F.D.SAUSSURE, 1972, p29) pour sortir du champ de l'action

individuelle à un autre terrain plus vaste qui n'est autre que le champ de « l'interaction ». Il s'agit bel et bien de travailler ensemble, et pas seulement de coordonner des travaux séparés. En cela, l'action médicale est construite progressivement par les partenaires de soins. Et travailler ensemble, dans des conditions modernes de la production, c'est communiquer, au sens de construire et développer un espace d'intersubjectivité, de compréhension réciproque, de partage d'informations, d'accords solides et de savoirs partagés des individus qui agissent ainsi ensemble.

Séquence4 :

Extrait 1 :

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. 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:*

2537. Dr² : *il faut faire une exérèse weyziftouha (e)l'anapath*

[et on l'envoie au service d'anatomo-pathologie]

2538. Inf² : *neggal'ou (e)lahma:+ \ [on enlève cette formation] rôle traducteur de l'infirmier*

2539. Dr² : *ouah inchallah [oui, si Dieu veut]*

2540. Inf² : *wenaayroulek (e)lahmawengouloulek men baadwassemkayen [on va analyser cette formation et on vous communiquera le diagnostic]*

Dans cet extrait, on considère en premier lieu que la priorité est de connaître la tumeur primitive chez un malade qui présente un foie métastatique. Les soignants se concentrent sur les besoins du malade quand il s'agit de discuter et d'établir un plan de prise en charge adéquate. Tous devraient être convaincus que l'information pertinente a été partagée. D'ailleurs, dans notre service, l'information constitue la substance de toute activité interactionnelle. Celle-ci circule entre les trois partenaires qui édifient, chacun son univers de connaissance. Les informations apportées sont ensuite filtrées puis soumises à une vérification pratique où un bilan ; puis une passation au service de chirurgie sont recommandés.

Il est aisé de comprendre, à partir de cet exemple, que l'on est ici sur le registre de la mobilisation croisée des appréciations, des savoirs, des réévaluations d'objectifs, des mobilisations subjectives du moment où l'on voit tous les membres de l'équipe de santé s'organiser pour créer les conditions qui s'imposent dans de tel cas.

Sur la même longueur d'ondes, nous avançons le savoir et le rôle interactionnel de l'infirmier qui possède la compétence d'identifier les besoins du malade et d'accomplir les soins indispensables. Celui-ci peut se trouver dans une position de traducteur entre et le malade et le médecin, qui par prestige ou autorité, utilise parfois, un jargon médical incompréhensible pour le malade : « 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)

Dans le cadre de son rôle propre, il prend l'initiative de beaucoup d'activités : il formule des objectifs de soins, met en relief les symptômes alarmants, évalue l'état du malade, pose un diagnostic infirmier, et transmet toute anomalie au médecin sous forme d'un récit détaillé permettant d'agir convenablement. Il devient alors légitime de dire que l'infirmier est considéré comme le collaborateur direct du médecin :

Séquence1 :

Extrait2 :

0106. Inf(4) : *houma ma atawha aucun traitement++ khellawhaghi+ sous Claforan::wederel'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]*

→ **l'infirmier apporte l'information relative à l'avis du réanimateur**

Séquence4 :

Extrait 1 :

1714. Inf³ : *hadak (e)l malade bachnponctionniwa [surtout n'oublie pas le malade qu'on devrait ponctionner]*

→ **l'infirmier rappelle le médecin de la ponction d'ascite qu'il devrait faire**

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

→ **l'infirmier prend l'initiative de transfuser le malade**

2537. Dr² : *il faut faire une exérèseweyziptouha (e)l'anapath*

[et on l'envoie au service d'anatomo-pathologie]

2538. Inf² : *neggal'ou (e)lahma:+ \ [on enlève cette formation]*

2540. Inf² : *we naayroulek (e)lahma we ngouloulek men
baadwassemkayen*

→ **l'infirmier joue le rôle de traducteur** : il traduit au malade le terme « exérèse et anatomo pathologie » en utilisant un langage fluide.

Séquence2 :

Extrait 2 :

0826. Inf¹ : *hadaghitiyou:*

*taal'estoma:crahomydirouhammalinch'harweammalinechahrinerahnandiro
uhelhom++ kiyedkhoul / ghikiyedkhouleksrat+ wetnahad maa nifektbib*

même pas tkika / même pas ychoufweykherjeh: hadamakane++

maydiroulekwalouweldihadantakimma

radio::basahhouwatiyouyedkhoulmeldakhel+ saha

→ **l'infirmier joue le rôle de psychologue pour
préparer le malade à l'examen endoscopique**

Dès lors, l'infirmier joue un rôle primordial dans la prise en charge du malade.

De son côté, le malade étant connu du service de gastrologie (ayant une maladie chronique), est considéré comme un partenaire ayant acquis des connaissances médicales suite à son long parcours avec sa maladie qui lui a permis de connaître tous les petits détails de sa pathologie et d'acquérir certaines compétences spécifiques. Il est en cela, assez conscient du clivage socio-institutionnel qui gouverne l'hôpital et manifeste un caractère de soumission propice au maintien de l'asymétrie de l'interaction, tout en affichant une reconnaissance totale de son rôle propre.

En effet, partir de notre corpus, nous avons pris des séquences qui ont une portée significative quant à la part d'experte que possède le malade au sein de son rôle de novice. C'est ce qu'approuvent 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. »

Prenons la séquence dans laquelle, le médecin interroge un malade ayant une maladie de Chron (maladie chronique qui touche les intestins), à propos de l'aspect des selles : *ihkoutlimajatjariamajatkas'ha [alors, vous m'avez dit qu'il s'agit de selles semi-liquides]. Sa réplique était la suivante : (ghi une diarrhée:: ma:: teuh: machi:: \ : ce n'est qu'une diarrhée : il n'y a pas de sang). Le malade est assez conscient des signes de gravité de sa maladie. C'est pourquoi il rassure le médecin, sans que celui-ci*

énonce le mot "sang", et confirme l'absence du sang dans les selles. A force d'avoir vivre cette maladie, il suit tout seul un régime sans sel stricte :

Séquence1 :

Extrait2 :

*0192. Mde: ouah el fakiyaandi:: ghi: à part teffahwel banane
euh::[oui pour les fruits, je ne mange que les pommes et les bananes]*

En appliquant une telle stratégie réconfortante, le malade contribue à fluidifier l'échange dans une collaboration qui vise à transmettre au personnel soignant le savoir qu'il détient sur sa propre trajectoire pathologique. Il s'agit en fait, d'une relation de coopération qui a permis d'établir une communication fonctionnelle et thérapeutique rendant claires et efficaces les échanges quotidiens.

On s'aperçoit alors que personne de nos protagonistes, quelque soit son rôle et son statut social, ne peut agir tout seul. Chacun est spécialiste dans son domaine et s'acharne à revendiquer une part de mérite à ses interventions interactionnelles convenant à sa position.

De ce qui précède, on approuve que la coopération médecin-infirmier-malade constitue un élément essentiel qui favorise la synergie des intervenants sur le plan des connaissances et des compétences individuelles et communes, ce qui a une influence directe sur la qualité et les résultats des soins. A ce titre, la communication et l'information mutuelles deviennent indispensables pour atteindre cet objectif. Ces 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. En cela, l'action médicale est construite progressivement par ces partenaires de soins. Au jeu des négociations, elle s'oriente en fonction des confirmations ou des infirmations, des observations, chacun dans son champ de compétence.

En un mot, on ne peut pas ne pas coopérer, la coopération étant la condition par excellence de possibilité et de survie de ce type d'interaction.

4. Conclusion :

Partir de notre étude effectuée au sein de l'entreprise médicale, il devient évident de dire que l'interaction est loin d'être considérée comme étant symétrique. On communique aussi pour justifier une hiérarchie, des privilèges, des pouvoirs...etc. Mais cela n'implique pourtant aucun déni à la présence d'une transversalité des rôles. On s'aperçoit ainsi, que les positions et statuts de chacun des partenaires (médecin, infirmier et malade) sont maintenus dans l'interaction, par le fait que chacun adhère à son rôle propre et met en avant le caractère technique et coopératif de l'action ainsi que le caractère humain et relationnel. De ce fait, le savoir expert n'est pas réservé au seul

médecin et à tous les trois est accordé un pouvoir structurant partagé majeur dans l'établissement de l'action, la construction permanente de l'interaction et donc la réussite de l'action médicale. C'est ce qui est clairement remarquable dans cette présente étude où les sujets parlants ne cessent de mobiliser un ensemble de ressources au sens de développer un espace de compréhension réciproque, englobant le partage d'informations, d'appréciations, de réévaluations d'objectifs, de prise de décision, de la rigueur du discours et de la gestion des conflits parvenant ainsi, à construire des connaissances et des compétences propres et donc construire conjointement des interactions coopératives indéniables.

En définitif, il devient impératif de souligner que les interactions asymétriques en milieu hospitalier, aussi techniques et autoritaires qu'elles soient, prennent distance de ce rapport social : expert/ non expert/ profane et ne peuvent s'échapper d'un facteur incontournable qui est la relation humaine. Ainsi, les conflits et désaccords qui y surviennent ne représente à notre avis, qu'un moment transitoire dans un parcours thérapeutique long à la recherche d'une pathologie mise en cause et pour laquelle, on voit l'émergence d'une dynamique interactionnelle originale occasionnée par la reconstitution des rôles respectifs des partenaires de soins et de leur synchronisation actionnelle et cognitive, aboutissant à une prise en charge thérapeutique meilleure.

Donc on aura affaire à une idée qui se ramène à un paramètre double : celui de la relation asymétrique dans un cadre de travail à l'hôpital; mais aussi coopérative, basé sur un partage de connaissances et une complémentarité des rôles et qui donne naissance à une dynamicité interactionnelle indéniable.

5. Liste Bibliographique: (APA)

•Livres :

[1] Bachman, C.(1980) : *Le langage dans les communications sociales quotidiennes : quelques perspectives actuelles, inEtude de linguistique appliquée*. Paris

[2] Bange, P & Kayser, H. (1987) : « L'organisation d'une consultation. Approche théorique et empirique » ; in *L'analyse des interactions verbales. La dame de Caluire : une consultation*, © Peter Lang, SA, Berne

[3] Bange, P. (1992) : *Analyse conversationnelle et théories de l'action*. © Hatier/ Didier, Paris

[4] Corcuff, P. (2011) : *Les nouvelles sociologies, entre le collectif et l'individuel*. © Armand Colin. Paris

[5] Borzeix, A & Fraenkel, B. (2001) : *Langage et travail, Communication, Cognition, Action*. © CNRS. Paris

[6] Filliettaz, L & Bronkard, J. (2005) : *L'analyse des actions et des discours en situation de travail, concepts, méthodes et applications*. © Peeters Leuven

[7] Kerbrat-Orecchioni, C. (1990) : *Les interactions verbales*. Tome I, © Armand-Colin/Masson. Paris

• **Articles du journal :**

[1] Borzeix A., et al. « Dire et faire au travail ». numéro thématique, *Connexions*, N° spécial 65, (1995)

[2] Boullier, D. « Quand communiquer, c'est coopérer ». *Bulletin IDATE*, N°20, (1985)

[3] Boutet, J. « Activité de langage, activité de travail ». Revue : *Futur antérieur*, (1993)

[4] Cosnier J et al. « Soins et communication ». Lyon. *PUL*. (1993)

[5] De Monmoulin, M. Theureau, J. « Les communications de travail comme interactions : Modèles en analyse du travail ». © Mardaga. Bruxelles. (1991)

[6] Grosjean, M. Lacoste, M. « Communication et intelligence collective dans le travail. Etude comparée de trois services hospitaliers ». Collection : *Travail humain*. PUF. (1999)

[7] Savoyant, A. Leplat, J. « Statut et fonctions des communications dans les équipes de travail. *Psychologie française*. 28. (1983)

• **Sites web :**

[1] Güllich, E. (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/, p173-197. [En ligne], disponible sur : URL : (<https://journals.openedition.org>), (retrieved on 20 Mars 2020)

[2] Yilmaz, E. (2007) : « *La communication organisationnelle entre différents publics en milieu hospitalier* ». GREC/O de Bordeaux3- université Galatasaray (Istanbul/Turquie). [En ligne], disponible sur : URL : (<https://www.sfsic.org/spip/article>), (retrieved on 26 Janvier 2021)

6. Annexes

Nous tenons à signaler que par défaut d'espace, nous nous sommes contentées de prendre quelques extraits tirés de quatre séquences seulement, lors de la réalisation des activités médicales, mises en relief dans la présente étude :

Séquence 1 : Interactions et activité médicale de visite quotidienne

Extrait 1 :

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

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 \

0040. Inf¹ : justement chikhanna euh:: [justement docteur, chez nous...]

0041. Dr¹ : 'vous avez commencé le traitement:: chez lui

0042. Int¹ : ellaella:: [non, non]

Extrait 2:

0166. Dr¹ : ihkoutlimajatjariamajatkas'ha

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

0167. Mde :

manicharef [je ne sais pas]

168. Dr¹ : marakcharef! c'est-à-dire exactement:: [vous ne savez pas]

0184. Dr¹ : '(ye)semma les gaz bezaf++ 'welmaklaassemraktakoul+ 'est-ce que rakdayerun 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** (ih :: biensûr : le malade connaît très bien sa pathologie et connaît très bien son régime) [oui]

0192. Mde: **ouah el fakiyaandi::ghi: à part teffahwel banane euh::** [oui pour les fruits, je ne mange que les pommes et les bananes]

Séquence 2 : Interactions et activité médicale d'un examen endoscopique haut :

Extrait 1 : 0235. Dr² : on est en train de s'enrouler::+ awedtchouf+ / awed on refait une deuxième tentati:veesrat / esrat / esrat / esrat / esra:t +++ très::s bien on est dedans++ iyyatallaennafs maa nifek / tallaa maa nife:k++ensa complètement foummak / erwah l'interne: 'baghitchouf \ je n(e) sais pas alachhada: 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+++ 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:+ aatini la pince à biopsie: ih: c'est bien c'est bon alors après vérification du matéri: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]

Extrait 2 :

0329. Inf : ce sont j= je crois des comprimés :: de quinze :: miligrammes :: "manichakla" c=que c'est :: / : "manicheakla la marque :: euh ce sont des corticoïdes plus FORTS que l'ECONAZOLE elle a dit ::

0330. Dr : et de quel traitement ::tu parles ::?

0331. Dr : appelez la dermato :: / i= faut voir ce qu'elle a prescrit ::

0332. Inf : silence

Séquence 3 : Interactions et activité médicale d'endoscopie haut :

Extrait 1 :

0537. Dr¹ : basahntiya ça va raki khirmellikounti: ella

[mais vous allez mieux, non]

0532. Dr¹ : andek une RCH [vous avez une RCH]

[oui exactement ; voilà j'ai terminé]

0538. Mde : chwiya: [oui un peu]

0585. Dr¹ : tallaali la table [relève la table]

0630. Dr² : <...?>goullou / goullou Tahar / Tahar fahmehgoullouFethirah \[dis lui Tahar, dis lui que Fethi a..]

0632. Dr² : goulloufethi / goulloufethi:: [dis lui que fethi..]

0826.

Inf¹ :

hadaghitiyou:

taa

l'estoma:crahomydirouhammalinch'harweammalinechahrinerahnandirouhelhom++

kiyedkhoul / ghikiyedkhouleksrat+ wetnahad maa nifektbib même pas tkika / même pas

ychoufweykerjeh: hadamakane++ maydiroulekwalouweldihadantakimma

radio::basahhouwatiyouyedkhoulmeldakhel+ saha

1026. Dr¹ : ellaella des / des lésions importantes+ X duodénum effectivement:
c'est bien: iwa rak euh **championne**+ ça y est:+ nemchiwnerkdou+ hna un petit XX
a::h ah::

Séquence4 : Interactions et activité médicale de visite générale :

Extrait 1 :

1714. Inf³ : hadak (e)l malade bachnponctionniwah

[le malade qu'on doit ponctionner]

1934. Inf(4) : (TP) très très bas++ '**nzidoul'ha les PFC**

2441. Dr¹ : moi j'ai / j'ai une question à vous poser+ 'kifach le malade andeh un rendez-
vous tessannahattaki le professeur XY bachedkhoulou::ala rendez-vous+ ana je comprends
pas (il) y a quelques choses qui ne va pas \

2445.Dr¹ : tfaddal+ fahamniana: ma nichfahamkhasniNEFHAM