

Communication et accomplissement collectif de l'activité : une perspective conversationnelle appliquée aux transmissions dans les équipes de soin à l'hôpital

Katia KOSTULSKI

Groupe de Recherche sur les Communications
Laboratoire de Psychologie du Travail
Université de Nancy 2-Conservatoire National des Arts et Métiers
BP 33-97 54015 Nancy cedex 41 rue Gay Lussac 75005 Paris
E-mail : Katia.Kostulski@clsh.univ-nancy2.fr

Mots clés :

interaction verbale, soin, transmission, collectif, coopération.

Résumé :

De nombreux métiers requièrent de maîtriser une forme de dialogue. Soit qu'un dialogue permette de coordonner ponctuellement les contributions de différents participants à une activité collective, soit qu'un dialogue soit un moyen de réalisation de l'activité. Par exemple, les activités de production appellent généralement des participations discontinues de leurs acteurs qui doivent alors s'informer mutuellement de l'état de leur activité collective. Comme en attestent les travaux de linguistes, psychologues, ergonomes et même de certains sociologues, l'analyse des communications en situation de travail appartient désormais à un champ structuré d'étude des usages du langage qui contribue à l'analyse de l'activité. Nous allons présenter ici une analyse clinique de ce genre de dialogue dans son accomplissement hospitalier (Kostulski, 1998). Si la théorie est trop complexe pour être ici décrite finement, nous en présenterons les fondements et développerons son application au travers de la restitution de l'analyse d'une activité particulière : la transmission dans les équipes de soin à l'hôpital.

À l'interface du cognitif et du social (Trognon, 1995), la conversation dans les situations de travail collectif est l'un des moyens par lesquels les participants d'une activité coordonnent leurs actions et leurs cognitions, c'est-à-dire construisent des représentations et des raisonnements leur permettant d'agir ensemble et de façon coordonnée. La conversation est la forme primitive d'interaction (Trognon, 1991) et c'est donc dans l'interaction et plus encore dans la conversation que l'analyste pourra avoir accès à la production et à l'intelligibilité des phénomènes socio-cognitifs apparaissant dans les groupes de travail, puisque

la conversation et plus précisément, dans la thèse ethnométhodologique à laquelle nous souscrivons, la séquentialité conversationnelle, est la matrice de production/ reproduction et d'intelligibilité des faits sociaux.

Comme le soulignent Trognon et Grusenmeyer (1995), l'intérêt pour les communications en situation de travail va croissant chez les psychologues du travail, sociologues et les ergonomes. Selon Borseix (1995), si l'analyse du langage en situation de travail prend progressivement le pas sur l'observation de l'action (non verbale), c'est principalement pour deux raisons : d'une part le langage est la porte ouverte à la dimension collective des actions et des savoir, et d'autre la communication est une ressource indispensable pour accomplir le travail. Cet intérêt croissant, qu'il ait pour but l'analyse des communications à distance (Navarro & Marchand, 1994) où seul le canal verbal de la communication est disponible ou les activités de pragmatisme d'un réceptionnaire dans un atelier automobile (Mayen, 1997), permet de mettre en évidence tant l'élaboration collective de l'activité, que l'expertise des membres et les statuts sociaux qu'ils déploient.

L'INTERLOCUTION FINALISÉE EN SITUATION DE TRAVAIL : UNE STRUCTURE D'ACTION CONJOINTE

Dans la théorie de la Logique Interlocutoire appliquée aux groupes au travail (Trognon & Kostulski, 1996, Kostulski & Trognon, 1998 ; Trognon & Kostulski, 2000), construite pour rendre compte des « jeux de langage » associés à la pratique de certains métiers, les dialogues apparaissant au cours d'une activité professionnelle constituent des « transactions ». Une transaction est une situation d'interlocution socialement et fonctionnellement organisée, régie par des conventions, comme une visite médicale, une délibération de jury, une réunion de service. En ce sens, une transaction correspond à une « composante du métier ». Elle fait partie des compétences requises par son exercice. Du point de vue de son organisation, une transaction est une combinaison de structures d'échanges, ou « structures interlocutoires ». Ces structures interlocutoires constituent des ensembles organisés d'éléments discursifs (les échanges et les interventions) réalisant une intentionnalité collective d'ordre discursif. Communiquer une information (Grusenmeyer & Trognon, 1995 ; 1996 ; 1997), négocier (Trognon & Kostulski, 1996, Kostulski & Trognon, 1997), prendre une décision en groupe (Trognon & Kostulski, 1996), faire un diagnostic infirmier (Kostulski, 1998) en sont des formes. Les structures d'échange en question sont des structures architecturales qui orientent au fur et à mesure de son déroulement le sens produit dans l'interlocution. Ces structures sont conceptualisées en combinant la théorie pragmatique des structures hiérarchiques de la conversation (Roulet et al., 1985 ; Moeschler, 1985, 1989) et la logique illocutoire de Searle et Vanderveken (1985), de sorte que l'organisation des séquences d'interaction réfléchit la réalisation des propriétés des actes de langage entrant dans une organisation séquentielle. Cette théorie, que pour des raisons pratiques nous ne pouvons pas développer dans son intégralité ici (nous prions pour cela le lecteur de se référer à Kostulski & Trognon, 1998), nous permet de mettre à jour le développement in situ d'activités réalisées dans l'usage du langage. En effet, si l'interaction peut être envisagée en analyse de l'activité comme une structure d'action conjointe (Clark, 1999), le langage peut avoir différentes fonctions en situation de travail (Lacoste, 1995) : accomplir l'action, la programmer, coordonner le collectif autour d'elle, la modifier, l'évaluer... De sorte que l'on doit distinguer différents types de dialogues au travail selon le rapport qu'ils entretiennent à l'activité. De plus, dans le déroulement d'une activité, la part de l'activité

réalisée par et dans le langage peut varier : le langage peut ne pas intervenir directement dans l'action immédiate, si par exemple l'activité est réalisée par un agent isolé comme la conduite de train; le langage peut accompagner une activité technique comme une activité collective sur un chantier du bâtiment ou dans une interaction de guichet (Lacoste, 1995b) ; le langage peut intervenir dans des interstices de l'action sans s'y rapporter directement (Grosjean & Lacoste, 1998) comme dans le cas de deux aides soignantes échangeant sur leurs activités extra-professionnelles en faisant le lit d'un patient ; ou encore le langage peut être le seul moyen de l'activité comme dans le cas d'une psychothérapie, d'un bilan de compétences, ou encore la transmission dans les équipes de soin à l'hôpital (Grosjean & Lacoste, 1998 ; Kostulski, 1998). Du fait du caractère prégnant de sa dimension langagière, c'est ce dernier type qui nous intéresse particulièrement, tout simplement parce que ces activités réalisées dans et par le langage sont plus finement visibles à l'analyse des phénomènes d'interaction qu'elles déploient que les types d'activités dont la réalisation est tant actionnelle que langagière : il est, dans le cas de ces dernières, difficile de définir précisément et sans spéculation le statut du langage in situ et, de plus, une partie de l'activité (non langagière) nous est inaccessible. Dans les activités réalisées dans et par le langage au contraire, analyser l'activité revient à analyser l'interaction qu'elle déploie : le genre professionnel (Clot & Faïta, 1999 ; Clot, 1999) en tant que «donné à recréer dans l'action» (Clot & Faïta, 1999), son déroulement temporel, comme les savoir professionnels qu'elle mobilise (Molinier, 1997 ; Kostulski, 1998) sont 'directement' accessibles à partir de la conversation en tant que forme-et-contenu temporalisé et structuré.

INTERACTIONS VERBALES ET ACTIVITÉ COLLECTIVE : LA TRANSMISSION ORALE DANS LES ÉQUIPES DE SOIN À L'HÔPITAL

Grosjean & Lacoste (1998) notent qu'à l'hôpital, l'articulation des actions se fait principalement à trois niveaux organisationnels : celui de «l'arc de travail», correspondant au tableau d'ensemble donné par le médecin, celui de la mise en ordre, de la supervision des tâches, qui revient à la surveillante, et celui de l'articulation opérationnelle qui revient aux infirmières. C'est précisément à ce dernier niveau que la transmission doit être située. L'infirmière, ou plus largement l'équipe soignante, a une responsabilité opérationnelle très importante dans la conduite du processus de soin : c'est sur eux que repose le soin dans son exécution, dans sa temporalité, dans son articulation avec les pratiques d'autres professionnels moins présents dans les services comme les médecins, les sages-femmes, les psychologues... Cette articulation suppose une mise en commun des pratiques communes et un ajustement des pratiques de l'équipe soignante dans l'environnement organisationnel, médical et humain du soin.

La profession infirmière a connu au cours de ces vingt dernières années une grande évolution dans ses pratiques et ses responsabilités. Son activité est passée des soins infirmiers dispensés sur prescription médicale à des soins infirmiers clairement identifiés tant par les actes techniques prescrits que par les actes relevant de son champ spécifique de compétences (Maro, 1994). En effet, définir son travail par un rôle propre et un rôle délégué, comme le fait le décret 93-345 du 15 mars 1993 qui redéfinit le travail infirmier, implique qu'au sein de la même profession, des coopérations de différents ordres peuvent être engagées. Cette évolution du travail infirmier n'a en effet pas seulement modifié les actes professionnels des infirmières, mais également le système coopératif du soin. Or, c'est dans ce système coopératif complexe que la transmission, accomplissant une coopération, prend

son sens. La transmission est un lieu d'accomplissement conversationnel du ou des systèmes coopératifs dans lequel (ou lesquels) est engagée l'équipe de soins. De plus, on doit noter que l'évolution de la profession infirmière tend vers une professionnalisation de la gestion de l'articulation opérationnelle dans le système coopératif du soin. En effet, suite aux mouvements infirmiers de revendication de la précédente décennie, une volonté de reconnaissance du métier («ni bonnes, ni nonnes, ni connes», scandaient-elles) a amené la profession à privilégier une démarche systématique de conduite de leur activité, la *démarche de soin*. Cette démarche, reposant sur la mise en œuvre d'un diagnostic infirmier censé orienter les professionnels vers une action collective congruente, a été largement diffusée dans les institutions hospitalières et dans la formation des infirmières depuis le début des années 90. C'est dans cette mouvance que l'hôpital ici considéré a formé, à partir de 1991, 98% de son personnel soignant à l'usage de celle-ci et a réélaboré un dossier de soin dans le but de disposer d'un support de réalisation de la démarche. Notre intervention dans l'hôpital répondait à une demande, quelques années après la formation, d'évaluation de la mise en œuvre de la démarche de soin et de l'usage du dossier dans les services. L'examen du dossier de soins ne permettait pas de formuler des conclusions quant à la mise en œuvre de la démarche, puisqu'elle en était absente totalement. Pourtant, les personnels soignants du collectif de projet constitué par nous refusaient d'en déduire l'échec des formations : « *la démarche de soins on la fait dans notre tête, même si on l'écrit pas, on en parle entre nous* » avançait une infirmière. C'est dans une démarche de recherche de lieu d'exercice de cette démarche que nous avons été amenés à nous intéresser à ce lieu de communication qu'est la transmission orale. La transmission orale est un type de transaction particulier (Trognon & Kostulski, 1996). Il s'agit d'une activité professionnelle des personnels soignants (infirmiers et aides soignants) qui vise un large but : pallier la discontinuité du roulement des équipes successives sur la continuité du soin. Plus précisément, il s'agit pour une équipe de livrer des informations sur le soin à l'équipe suivante de telle sorte que les actions professionnelles s'inscrivent dans une continuité du soin du point de vue du patient. De fait, nos objectifs d'analyse ont évolué sur la base des spécificités de cette pratique de transmission : il s'agissait alors de montrer comment, au travers des éléments communiqués et de leur organisation, ce jeu de langage professionnel était susceptible de réaliser ses buts et de porter une démarche collective sur l'équipe.

Deux services de l'hôpital se sont prêtés à l'examen des pratiques de transmissions : un service de Médecine Générale et un service de Convalescence et Soins Palliatifs. Comme son nom l'indique, le service de Médecine Générale ne peut être défini clairement par la prise en charge de pathologies spécifiques, car on y accueille des patients de profils pathologiques très hétérogènes : des tentatives d'autolyse arrivant du service des urgences et nécessitant quelques jours d'hospitalisation en observation, des maladies virales impliquant un traitement suffisamment lourd pour justifier une hospitalisation, des cas d'affaiblissements de l'état général conséquents, par exemple, à une anorexie mentale, et une proportion importante d'hospitalisation de patients souffrant de symptômes divers, hospitalisés dans le service en vue de réaliser des examens pour réaliser des bilans de santé. Le service de Médecine Générale est également un service d'hospitalisation pour des soins ponctuels, comme des infiltrations pour des douleurs lombaires. On peut le définir comme un lieu *d'élaboration de diagnostic d'une part, et de gestion de situations aiguës d'autre part*. L'objet de travail du service de Convalescence et Soins Palliatifs est plus circonscrit, même s'il apparaît sur un continuum sur lequel les patients évoluent soit vers la fin de vie, soit vers un retour à une vie normale. Le service accueille en effet deux types

de patients : des convalescents, d'une part, c'est-à-dire des patients venant d'un autre service de l'hôpital et qui sont placés en courts ou moyens séjours dans ce service avant de retrouver leur vie normale, et d'autre part des patients en fin de vie qui doivent recevoir des soins palliatifs. L'objet du travail des personnels soignants peut être défini comme la *gestion de l'autonomie* des patients, qu'elle soit *croissante* (dans le cas des Convalescents) ou *décroissante* (dans le cas de Soins Palliatifs). L'autonomie renvoie ici à la capacité de se prendre en charge pour satisfaire des besoins essentiels.

Une différence majeure apparaît dans le mode de réalisation des transmissions orales des deux services : en Médecine Générale, les transmissions orales sont réalisées au pied du lit du patient, les membres des équipes du matin et de l'après-midi passant de chambre en chambre pour effectuer chaque transmission en présence du patient concerné ; en Convalescence et soins palliatifs au contraire, les transmissions sont réalisées dans une salle de réunion en l'absence des patients concernés. Ainsi, en Médecine, le patient est sujet et objet de la transmission alors qu'en Convalescence / Soins Palliatifs, il est objet seulement.

L'examen des transmissions des deux services fait apparaître des activités très différentes réalisées à l'occasion de ces transmissions.

Globalement tout d'abord, avons pu observer que le modèle d'action du travail de soin ne s'accomplit pas toujours sur le même mode dans les transmissions orales. Les éléments du soin diffèrent pour une part entre les deux services, et n'ont pas nécessairement le même statut au regard du travail dans lequel les soignants sont engagés. Alors qu'en Convalescence et Soins Palliatifs, l'activité communicationnelle de la transmission se concentre sur le diagnostic infirmier c'est-à-dire sur une représentation pertinente à l'action, en Médecine Générale cette activité se concentre sur la communication de l'action.

Ainsi, en Convalescence et Soins Palliatifs, la transmission orale consiste d'abord en une communication du diagnostic et plus particulièrement encore de l'état du patient : on construit collectivement une représentation de son état à l'aide de concepts adaptés (comme le diagnostic infirmier) et la participation collective permet une justification collective et une évaluation dépendante de différents savoir acquis à différents moments du travail (par exemple sur trois tours de postes ou plus). Ensuite, la transmission orale dans ce service consiste également en une communication de l'action réalisée auprès du patient et en particulier du soin réalisé à son égard : le soin est alors déployé comme un objet commun dans des transmissions bilatérales entre les deux équipes, la transmission ayant pour fonction de l'organiser (comme dans la séquence qui suit, dans laquelle une Aide Soignante (AS) déduit qu'il faut prévoir un matelas de prévention d'escarres à partir d'une séquence où son diagnostic infirmier d'incapacité de mobilisation est développé), d'en construire la pertinence ou de développer des espaces de problèmes s'y rapportant. En Médecine générale, la transmission orale consiste d'abord en une communication de l'action : l'IDE descendante (infirmière du matin qui quitte son poste) informe l'équipe sur des actions médicales ou infirmières réalisées auprès du patient (dans des récits, des tableaux cliniques...), énonce des directives d'action (le traitement, la surveillance des constantes, ...) à l'égard de l'équipe montante, expose les événements (examens, sorties...) qui vont avoir lieu. Elle est donc la clé de la continuité du soin. La transmission orale dans ce service consiste en une communication de l'état du patient, réalisée monologiquement

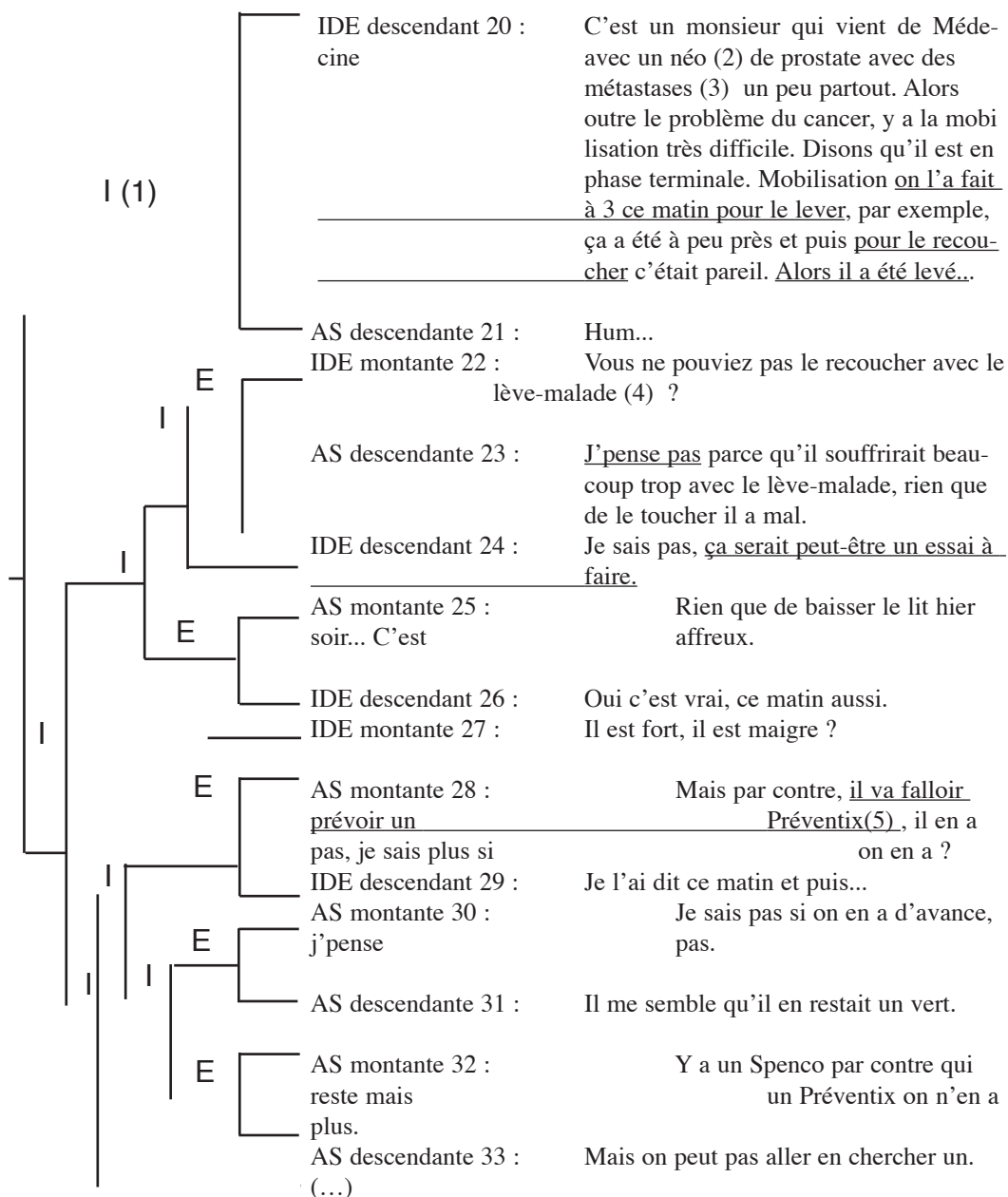
par l'IDE descendante pour certains aspects (comme le diagnostic médical) ou dialogiquement dans de brefs échanges avec le patient correspondant majoritairement à des routines pour d'autres aspects (comme la surveillance des selles).

La transmission sur le soin est bilatérale et commune en Convalescence et Soins Palliatifs : une action réalisée par une IDE peut être justifiée par son homologue de l'autre équipe. Si dans les deux services, la transmission orale est l'occasion de réaliser une information sur l'activité médicale mise en œuvre sur un patient, en Médecine générale, cette information s'adresse également au patient et non seulement à l'équipe. La différence de déploiement conversationnel entre les deux services nous semble décisive du point de vue du déploiement du soin au sein de l'équipe dans les deux services. En Convalescence et Soins Palliatifs, le soin est traité comme un *objet* commun dans des transmissions bilatérales et réciproques entre les deux équipes, transmissions qui déroulent des prises de décisions et des résolutions de problèmes collectives. En Médecine Générale, ces mêmes événements sont concentrés sur l'IDE descendante et donc ne peuvent pas être déployés sur le groupe comme des objets communs. Si comme le soutiennent Marc & Picard (1996), être au groupe, c'est participer, nous pouvons conclure que dans les transmissions concernant le soin, si chaque interlocuteur a un rôle dans le soin en Convalescence et Soins Palliatifs, en Médecine Générale la grande majorité des interlocuteurs du soin n'a aucun statut dans la gestion de l'articulation opérationnelle de l'activité collective. Du point de vue de la communication de l'action, le soin apparaît comme un élément dominant de communication de l'action dans les transmissions orales des deux services. Pourtant, son accomplissement conversationnel est différent selon le service considéré. En Médecine Générale, il apparaît majoritairement *dans des rapports d'actions livrés monologiquement* dans les récits de l'IDE descendante, ou dans des directifs d'action adressés à l'IDE montante. En Convalescence et Soins Palliatifs, soit *il vient justifier la communication d'un diagnostic infirmier de dépendance*, soit *il est traité en tant que tel dans des résolutions de problème collectifs*.

Pour étayer cette analyse et bien qu'un exposé détaillé nous soit impossible à présenter ici, voici un exemple de transmission issu de chacun des services.

En Convalescence et Soins Palliatifs, on invoque le patient, son comportement, son état, ses soins, dans des séquences de construction collective ou de debriefing du diagnostic infirmier ou des actions de soins à mener dans le cadre de la mise en œuvre de la démarche de soins telle qu'elle a été proposée en formation aux personnels infirmiers, à cela près que les objectifs ne sont jamais explicités dans les transmissions mais passent à l'implicite. Voici un exemple qui le montre bien. L'extrait concerne un patient que l'infirmière montante (infirmière de l'équipe de l'après-midi qui va prendre son poste) ne connaît pas. Cette transmission déroule un phénomène collectif que nous n'avons pas observé en Médecine générale.

L'IDE descendant initie la transmission par un tableau clinique du patient en présentant son diagnostic médical puis son diagnostic infirmier. Or ce diagnostic médical d'un cancer généralisé a au moins deux conséquences en terme de soins infirmiers palliatifs : il faut pallier la mobilisation difficile du patient, et également prévenir la formation d'escarres résultant de l'immobilité prolongée du patient. Ce sont ces deux conséquences qui vont être déroulées dans la transmission. Le diagnostic infirmier, dans l'intervention de l'IDE



descendant, est justifié par un rapport d'action qui donne lieu à

(1) Les symboles I et E dans la structure hiérarchique de la séquence représentent les types d'enchaînement conversationnel qu'elle déroule, des Interventions et des Echanges. Sommairement, un Echange correspond à un enchaînement conversationnel sur le même plan du discours, tel un couple question / réponse ; dans l'Intervention au contraire l'enchaînement conversationnel porte soit sur un composant d'une énonciation, soit constitue un phénomène structurant par rapport à celle-ci.

(2) Forme de tumeur cancéreuse

(3) cellules cancéreuses migratrices

(4) un lève malade est un dispositif en forme de potence auquel sont accrochées des sangles que les soignants utilisent pour lever les malades difficiles à manipuler du fait de leur poids ou de leur état.

(5) Matelas de prévention des escarres

une évaluation moyennement positive («ça a été à peu près», «c'était pareil»). Ce rapport d'action muni de son évaluation et la confirmation de l'AS descendante («hum») définissent un espace de problème, comme en atteste la démarche de résolution de problème initiée par l'IDE montante. En effet, en IDE montante 22, elle formule une requête d'information sur la réalisation de l'action. Cette requête d'information est interprétée par l'AS et l'IDE de l'équipe descendante comme une suggestion d'action, comme en témoignent leurs interventions en AS descendante 23 et IDE descendant²⁴. C'est l'AS montante qui fait la déduction selon laquelle la patient a besoin d'un matelas de prévention des escarres (Préventix) dans une suggestion. Elle définit dans cette même intervention un second espace de problème (je sais plus si on en a «). La suggestion est confirmée par l'IDE descendant et le problème va être traité entre les deux AS, c'est-à-dire entre les interlocuteurs qui ont pour fonction de faire et changer les lits des malades. Ainsi, dans cette séquence, le rapport d'une action de soin a, rétroactivement, un statut d'espace de problème qui impliquera les différents interlocuteurs concernés.

Alors qu'en Convalescence et Soins Palliatifs proportionnellement plus de séquences dans lesquelles le rapport d'action est collectivement traité dans des structures conversationnelles accomplissant des résolutions de problème, il apparaît que les rapports d'action, les diagnostics, le soin sont majoritairement traités monologiquement ou dans de brèves séquences en Médecine Générale, comme dans l'exemple ci dessous.

IDE descendante 81 : Mme T tout le monde connaît... Donc, Mme T qui gémit tout le temps, dès qu'on arrive dans la chambre elle se met à gémir... Par contre, elle souffrait quand on faisait les pansements d'escarres, elle a été mise sous Skénan et... Ce que disait Christine (IDE montante), ça fait de l'effet quand même. Donc, au niveau de son talon droit ça a été découpé, la nécrose a été découpée, c'est nettement mieux, faut continuer, faut toujours le faire. Voilà, autrement il n'y a pas de changements, niveau des selles ? (...)

En Médecine Générale, les soins apparaissent sous des formes très différentes dans le corpus de transmissions orales. Elles font intervenir majoritairement l'IDE descendante. Les rapports d'action de soins interviennent le plus souvent monologiquement dans les interventions de l'IDE descendante au moment de récits livrant les problèmes qui ont été rencontrés dans la matinée concernant un patient, les soins qui lui ont été apportés et ceux qui devront l'être, comme c'est le cas ici.

Le soin intervient ici en fin de récit monologique d'abord dans un rapport d'action («*au niveau de son talon droit, ça a été découpé, la nécrose a été découpée*»), dans une évaluation de l'état de la plaie («*c'est nettement mieux*») puis dans un directif d'action déduit de l'évaluation de l'action au regard de l'état de la plaie («*faut continuer, faut toujours le faire*»). L'articulation opérationnelle repose ici entièrement sur l'IDE descendante : elle décrit des symptômes, les actions qui ont été mises en œuvre, en évalue l'effet ou le résultat et en déduit un directif d'action. La continuité du soin est réalisée monologiquement, comme si l'infirmière descendante était seule responsable des soins qui vont être dispensés auprès des patients une fois son poste quitté. En effet, les IDE n'étant pas engagées dans une relation hiérarchique différenciée, l'infirmière montante est seule responsable des soins qu'elle apportera au patient. Si l'accomplissement conversationnel était conforme à cette distribution de la responsabilité, alors le modèle d'action sous-jacent aux transmissions

orales devrait d'une part ne pas s'accomplir de façon directive chez l'infirmière descendante qui n'est pas responsable des soins qu'effectuera l'infirmière montante. L'infirmière descendante devrait théoriquement livrer le récit de ses rapports d'action munis de l'évaluation qu'elle en a construit. De plus, la transmission devrait impliquer à minima l'infirmière montante pour accomplir conversationnellement la continuité du soin avant de l'accomplir en actes, par exemple par un commissif (6) par lequel elle s'engagerait à faire l'action, à poursuivre un soin ou à le réajuster. Or, le seul exemple dont nous disposons qui s'apparente à cette organisation tient dans une dispute entre les deux infirmières (Kostulski, 1998) dans laquelle l'infirmière de l'après-midi (montante) conteste la prescription d'un médicament réalisé par l'infirmière du matin (descendante).

La différence de déploiement conversationnel entre les deux services nous semble décisive du point de vue du statut du soin au sein de l'équipe dans les deux services. Dans le service de Convalescence et Soins palliatifs, la transmission est l'occasion d'une activité de coordination réalisée collectivement. En Médecine Générale, toute l'activité de transmission est concentrée sur l'infirmière qui quitte son poste, de sorte que le collectif assiste, plus qu'il ne participe, à la mise en œuvre de l'opérationnalisation du travail. De fait, une partie des actes, des événements, des évaluations du quotidien échappent au collectif de soin. Cette conclusion pourrait être sans conséquence si la démarche professionnelle exigée ne reposait pas sur des informations éclatées sur l'équipe. En effet, si les phénomènes collectifs déroulés en convalescence et soins palliatifs relèvent en grande partie de la démarche de soins telle qu'elle est préconisée, en Médecine Générale aucune transmission ne peut être rapportée à cette démarche. La situation de communication et les nécessités de l'objet du travail seraient donc plus ou moins favorables à la mise en œuvre de raisonnements distribués systématiques dans les transmissions.

PERSPECTIVES

Le champ de la Pragmatique peut aider à mieux comprendre certaines activités professionnelles qui se réalisent dans le dialogue, et la Psychologie du Travail peut alors s'en saisir pour améliorer les dispositifs. En effet, les spécificités de l'orientation fonctionnelle et finalisée des communications en situation de travail permettent de circonscrire a priori les activités portées par les communications dans ces situations, tout comme l'analyse de la tâche permet d'éclairer l'analyse de l'activité. Ainsi, il est possible d'étudier les modes de réalisation langagiers de l'activité, les démarches professionnelles mises en œuvre, les savoir professionnels qui les portent. La portée de ces analyses est identique à celle des analyses de l'activité. Ainsi, des études empiriques en cours nous permettront ainsi d'aborder des phénomènes différents. Par exemple, nous étudions actuellement un dispositif de formation commerciale interne à la vente dans une chaîne commerciale de jouet, où l'analyse des interactions verbales nous éclairera sur le processus de transmission des savoir professionnels dans les dialogues entre tuteurs et novices et ce dans le but d'une amélioration du dispositif de formation. De même, l'analyse interlocutoire servira à expliquer, et au delà à favoriser, les phénomènes de développement et d'évolution du rapport à l'activité dans des interactions entre professionnels dans une démarche d'intervention psychosociologique reposant sur une autoconfrontation croisée (Clot, 1999). Enfin, une étude interdisciplinaire engagée vise à mettre en évidence les processus de coopération

(6) Type d'acte de langage au travers duquel le locuteur s'engage vis à vis de son interlocuteur à une action. La promesse par exemple relève de cette catégorie d'acte.

organisant l'activité dans un service d'urgence hospitalière, les résultats de cette étude jetant les bases d'une réorganisation du service optimisant l'efficacité collective.

BIBLIOGRAPHIE

- CLARK H. H., 1999, on the origins of conversation, in A. TROGNON & M. MUSIOL : Une théorie de la conversation est-elle possible ?, *Verbum*, tome 21, n°2, p147-161.
- CLOT Y., 1999, *La fonction psychologique du travail*, Collection Le Travail Humain, Paris, Presses Universitaires de France.
- CLOT Y, FAÏTA D., 1999, Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes, *travailler*, n°4-1999.
- GHIGLIONE R., 1986, *L'homme communiquant*, Paris, Armand Colin.
- GROSJEAN M., LACOSTE M., 1999, *Communication et Intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Collection Le Travail Humain, Paris, Presses Universitaires de France.
- KOSTULSKI K., 1998, *Communication et Rationalités Collectives dans les Equipes de Travail : analyse formelle des transmissions écrites et orales au sein de deux équipes de soins à l'hôpital*, Thèse de Doctorat en Psychologie, 18 décembre 1998, Université Nancy 2.
- KOSTULSKI K., TROGNON A., 1997, L'analyse interlocutoire en Psychologie du Travail : le cas de la négociation commerciale, *Revue de Psychologie du Travail et des Organisations*, vol 3, n°1-2,32-45.
- KOSTULSKI K., TROGNON, A., 1998, Le domaine de l'interlocution : un exercice d'analyse interlocutoire d'une transmission orale dans une équipe paramédicale, in K. KOSTULSKI & TROGNON (éditeurs) (1998). *Communications Interactives dans les Groupes de Travail*, Collection « Langage, Cognition, Interaction », Presses Universitaires de Nancy, 59-102.
- LACOSTE M., 1995a, Parole, activité, situation In J. BOUTET (éditeur). *Paroles au travail*. Paris, L'Harmattan, 23-44.
- LACOSTE M., 1995b, Le langage de guichet, *Connexions*, 65, 1.
- MARC E., Picard D., 1996, *L'interaction sociale*, Paris, Presses Universitaires de France, 2ème édition corrigée.
- MARO M.A., 1994, *Infirmier – Infirmière à l'hôpital public : droits et devoirs*. Paris, Doin / Assistance Publique des hôpitaux de Paris.
- MOLINIER P., 1997, Un éclairage psychodynamique de la notion de compétence, *Education Permanente*, 132, 1997/3, 149-158.
- NAVARRO C., MARCHAND P., 1994, Analyse de l'échange verbal en situation de dialogue fonctionnel, *Le Travail Humain*, tome 57, n°4/1994, 313-330.
- TROGNON A., KOSTULSKI K., 2000, La Logique Interlocutoire et l'analyse des situations de travail collectif, in T.H. BENCHEKROUN et A. WEILL-FASSINA (éditeurs) *Approches ergonomiques du travail collectif*, chapitre 4, Octarés.