

## THESIS / THÈSE

### DOCTEUR EN LANGUES

**Les nouveaux arrivants peuvent-ils entrer ? De l'expérience de la vulnérabilité à la quête de reconnaissance d'une place en tant que soignants dans une équipe hospitalière**

**Regard sociolinguistique sur une transition professionnelle**

Collonval, Sophie

*Award date:*  
2021

*Awarding institution:*  
Université de Namur

[Link to publication](#)

#### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

## **Les nouveaux arrivants peuvent-ils entrer ?**

De l'expérience de la vulnérabilité à la quête de reconnaissance  
d'une place en tant que soignants dans une équipe hospitalière.

Regard sociolinguistique sur une transition professionnelle



Thèse présentée par Sophie COLLONVAL  
en vue de l'obtention du titre de  
Docteur en Langues, Lettres et traductologie  
sous la direction d'Ingrid DE SAINT-GEORGES  
et de Jean-Louis VAXELAIRE



*Aux pédiapotes*



## Remerciements

Cette recherche doctorale dont le manuscrit en est la pointe de l'iceberg est le résultat d'une longue traversée lors de laquelle j'ai été soutenue, encouragée, aidée et réconfortée par de multiples personnes. Afin de les remercier, je prends le risque de comparer le parcours de thèse à un projet de couture, en filant la métaphore.

En tant que couturière, j'ai pour mission de créer un vêtement tant en dessinant des patrons, en choisissant et découpant du tissu, qu'en l'assemblant à l'aide de la machine à coudre. Si je mène la création, elle n'est possible que par l'usage de différents matériaux et outils qui seront, dans ces remerciements, associés à l'équipe qui m'a soutenue.

Commençons par le choix du patron de couture. Jean-Louis Vaxelaire y contribua en me laissant libre de sélectionner une thématique qui me plait et qui me convainc pendant les six années de recherche. Si nous sommes d'accord sur l'ancrage disciplinaire en linguistique, il me laisse modifier le patron du vêtement à ma guise. Qu'il soit remercié pour m'avoir permis de creuser une voie éloignée de ses propres aspirations.

En plus de la machine et du patron, un troisième élément essentiel pour réaliser un projet de couture est le fil. Sans ce dernier, il n'est pas possible de créer. Je tiens à remercier Ingrid de Saint-Georges pour sa confiance, ses conseils avisés et sa capacité à me faire réfléchir sur l'enjeu social d'une recherche. Elle m'a guidée avec bienveillance et générosité pour que le vêtement – entendez la thèse – soit une dissertation vulgarisée et ancrée dans la société actuelle. Je suis heureuse de cette rencontre imprévue au départ mais riche, rigoureuse et sans faille. Un merci tout particulier à Marinette Matthey pour m'avoir aiguillée vers la sociolinguistique et surtout, vers ma co-promotrice.

Cependant, le projet de couture ne se limite pas à l'aiguille, au fil, au patron et à la machine. Le tissu est la base essentielle du travail. J'écris le tissu, mais un pluriel serait plus approprié. Qu'ils soient en coton, en jersey, en velours, en polar, qu'ils soient rouges, beiges, bleus ou verts, les tissus sont singuliers et je dois les comprendre pour pouvoir les travailler. C'est aux informateurs que je pense et je tiens à les remercier pour leur participation, leur accueil et leur confiance. Sans eux, le travail aurait manqué de matière première et d'authenticité.

Un sixième élément essentiel pour notre création de vêtement mais peu visible : la canette de la machine à coudre. Instrument caché sous un capot, elle donne le deuxième apport de fil pour permettre la couture. Ce travail de l'ombre est celui de mon père Philippe qui m'a

suivie étape après étape, année après année, de jet en jet. Je le remercie pour son soutien inconditionnel, pour ses heures de relecture, pour ses retours constructifs et pédagogiques, pour son aide inépuisable, ainsi que pour tous ces « moutons » envoyés nous octroyant une parenthèse légère. Le mot « merci » me semble bien faible pour rendre compte de toute la reconnaissance que j'ai envers lui.

Venons-en à la confection du vêtement. Afin de s'assurer que le travail se pérennise dans la durée et que les coutures ne soient pas lâches, je surfile mes tissus. Cette consolidation affective, dans mon cas, a été facilitée par la présence de ma famille. Je remercie ma mère Véronique pour l'intendance de qualité qu'elle m'a offerte tout au long de mon parcours doctoral et intensément pendant mon « blocus » de thèse ainsi que pour son regard de soignante. À mon frère et à ma sœur, à leurs conjoints et à ma filleule, je leur dis merci d'avoir encaissé mes moments de stress et de dérives scientifiques, et d'avoir cru en moi.

Vient ensuite l'assemblage des différentes pièces. Avant de se mettre à coudre, il est essentiel de faire une mise en ensemble non cousue des empiècements. Cette étape est rendue possible par une multitude d'aiguilles que sont mes collègues namurois du Département de Langues et Littératures françaises et romanes (et en particulier, Laurence, Michèle, David, Emmanuelle, Ingrid, Aurore, Silvia, Aurélie et Jérôme), de l'Institut NaLTT (Laurence, Luk, Noémie, Myriam, Vera, notamment) et de la Faculté de Philosophie et Lettres (Caroline, Dolorès et Manon, entre autres), ainsi que les membres du groupe liégeois d'Intersections (comme Antoine, Bruno et Fanny). Merci à eux.

Ce premier assemblage me permet de passer à l'étape de la couture proprement dite. Celle-ci est renforcée par les différentes discussions avec les pédiapotes. S'ils sont à la genèse de mon projet, ils y ont également participé de près et de loin pendant les longues années de recherche. Les nombreux échanges partagés autour d'une table m'ont aidée à définir l'ancrage social de ma recherche et a conforté mon choix de traiter de l'entrée dans le métier et ce, parfois malgré eux. Merci de m'avoir transmis vos expériences et de m'avoir inspirée.

Si le surfilage permet de consolider, si la couture permet d'assembler, la surpiqûre, elle, est l'occasion d'orner le vêtement en création. Ces six années et demi ont été accompagnées de grands moments, de pauses joyeuses et amicales grâce à mes amis proches. Le club des cinq, maintenant bien étendu, a encore joué un rôle de premier choix dans cette traversée doctorale. Merci à mes vieux compagnons d'études et de parenthèses festives en tous genres, Flore, Elie,

Gaëlle et Martin et à leurs proches : François, Camille, Léandre, Aurélien, Maïté et Félicie. Merci aussi à mes amies d'enfance, Valérie, Élise et Maïté, pour les parenthèses atthoises des plus agréables et arrosées de Gouyasse(team).

À côté du surfilage, je décore également mon vêtement à l'aide de boutons qui aident à prendre l'air. Merci à Justine, Maggy et Stéphanie pour les épisodes vicinaux d'évasion. Je parais l'ornement à l'aide de points décoratifs bruxellois (Parrain et Nicole), namurois (Amaury, Anne, Anna, Dominique, Jérémy et Nathalie) et liégeois (Charlotte, Christophe et cie). Merci à ce petit groupe belge éparpillé aux trois coins centraux et orientaux de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Il y a une personne qui a été présente à toutes les étapes de confection : du choix du patron au surpiquage. Celui qui a mené la consolidation au quotidien, de jour comme de nuit, celui qui a essuyé les énervements de mauvaises coutures, les doutes d'assemblage, les tsunamis émotionnels, celui qui a réaligné le travail lorsque je perdais la motivation, celui qui m'a aidée à dissiper les orages par sa présence, son pragmatisme et son humour, c'est mon mari, Antoine. Je lui dois toute ma gratitude pour avoir accepté d'embarquer dans cette aventure de six années et demi.

Même si le vêtement est assemblé et décoré, il y a une dernière étape qui doit être effectuée pour l'embellir définitivement : le repassage. Cette étape, elle, est également présente à la fin du surfilage et de la couture. Par sa chaleur, sa douceur, ses longues tirades de plus en plus compréhensibles et son énergie positive, Arthur a agrémenté le travail durant ces deux dernières années. Je le remercie pour l'amour qu'il me donne au quotidien.

Il reste le moment fatidique de l'essayage et de l'évaluation de la qualité du vêtement. Lors de cette dernière étape, je souhaite remercier les membres de mon comité d'accompagnement, Valérie Delavigne, Claudine Moïse et Jeroen Darquennes, pour leur soutien ainsi que leurs conseils éclairés et bienveillants. Mes remerciements s'adressent également à Patricia Lambert qui a accepté de m'accompagner dans la dernière étape du parcours doctoral et avec qui j'ai pu discuter de mes résultats et partager mes opinions sur l'entrée dans le métier.



# Table des matières

|                                                                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Remerciements.....</b>                                                                                                          | <b>I</b>  |
| <b>Table des matières .....</b>                                                                                                    | <b>5</b>  |
| <b>Introduction générale .....</b>                                                                                                 | <b>9</b>  |
| 1. <i>L'entrée dans le métier comme une transition professionnelle.....</i>                                                        | <i>10</i> |
| 2. <i>La présentation de notre problématique de recherche.....</i>                                                                 | <i>13</i> |
| 3. <i>La structure de la thèse.....</i>                                                                                            | <i>14</i> |
| <b>Première partie - L'entrée dans le métier ou le passage d'une situation de vulnérabilité à la quête de reconnaissance .....</b> | <b>17</b> |
| <b>Introduction.....</b>                                                                                                           | <b>19</b> |
| <b>Chapitre 1 – L'entrée dans le métier, une expérience de vulnérabilité.....</b>                                                  | <b>21</b> |
| Introduction .....                                                                                                                 | 21        |
| 1. <i>L'entrée dans le métier comme un rite de passage .....</i>                                                                   | <i>21</i> |
| 2. <i>L'entrée dans le métier comme un passage douloureux .....</i>                                                                | <i>24</i> |
| 2.1. Les causes du passage douloureux.....                                                                                         | 25        |
| 2.2. Les conséquences sur le nouvel arrivant.....                                                                                  | 26        |
| 2.3. Un passage douloureux ou l'expérience de la vulnérabilité.....                                                                | 27        |
| 3. <i>L'entrée dans le métier comme une situation de vulnérabilité .....</i>                                                       | <i>29</i> |
| Synthèse .....                                                                                                                     | 31        |
| <b>Chapitre 2 – La vulnérabilité et la reconnaissance en interaction.....</b>                                                      | <b>33</b> |
| Introduction .....                                                                                                                 | 33        |
| 1. <i>La vulnérabilité en linguistique .....</i>                                                                                   | <i>33</i> |
| 1.1. La vulnérabilité en sciences du langage.....                                                                                  | 34        |
| 1.2. Une définition de la vulnérabilité linguistique.....                                                                          | 35        |
| 1.3. Une conception extrinsèque de la vulnérabilité .....                                                                          | 38        |
| 2. <i>L'interaction verbale comme situation de vulnérabilité .....</i>                                                             | <i>39</i> |
| 2.1. « Je te blesse et tu es blessé » .....                                                                                        | 40        |
| 2.2. « Avec ce mot, je te blesse ou je te caresse ».....                                                                           | 41        |
| 2.3. « Je perds la face en interaction, mais je tente de la préserver ».....                                                       | 44        |
| 3. <i>Le couple vulnérabilité et reconnaissance .....</i>                                                                          | <i>47</i> |
| 3.1. La reconnaissance comme issue de la vulnérabilité.....                                                                        | 47        |
| 3.2. La reconnaissance en interaction .....                                                                                        | 48        |
| 3.2.1. Une définition interactionnelle de la reconnaissance .....                                                                  | 48        |
| 3.2.2. « “Inter-agir”, c’est s’identifier mutuellement » (Kerbrat-Orecchioni 1992 : 148) .....                                     | 50        |
| 3.2.3. Une reconnaissance interactionnelle ou collective.....                                                                      | 51        |
| 3.3. La reconnaissance versus l'invulnérabilité ou l'autonomie .....                                                               | 53        |
| Synthèse .....                                                                                                                     | 54        |
| <b>Chapitre 3 – Le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance.....</b>                                                        | <b>57</b> |
| Introduction .....                                                                                                                 | 57        |
| 1. <i>Une quête de reconnaissance.....</i>                                                                                         | <i>57</i> |
| 2. <i>Se reconnaître mutuellement ou coconstruire des places .....</i>                                                             | <i>62</i> |
| 2.1. Une définition interactionnelle de la place .....                                                                             | 63        |
| 2.2. D'une place interactionnelle à une place institutionnelle .....                                                               | 64        |

|                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.3. Les rapports de places dans et hors de l'interaction .....                | 67        |
| 3. <i>De la reconnaissance à la place, de l'interaction au collectif</i> ..... | 70        |
| 3.1. « Je te reconnais pleinement, tu as une place » .....                     | 70        |
| 3.2. « Je ne veux pas te reconnaître et je ne te fais pas de place » .....     | 72        |
| 3.3. « Je te reconnais en partie et tu te places en périphérie » .....         | 75        |
| Synthèse .....                                                                 | 77        |
| <b>Conclusion</b> .....                                                        | <b>79</b> |

## **Deuxième partie - Une enquête ethnographique en milieu hospitalier universitaire belge francophone ..... 81**

### ***Introduction* ..... 83**

### ***Chapitre 4 – Une expérience ethnographique dans un milieu hospitalier* ..... 85**

#### *Introduction* ..... 85

|                                                                                    |     |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. <i>Une démarche ethnographique dans une perspective sociolinguistique</i> ..... | 86  |
| 1.1. Les interactions verbales au cœur de nos préoccupations .....                 | 88  |
| 1.2. Un ancrage contextuel complexe .....                                          | 90  |
| 1.3. Une enquête de terrain ou l'expression d'une subjectivité .....               | 92  |
| 2. <i>La collecte des interactions verbales en milieu hospitalier</i> .....        | 95  |
| 2.1. La préparation de l'enquête .....                                             | 96  |
| 2.1.1. Un questionnaire en ligne ou une familiarisation à plus large échelle ..... | 96  |
| 2.1.2. Un dossier éthique comme clé d'accès au terrain .....                       | 99  |
| 2.1.3. Du tout-venant à des données particulières .....                            | 100 |
| 2.2. L'observation participante, une méthode pas comme les autres .....            | 107 |
| 2.3. Présentation des données du corpus de terrain .....                           | 110 |
| 3. <i>Le traitement des données pour construire le corpus</i> .....                | 113 |
| 3.1. Les données qui ne sont pas « données » (Gaudin 2017) .....                   | 113 |
| 3.2. Une sélection des données pour répondre à notre question .....                | 115 |
| 3.3. La transcription de données brutes et leur anonymisation .....                | 116 |
| 3.3.1. La mise par écrit des interactions verbales enregistrées .....              | 117 |
| 3.3.2. Une anonymisation des données indispensable .....                           | 121 |
| 3.3.3. Les enjeux d'une transcription anonymisée dans le milieu hospitalier .....  | 123 |

#### *Synthèse* ..... 125

### ***Chapitre 5 – La présentation de l'équipe d'hématologie* ..... 129**

#### *Introduction* ..... 129

|                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. <i>S'immerger dans un hôpital universitaire belge francophone</i> .....      | 131 |
| 2. <i>À la découverte d'une unité d'hospitalisation d'hématologie</i> .....     | 133 |
| 2.1. À chaque soin, son espace .....                                            | 133 |
| 2.2. Une prise en charge continue .....                                         | 139 |
| 2.3. Être un professionnel dans une unité d'hospitalisation d'hématologie ..... | 141 |
| 3. <i>Six nouveaux arrivants à la conquête d'une place de soignant</i> .....    | 147 |
| 3.1. Caroline et Serge, deux infirmiers-stagiaires .....                        | 148 |
| 3.2. Paul et Guillaume, deux assistants en médecine .....                       | 150 |
| 3.3. Élisabeth et Jeanne, deux nouvelles infirmières engagées .....             | 153 |

#### *Synthèse* ..... 155

### ***Chapitre 6 – Un cadre analytique composite* ..... 157**

#### *Introduction* ..... 157

|                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. <i>Entrer dans un métier, c'est acquérir des compétences</i> .....       | 158 |
| 1.1. La notion de compétence .....                                          | 159 |
| 1.2. Les compétences professionnelles interactionnelles .....               | 160 |
| 1.3. Se sentir incompetent ou vivre une situation de vulnérabilité .....    | 164 |
| 2. <i>Entrer dans un métier, c'est être accompagné par les autres</i> ..... | 167 |
| 2.1. La notion d'accompagnement .....                                       | 169 |

|                                                                                           |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 2.2. Les situations interactionnelles d'accompagnement .....                              | 171        |
| 2.3. Être accompagné ou vivre une interaction entre vulnérabilité et reconnaissance ..... | 177        |
| 3. <i>Entrer dans un métier, c'est vivre une transition professionnelle</i> .....         | 179        |
| 3.1. La notion de trajectoire .....                                                       | 180        |
| 3.2. Une trajectoire professionnelle située .....                                         | 182        |
| 3.3. Construire une trajectoire fluctuante ou vivre une transition professionnelle .....  | 184        |
| 3.3.1. Une familiarisation au milieu professionnel .....                                  | 186        |
| 3.3.2. Une mise en application assistée .....                                             | 188        |
| 3.3.3. Une forme de reconnaissance .....                                                  | 190        |
| Synthèse .....                                                                            | 193        |
| <b>Conclusion</b> .....                                                                   | <b>197</b> |

## **Troisième partie - Six trajectoires professionnelles situées de soignants nouvellement arrivés .....201**

### ***Introduction*.....203**

### ***Chapitre 7 – Mobiliser ses compétences interactionnelles pour se faire reconnaître .....205***

|                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Introduction</i> .....                                                    | 205 |
| 1. <i>S'adresser à autrui ou ne pas oser l'interpeler</i> .....              | 207 |
| 1.1. Habitudes du collectif soignant .....                                   | 208 |
| 1.2. État des lieux des nouveaux arrivants .....                             | 210 |
| 1.2.1. Serge et Caroline .....                                               | 210 |
| 1.2.2. Paul et Guillaume .....                                               | 212 |
| 1.2.3. Jeanne et Élisabeth .....                                             | 215 |
| 1.3. Compétence d'adresse favorisant ou non la reconnaissance .....          | 215 |
| 2. <i>Faire circuler les informations ou ne pas les donner</i> .....         | 222 |
| 2.1. Habitudes du collectif soignant .....                                   | 222 |
| 2.2. État des lieux des nouveaux arrivants .....                             | 225 |
| 2.2.1. Serge et Caroline .....                                               | 225 |
| 2.2.2. Paul et Guillaume .....                                               | 231 |
| 2.2.3. Jeanne et Élisabeth .....                                             | 240 |
| 2.3. Compétence informationnelle favorisant ou non la reconnaissance .....   | 244 |
| 3. <i>Faire des blagues pour s'intégrer ou ne pas décoder l'humour</i> ..... | 252 |
| 3.1. Habitudes du collectif soignant .....                                   | 252 |
| 3.2. État des lieux des six nouveaux arrivants .....                         | 255 |
| 3.2.1. Serge et Caroline .....                                               | 255 |
| 3.2.2. Paul et Guillaume .....                                               | 256 |
| 3.2.3. Jeanne et Élisabeth .....                                             | 261 |
| 3.3. Compétence humoristique favorisant ou non la reconnaissance .....       | 264 |
| Synthèse : « Quand tu ne sais pas, tu cherches » .....                       | 270 |

### ***Chapitre 8 – Se faire accompagner pour faciliter la reconnaissance .....275***

|                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Introduction</i> .....                                                       | 275 |
| 1. <i>Serge et Caroline</i> .....                                               | 278 |
| 1.1. Acquérir des compétences grâce à la transmission .....                     | 279 |
| 1.2. Mettre en application de manière assistée pour acquérir le bon geste ..... | 280 |
| 1.3. Agir tout en étant accompagné(e) à distance .....                          | 284 |
| 1.4. Progresser vers l'autonomie grâce à l'accompagnement .....                 | 289 |
| 2. <i>Paul et Guillaume</i> .....                                               | 292 |
| 2.1. Acquérir des compétences grâce à la transmission .....                     | 292 |
| 2.2. Mettre en application de manière assistée pour acquérir le bon geste ..... | 296 |
| 2.3. Agir tout en étant accompagné à distance .....                             | 298 |
| 2.4. Progresser vers l'autonomie grâce à l'accompagnement .....                 | 306 |
| 3. <i>Jeanne et Élisabeth</i> .....                                             | 314 |
| 3.1. Acquérir des compétences grâce à la transmission .....                     | 314 |

|                                                                                       |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3.2. Mettre en application de manière assistée pour acquérir le bon geste.....        | 317        |
| 3.3. Agir tout en étant accompagnée à distance .....                                  | 319        |
| 3.4. Progresser vers l'autonomie grâce à l'accompagnement .....                       | 325        |
| Synthèse : « <i>Quand tu ne sais pas, tu demandes</i> » (Lilti 2014) .....            | 329        |
| <b>Chapitre 9 – Six trajectoires entre vulnérabilité et reconnaissances.....</b>      | <b>333</b> |
| Introduction.....                                                                     | 333        |
| 1. La vulnérabilité dans les six quêtes de reconnaissance .....                       | 334        |
| 1.1. Trois trajectoires « vulnérables » .....                                         | 335        |
| 1.2. Des retours en arrière de vulnérabilité possibles chez les reconnus .....        | 340        |
| 1.3. Le caractère dynamique de la vulnérabilité.....                                  | 344        |
| 2. Des reconnaissances particulières et contrastées .....                             | 347        |
| 2.1. Avoir ou ne pas avoir de place : Serge et Caroline .....                         | 348        |
| 2.2. Avoir une place périphérique ou marginale : Paul et Guillaume .....              | 351        |
| 2.3. Avoir une place et y rester ou y renoncer : Jeanne et Élisabeth.....             | 357        |
| 3. Une transition professionnelle pour chacun .....                                   | 363        |
| 3.1. Une trajectoire participative.....                                               | 365        |
| 3.2. Une trajectoire relationnelle.....                                               | 366        |
| 3.3. Une trajectoire contextuelle .....                                               | 367        |
| Synthèse : « <i>Quand tu cherches la reconnaissance, tu en obtiens une</i> » .....    | 368        |
| <b>Discussion conclusive.....</b>                                                     | <b>375</b> |
| 1. Des compétences interactionnelles comme facteurs de reconnaissance .....           | 376        |
| 2. L'accompagnement des nouveaux arrivants comme facilitateur de reconnaissance ..... | 379        |
| 3. Une trajectoire professionnelle située ou une quête de reconnaissance .....        | 382        |
| <b>Conclusion générale .....</b>                                                      | <b>387</b> |
| 1. Un retour sur notre sujet.....                                                     | 387        |
| 2. Quelques limites et apports de notre recherche.....                                | 388        |
| 3. Quelques pistes de recherche .....                                                 | 390        |
| <b>Bibliographie .....</b>                                                            | <b>395</b> |
| <b>Annexes .....</b>                                                                  | <b>415</b> |
| Annexe 1 : Le questionnaire en ligne.....                                             | 415        |
| Annexe 2 : Le dossier pour le Comité éthique.....                                     | 431        |
| 1. La demande d'avis au Comité éthique .....                                          | 431        |
| 2. L'avis provisoire du Comité éthique .....                                          | 435        |
| 3. Notre réponse à l'avis provisoire .....                                            | 436        |
| 4. L'accord final.....                                                                | 445        |
| Annexe 3 : Le consentement éclairé de participation .....                             | 451        |
| Annexe 4 : La fiche descriptive du transcrip-teur .....                               | 453        |

## Introduction générale<sup>1</sup>

Arriver dans un métier et s’y faire une place est une étape que tout nouveau travailleur connaît lorsqu’il entre dans un milieu professionnel. Qu’il soit fraîchement diplômé ou en réorientation professionnelle, le nouvel arrivant doit appréhender, déchiffrer, apprendre et utiliser les règles et les habitudes de ce nouveau milieu de travail. Le choix du terme *étape* pour qualifier l’entrée dans le métier repose non seulement sur l’existence d’autres étapes vécues<sup>2</sup> au travail, comme une promotion ou de nouvelles responsabilités (Dupuy et Le Blanc 2001 : 65), mais aussi sur les facilités et les difficultés que peut rencontrer le nouvel arrivant lors de son arrivée dans le milieu professionnel. En effet, dans un scénario positif, il est bien accueilli par les autres travailleurs et son intégration est vécue agréablement ; dans le cas négatif, il peut être mis en marge du collectif professionnel<sup>3</sup> et souffrir de cette situation d’entrée difficile. Si le manque de compétences peut occasionner une mise en marge, nous postulons que se montrer trop compétent peut également y amener. Dans l’un et l’autre scénario, le nouvel arrivant s’efforce de trouver ses marques dans le nouveau milieu, de comprendre la culture du collectif, les habitudes interactionnelles, etc. Par conséquent, l’entrée dans le métier s’apparente souvent à un passage délicat pour le nouvel arrivant qui doit se rendre acteur de sa reconnaissance tout en étant évalué par les membres du collectif. Si nous n’évoquons que des entrées liées au milieu de travail dans la présente recherche, nous pourrions plus généralement ouvrir la perspective des entrées d’une personne tout au long de sa vie : elle entre à la crèche, elle entre à l’école, elle entre dans une vie de couple, elle entre dans une vie de famille, etc. (Amigues et Zerbato-Poudou 2000 ; Coulon 1997 ; Zazzo 1978). Tout changement de situation sociale peut potentiellement amener à une entrée dans un nouveau milieu ou dans un nouveau collectif dans lequel la personne tente de se faire voir et de s’y créer une place.

---

<sup>1</sup> La référence de l’image de la page de couverture est une partie de la couverture de l’album de bande-dessinée Bercovici, Philippe et Cauvin, Raoul. 2002. *Les femmes en blanc. Perles rares*. Charleroi : Dupuis.

Notre thèse est rédigée en respectant les recommandations orthographiques de 1990. Quant à l’accord en genre, il repose sur le nombre majoritaire d’individus du sexe. Ainsi, si notre échantillon de cadres se compose de plus de femmes que d’hommes, l’accord sera donc au féminin.

<sup>2</sup> Nous faisons référence aux travaux portant sur le « “cours de la vie” » (Super, 1980 ; Elder, 1985) et sur les cycles transitionnels (Nicholson, 1990 ; Fischer, 1993 ; Ruble, 1994) » (Dupuy et Le Blanc 2001 : 65).

<sup>3</sup> Nous entendons par *collectif de travail* ou *collectif professionnel*, un ensemble de professionnels qui œuvrent à une ou plusieurs tâches communes en respectant des règles propres au métier et à l’espace de travail dans lequel ils évoluent (Cuvelier et Caroly 2009 : 61).

## 1. L'entrée dans le métier comme une transition professionnelle

L'entrée dans le métier peut prendre la forme d'un rite de passage. En effet, au cours de sa trajectoire d'insertion, le nouvel arrivant va passer du statut d'externe au collectif, à celui potentiellement d'interne. Il y sera (ou non) intégré. Ce passage peut, dans certaines circonstances, être vécu douloureusement. C'est ce dernier que nous aimerions explorer dans cette thèse, et en particulier les difficultés que le nouvel arrivant peut rencontrer lors de son entrée dans le métier. Le ressenti douloureux peut occasionner de la souffrance chez le nouvel arrivant qui se sent alors vulnérable (Butler 2004, Honneth 2007, Paveau 2017, Ricoeur 2001 et 2004), fragile (Doat et Rizzerio 2020), faible (Payet et Laforgue 2008), exclu (le Blanc 2005 et 2011), déprimé (Dejours 2010 et 2016) ou encore éprouvé (Boltanski et Thévenot 1991). Plus spécifiquement, c'est la notion de vulnérabilité pouvant être provoquée par la situation d'entrée dans le métier qui constitue le cœur de notre étude.

La problématique de l'entrée dans le métier comme un rite de passage pouvant s'avérer douloureux concerne l'ensemble des professions. Nous l'abordons cependant, par cette étude, dans un contexte particulier, celui du milieu hospitalier. Cette sphère de travail se prête particulièrement bien à une telle recherche pour différentes raisons. Tout d'abord, il est déjà au départ le lieu de l'expression et du traitement de la souffrance, de manière générale. De prime abord, cependant, la souffrance est plutôt associée aux patients dans le milieu hospitalier. Pour notre part, nous postulons que les soignants, lors de leur entrée dans le métier, peuvent également vivre une étape qui les rend vulnérables. De nombreux documentaires, séries et films (*Burning out. Dans le ventre de l'hôpital*, de le Maire ; *De chaque instant* de Philibert ; *Hippocrate* de Lilti ; *Médecin de campagne* de Lilti ; *Nina* de Robillard et Rebinsky ; *Première année* de Lilti) mettent d'ailleurs en évidence les difficultés du métier de soignant au quotidien ainsi que l'épreuve que constitue souvent l'entrée dans ce métier. Si du bizutage et de la sélection caractérisent le parcours éducatif des futurs soignants, ils font face également à des brimades, à des remontrances, à des tensions, à la surcharge de travail, au rythme effréné et à l'expérience de la mort quand ils travaillent dans un hôpital. En outre, nous constatons de plus en plus de situations de burnout dans le milieu soignant, notamment parce que nombreux sont les professionnels qui passent plus de temps à l'hôpital qu'au-dehors. Ce mal-être<sup>4</sup> est-il dû,

---

<sup>4</sup> Ce mal-être peut amener au burnout ou plus loin si nous faisons référence à un fait d'actualité marquant : Clara Van Reeth. 8 décembre 2020. « Le destin entravé d'un aspirant médecin ». Dans *Le Soir*. En ligne : [https://plus.lesoir.be/342451/article/2020-12-08/le-destin-entrave-dun-aspirant-medecin?fbclid=IwAR3cp7WyeIuFVDT3DEaRc-5WI1avdpUf-6r8v4Y6rYI7V\\_bA5k46FHThTrs](https://plus.lesoir.be/342451/article/2020-12-08/le-destin-entrave-dun-aspirant-medecin?fbclid=IwAR3cp7WyeIuFVDT3DEaRc-5WI1avdpUf-6r8v4Y6rYI7V_bA5k46FHThTrs) (page consultée le 13 décembre 2020).

entre autres, à un problème d'intégration dans le groupe soignant ? Quels rouages interactionnels amènent à une mise en marge de certains d'entre eux ? Comment vivent-ils, se sentent-ils ou se reconnaissent-ils dans leur profession ?

La double question de la vulnérabilité et de la reconnaissance a pourtant rarement fait l'objet d'attention pour la profession de soignant en particulier. En effet, étant détenteur d'une certaine aura professionnelle, un soignant (infirmier, kinésithérapeute, médecin, etc.) est peu perçu comme une personne pouvant être victime de situations difficiles qui le rendent vulnérable. La tendance, dans les recherches en sciences humaines et sociales, est de s'intéresser à la thématique de la vulnérabilité pour des individus *a priori* socialement plus fragilisés, comme les enfants, les migrants, les femmes et les malades (Alessandrin 2013 ; Botbol Baum 2016 ; Doat et Rizzerio 2020 ; Flores-Lonjou 2019 ; Ghliiss, Paveau et Ruchon 2020 ; Husson 2017). Nous aimerions montrer dans ce travail que cette problématique touche également les métiers, y compris des métiers souvent valorisés socialement, et des professionnels qui ont pourtant un statut reconnu socioprofessionnellement. Faire le détour par ces publics permet de mieux comprendre les cultures de travail, les rapports complexes qui peuvent se nouer dans les contextes professionnels et d'aborder la problématique de l'intégration sous un nouvel angle.

Par ailleurs, la thématique de la vulnérabilité a fait l'objet de nombreuses études dans les sciences humaines et sociales et notamment en éthique, en philosophie, en droit et en sociologie. Ces recherches cependant ont rarement analysé la question de la vulnérabilité en lien avec les transitions professionnelles. Or nous souhaitons comprendre pourquoi l'entrée dans le métier est un moment particulièrement délicat dans une trajectoire d'intégration à un contexte de travail pouvant provoquer des abandons après quelques années de carrière, par exemple.

Traitée dans les champs linguistiques de la psycholinguistique, de la didactique des langues, de la politique linguistique, de la philosophie du langage et de la question du genre, la vulnérabilité n'a pas non plus fait l'objet d'analyse détaillée dans le champ particulier de la sociolinguistique interactionnelle. Certains chercheurs en sciences du langage ont pourtant porté leur attention sur les souffrances que peuvent occasionner des pratiques langagières, telles que la violence verbale (Fracchiolla et al. 2013 ; Moïse et al. 2008 ; Moïse, Meunier et Romain 2015). Ces travaux cependant ont peu, voire pas, porté sur la vulnérabilité linguistique qui peut se jouer dans des interactions verbales et qui peut exister lorsqu'une personne cherche à se faire une place dans un collectif et à s'intégrer dans un groupe. Ces dynamiques cependant sont

courantes même si elles sont peu analysées. Étant donné ce constat, nous aimerions montrer que le passage de nouvel arrivant vulnérable à membre reconnu du collectif relève de dynamiques interactionnelles et qu'une étude sociolinguistique est particulièrement adéquate pour les analyser. C'est dans le jeu des interactions, et plus particulièrement des interactions verbales, que le collectif prépare une place (ou une non-place) au nouvel arrivant, lui octroie une place institutionnelle et le socialise aux pratiques et aux normes du milieu de travail. C'est également dans les interactions que le nouveau professionnel marque sa place et trouve des moyens d'obtenir une place légitime, de se faire connaître ou reconnaître. C'est aussi dans les interactions verbales que le nouvel arrivant, en quête de reconnaissance et d'une place, vivra des situations de vulnérabilité par rapport à ses interlocuteurs et dans l'ordinaire des échanges quotidiens qu'il pourra vivre des situations linguistiques qui l'élèvent ou qui le blessent. Par son étude, le sociolinguiste interactionnel ne doit donc pas se limiter à une attitude dichotomique selon laquelle il y a les nouveaux arrivants qui vivent la vulnérabilité et ceux qui ne la vivent pas. Mais il s'interrogera sur les causes des situations de vulnérabilité vécues par des nouveaux arrivants jusque dans les échanges *a priori* les plus anodins et sur les moyens, comme les compétences interactionnelles, qui peuvent les aider à dépasser cette souffrance, qu'est la vulnérabilité dans les interactions, et à se mettre en quête de reconnaissance.

Le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance n'a pas fait l'objet jusqu'ici d'analyses sociolinguistiques approfondies. Dans cette recherche, ce sont les dynamiques interactionnelles que nous tenterons de capturer en essayant de mettre en évidence qu'un soignant ayant obtenu son diplôme n'a pas une place toute faite qui l'attend dans le milieu hospitalier et qu'il y vivra une sorte de rite de passage caractérisé par la vulnérabilité et la reconnaissance. Nous éclairerons la façon dont les compétences interactionnelles des nouveaux arrivants sont reconnues ou non en tant que « qualifications donnant un droit d'accès [...] à certaines positions sociales », c'est-à-dire à une place reconnue dans l'équipe soignante (Lambert et Veillard 2017 : 80). En effet, il devra, d'interaction en interaction, décoder les règles et les pratiques sociodiscursives de ses interlocuteurs ; il essaiera d'adapter son répertoire et ses compétences interactionnelles en vue d'être reconnu comme quelqu'un de compétent pouvant *in fine* faire partie de l'équipe hospitalière ; et il composera avec les situations de vulnérabilité vécues et les victoires de reconnaissance qu'il obtiendra à l'issue des échanges verbaux avec les autres soignants qui l'accompagneront ou non pour atteindre cet objectif.

## 2. La présentation de notre problématique de recherche

Ce constat d'une souffrance ou d'une tension causée par l'entrée dans le métier nous amène à la présente recherche. Au moyen de cette dernière, nous souhaitons mettre en évidence que trouver sa place et « fonctionner » dans un collectif professionnel ne sont pas deux actions naturelles et évidentes, malgré le diplôme obtenu, mais elles impliquent des « sacrifices » et des négociations.

Notre problématique de recherche s'articule autour du passage de la vulnérabilité à la reconnaissance vécu par des (futurs) professionnels nouvellement arrivés dans un milieu de travail. En nous appuyant sur une approche interactionnelle, nous nous intéressons à la trajectoire professionnelle située de six soignants nouvellement arrivés dans une unité d'hospitalisation d'hématologie d'un hôpital universitaire belge francophone. Notre attention se porte sur leur entrée dans ce milieu professionnel et sur leurs interactions verbales avec les membres expérimentés de cette unité de soins. Pratiquement, nous avons réalisé une enquête ethnographique de terrain de mai 2016 à juillet 2017 afin de collecter les interactions verbales des soignants et plus particulièrement, celles des professionnels en phase d'entrée dans l'équipe. Après les avoir recueillies à l'aide d'une observation participante, nous avons organisé les données en les anonymisant afin de respecter le secret professionnel, omniprésent dans le milieu de la santé. La perspective analytique adoptée pour traiter les données est triple : interactionnelle, accompagnée et longitudinale. La perspective est interactionnelle parce que le passage de la vulnérabilité vers la reconnaissance n'est possible, selon nous, que par les échanges entre le nouvel arrivant et les soignants expérimentés qui sont membres de l'unité de soins. Ce souci pour les interactions trouve son origine dans l'ancrage de cette recherche en sociolinguistique interactionnelle. En outre, nous postulons que l'accompagnement d'un nouvel arrivant par un expérimenté est un moyen pour le premier de sortir de la vulnérabilité s'il est aidé efficacement par le second. Quant au caractère longitudinal, il repose sur notre volonté d'analyser l'entrée dans le métier comme une trajectoire professionnelle située, composée d'épisodes amenant à la reconnaissance soit de façon linéaire, soit avec des détours et des bifurcations lorsqu'elle n'aboutit pas à un échec de la reconnaissance, voire même au retrait de la personne du collectif.

Cette triple perspective analytique pour éclairer les interactions verbales entre les nouveaux arrivants et les membres d'une équipe professionnelle permet – du moins nous en faisons l'hypothèse – de (1) comprendre pourquoi la phase d'entrée dans un métier, tel que celui

de soignant, est un rite de passage pouvant être douloureux, de (2) mettre en lumière des trajectoires archétypiques (linéaires, en dents de scie, interrompues, ratées ou réussies) de professionnels nouvellement arrivés pour analyser d'autres situations d'entrée dans un milieu similaire ou différent, de (3) proposer des pistes de réflexion pour accompagner les situations de vulnérabilité et consolider le passage positif vers le milieu professionnel et de (4) faciliter l'accueil des nouveaux (pour une courte ou une longue durée) et l'intégration dans un milieu professionnel qui est changeant, voire très changeant dans notre cas.

Pour atteindre ces quatre objectifs, nous tenterons dans cette dissertation doctorale de répondre à la question de recherche suivante : **quelles compétences interactionnelles les nouveaux arrivants mobilisent-ils lors de leurs échanges verbaux avec les soignants expérimentés de l'unité d'hospitalisation d'hématologie afin de passer d'une situation de vulnérabilité, provoquée par l'entrée dans le métier, à une reconnaissance et à l'octroi d'une place dans le collectif professionnel ?** Cette question peut être déclinée en trois sous-questions qui nous ont guidée dans notre recherche. Premièrement, comment un nouvel arrivant peut-il être reconnu par et pour ses compétences interactionnelles mises en œuvre lors de ses échanges avec les membres de l'équipe soignante ? Nous mettons donc l'accent sur la dynamique interactionnelle qui est indispensable, selon nous, pour le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance. Deuxièmement, quelles formes d'accompagnement par les soignants expérimentés peuvent aider les nouveaux arrivants dans leur quête de reconnaissance ? La contribution des premiers dans le passage vers la reconnaissance des seconds ne sera pas laissée de côté et elle prendra la forme de situations interactionnelles d'accompagnement. Et troisièmement, comment les nouveaux arrivants, au fil des interactions et des différentes places interactionnelles qu'ils y occupent par rapport à leurs interlocuteurs, qui sont des soignants expérimentés, font-ils évoluer leur positionnement de façon à favoriser leur reconnaissance et leur insertion ? Nous insistons sur la trajectoire qui se dessine non seulement d'interaction en interaction entre le nouvel arrivant et un expérimenté, mais aussi à la suite de multiples échanges avec les membres du collectif. Nous adopterons donc un point de vue local et global pour aborder le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance.

### 3. La structure de la thèse

Notre dissertation se compose de trois parties, si nous faisons exception des introduction et conclusion générales : le cadre théorique, la méthodologie et l'analyse des trajectoires de six professionnels nouvellement arrivés. Chaque partie suit la même organisation générale : elles

sont chacune constituées de trois chapitres précédés d'une introduction et suivis d'une conclusion. Un chapeau annonce les objectifs de chaque chapitre qui sont également construits sur le rythme de trois parties constitutives. Des synthèses clôturent chaque chapitre afin de mettre en exergue les points à retenir pour la suite du raisonnement.

La première partie est l'occasion de planter le décor théorique et de passer en revue la littérature concernant la vulnérabilité et la reconnaissance. Pour ce faire, nous adoptons une présentation en entonnoir de nos concepts théoriques allant d'un ancrage général à leur articulation en vue de l'analyse. Le premier chapitre place le cadre de notre recherche, à savoir la question de l'entrée dans le métier comme une expérience de la vulnérabilité. Avec le deuxième chapitre, nous proposons notre point de vue interactionnel sur la vulnérabilité linguistique mise en lien avec la reconnaissance. Nous nous interrogeons également sur le fait que la prise de parole d'un locuteur ou sa réception peut blesser ou fragiliser. Quant au troisième chapitre, il laisse déjà entrevoir le cadre analytique par l'articulation explicite des vulnérabilité et reconnaissance comme un passage pour le nouvel arrivant.

La deuxième partie se compose également de trois chapitres. Si le quatrième chapitre est une présentation méthodologique « classique » d'une enquête ethnographique, le cinquième chapitre nous permet de laisser la place à l'équipe soignante de l'unité d'hospitalisation d'hématologie ainsi qu'aux six soignants nouvellement arrivés sélectionnés dans le cadre de notre recherche. Quant au sixième chapitre, il a comme objet les trois outils analytiques que sont les compétences interactionnelles, les situations interactionnelles d'accompagnement et la trajectoire professionnelle située. Nous les détaillerons en ancrant les outils dans notre approche sociolinguistique et interactionnelle.

La troisième et dernière partie est une entrée au cœur du corpus et des analyses afin de comprendre la trajectoire des nouveaux arrivants choisis. Pour illustrer celles-ci, nous recourons à des extraits d'interactions verbales transcrites et anonymisées. Le septième chapitre est centré sur trois compétences interactionnelles utilisées par les nouveaux arrivants, qui leur permettent soit d'obtenir de la reconnaissance, soit d'être blessés par leurs usages ou par la réaction de leur interlocuteur. Le huitième chapitre fait état des accompagnements vécus par les nouveaux arrivants et menés par des membres de l'équipe soignante pour montrer en quoi la supervision peut être un moment d'amenuisement de la vulnérabilité ou au contraire, de renforcement de celle-ci. Et le neuvième et dernier chapitre est l'occasion de tracer les trajectoires

professionnelles situées de chacun des six nouveaux arrivants et de comprendre l'issue de leur quête de reconnaissance mise en lien avec la place qu'ils ont construite dans le collectif professionnel. Outre les six trajectoires, nous reviendrons sur le concept de vulnérabilité et son lien avec l'entrée dans le métier.

Si ce plan semble linéaire, le travail de thèse que nous avons mené a fait l'objet d'une oscillation constante entre le terrain et le cadre théorique, que nous avons tenté de rendre cohérente. Ce mouvement peut se comprendre par le paradigme qualitatif dans lequel s'insère cette recherche. En effet, les raisonnements ainsi que les choix théoriques, méthodologiques et analytiques sont le fruit d'un va-et-vient constant entre le milieu de travail, les interactions verbales collectées et les travaux antérieurs à cette dissertation doctorale.

## Première partie

L'entrée dans le métier ou le passage d'une situation de vulnérabilité à la quête de reconnaissance





## Introduction<sup>5</sup>

L'entrée dans le métier est une étape de la vie d'une personne qui peut lui faire vivre de la vulnérabilité. Celle-ci est peu abordée en linguistique, contrairement à la philosophie, la sociologie et l'éthique qui l'ont étudiée de manière plus approfondie. Or, nous remarquons qu'une approche interactionnelle de cette notion nous permet de comprendre comment un nouvel arrivant essaie d'entrer et de trouver sa place dans un collectif. Cette entrée, nous la considérons comme un passage d'une vulnérabilité vécue à une reconnaissance recherchée. La vulnérabilité sera étudiée en lien avec la reconnaissance des compétences d'une personne qui souhaite entrer dans un métier et y trouver sa place. C'est dans l'interaction verbale qu'une personne pourra être reconnue et sortir d'une situation de vulnérabilité. Afin de mieux comprendre, et éventuellement d'aider à accompagner la transition professionnelle, nous étudions la vulnérabilité que peuvent vivre de nouveaux travailleurs en quête de reconnaissance.

Pour analyser les interactions verbales de nouveaux arrivants d'un milieu professionnel, nous développons, dans cette première partie, le cadre théorique et notionnel en trois étapes. Premièrement, nous expliciterons en quoi l'entrée dans le métier pour un nouvel arrivant peut être une expérience de la vulnérabilité, et pas nécessairement une expérience positive d'intégration. Le premier chapitre est l'occasion de situer la vulnérabilité dans les recherches en sciences humaines et sociales. Deuxièmement, nous détaillerons notre traitement particulier de la vulnérabilité : elle est ancrée dans un point de vue linguistique ; elle est étudiée dans les interactions verbales en milieu professionnel ; et elle est mise en lien avec la reconnaissance. Et troisièmement, nous expliquerons en quoi l'entrée dans le métier peut être considérée comme un passage de la vulnérabilité à la reconnaissance.

Notre exposé théorique en trois chapitres se compose également de différentes synthèses intermédiaires nous permettant de mettre en évidence les points essentiels pour la suite de l'exposé et pour la compréhension des notions.

---

<sup>5</sup> La référence de l'image de couverture est la suivante : Hubin, Jean-Pierre (éd.). 2015. « Accueillir les enseignants débutants ». En ligne : [enseignement.be/download.php?do\\_id=11918](https://enseignement.be/download.php?do_id=11918) (page consultée le 15 juillet 2020).



## Chapitre 1 – L'entrée dans le métier, une expérience de vulnérabilité<sup>6</sup>

Ce chapitre contient les bases de notre recherche, c'est-à-dire comment nous en sommes venue à adopter la vulnérabilité comme concept-clé pour expliquer l'entrée dans le métier. Autrement dit, nous nous efforçons de mettre en évidence le lien entre la vulnérabilité et l'épreuve de l'arrivée dans un nouveau milieu pour un professionnel.

### Introduction

L'entrée dans le métier n'est pas une situation inédite dans les recherches en sciences humaines et sociales. Néanmoins, nous décidons d'adopter un regard singulier et issu des travaux de la psychodynamique du travail (Dejours 2016). De fait, nous concevons l'entrée dans le métier comme une étape pouvant provoquer de la souffrance chez le professionnel qui la vit (Lamamra et Duc 2013). Nous précisons ce qui nous a amenée à choisir la vulnérabilité plutôt que la souffrance ou la faiblesse, par exemple, en abordant trois questions : en quoi l'entrée dans le métier est-elle un rite de passage ? En quoi ce passage peut-il être douloureux pour certains professionnels ? Et en quoi l'entrée dans le métier est-elle une expérience de vulnérabilité ?

### 1. L'entrée dans le métier comme un rite de passage

*Un métier est avant tout « une visée d'action sur le monde » (Rey, 2006), un engagement physique et moral (Kunégel 2011 : 143).*

L'entrée dans le métier a fait l'objet de nombreuses recherches en sciences humaines et sociales (Dupuy et Le Blanc 2001 : 62) et elle fait l'objet de différentes approches : sociologique, psychologique, etc. En effet, l'entrée dans le métier est une étape de la vie qui peut être associée à la socialisation comme à l'identité, qui sont deux paradigmes des sciences humaines et sociales, parce qu'elle est une « période d'initiation ou d'accommodation » lors de laquelle toute personne s'adapte, adapte ses savoirs et compétences dans une situation particulière, un milieu professionnel (Alava et Clanet 2000 : 545 ; Dupuy et Le Blanc 2001 : 65). En effet, l'entrée dans le métier est une situation intermédiaire, une situation de passage d'un état A à un état B, qui est définitoire de l'identité d'un individu et qui n'est possible que grâce aux interactions entre ce dernier et les membres du collectif professionnel (Balleux et Perez-Roux 2016 : 101 ; Lafont, Foucart et Pariat 2016 : 10). Cette idée de passage trouve son

---

<sup>6</sup> Ce titre est un clin d'œil à l'article de Lamamra et Duc (2013).

origine dans le fait que l'intégration dans un collectif de travail ne se fait pas dès l'arrivée de la personne ; elle n'est pas automatique même si cette dernière a obtenu un diplôme. Pour pouvoir entrer, elle devra acquérir

*des « attributs requis » pour l'exercice de la profession – constituants nécessaires, mais non suffisants de l'identité professionnelle – et [...] des standards de conduite du groupe auquel on souhaite s'intégrer (Laforest 2009 : 60).*

L'entrée dans le métier peut donc être étudiée comme une « forme de socialisation au travail » (Lamamra et Duc 2013 : 65) ou comme une étape de construction de l'identité d'une personne. Ces deux approches sont centrées sur deux notions-clés des recherches, entre autres, en sociolinguistique, à savoir la socialisation et l'identité. Elles ne seront pourtant pas au cœur de notre réflexion, mais elles en seront la toile de fond parce que nous recourons à certaines de leurs caractéristiques, comme la notion de place.

À la suite de son arrivée dans le milieu professionnel, le nouveau travailleur s'efforce de trouver ses marques par rapport aux autres et par rapport aux règles et valeurs du collectif. Cette familiarisation n'est pas aisée, mais elle est nécessaire pour pouvoir agir et interagir dans le milieu. Si le nouvel arrivant est acteur de son entrée, cette dernière est dépendante également des membres du collectif professionnel. De fait, ils évaluent les usages du nouveau sur leur adéquation ou non avec leurs us et coutumes. Si nous adoptons un point de vue plus global, l'arrivée d'un nouveau doit être accompagnée, dans le collectif, de la volonté de lui laisser une place ou plutôt de lui faire une place parmi ses membres. En fonction de leur évaluation et de leur accord de laisser une place, l'entrée dans le métier peut être une situation vécue positivement ou négativement par le nouvel arrivant. Ce double scénario repose sur le fait que le nouvel arrivant peut rencontrer, lors de son arrivée dans le milieu professionnel, des facilités ou des difficultés dans sa familiarisation et dans l'évaluation des membres du collectif. Dans le scénario positif, l'entrée est vécue agréablement : le nouvel arrivant est accueilli par les travailleurs et intégré petit à petit grâce à une familiarisation et à une reconnaissance progressives (Beckers et De Lièvre 2010 : 11). Dans le scénario négatif, l'entrée dans le métier s'apparente à l'expérience de la souffrance (Lamamra et Duc 2013 : 65) parce que le nouveau n'est pas considéré par les professionnels et parce qu'il a du mal à trouver ses repères pour (inter)agir. C'est sur ce second scénario que porte la présente recherche.

La souffrance est expérimentée par un travailleur lors de l'entrée dans un métier. Elle est une étape ou une sorte de « parcours initiatique » qu'il devra dépasser (Lamamra et Duc 2013 : 77). Une transition se produit donc tel un passage d'un « univers » à un autre, qui se caractérise par la rencontre entre les *a priori* sur le métier du nouvel arrivant et la « culture

professionnelle »<sup>7</sup> de l'environnement de travail (Gajo 2004 : 1-2). Et cette rencontre impliquant une déconstruction et une reconstruction de soi en lien avec les autres (Balleux et Perez-Roux 2016 : 103) peut occasionner de la souffrance.

L'expérience de la souffrance dans le monde du travail est un paradigme de la psychodynamique du travail<sup>8</sup> (Lamamra et Duc 2013 : 67). Selon Dejours, père de cette discipline, la souffrance peut être provoquée, entre autres, par la non-reconnaissance<sup>9</sup> des compétences d'une personne « par les pairs ou la hiérarchie » qui nient « la créativité, la singularité du travailleur » (Loriol 2006 : 233-234). La souffrance provoquée peut prendre différentes formes : elle est sociale, morale, mentale et physique (Lamamra et Duc 2013 : 67 ; Loriol 2006 : 233). La souffrance **sociale** « résulte de conditions de travail dégradantes pour l'individu » et des relations de conflit ou de désaccord (Loriol 2006 : 233) ; la souffrance **morale**, elle, peut être issue d'une inadéquation entre les convictions du travailleur et le fonctionnement du système professionnel qu'il doit respecter et utiliser. L'employé est face à une « distorsion entre ses propres valeurs et ce [...] [qu'il] est amené à faire dans le cadre d'une activité professionnelle » (Lamamra et Duc 2013 : 67). La souffrance **mentale** est causée, entre autres, par une « tension entre les contraintes du travail [...] et les stratégies mises en œuvre par les travailleurs et les travailleuses pour y faire face. La souffrance prend donc naissance dans le rapport au travail » (Lamamra et Duc 2013 : 67). Quant à la souffrance **physique**, elle est de l'ordre de l'atteinte corporelle d'une personne par la rudesse du travail, par exemple.

Notre recherche ne portera pas sur la souffrance dans ses formes physique et mentale (comme le burn-out ou le stress), mais sur une souffrance qui peut être sociale ou morale. En effet, « notre » souffrance est produite par des relations au travail difficiles ou par « une forme de désillusion, de désenchantement face au monde du travail » (Lamamra et Duc 2013 : 70). Le caractère social de la souffrance nous semble important dans la quête d'une place dans le métier. Une cause de ce type de souffrance dans le monde du travail est la présence d'un « *esprit de corps* » au sein du collectif professionnel. Celui-là est une sorte de « relation très profonde [...] [entre] les collègues [...] [qui] s'appuie sur des caractéristiques comme le contrôle de

---

<sup>7</sup> Nous reprenons le terme de « culture professionnelle » à Gajo parce qu'elle est un outil pour comprendre l'institution qui se caractérise par « des codes, des valeurs [explicites et implicites] et des tâches qui lui sont propres » ainsi que des relations particulières entre les professionnels (2004 : 1).

<sup>8</sup> La psychodynamique du travail est l'« étude des processus psychiques mobilisés par la confrontation à la réalité du travail » (Loriol 2006 : 233). Son objet d'étude est la souffrance du point de vue « de son contenu, de sa signification, et de ses formes » (Dejours 2016 : 21).

<sup>9</sup> Nous pouvons avoir un raisonnement inverse en considérant la reconnaissance par autrui comme un moyen d'éviter la souffrance ou potentiellement de la soigner (Labounoux 2006 : 40), comme nous l'avons proposé dans le scénario positif.

l'accès au métier » (Strauss 1992 : 77). L'entrée est donc une étape sociale difficile. Sans l'intervention d'un ou de plusieurs membres du collectif professionnel, l'intégration semble compliquée ou douloureuse. De fait, nous considérons l'entrée dans le métier comme interactionnelle, c'est-à-dire qu'elle est rendue possible par l'intervention d'autrui et pas seulement parce que le nouvel arrivant a le titre requis, par son diplôme notamment (Laforest 2009 : 60). Un second facteur de souffrance sociale, et potentiellement morale, réside dans « les compétences langagières » à l'écrit et à l'oral en tant que « condition d'accès » au métier (Boutet 2001 : 38). La mise en défaut ou la non-reconnaissance des « habiletés verbales » (Boutet 2001 : 36) d'une personne peut contribuer à sa souffrance. Quant à la souffrance morale, elle repose sur une transgression ou un non-respect des valeurs du nouvel arrivant lors de ses (inter)actions dans le milieu professionnel.

En fonction du type de souffrance produite par l'entrée dans le métier, le nouvel arrivant peut ressentir de la fragilité, de la faiblesse, de la précarité professionnelle, de l'insécurité, de la perte d'autonomie, de l'absence de capacité, de l'impuissance, de la pauvreté, de la non-empathie, de l'anxiété, de la maltraitance, de l'incertitude, de la dépendance, de l'épuisement, de la vulnérabilité, etc. Mais qui est ce nouvel arrivant qui souhaite entrer dans le métier ?

L'entrée dans le métier est une étape qui peut être vécue par des futurs professionnels en stage, par des professionnels diplômés « fraîchement sortis des organismes de formation » ou par des professionnels qui changent de milieu de travail ou qui se réorientent vers une autre profession (Beckers et De Lièvre 2010 : 12). Un quatrième type de personnes peut souhaiter entrer dans le métier : celles qui ont quitté momentanément leur métier et qui y reviennent après un laps de temps, plus ou moins long. Qu'ils soient « débutants » dans le monde du travail, « continuants » ou réorientés, ou encore « reprenants », les nouveaux arrivants peuvent se sentir en souffrance et vivre difficilement l'entrée dans le métier (Beckers et De Lièvre 2010 : 12).

## 2. L'entrée dans le métier comme un passage douloureux

Nous considérons l'entrée dans le métier comme une étape qui peut être vécue par une personne comme un passage douloureux afin de se faire une place dans le collectif professionnel. En effet, l'entrée dans le métier, ou du moins dans un nouveau milieu professionnel, peut prendre différentes formes : une épreuve, une exclusion, une rupture ou un « choc de la réalité » (Nault 1993). Quant à la personne qui vit cette étape, elle peut se sentir éprouvée, exclue, fragile, précaire, faible, déprimée ou vulnérable. Afin d'aborder l'entrée dans

le métier comme un passage douloureux, nous centrerons notre réflexion sur la vulnérabilité que nous définirons en clôture de cette section.

### 2.1. Les causes du passage douloureux

En tant qu'**épreuve**, l'entrée dans le métier se caractérise par une transition professionnelle identitaire. La volonté d'une personne d'entrer dans un collectif de travail peut occasionner une incongruité et donc constituer une épreuve. Cette dernière est à comprendre selon la conception de Boltanski et Thévenot, à savoir qu'elle est « un *litige*, c'est-à-dire un désaccord sur les grandeurs des personnes, et donc sur le caractère plus ou moins juste de leur distribution dans la situation » (1991 : 168). En tant qu'épreuve, le désaccord pourra provoquer de la vulnérabilité chez la personne qui souhaite entrer et dont le souhait n'est pas toujours bien reçu par les membres du collectif.

Le droit d'entrée dans le collectif réduit la personne soit à un sujet admissible ou à « un sujet inadmissible, pathologique, qui n'a pas réussi à s'acquitter du droit de péage qui lui permettrait de rester sur la bonne voie ou d'entrer dans une aire admise » (le Blanc 2011 : 25-26) et de s'y créer une place. L'angoisse et la privation de place d'un être exclu peuvent être présentes lors de l'étape d'entrée dans le métier d'une personne. L'**exclusion** est prise dans son sens étymologique (*excludere*) de ne pas laisser entrer, de ne pas admettre. Une telle situation provoque chez l'individu une « angoisse de ne pas être », voire le fait de se sentir « un être de nulle part » (le Blanc 2011 : 11-12).

Un troisième ressenti pourrait être une **rupture** ou un **choc de la réalité** (Nault 1993) entre l'avant de l'entrée et l'étape de l'entrée dans un collectif. Une transition se produit tel un passage d'un « univers » à un autre, qui ne se caractérise pas par un trajet d'un avant à un après, mais par une continuité des *a priori* sur le métier (le « métier rêvé », comme le qualifie Balleux et Perez-Roux [2016 : 103]) ainsi que des us et coutumes de l'environnement précédent (l'école, l'université, l'autre espace professionnel), et par une discontinuité, une rupture, une remise en question des routines et des règles précédemment apprises (González-Monteagudo 2016 : 112 ; Angelo 2010 : 68). La continuité et la discontinuité ne sont pas juxtaposées, mais imbriquées l'une dans l'autre ; elles se « renvoient l'ascenseur » pour que la personne arrive à construire sa transition personnelle sur les plans de l'image de soi, des compétences, des rôles, des valeurs, des règles et des *a priori*. Cette transition peut être caractérisée par la souffrance à la suite de la rencontre des membres du collectif professionnel ou à cause d'un « ébranlement » de ses préconceptions. Sans l'intervention d'un ou de plusieurs membres du collectif professionnel,

l'intégration semble compliquée ou douloureuse. En effet, l'individu qui souhaite entrer dans le métier se sent dépersonnalisé de son expérience personnelle au profit d'une perspective collective (Roca i Escoda 2008 : 37 et 42 ; Vallin 2008 : 51). Cette dépersonnalisation peut être vue comme une sorte de « renoncement au particulier », à certaines préconceptions et certains idéaux, pour permettre une solidarité envers les membres du métier (Boltanski et Thévenot 1991 : 237), comme une sorte d'« aliénation » de soi pour les autres (Linhart 2010 : 116-118). Néanmoins, les traits propres d'une personne ne sont pas « annulés » par la dépersonnalisation. De plus, l'entrée dans le métier ne repose pas sur une uniformisation de l'individu et elle n'impose pas son uniformité au collectif (Honneth 2007 : 74-75). Cette idée est empruntée à Wenger pour qui « l'homogénéité n'est ni une condition ni un produit de la formation d'une communauté » (2005 : 85) qui restera caractérisée par des individus capables de respecter ses règles et valeurs, mais chacun à leur manière. Malgré cet équilibre entre personnalisation et dépersonnalisation, continuité et discontinuité, l'entrée dans le métier peut être vécue comme une rupture par le nouvel arrivant.

## *2.2. Les conséquences sur le nouvel arrivant*

Si l'entrée dans le métier est un passage douloureux causé par une épreuve, une exclusion, une rupture ou un choc de la réalité, le nouvel arrivant, lui, peut ressentir de la souffrance lors de cette étape. Il peut se sentir **éprouvé** ou **exclu** parce qu'il ne trouve pas sa place au sein du collectif professionnel (le Blanc 2011 : 13), ou même **choqué**, voire **déprimé**, par la discordance entre ses préconceptions du métier et la réalité.

Il peut également se sentir **fragile**, **précaire** ou **faible**. Les deux premiers qualificatifs renvoient à deux objets de nombreuses recherches en sciences humaines et sociales que sont la fragilité et la précarité. L'une et l'autre sont utilisées, dans ces travaux, comme une caractéristique intrinsèque d'un individu. La fragilité est un « manque de solidité ou de stabilité » chez une personne ou chez un objet (Doat et Rizzerio 2020 : 8) alors que la précarité est un manque caractérisant une personne du point de vue de sa situation socioéconomique. Quant à la faiblesse, elle est fréquemment définie comme un état d'une personne « marquée par l'impuissance impliquée par la domination<sup>10</sup> » (Ghliiss, Paveau et Ruchon 2020), comme la

---

<sup>10</sup> Contrairement à de nombreuses études en sociologie et en sociolinguistique, nous n'aborderons pas la question de la vulnérabilité dans une logique de domination. Nous ne souhaitons pas appréhender les situations de vulnérabilité comme étant liées à des mécanismes de domination ni insérées dans un jeu de domination ou dans une relation de pouvoir (Payet et Laforgue 2008 : 11 ; Sang Ong-Van-Cung 2010 : 127), parce que nous ne qualifierons pas les personnes étudiées comme étant dominantes ou dominées lors de leurs interactions au travail (Payet et Laforgue 2008 : 10). Ce traitement particulier repose, entre autres, sur la conception de Dejours (2010 :

fragilité et la précarité. Cependant, nous pouvons également la définir comme un processus sur la base des travaux de Payet et Laforgue (2008 : 9-25). Cette seconde acception permet de considérer les personnes en situation de faiblesse comme capables d'en sortir. Elles sont donc considérées comme des « acteurs faibles » (Payet, Giuliani et Laforgue 2008). Autrement dit, la faiblesse est un « processus permettant l'émergence de capacités » chez la personne qui la vit (Ghliss, Paveau et Ruchon 2020).

La personne peut se sentir **vulnérable**. En faisant référence à l'étymologie latine du terme (*vulnus*), nous définissons la vulnérabilité comme l'exposition à une forme de blessure (Fiasse 2015 : 10). La blessure peut être physique, morale, psychique ou sociale et provoquée par autrui ou par une situation vécue, comme c'est le cas de l'entrée dans le métier.

### 2.3. Un passage douloureux ou l'expérience de la vulnérabilité

Dans cette section, nous décidons de traiter l'entrée dans le métier comme pouvant provoquer de la vulnérabilité chez la personne qui la vit. En effet, celle-là est, selon Ghliss, Paveau et Ruchon (2020), une

*« potentialité à être blessé » (Soulet 2005 : 25), c'est une notion universelle relationnelle et contextuelle (nous ne sommes vulnérables que dans un contexte donné) et réversible (sur laquelle on peut donc agir).*

Nous ne souhaitons donc pas la réduire à un état d'une personne, à « une condition affectant tous les vivants, et cela bien avant que des circonstances accidentelles ne conduisent ceux-ci

---

127) : l'étude de la vulnérabilité relève du sujet alors que celle de la domination, de la société. Si le sujet et la société sont liés dans notre approche sous la forme du professionnel et du milieu du travail, nous mettons l'accent sur le versant du sujet, et donc de la vulnérabilité. De fait, la question du collectif n'est pas au centre de nos propos. Nous rejetons également la description des relations entre les interactants au moyen du paradigme de la domination parce que nous ne voulons pas recourir à une « asymétrie [...] des ressources légitimes entre les acteurs » ni à la « subordination » de leurs actions (Laforgue 2008 : 166). Ce choix repose sur le fait que le concept de *domination* ne permet pas de comprendre ni de décrire toutes les relations interactionnelles qui sont vécues par les professionnels observés et qui ne sont pas nécessairement marquées par le sceau de la domination. Notre prise de position est critiquable parce que nous constatons que dans de nombreuses études, comme celle de Bétrémieux, la vulnérabilité est définie comme

*la marque commune à toute personne en situation de dépendance, mais aussi comme l'une des dimensions constitutives de l'essence des êtres vivants et de leur milieu. La caractérisation du concept de vulnérabilité trouve sa source dans des domaines où l'homme interagit, soit avec ses semblables, soit avec son environnement (2010 : 174).*

La notion de « dépendance » évoquée par Bétrémieux, nous ne la percevons pas comme une forme de domination, mais comme une caractéristique d'une interaction verbale. En effet, la prise de parole du locuteur dépend non seulement de son interlocuteur et de la relation qui les unit, mais aussi du contexte sociointeractionnel. Notre logique suit celle de Levinas : « l'être de l'homme ne se dit pas uniquement dans le vocabulaire du pouvoir et de l'activité » (Maillard 2020 : 47), mais aussi dans le vocabulaire de la vulnérabilité et des compétences qu'il peut mobiliser pour atteindre une certaine reconnaissance, voire une certaine autonomie.

dans l'état d'êtres "blessés" », comme le sont la fragilité et la précarité<sup>11</sup> (Doat et Rizzerio 2020 : 9). Nous l'aborderons comme suscitée par un événement particulier et comme n'étant pas une fin en soi. La vulnérabilité est donc un possible vécu par une personne lors de son entrée en relation avec un ou plusieurs professionnels dans le contexte de travail précis (fait de règles, de valeurs et de hiérarchies), possible amenant, dans certains cas, à une exclusion de la personne par rapport à autrui. Nous ne réduisons pas pour autant la personne vulnérable à un être exclu, « sans place ».

Proposer une définition générale de la vulnérabilité n'est pas une tâche aisée (Doat et Rizzerio 2020 : 8). Néanmoins, pour percevoir ce que nous entendons par vulnérabilité et pour l'appréhender linguistiquement dans la suite de notre dissertation, nous avons eu besoin de la différencier d'autres concepts qui lui sont proches, comme la faiblesse et la précarité, et de proposer une définition accompagnée des caractéristiques qui nous ont amenée à sélectionner le terme « vulnérabilité ». Notre intérêt pour la vulnérabilité repose sur le fait que nous ne la considérons pas comme une fatalité de l'entrée dans le métier, mais comme un

*signe que quelque chose ne fonctionne pas, et en ce sens, il est plus utile de la considérer comme un indicateur que comme un « coup du sort » [...]. En effet, pour nous, la [vulnérabilité][...] n'est jamais qu'un symptôme qui révèle que nous ne sommes pas à notre place : soit dans le rapport à l'autre, soit dans nos conditions de travail elles-mêmes, ou encore parce que ce que nous faisons n'a pas de sens et ne correspond à rien de cohérent. [...] Ainsi, la [vulnérabilité][...] pourrait plutôt être perçue comme notre alliée, en quelque sorte. Un révélateur témoignant à quel point nous ne sommes pas à notre place [...] dans notre façon de rencontrer le monde (Allais et Goutman 2012 : 31-33).*

Au-delà de l'expérience de la transition comme fragilité ou comme blessure, nous pensons que l'arrivée d'un nouveau professionnel dans un collectif de travail peut également entraîner une blessure ou une fragilité chez ses membres. En effet, non seulement ces derniers voient surgir un professionnel extérieur à leur milieu, mais aussi celui-ci tente d'y entrer au moyen d'échanges verbaux avec eux (Zielinski 2011 : 92). Même si nous nous focalisons sur le nouvel arrivant, nous reviendrons sur l'interaction comme une situation de vulnérabilité potentielle pour les interlocuteurs.

---

<sup>11</sup> Nous étudions la vulnérabilité et non la fragilité en tant que « manque de solidité ou de stabilité » d'une personne ou d'un objet (Doat et Rizzerio 2020 : 8). Nous jugeons comme inapproprié de qualifier un objet comme vulnérable étant donné que l'issue de la vulnérabilité n'est pas nécessairement la destruction (Doat et Rizzerio 2020 : 9), contrairement au caractère fragile d'un élément. En ce qui concerne la précarité, elle partage avec la vulnérabilité le fait d'être étudiée dans un contexte particulier. Néanmoins, le caractère contextuel commun à ces deux notions les distingue parce que nous les associons à des considérations différentes : la précarité est souvent évoquée dans des situations socioéconomiques, alors que la vulnérabilité l'est dans des situations sociodiscursives.

### 3. L'entrée dans le métier comme une situation de vulnérabilité

La vulnérabilité est une notion présente dans les recherches<sup>12</sup> en éthique et en philosophie depuis les années 1980 (Maillard 2020 : 33). Durant le XXI<sup>e</sup> siècle, la notion est devenue un paradigme de plus en plus important dans ces deux disciplines ainsi qu'en sociologie et en politique (Ghliiss, Paveau et Ruchon 2020). Dans ces quatre champs disciplinaires, la vulnérabilité a « détrôné », notamment, la pauvreté et la justice sociale (Paveau 2017 : 136 ; Ghliiss, Paveau et Ruchon 2020). Cette « montée en puissance » de la notion, au détriment d'autres, trouve sa source dans une nouvelle manière d'aborder l'individu. En effet, selon Paveau, la notion de vulnérabilité permet aux chercheurs du XXI<sup>e</sup> siècle de « penser ou repenser à nouveaux frais la subjectivité » (2017 : 137). Pour ce faire, certains d'entre eux l'étudient en dialogue avec les « capabilities » comme Nussbaum et Amartya ; d'autres, comme Honneth, s'intéressent indirectement à la vulnérabilité en traitant de la reconnaissance (Paveau 2017 : 137). Nous ne citons que ces deux approches de la vulnérabilité parmi d'autres. Cette restriction repose sur notre conception de la vulnérabilité, qui fera l'objet du deuxième chapitre.

Afin de justifier notre choix de la vulnérabilité, nous la situons dans les sciences humaines et sociales, plus particulièrement dans quatre disciplines : l'éthique, le droit, la sociologie et la philosophie. Ces quatre domaines nous ont aidée à baliser notre choix et notre conception de la vulnérabilité pour la suite de ce travail.

L'**éthique**, et plus spécifiquement la bioéthique ainsi que l'éthique du *care*, est un champ dont les chercheurs mettent au centre de leurs préoccupations, dès les années 1980, la notion de vulnérabilité, en tant qu'« expérience d'être affecté, par la difficulté à agir pour soi » (Botbol Baum 2016 : 14 ; Flores-Lonjou 2019 : 706). Apparaît dans cette définition le caractère « incapacitant » occasionné par la vulnérabilité. Cette incapacité fera l'objet d'une qualification du public étudié par les chercheurs en éthique. En effet, ils s'intéressent aux personnes en situation de soins palliatifs, ou dans une relation de soins, ou à des enfants, adolescents, femmes, ou encore à des individus touchés par une ou plusieurs déficiences (mentale, physique, etc.) ou faisant l'expérience de la mort. En éthique, la vulnérabilité est une caractéristique définitoire de certains êtres humains, mais elle n'est pas toujours considérée comme un caractère

---

<sup>12</sup> La vulnérabilité est présente également dans « le champ des sciences biomédicales, des sciences environnementales » en plus des sciences humaines et sociales (Baeza et al. 2020).

irréversible ; certaines personnes vulnérables peuvent agir. Cette potentialité d'action d'un être vulnérable sera une des particularités de notre conception de la vulnérabilité.

En **philosophie**, le concept de vulnérabilité a été « décliné » de différentes manières et ce, depuis Platon et Aristote (Rizzerio 2020 : 122). Il est abordé dans des approches générale (Nussbaum, Ricœur et Levinas) ou morale (dès les années 1980) avec un lien judiciaire, social ou politique, notamment dans les débats féministes. En fonction de l'ancrage sous-disciplinaire (par exemple, de philosophie politique), l'interprétation et la définition du terme évoluent. Celui-ci se fait de plus en plus présent ces dernières années dans les débats contemporains de philosophie (Ghliss, Paveau et Ruchon 2020) : « la vulnérabilité est de plus en plus reconnue aujourd'hui comme une caractéristique normale de tout vivant, jusque dans sa structure biologique » (Doat et Rizzerio 2020 : 19)<sup>13</sup>. Si la vulnérabilité devient une notion-paradigme à l'heure actuelle en philosophie, elle est néanmoins déjà présente avant le XXI<sup>e</sup> siècle. Levinas, par exemple, aborde la vulnérabilité de manière intéressante pour notre étude portant sur les interactions verbales. En effet, il insiste sur le caractère dynamique et relationnel du concept de vulnérabilité. Levinas lie également la vulnérabilité à la notion d'identité de l'être humain parce qu'elle peut influencer sa construction (Sang Ong-Van-Cung 2010 : 119). Ces trois dimensions, dynamique, relationnelle et identitaire, font écho aux caractéristiques de la vulnérabilité linguistique que nous développerons.

La notion de vulnérabilité est présente dans les études de **droit** des personnes dites vulnérables (comme les enfants) ou de droit dans les mondes économique, informatique, robotique, par exemple, depuis les années 1990<sup>14</sup>. Dans ces différents sous-domaines du droit, ce sont les personnes affectées qui sont au cœur de la thématique ; elles le sont du fait d'un trouble ou d'une cause économique, informatique, robotique, climatique, etc. En économie, le concept de vulnérabilité est mobilisé lorsque sont abordées des questions sur le climat, le

---

<sup>13</sup> En témoignent les différents colloques et numéro de revue sur le sujet :

- *Signes, discours, société*. 2019. N°20. En ligne : <http://revue-signes.gsu.edu.tr/library/-LhoQO7VqTLE6Sk4j0vR>
- Colloques du Centre Vulnérabilités et sociétés (UNamur) : *Accueillir la vulnérabilité aujourd'hui. Approches pratiques et questions philosophiques* (novembre 2013) et *L'identité en question : entre parcours de vulnérabilités et chemins d'autonomie* (janvier 2019).

<sup>14</sup> Nous mentionnons deux références non exhaustives sur le traitement de la vulnérabilité dans les études juridiques :

- Bonerandi, Emmanuelle et Houssay-Holzschuch, Myriam. 2003. « L'éloquence des cartes. De la défense du territoire national à la bataille de Bagdad ». Dans *Mots. Les langages du politique*. N°73. En ligne : <http://journals.openedition.org/mots/16162> (page consultée le 2 juin 2020).
- Dufour, Françoise. 2011. « Le sigle comme modalité de dissociation énonciative. Le cas des alternances d'usage PMA/Pays les moins avancés ». Dans *Mots. Les langages du politique*. N°95. En ligne : <http://journals.openedition.org/mots/20112> (page consultée le 2 juin 2020).

changement environnemental, le tourisme, les finances, les biotopes, la nourriture, la physique, les statistiques, l'eau, le monde de l'informatique (aussi du point de vue de l'éthique et des lois), questions analysées « sous le joug » de la crise et de l'actualité (Maillard 2020 : 33-34). Le domaine juridique, dans ses différentes matières, a donc comme objet la vulnérabilité en tant que caractéristique de personnes à défendre à la suite d'un préjudice. Dans les sources étudiées, la vulnérabilité est un caractère intrinsèque aux personnes à défendre (Flores-Lonjou 2019), caractère attribué à la suite d'un événement ou d'une épreuve vécue. Cette idée d'un déclencheur occasionnant la vulnérabilité fait référence, selon nous, à l'entrée dans le monde du travail.

En **sociologie**, être vulnérable consiste à « pouvoir être blessé : blessé physiquement, blessé moralement et psychologiquement blessé ou blessé socialement quand on est mis au ban de la société » (Ennuyer 2017 : 365). Ces différents qualificatifs font écho aux divers types de souffrance suscitée par l'entrée dans le métier. La vulnérabilité se fait de plus en plus présente dès 2005 dans les études sociologiques et notamment du point de vue sociopolitique pour décrire des personnes en marge de la société, de l'État. La présence de la vulnérabilité dans des études sociologiques nous conforte dans l'idée qu'une analyse sociolinguistique d'interactions verbales peut la mobiliser, étant donné qu'une des disciplines composant la sociolinguistique a la vulnérabilité comme objet.

## Synthèse

Grâce à ce panorama rapide et non exhaustif<sup>15</sup> des conceptions de la vulnérabilité dans quelques disciplines des sciences humaines et sociales, nous avons peaufiné notre compréhension de cette dernière. Nous n'avons mentionné que quatre disciplines des sciences humaines et sociales, que nous avons « côtoyées » lors de notre recherche. Plus particulièrement, la question de la vulnérabilité traitée d'un point de vue éthique nous a confortée dans le choix de l'aborder comme cadre théorique. Comme de nombreuses notions, celle de vulnérabilité n'échappe pas aux critiques, notamment « d'ordre sociophilosophique [...] [et] épistémologique » (Paveau 2017 : 137). Nous nous efforçons en éclairant cette notion, à l'aide du point de vue de chercheurs issus de différents domaines de sciences humaines et

---

<sup>15</sup> Nous n'avons pas abordé, par exemple, le traitement de la vulnérabilité en littérature où des chercheurs étudient la vulnérabilité dans le monde fictif créé par les auteurs (Wright et Rigolot 1990).

sociales, de minimiser une part des critiques qui lui sont « adressées », entre autres par Thomas (2010)<sup>16</sup>.

Si le traitement de la vulnérabilité est présent dans les recherches en sciences humaines et sociales et si nous reprenons certaines conceptions de travaux en éthique, en philosophie, en sociologie et en droit, nous utilisons, dans cette dissertation doctorale, la notion de vulnérabilité dans une situation inédite, l'entrée dans le métier, avec un public inhabituel, les soignants, et d'un point de vue peu courant, linguistique.

Étant donné la souffrance occasionnée par l'entrée dans le métier, comment le nouvel arrivant sort-il de la souffrance et donc de la vulnérabilité ? Selon Dejours, il existe plusieurs issues comme « une “adaptation”, [...] une stabilisation, au maximum [...] une aliénation » (2016 : 46). Nous verrons que la vulnérabilité peut être atténuée ou contrecarrée par la reconnaissance d'autrui. Nous souhaitons « envisager comment [...] [le nouvel arrivant] s'intègre [...] à des communautés de pratiques professionnelles, selon ses différents statuts [nous préférons le terme *places*], dépendant de leur participation sociale progressive à l'activité » (Alcade-Lebrun 2016 : 188). Ainsi, nous pouvons poser qu'au départ, la participation du « nouvel arrivant » soit périphérique, active ou passive, et peu responsabilisante ; par contre, plus les interactions se succèdent et plus le temps passe, plus sa participation sera active et autonome (Alcade-Lebrun 2016 : 188). Cette affirmation est une hypothèse de travail que nous souhaiterons vérifier par l'étude des interactions entre de nouveaux arrivants et les professionnels d'une équipe hospitalière. Une telle évolution, comme le souligne Alcade-Lebrun, repose sur le collectif : c'est une « co-construction » de l'investissement du nouvel arrivant et des membres de l'équipe. Nous ne pouvons donc pas exclusivement traiter l'entrée dans le métier seulement à l'aide du versant « nouvel arrivant », mais nous l'aborderons en dialogue avec les soignants qui endossent le rôle de guide (Alcade-Lebrun 2016 : 189).

---

<sup>16</sup> Thomas critique l'usage « passe-partout » de la vulnérabilité, comme l'illustre cette citation de Dumonteil (2020) :

*[l]a vulnérabilité peut apparaître comme une notion éponge (Thomas, 2008) puisqu'elle est utilisée dans plusieurs champs, comme les sciences qu'elles soient humaines, juridiques ou de la vie, sans que ses contours ne soient clairement définis. Ce manque de rigueur sur le plan épistémologique se retrouve dans le fait que son explicitation se cantonne bien souvent à une énumération d'exemples de personnes pouvant être considérées comme vulnérables, telles que les enfants, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap ou encore les groupes sociaux en situation de précarité. Ce « signifiant flottant » (Lévi-Strauss, 1999, p. 49), à la croisée des disciplines, englobe différents signifiés.*

## Chapitre 2 – La vulnérabilité et la reconnaissance en interaction

L'objectif de ce deuxième chapitre est de proposer notre conception particulière de la vulnérabilité. Elle est provoquée par un événement, l'entrée dans le métier, qui est un passage, un parcours initiatique lors duquel le nouvel arrivant espère dépasser la vulnérabilité pour se faire une place.

### Introduction

Ce chapitre est consacré aux deux notions centrales de notre dissertation : la vulnérabilité et la reconnaissance. Elles seront développées dans une logique linguistique et interactionnelle puisque c'est l'ancrage théorique et méthodologique adopté. Nous détaillerons les deux concepts en proposant une définition et leurs caractéristiques. Lors de l'explicitation des caractéristiques de la vulnérabilité, nous proposons une ouverture sur la notion goffmanienne de face. Un troisième concept s'ajoute à notre réflexion sur l'entrée dans le métier d'un nouvel arrivant : la place. Nous la traiterons en lien avec la reconnaissance. En effet, si l'entrée dans le métier est une expérience de la souffrance, voire une situation de vulnérabilité, le nouvel arrivant et les professionnels du collectif interagissent pour que l'un et les autres se reconnaissent et se trouvent une place. L'arrivée d'un nouveau professionnel amène de la vulnérabilité ; elle occasionne également un réajustement des places de chacun.

### 1. La vulnérabilité en linguistique

Si la vulnérabilité est un paradigme qui a « détrôné » d'autres notions en sciences humaines et sociales ces dernières années (Baeza et al. 2020), ce n'est pas le cas dans les recherches en linguistique. En effet, dans ce domaine, la vulnérabilité est peu présente (Paveau 2017 : 142). Quelques chercheurs l'évoquent quand même ; c'est le cas de Guilhaumou qui travaille sur les « récits d'exclus » et sur leurs « capacités discursives » (2004 : 71) et quelques sous-disciplines des sciences du langage en font mention comme l'analyse du discours politique, la didactique des langues, l'étude du genre, la philosophie du langage, la politique linguistique, la psycholinguistique et les recherches sur le plurilinguisme. Mais de quelle manière est abordée la vulnérabilité par les linguistes de ces différentes disciplines ? En quoi par une prise de parole ou par le choix d'une langue le locuteur peut-il blesser ? La vulnérabilité linguistique est-elle un état ou une situation ?

### *1.1. La vulnérabilité en sciences du langage*

Le concept de vulnérabilité est utilisé par les analystes du discours politique, par les psycholinguistes et les linguistes du genre pour catégoriser des locuteurs qui sont des migrants, des enfants, des patients, des personnes homosexuelles ou dépressives, des femmes ou encore des communautés minoritaires (Alessandrin 2013 ; Ghliiss, Paveau et Ruchon 2020 ; Husson 2017). C'est donc en qualifiant le public étudié comme étant vulnérable que les chercheurs mobilisent le concept. Nous ne ferons pas ce choix dans la présente dissertation doctorale et nous l'expliquerons dans ce deuxième chapitre.

Si les individus sont considérés comme vulnérables, certaines langues peuvent être qualifiées de la sorte également (de Prada Pérez 2019). C'est le cas notamment des langues minoritaires ou des langues qui « font face à » une langue véhiculaire du point de vue de la politique linguistique. La minorisation d'une langue et des usages de ses locuteurs, surtout, par rapport à une autre langue considérée comme prestigieuse entraîne chez certains d'entre eux une vulnérabilité (von Busekist 2014). Néanmoins, ils peuvent la dépasser en revalorisant, par exemple, leur langue, comme ce fut le cas pour le breton. La question de la revitalisation d'une langue nous permet d'illustrer non seulement que la vulnérabilité peut porter sur une communauté minoritaire, mais aussi qu'elle ne rend pas incapables les locuteurs qui peuvent agir pour changer la situation. Cette approche dynamique de la vulnérabilité pouvant être dépassée ou adoucie est adoptée dans notre travail puisque nous postulons que tout nouvel arrivant dans un monde professionnel ne reste pas au stade de l'entrée, mais que sa situation évolue. Ce sera également le cas de la vulnérabilité.

Le point de vue que nous adopterons s'approche d'un usage de la vulnérabilité de certains psycholinguistes et didacticiens de la langue qui la mettent en lien avec la transition vécue par les enfants entre la famille et l'école ou avec l'apprentissage d'une langue. Le sentiment de vulnérabilité découle, selon ces linguistes, entre autres, des normes distinctes entre le milieu familial et le milieu scolaire, dans le premier cas, et des normes distinctes entre la langue première et la langue seconde<sup>17</sup>, dans le second cas. Les normes rendent les apprenants vulnérables, qu'ils soient touchés ou non par un trouble du langage, comme l'aphasie (Sagot, Mai Tran et Pariente 2012 : 118). La vulnérabilité peut donc être perçue comme un obstacle

---

<sup>17</sup> Nous considérons l'appellation « langue première » comme étant la première langue de socialisation d'une personne, langue habituellement acquise dans le milieu familial. La « langue seconde », quant à elle, fait référence à une autre langue qui a fait l'objet d'une transmission dans un autre milieu que la famille, tel que l'école (Mackey 1997 : 183-185).

pour l'apprentissage d'une langue propre à un milieu, mais elle peut également être le moteur de ce dernier (Jacobsen 2015). Ce passage de l'obstacle au moteur, qui se marque dans les prises de parole, est une conception intéressante pour notre recherche qui aborde la transition professionnelle, de l'école au monde du travail ou d'un espace de travail à un autre.

### 1.2. Une définition de la vulnérabilité linguistique

Si nous définissons la vulnérabilité comme une blessure en faisant référence à l'étymon latin *vulnus* et à quelques recherches en sciences humaines et sociales (Fiasse 2015), nous ancrons le concept dans une logique linguistique. Nous devons donc comprendre en quoi « le langage pourrait [...] nous blesser » (Butler 2004 : 21). La blessure n'est pas physique au sens d'une plaie ensanglantée, mais elle est tout de même possible du point de vue langagier. Butler souligne que « le mécanisme de la **blessure linguistique** est similaire à celui de la blessure physique ; mais la comparaison implique aussi, tout compte fait, que les objets comparés sont de nature différente » (2004 : 24).

Nous optons pour une définition sous la forme d'une « blessure » et non d'une souffrance, ni d'un inconfort parce que la blessure ne rend pas nécessairement le locuteur complètement incapable d'agir. En effet, l'incapacité peut être plus ou moins marquée en fonction du type et du degré de gravité de la blessure. Ainsi, un hématome rend moins incapacitant qu'une fracture ouverte si nous reprenons la métaphore butlérienne. Peu importe la forme de la blessure, elle occasionne une sorte de blocage qui peut être associé à une « insécurité locutoire » d'un interactant (Paveau 2017 : 136). Nous adoptons le qualificatif *incapacitant*<sup>18</sup> plutôt qu'incapable parce que nous souhaitons souligner le caractère temporaire du comportement interactionnel d'un (inter)locuteur jugé comme inadapté dans un échange verbal.

Même si un interactant se trouve en situation de vulnérabilité, nous postulons qu'il peut exercer « une puissance d'agir pour résister » à la blessure (Paveau 2017 : 142). Pour ce faire, il recourt à des stratégies interactionnelles qui lui sont individuelles ou qui sont choisies en fonction de la relation qu'il entretient avec l'interlocuteur (Payet et Laforgue 2008 : 13). Par conséquent, nous considérons la personne faisant l'expérience de la vulnérabilité comme entravée dans son pouvoir d'agir (Chaudet 2020), mais pas pour autant « bloquée » dans cette

---

<sup>18</sup> Habituellement employé comme substantif pour désigner un produit chimique, nous étendons la définition d'incapacitant pour en faire un adjectif ayant comme signification : qui provoque une incapacité immédiate et temporaire dans la faculté de dire, en réception ou en émission. Cette proposition de définition fait écho à l'article, entre autres, de Nonnon (2007 : 5).

posture. Grâce à sa capacité d'« agir communicationnel » (Habermas 1987), l'interactant peut tenter de se sortir de la vulnérabilité, même s'il n'y arrive pas nécessairement.

La vulnérabilité linguistique est une blessure dans « la possibilité d'être écouté et entendu » (Zielinski 2011 : 98) et une « impossibilité pour certains d'entre nous de se faire entendre ou de se faire comprendre par autrui » (Ennuyer 2017 : 369). Autrement dit, l'individu peut être blessé, rendu vulnérable, du point de vue de sa maîtrise discursive en tant que sujet parlant ou en tant que sujet réceptionnant (Ricœur 2001 : 89-90). Quand la blessure survient chez la personne, elle se trouve en situation de vulnérabilité et elle modifie, en partie, son rapport au langage : elle peut être en difficulté pour produire un acte de parole (pour le locuteur) ou pour comprendre les propos qui lui sont transmis (pour l'interlocuteur) (Payet et Laforgue 2008 : 18). Cette transformation sera marquée par différents indices linguistiques rendant compte de la mise à mal des « capacités de dire » de la personne (Sellenet 2010 : 52) : le silence, le sentiment de ne plus être écouté, un « figement rapide de l'échange » du point de vue argumentatif ou thématique, des propos extrapolés ou exacerbés, l'impolitesse<sup>19</sup>, etc. (Faïta 2010 : 96).

Mais **comment se produit cette blessure linguistique ?** Nous postulons que la blessure linguistique peut être entraînée par des phénomènes intralinguistiques et extralinguistiques. Les phénomènes intralinguistiques sont de l'ordre de choix linguistiques faits par le locuteur (le mode impératif, par exemple) alors que les extralinguistiques relèvent de la succession de prises de parole entre deux interlocuteurs et de la relation qui se construit entre eux.

Du point de vue **intralinguistique**, la vulnérabilité peut être « l'effet des mots utilisés pour s'adresser à une personne donnée ; [et] elle semble aussi résulter de la manière que l'on a de s'adresser à elle, manière [...] qui interpelle et constitue le sujet » (Butler 2004 : 22). La blessure peut être également due à un choix d'unités linguistiques malencontreux par le locuteur, ou un problème de compréhension de la part de l'interlocuteur. L'adresse, le mauvais choix d'unités linguistiques et l'incompréhension sont trois causes possibles de la vulnérabilité

---

<sup>19</sup> L'impolitesse est un exemple de blessure linguistique qui peut ébranler un locuteur, parce qu'elle est une *forme de rupture de ce qui serait poli, [elle] est parfois source de sentiment d'irrespect, de non-considération et de **blessures** [nous soulignons] qui peuvent engendrer tensions et réactions. En même temps, l'impolitesse s'inscrit dans des rituels et des codes sociaux bien définis (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 38).*

linguistique ressentie par l'un des participants à une interaction verbale. Cette liste n'est pas exhaustive.

Du point de vue **extralinguistique**, la blessure linguistique est provoquée par une épreuve vécue par un interactant, comme la révélation d'un stigmate ou la manifestation d'une exclusion. L'épreuve peut être provoquée par l'intervention d'autrui ou par un événement, comme l'entrée dans un métier. Une autre cause possible de la vulnérabilité linguistique est la violence verbale. Celle-ci, contrairement à la vulnérabilité, fait l'objet de nombreux travaux en sociolinguistique ces dernières années ; nous n'avons néanmoins pas adopté la notion de violence verbale dans notre dissertation doctorale. Pour comprendre notre choix de la vulnérabilité, nous nous arrêtons brièvement sur la différence entre les deux notions. Pour Moïse et Auger, la violence verbale est un

*« processus de montée en tension interactionnelle » entraîné par des « déclencheurs » et des « étapes séquentielles » spécifiques, processus qui s'inscrit dans des actes de paroles repérables – malentendu, mépris<sup>20</sup>, menace, insulte –, des rapports de domination entre les locuteurs, des télescopages de normes, des ruptures dans les rituels conversationnels et des phénomènes de construction identitaire (2008 : 10).*

La montée en tension qui caractérise la violence verbale provoque chez les interactants, potentiellement, des « blessures et mal-être » (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 6). Une des conséquences de la violence verbale est donc la vulnérabilité linguistique en tant que blessure. Nous considérons donc les notions de violence verbale et de vulnérabilité linguistique non comme indépendantes, mais comme liées étroitement puisque la première peut entraîner la seconde. L'inverse est également possible : la vulnérabilité peut être à l'origine d'une violence verbale. Ainsi,

*pour qu'émerge une situation de violence verbale, il faut que des éléments contextuels produisent un état de vulnérabilité [nous soulignons], d'insécurité physique et psychique, qui se traduira notamment par une difficulté de contrôler ses émotions, à prendre de la distance avec ses représentations, à agir avec conscience ; il faut aussi que la dynamique propre de l'interaction, par des faits langagiers singuliers, favorise un emballement de la parole (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 16).*

Que ce soit en tant que conséquence ou en tant que cause, la vulnérabilité linguistique est liée à la violence verbale qui « sous-entend que des pratiques langagières [...] peuvent être ressenties comme [...] des infractions [ou des blessures] contre la personne en tant qu'individu et en tant que membre d'une collectivité » (Heller 2008 : 5). En résumé, du point de vue

<sup>20</sup> Nous pourrions concevoir le mépris comme étant une cause ou une conséquence de la vulnérabilité. En effet,

*[l]es souffrances engendrées constituent ce que [sic] A. Honneth (2006) appelle les pathologies sociales, qui naissent d'un manque de reconnaissance sociale et d'un sentiment de mépris généralisé, celle d'une société du mépris (Moïse et Bernard Barbeau 2020).*

extralinguistique, un interactant peut se sentir en situation de « crise [...] [parce que la] relation est perçue comme insatisfaisante » par rapport à ses convictions, à son bagage sociolinguistique ou à son histoire langagière (Heller 2008 : 6-7 ; Moïse, Meunier et Romain 2015 : 80) ou parce qu'il est blessé par la prise de parole d'autrui. Cette liste de facteurs ne se veut pas exhaustive, mais elle nous aide à cerner notre concept et à justifier pourquoi nous préférons le terme vulnérabilité.

Notre conception de la vulnérabilité fait écho à la notion de voix<sup>21</sup> présente dans les travaux en philosophie depuis la fin du XX<sup>e</sup> siècle. C'est le cas de le Blanc qui s'intéresse aux « contours de la vulnérabilité sociale à partir de la fragilisation de la voix » (2011 : 123). Nous ne souhaitons pas distinguer la voix de la vulnérabilité dans notre dissertation, mais aborder les traces que cette dernière laisse dans les prises ou réceptions de parole des personnes ; par leur étude, nous nous interrogeons sur la « capacité du langage à blesser » (Butler 2004 : 21) et sur les facteurs linguistiques qui peuvent provoquer une situation de vulnérabilité dans l'échange verbal.

### 1.3. Une conception extrinsèque de la vulnérabilité

Dans les recherches en sciences humaines et sociales et dans la plupart des recherches en linguistique, les scientifiques traitent de la vulnérabilité en l'associant quasiment exclusivement à des personnes en marge de la société ou touchées moralement ou physiquement, comme nous l'avons mentionné précédemment. L'abord de la vulnérabilité de cette manière peut être qualifié d'intrinsèque, mais certains chercheurs la considèrent comme extrinsèque. En effet, « [d]evenir temporairement vulnérable à la suite d'un choc émotionnel n'est pas la même chose qu'être durablement fragilisé par de lourds handicaps physiques et mentaux » (Maillard 2020 : 37). La citation de Maillard nous permet d'illustrer les deux manières de considérer la vulnérabilité, intrinsèquement ou extrinsèquement<sup>22</sup>. La vulnérabilité intrinsèque est à comprendre comme un état, une « qualité » constitutive d'une personne, comme le fait d'avoir un « handicap », si nous reprenons la proposition de Maillard. La vulnérabilité extrinsèque, elle, relève plutôt de la relation qui se crée entre deux ou plusieurs

---

<sup>21</sup> Nous reprenons le concept de voix à Payet et Laforgue qui le considèrent comme une notion qui « restitue ainsi l'expérience anthropologique de l'épreuve pour l'acteur faible d'être présent dans l'espace public et de s'y faire entendre » (2008 : 18). Elle se distingue de la *voice* « qui suppose une ma[i]trise performante des codes conventionnels de la prise de parole et de la négociation. [...] [Elle] incarne la forme aboutie de la participation à l'espace public » (Payet et Laforgue 2008 : 18).

<sup>22</sup> La distinction entre les caractères intrinsèque et extrinsèque peut faire écho aux vulnérabilités psychique et sociale proposées par le Blanc (2011 : 10).

personnes, ou du contexte – interactionnel, entre autres – qui peut entraîner un « choc émotionnel ». Ce second type de vulnérabilité peut donc toucher tout un chacun, et non un certain groupe de personnes ou certains groupes de la société (Husson 2017 : 50).

La prise en considération du caractère extrinsèque de la vulnérabilité nous permet d'étudier des individus qui ne sont *a priori* pas considérés comme vulnérables. Ce n'est pas parce qu'une telle « étiquette » ne leur est pas attribuée socialement qu'ils ne peuvent pas vivre une situation de vulnérabilité lors d'un échange avec autrui. Celle-ci serait induite par la rencontre d'autrui lors d'une interaction ou par un événement qui se produit. Son surgissement est donc relatif « à des conditions d'existence externes [aux personnes] (précarité, chômage, situation illégale, etc.) » et elle peut « affliger toute vie ordinaire » (Ghliss, Paveau et Ruchon 2020) ainsi que toute prise ou réception de parole.

Étant donné que notre réflexion s'inscrit dans une optique extrinsèque pour traiter de la vulnérabilité, nous préférons recourir à l'appellation « situation de vulnérabilité » (Ennuyer 2017 : 365) plutôt que de qualifier les sujets comme vulnérables. Ils sont « victimes » d'une blessure qui leur fait vivre une situation de vulnérabilité puisqu'ils sont insérés dans un contexte qui l'engendre. En effet, en fonction du contexte interactionnel, une personne peut ressentir de la vulnérabilité. Le choix de « situation » peut se comprendre parce que la vulnérabilité est « une dynamique et une interaction entre la personne et son environnement » dans lequel elle pourra être blessée (Ennuyer 2017 : 367) et réagir pour sauvegarder sa face par rapport à autrui. Avec le terme « situation de vulnérabilité », nous insistons sur le versant interactionnel entre le locuteur et l'interlocuteur ainsi que sur la relation qui se construit entre l'individu et les membres d'un collectif professionnel dans une dynamique interactive.

## 2. L'interaction verbale comme situation de vulnérabilité

Par le choix d'un traitement extrinsèque, la définition proposée dans la section précédente nous semble incomplète. Si la vulnérabilité est une situation que peut vivre un individu et lors de laquelle il est blessé, cette notion ne peut pas être comprise en dehors de la dynamique interactionnelle. En effet, elle est le fruit d'une relation entre deux personnes : il y a le blessé et le blesseur. En caractérisant la situation de vulnérabilité comme étant une interaction entre deux personnes, nous faisons d'une interaction verbale une potentielle situation de vulnérabilité. Les interactants, qui sont linguistiquement les locuteur et interlocuteur, se blessent-ils ? C'est la question à laquelle nous souhaitons répondre dans cette

section qui se compose de la définition de l'interaction verbale comme une situation de vulnérabilité due à une blessure linguistique infligée au locuteur ou à l'interlocuteur.

### 2.1. « *Je te blesse et tu es blessé* »

Nous concevons la situation de vulnérabilité en relation, parce qu'elle est un lieu où « la vie humaine peut être mise en danger, déstabilisée ou détruite par l'action d'autrui (ou par ses omissions, sur le plan affectif notamment), mais [...] elle ne peut se maintenir ni se développer sans la présence des autres » (Maillard 2020 : 39). Nous souhaitons éclairer le concept de vulnérabilité linguistique en nous centrant sur un type de relations : les interactions verbales. Elles sont le cœur de notre étude et la source de nos analyses de la vulnérabilité linguistique vécue par un individu par rapport à un autre (Oger 2006 : 126). L'interaction verbale en tant que situation et relation sociale peut être caractérisée par la vulnérabilité. Nous distinguons deux situations d'apparition de la vulnérabilité : la blessure peut être produite soit par la rencontre d'un autre en entrant en interaction, soit au cours de l'échange verbal entre deux interactants.

Selon Fiasse, la **rencontre** d'autrui peut amener à la vulnérabilité, prenant diverses formes en fonction du type d'échange verbal : « la présence d'autrui [...] nous provoque [...], nous dérange [...] » (2015 : 101) et peut nous blesser. En entrant en relation et plus particulièrement en interaction verbale, tout sujet, en tant qu'interlocuteur, fait l'expérience de la vulnérabilité parce qu'il est « affecté par l'existence même d'autrui [comme locuteur] qui surgit » et qui lui parle (Zielinski 2011 : 92). En effet, une interaction verbale est une rencontre, une entrée en relation lors de laquelle le locuteur pourrait blesser l'interlocuteur par sa prise de parole. Par conséquent par la « simple » rencontre, un interactant peut vivre la vulnérabilité.

Si la rencontre place potentiellement un interactant en situation de vulnérabilité, cette dernière peut également se produire **en cours d'interaction**. De fait, durant un échange verbal, un des interactants (le locuteur ou l'interlocuteur) peut mettre en situation de vulnérabilité l'autre par son comportement linguistique. Lors d'une production discursive, le locuteur et l'interlocuteur s'inscrivent dans une relation asymétrique du point de vue de l'action réalisée : l'un est émetteur ; l'autre, récepteur. Ce ne sont donc pas les mêmes capacités discursives qui sont mobilisées lors de la prise de parole et de sa réception. Au cours de cette dernière, les paroles du locuteur peuvent blesser l'interlocuteur, mais l'attitude de réception de ce dernier peut également blesser le locuteur au cours de la prise de parole ou en réponse à ses propos.

Autrement dit, alors que le locuteur peut blesser son interlocuteur par sa prise de parole, ce dernier pourra, en retour, « juger », influencer, vulnérabiliser l'autre ou se vulnérabiliser par rapport à lui (Ricœur 2001 : 91). Une telle situation est possible, à notre avis, parce que la vulnérabilité peut être issue d'un usage linguistique inapproprié dans le contexte interactionnel du point de vue du locuteur, de malentendus ou de mécompréhension (mauvaise compréhension) du point de vue de l'interlocuteur, ou d'incompréhension (absence de compréhension) entre les interactants. Par conséquent, si le locuteur « blesse », l'interlocuteur « est blessé » ; mais l'inverse est possible également : l'interlocuteur est le « blesseur » et le locuteur, le blessé. L'un et l'autre des interactants peuvent éprouver de la vulnérabilité à tour de rôle, pouvant correspondre au tour de parole, par exemple. Si nous extrapolons cette conception, nous pourrions proposer que toute interaction verbale passe par des situations de vulnérabilité vécues par l'un ou par l'autre qui se rencontrent et qui construisent une relation, ou du moins qui tentent de le faire (Maillard 2020 : 35 ; Sang Ong-Van-Cung 2010 : 136).

## 2.2. « Avec ce mot, je te blesse ou je te caresse »

Si la rencontre et l'interaction entre deux personnes peuvent provoquer la vulnérabilité chez l'un ou l'autre, la blessure occasionnée est également dépendante du contexte dans lequel elle survient (Maillard 2020 : 41). Un individu pourra la ressentir à des degrés divers en fonction de l'incapacité créée et des capacités qui lui sont disponibles dans le contexte interactionnel. Une situation de vulnérabilité est constituée d'une multitude de paramètres contextuels : spatiotemporels, normatifs, émotionnels, motivationnels, relationnels, etc. Nous ne détaillerons pas de manière exhaustive l'ensemble des paramètres contextuels pouvant provoquer de la vulnérabilité ; nous ne mentionnerons que certains d'entre eux qui nous paraissent intéressants pour comprendre en quoi les interactions verbales d'un professionnel qui tente d'entrer dans le métier peuvent être des situations de vulnérabilité.

Le cadre **spatiotemporel** de la prise de parole peut être à l'origine d'une blessure chez un interactant. En effet, sa prise de parole peut potentiellement être jugée inadéquate dans le lieu et dans le temps de l'interaction, alors qu'elle aurait été adéquate dans d'autres circonstances interactionnelles. Le contexte spatiotemporel peut donc favoriser une blessure (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 14).

La vulnérabilité linguistique peut s'expliquer, entre autres, par les **normes** discursives non comprises par un interactant soit parce qu'il n'y a pas accès, soit parce qu'il doit adapter sa

représentation normative *a priori* à la réalité de l'interaction. Ainsi, le locuteur, lors d'une interaction, « va devoir s'habituer et s'ajuster à la manière de penser, de parler et d'évaluer » de l'interlocuteur et même laisser de côté ses représentations au profit de celles de l'autre (le Blanc 2005). L'interlocuteur se retrouve dans une posture similaire. Un ensemble de normes discursives pèse donc sur la prise de parole d'un locuteur et sur sa réception par l'interlocuteur. Les deux interactants s'efforceront de les déchiffrer et de les respecter pendant l'interaction afin de ne pas vivre une situation de vulnérabilité. Si le contexte normatif d'une interaction peut placer le locuteur ou l'interlocuteur dans une situation de vulnérabilité linguistique, le contexte normatif plus global le peut également. Les interactions que nous étudions s'insèrent dans un milieu professionnel particulier caractérisé, lui aussi, par des normes sociales. Ce contexte global influence le contexte local de l'interaction entre deux personnes. De fait, la forme de la prise de parole d'un des interactants reflète

*le perpétuel attachement de soi aux autres, l'entortillement d'un « je » dans le « nous » des normes sociales et dans le « tu » des voix adressées. [...] [Lors d'une situation de vulnérabilité linguistique, le] « je » est privé de « nous » et privé du « tu ». Il est dépossédé de ses différentes attaches aux pronoms personnels, qui valent toujours comme des indicateurs souples faisant référence aux différentes formes de protection sociale et comme des « indicateurs rigides » faisant référence à des personnes particulières dans des contextes différents (le Blanc 2007 : 74).*

La relation interactionnelle entre le locuteur (je) et l'interlocuteur (tu) est donc imbriquée dans un contexte plus global d'un collectif (nous). Les personnes doivent se plier à différentes contraintes qui sont propres au contexte social comme le rythme du travail, l'organisation spatiotemporelle du travail, la répartition des tâches, etc. (Boutet 2001 : 17-18). Si elles veulent prendre la parole, elles tiendront compte de ces facteurs socionormatifs en plus des normes discursives. Nous étendons donc l'idée de rencontre interactionnelle comme situation potentiellement blessante à un contexte global, celui du collectif. Le contexte normatif, social et discursif, peut donc occasionner de la vulnérabilité parce qu'il

*détermine des comportements et des pratiques langagières intériorisées par chacun [en référence à l'habitus de Bourdieu] ; ils peuvent se télescoper, notamment quand ils mobilisent de part et d'autre des représentations et des valeurs en dissension » (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 14).*

Deux paramètres contextuels supplémentaires peuvent être à l'origine de la vulnérabilité : l'**émotion**<sup>23</sup> et la **motivation**. Elles caractérisent les deux personnes qui interagissent et leur propre histoire. D'une part, la manière avec laquelle chaque interactant gère

---

<sup>23</sup> Ce n'est pas comme une émotion que nous traiterons de la vulnérabilité, mais comme la caractéristique d'une situation vécue par un interactant pouvant être affecté par un sentiment de vulnérabilité, ou par une épreuve. Notre approche fait en quelque sorte écho à celle de Charaudeau qui tente « d'étudier le processus discursif par lequel l'émotion peut être mise en place » (2000 : 136).

ses émotions et tente de comprendre celles de l'autre peut amener à une blessure (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 14). La vulnérabilité en situation implique le sentiment de vulnérabilité. Ce dernier repose sur le fait qu'en interaction, le locuteur et l'interlocuteur ressentent des émotions. Elles peuvent être exprimées, verbalement ou non, et elles sont le reflet et l'effet d'une situation de vulnérabilité, comme une rencontre, un événement, un choix de vie. Et d'autre part, le contexte motivationnel est l'ensemble des buts et des enjeux poursuivis par les interactants. Dans une logique interactionnelle, les motivations sont ce que « l'on attend d'une discussion » (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 15). L'objectif des professionnels étudiés est double : ils souhaitent entrer dans le métier et s'y faire une place en fonction de leurs statuts. Lorsque cet objectif est perdu de vue au cours d'une interaction, ils peuvent se sentir frustrés, voire en situation de vulnérabilité (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 15).

Dans la prise en considération du contexte pour comprendre la vulnérabilité, nous ne devons pas omettre la **nature de la relation** qui unit les interactants (Kerbrat-Orecchioni 1992 : 181-182). Elle se caractérise notamment par le degré de connaissance mutuelle et par le contrat de communication. Le « degré de connaissance mutuelle » entre deux interactants est à comprendre sur un continuum entre le pôle « nous nous connaissons » et le « nous ne nous connaissons pas » (Kerbrat-Orecchioni 1995 : 71). Au fil des interactions entre deux personnes, une histoire interactionnelle se construit, lors de laquelle se bâtit une connaissance mutuelle. Quant au « contrat de communication », il est conclu entre les interlocuteurs, avant ou pendant l'échange (Kerbrat-Orecchioni 1995 : 71). Le contrat peut être explicite ou non, finalisé au début de la relation ou modifié au cours de la relation, et il peut porter sur des compétences sociales ainsi que sur des usages linguistiques. Qu'elle soit caractérisée par un degré « élevé » ou « faible » de connaissance mutuelle et par un contrat de communication, la relation entre les interactants évolue au fur et à mesure des prises de parole qui fonctionnent comme des « étapes » (dé)constructrices dans lesquelles peut se manifester la vulnérabilité (Goffman 1973b : 185).

Afin d'éviter de se retrouver en situation de vulnérabilité, le locuteur et l'interlocuteur veilleront au contexte et à ses différents paramètres externes. Lors de sa prise de parole, un locuteur a le choix parmi différentes variantes d'une même variable, la variante retenue doit coïncider avec les contextes local et global de l'interaction verbale. En dehors du contexte interactionnel, l'unité linguistique choisie n'est pas catégorisée comme vulnérabilisante ; c'est en interaction qu'elle peut le devenir. Autrement dit, « tout mot est susceptible d'être blessant,

[...] tout dépend de la façon dont il est mis en œuvre » (Butler 2004 : 34). Un terme, une parole, un discours peut vulnérabiliser l'interlocuteur parce que le discours proféré par le locuteur s'inscrit dans un contexte interactionnel de vulnérabilité ; dans un autre contexte, le même terme, la même parole, le même discours ne sera pas vulnérabilisant. Par conséquent, si le contexte change, la vulnérabilité peut être renforcée, minimisée ou disparaître alors que les mots utilisés sont les mêmes (Butler 2004 : 34). Nous pouvons donc qualifier la vulnérabilité linguistique de contextuelle (Husson 2017 : 52). Lors d'une interaction, tout acte discursif peut potentiellement être menaçant « dans certaines circonstances et à des degrés divers » pour le locuteur, « celui qui [...] [l']accomplit (lequel risque toujours de [...]voir “échouer” [son acte]), et [pour l'interlocuteur,] celui auquel [...] [il est destiné] » (Kerbrat-Orecchioni 1992 : 173). Mais ne voyons pas le « mal » partout, comme le souligne Goffman, il est primordial lors d'interactions – et d'interactions répétées avec le même interlocuteur – de préserver les faces de chaque interactant.

### 2.3. « Je perds la face en interaction, mais je tente de la préserver »

Lors d'une interaction, le locuteur « entre par effraction » dans la bulle personnelle de l'interlocuteur (Goffman 1973b : 68) ; il commet une sorte d'agression, il engendre une blessure parce qu'il passe la frontière personnelle qui protège l'interlocuteur d'autrui. Le locuteur provoque donc une atteinte de la face de l'interlocuteur en le sollicitant par une interaction, c'est-à-dire qu'il le positionne dans une situation de vulnérabilité. Mais l'affront peut porter sur la face de l'autre comme sur sa propre face (Goffman 1974 : 35). Si l'entrée en interaction peut être vue comme un acte blessant ou menaçant pour la face, nous verrons qu'au cours de l'échange, les interactants pourront également se blesser ou porter atteinte à leurs faces. Ce parallélisme entre la vulnérabilité et l'atteinte de la face durant une interaction sera développé dans la présente section. D'une part, nous la définirons en nous focalisant sur son ancrage interactionnel. Et d'autre part, nous mentionnerons les liens entre la situation de vulnérabilité et le « jeu » des faces.

Nous abordons le concept de face selon le point de vue de Goffman, à savoir qu'elle est « la valeur sociale positive qu'une personne revendique effectivement à travers la ligne d'action que les autres supposent qu'elle a adoptée au cours d'un contact particulier » (Goffman 1974 : 9) ; elle est donc dépendante et définie durant l'interaction. Selon le point de vue de Goffman, nous pourrions considérer toute interaction entre, au moins, deux personnes comme une mise

en scène de soi lors de laquelle chacune endosse un rôle, lié à son statut, et met en avant une face pour tenter de définir sa place par rapport à l'autre durant l'échange. La question de la face ne peut pas être laissée de côté, selon nous, lorsque sont analysées des interactions entre des personnes (Goffman 1974 : 32) ni lorsqu'est étudiée la question de l'entrée dans le métier en lien avec la notion de la place.

Goffman conçoit que chaque interactant a une face qu'il souhaite préserver, mais son point de vue sur la face a été repris et enrichi par Brown et Levinson<sup>24</sup>. Selon ces deux chercheurs, toute personne a une face positive et une face négative (Kerbrat-Orecchioni 1992 : 167-168). La première recouvre la conception de la face de Goffman, en tant qu'image de soi et des autres à préserver. Quant à la seconde, elle recouvre la notion de territoire de chaque individu, que nous raccrochons à la notion goffmanienne de l'*espace personnel* (1973b). Que ce soit la face positive ou la face négative, elles peuvent toutes les deux faire l'objet d'une atteinte ou d'une perte durant une interaction. Nous ne souhaitons pas détailler l'ensemble des caractéristiques de ces deux types de face, mais expliquer le lien que nous tissons entre la situation de vulnérabilité vécue par les interactants et la possible atteinte de la face au cours d'une interaction.

Si l'entrée en interaction peut correspondre à une intrusion de la part du locuteur dans l'espace personnel de l'interlocuteur ressentant un « empiètement [de son espace] qui provoque une manifestation de déplaisir » (Goffman 1973b : 44) ou une blessure, toute prise de parole peut également atteindre l'image de soi du locuteur, en le blessant. En fonction du contexte interactionnel et de la relation qui l'unit à l'autre, l'intrusion ou l'atteinte n'est pas perçue identiquement par l'interlocuteur. En effet, un acte de parole peut provoquer une atteinte de la face ou un sentiment d'intrusion dans l'espace personnel dans un contexte X, mais le même acte, blessant dans le contexte X, ne provoquera pas d'atteinte dans un autre échange caractérisé par un contexte Y. Autrement dit, chaque acte de parole est potentiellement blessant en fonction du contexte interactionnel (Goffman 1974 : 35).

Si l'interaction ou la prise de parole peut blesser ou porter atteinte à la face, ce n'est pas le but recherché par les interactants. De fait, en tant qu'interlocuteurs, « nous cherchons plutôt à nous prémunir contre les facteurs vulnérants et à éviter de nous retrouver dans des situations de vulnérabilité » et de perdre potentiellement la face (Maillard 2020 : 46). La vulnérabilité

---

<sup>24</sup> Ces deux chercheurs différencient deux sortes de face à la suite de leur étude de la politesse.

n'est donc pas un état interactionnel recherché ni préservé. En effet, chaque interactant veille à préserver ou à sauver sa face au fil des tours de paroles. Ce « désir de préservation des faces » peut être mis en lien avec l'aspiration à sortir de la vulnérabilité (Kerbrat-Orecchioni 1995 : 74). Le désir et l'aspiration sont ceux du locuteur et de l'interlocuteur de l'échange, qui œuvrent à se ménager l'un l'autre (Kerbrat-Orecchioni 1995 : 74). Par conséquent, lors d'une interaction, le locuteur s'efforcera de préserver non seulement son image de soi et son espace personnel, mais aussi la face et l'espace personnel de ses interlocuteurs, et ce, en recourant à des stratégies interactionnelles. Le jeu des faces entre les interactants nous permet d'éclairer la sortie ou le renversement de la situation de vulnérabilité afin que le nouvel arrivant puisse se faire une place dans le collectif professionnel.

Un individu qui se trouve en situation de vulnérabilité durant une interaction voudra, selon nous, sortir d'une telle situation. Pour « panser » sa blessure, il utilisera des stratégies diverses, dont des stratégies linguistiques. L'interactant en situation de vulnérabilité est certes blessé, mais pas pour autant rendu totalement incapable. Comme le suggère Paveau (2017 : 142), nous considérons que la vulnérabilité est non seulement « incapacitante », mais aussi « capacitante »<sup>25</sup> dans la prise ou la réception de parole. Par conséquent, la vulnérabilité est une expérience qui n'empêche pas une personne de « panser » sa blessure vécue dans un contexte particulier (Doat et Rizzerio 2020 : 19-20 ; Fiasse 2015 : 12).

La caractéristique dynamique de la situation de vulnérabilité nous permet de mettre en évidence la « tension entre incapacité et capacité » de l'interactant pour se sortir, seul ou grâce à autrui, de cette situation (Fiasse 2015 : 12). Rien n'empêchera, au cours de l'échange verbal ou à son terme, que la personne utilise ses compétences interactionnelles pour se sortir de cette situation : elle est donc une actrice vulnérable<sup>26</sup>. Ces compétences sont les indices linguistiques qui seront étudiés dans cette recherche non seulement du point de vue de la « blessure », de l'incapacité linguistique, mais aussi de la capacité du dire des interactants. Grâce à ses capacités d'agir, l'individu blessé tentera de minimiser la vulnérabilité et de préserver ses faces, et même de revaloriser ses faces en renversant la situation.

---

<sup>25</sup> Ce qualificatif « capacitant » fait référence à une sorte d'« agir communicationnel » au sens de Habermas (Boutet 2001 : 38).

<sup>26</sup> Cette appellation d'*acteurs vulnérables* fait écho aux *acteurs faibles* de Payet. Ne traitant pas de la faiblesse, mais de la vulnérabilité, nous préférons qualifier les acteurs de *vulnérables* lors de leurs interactions puisqu'ils sont incapacitants (*vulnérables*) et capacitants (*acteurs*).

L'intérêt pour la dynamique capacitante-incapitante est dû à notre volonté de ne pas réduire notre étude à un sentiment négatif, mais nous souhaitons percevoir et analyser les interactions verbales comme des expressions de compétences, de potentialités, de souhaits de sortir d'une situation de vulnérabilité, d'une sorte de privation butlérienne en ce qui concerne le dire. Si l'implication peut exposer la personne à une blessure et la mettre en situation vulnérable parce qu'elle engage « toute [sa] [...] personne, à la fois son agir et ses pensées » (Wenger 2005 : 53), elle peut également lui permettre de « se soigner » et d'être reconnue.

### 3. Le couple vulnérabilité et reconnaissance

Un individu qui se trouve en situation de vulnérabilité durant une interaction voudra, selon nous, sortir d'une telle situation. La vulnérabilité ancrée dans des interactions ne peut donc pas être étudiée seule, mais en « tandem » avec une autre notion : la reconnaissance. En effet, un interactant blessé durant l'échange verbal se mettra en quête d'une reconnaissance pour se soigner et pour se sortir de la situation de vulnérabilité dans laquelle il se trouve. Pour panser sa blessure, il utilise d'autres compétences que celle qui lui fait défaut ; selon nous, la situation de vulnérabilité ne pourra être dépassée que si son interlocuteur le reconnaît. Notre traitement du tandem **vulnérabilité et reconnaissance** est inspiré des travaux du philosophe Honneth (2007) et il repose sur notre volonté de comprendre les rouages interactionnels qui se jouent entre deux interlocuteurs pouvant vivre respectivement la vulnérabilité. Mais en quoi consiste la reconnaissance, en tant que solution à la vulnérabilité, durant une interaction ? C'est la question à laquelle nous tenterons de répondre en explicitant le lien entre la reconnaissance et la vulnérabilité, en définissant ce que nous entendons par reconnaissance en interaction et en différenciant ce concept d'autres notions.

#### 3.1. *La reconnaissance comme issue de la vulnérabilité*

Considérer la reconnaissance comme une aspiration, une quête, voire une lutte, pour la personne qui vit la vulnérabilité, nous permet de ne pas la réduire à quelqu'un de passif, mais de la considérer comme active, capable et impliquée. Elle s'engage dans la situation interactionnelle pour être reconnue et pour se construire une place dans l'interaction et dans le collectif de travail. S'engager consiste à mobiliser une « certaine puissance d'action » discursive en interaction pour rechercher la reconnaissance d'autrui (Moïse, Meunier et Romain 2015). Pour y arriver, la personne en situation de vulnérabilité interagit avec son interlocuteur ; elle emploie ses capacités du dire et du faire (Ricoeur 2004 : 154-155). Nous observons un écho

aux travaux d’Austin par l’abord de la capacité du dire puisque, selon ce dernier, « parler c’est “faire des choses avec les mots” » (Ricœur 2004 : 156) et donc, parler c’est potentiellement changer la situation dans laquelle un locuteur se trouve en se montrant différent, ou en montrant ses compétences, ou encore en surmontant les obstacles, les situations problématiques ou blessantes (Guigon et Jacques-Jouvenot 2019 : 56-59).

Si la reconnaissance est la solution que nous envisageons pour sortir de la situation de vulnérabilité, la non-reconnaissance des compétences d’une personne lors d’une interaction peut à l’inverse entraîner de la vulnérabilité (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 182-183 ; Zielinski 2011 : 97-98). En effet, si un individu « a du mal à reconnaître les savoir-faire [...] [du locuteur] comme des compétences qui peuvent être utilement mobilisées » pour réaliser ses tâches dans l’interaction (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 183), il blesse son interactant. Outre la blessure provoquée par une prise de parole, l’absence de place dans l’interaction ou dans le collectif peut également le blesser (Faïta 2010 : 86). Cette absence est due, entre autres, à une non-reconnaissance des compétences d’un interactant par l’autre ou par les autres.

### 3.2. La reconnaissance en interaction

Si les interactants se reconnaissent, ils se sentent alors moins – voire non – blessés, ce qui leur permet de s’engager dans la relation, et même d’engager la conversation (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 103). Ils y participent activement, plutôt que de se réduire au silence à cause de la vulnérabilité ressentie. Une telle implication discursive des locuteur et interlocuteur est rendue possible par la confiance qu’ils s’octroient, par la reconnaissance l’un de l’autre et par l’acceptation de ce que l’un offre à l’autre et vice-versa (Allais et Goutman 2012 : 77).

#### 3.2.1. Une définition interactionnelle de la reconnaissance

**Reconnaître**, c’est « saisir quelque chose par l’esprit, par la pensée, en reliant entre elles des images, des perceptions qui le concernent ; distinguer, identifier, conna[i]tre quelque chose par la mémoire, le jugement ou l’action » (Ricœur 2004 : 30). Cette acception générale peut être adaptée à l’interaction entre deux personnes, ce qui entraîne « que le quelque chose est quelqu’un et que ce quelqu’un est un autre ou soi-même, dans le présent ou dans le souvenir du passé » (Ricœur 2004 : 32-33). La reconnaissance, selon Honneth, est un double acte puisqu’elle est la

*combinaison de deux éléments : l’identification cognitive et l’expression. Dans un premier temps, une certaine personne est connue en tant qu’individu avec des qualités particulières,*

*selon les données de la situation, et, dans un second temps, cette connaissance reçoit une expression publique par le fait que l'existence de la personne perçue est confirmée aux yeux des personnes présentes par des actes, des gestes ou des expressions du visage (2008 : 231).*

Nous ne distinguerons pas la connaissance de la reconnaissance dans notre approche : nous caractérisons la seconde comme le fait non seulement d'identifier les qualités et les personnes par leurs actions dans l'échange, mais aussi de leur attribuer une valeur<sup>27</sup>. Le premier acte est « cognitif [et] non public » et le second, une sorte de « devenir visible » au sein d'un collectif (Honneth 2008 : 230). Autrement dit, la connaissance des compétences d'une personne ou la connaissance mutuelle entre deux interactants favorise la reconnaissance qui s'accompagne en plus d'une manifestation de la valeur attribuée à la personne ou à ses qualités (Honneth 2008 : 240). Néanmoins, si la reconnaissance peut reposer sur la connaissance<sup>28</sup>, elle peut également ne pas en tenir compte et prendre la forme d'une reconnaissance sans connaissance (Bourdieu 1982 ; Dubois, Durand et Winkin 2013).

Nous sommes consciente que les médiums interactionnels permettant la reconnaissance, en tant qu'acte d'identification et d'expression, peuvent être langagiers, gestuels et corporels (Honneth 2008 : 236) ainsi que sociaux. Notre intérêt portera sur les indices sociolinguistiques de reconnaissance présents dans les interactions verbales de professionnels souhaitant entrer dans le métier. Nous analyserons les compétences verbales interactionnelles utilisées par les nouveaux arrivants pour se faire reconnaître de leur interlocuteur ainsi que pour se faire reconnaître par les membres du collectif professionnel. Si nous adaptons la définition ricœurienne à la logique interactionnelle, la reconnaissance est un double acte qui consiste à saisir quelqu'un ou son acte discursif par l'esprit en reliant entre elles des représentations liées au contexte interactionnel et en identifiant cette personne à l'aide de ses actions ou en identifiant ses actions par leur jugement. Autrement dit, dans l'échange, l'interlocuteur identifie et évalue la prise de parole du locuteur en fonction des valeurs sociodiscursives de l'interaction. Mais nous pouvons également aborder la question de la reconnaissance du point de vue du locuteur

---

<sup>27</sup> Définir la reconnaissance comme l'attribution d'une valeur à une chose ou à quelqu'un est une caractéristique que le concept partage avec la justification (Boltanski et Thévenot 1991 : 161 ; Ricœur 2004 : 320-322) et la légitimité (Francard 1997 : 201-202). Nous verrons néanmoins que la reconnaissance ne se réduit pas à l'attribution d'une valeur sociale à une personne par une autre. Elle repose également sur la maîtrise, ou du moins la connaissance, de certains aspects sociodiscursifs de l'interaction.

<sup>28</sup> Des distinctions peuvent être établies entre deux locuteurs du point de vue de la connaissance et de la reconnaissance. Ces deux concepts peuvent se combiner selon Bourdieu. La connaissance des usages légitimes ou appréciés par le collectif peut s'accompagner d'une reconnaissance ou non. La notion bourdieusienne de reconnaissance peut être mise en relation avec celle de reconnaissance, par des personnes extérieures, d'appartenir à un groupe social. Dans ce cas, le locuteur, par la reconnaissance d'un usage comme légitime, marque son appartenance à une communauté linguistique. La notion de reconnaissance chez Bourdieu est liée à la notion d'*habitus* puisqu'elle est partagée par les locuteurs d'une même communauté. Il est possible pour un locuteur de reconnaître un usage comme légitime, mais de ne pas le connaître – suffisamment – pour l'utiliser.

qui manifeste discursivement un désir d'être reconnu. La reconnaissance n'est donc pas seulement l'apanage de l'interlocuteur.

### 3.2.2. « "Inter-agir", c'est s'identifier mutuellement » (Kerbrat-Orecchioni 1992 : 148)

Si la rencontre d'autrui peut occasionner de la vulnérabilité, la reconnaissance ne pourra être atteinte que dans la **relation** avec ce dernier, tel « un appel à l'autre, une forme de "reconnaissez ma place", "donnez-moi une place", "apportez-moi de la considération" » (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 22). Faire de la reconnaissance une caractéristique des relations entre les individus est une idée déjà présente chez Hegel :

*[l']attente normative d'une reconnaissance de la part des autres sujets est intégrée dans la structure des relations humaines d'interaction, ne serait-ce que dans la mesure où l'individu s'attend implicitement à être pris en compte de manière positive dans les projets d'autrui (Honneth 2007 : 58).*

Nous dépassons néanmoins la pensée de Hegel qui n'évoque que les relations entre l'État et la société pour appliquer la reconnaissance aux relations socioprofessionnelles en général et aux interactions en particulier. Ce choix repose sur le fait qu'une interaction est le lieu « où chaque personne dans sa particularité individuelle peut compter trouver chez les autres un sentiment de solidarité et de reconnaissance à son égard » (Honneth 2007 : 79). Par la relation, l'un des interactants sollicite la reconnaissance de l'autre ; il la demande, il la recherche (Ricœur 2004 : 39). La reconnaissance d'une personne n'est possible que parce que l'autre la lui accorde : si la première demande la reconnaissance, la seconde la lui octroie, ou non. Cette idée repose sur « le caractère foncièrement "dialogal" d'une revendication [...] [de reconnaissance] : c'est collectivement, pourrait-on dire, qu'on exige une reconnaissance singularisante » (Ricœur 2004 : 333). Nous pouvons donc considérer la reconnaissance comme une caractéristique des interactions entre individus (Ricœur 2004 : 353), dont font partie les échanges verbaux.

Parmi les participants à une interaction, un interactant en situation de vulnérabilité, dans notre cas, occupe le rôle de « demandeur », parce qu'il souhaite être reconnu ; et l'autre (ou les autres), le rôle d'« acteur », parce qu'il fait l'action de reconnaître par l'évaluation, c'est-à-dire parce qu'il l'identifie. La relation qui s'institue entre les deux interactants est donc primordiale, puisque la reconnaissance n'est possible que dans sa conception interactionnelle. En effet, lorsqu'une personne s'engage dans une interaction, elle s'engage à quelque chose et envers quelqu'un (Ricœur 2004 : 207). Cette idée rejoint une logique du champ pragmatique, à savoir que « la force illocutoire [...] joignait l'engagement *envers* l'allocutaire à l'engagement à faire

par lequel le locuteur se place sous une obligation qui le lie » (Ricœur 2004 : 208). Une telle approche est en connexion directe avec notre analyse des interactions verbales.

Nous pourrions faire un pas de plus dans la description de la reconnaissance interactionnelle en mettant en évidence son partage entre le demandeur et l'acteur. Elle est une action **réciproque** qui s'inscrit dans une dynamique relationnelle de partage : l'un reconnaît et l'autre est reconnu (Honneth 2007 : 51-52 ; Ricœur 2004 : 360). La reconnaissance est par conséquent un double acte à la fois actif (reconnaître) et passif (être reconnu) et l'un ne va pas sans l'autre comme l'illustre la citation de Lusetti : la « reconnaissance de soi à l'actif ne peut aller sans son renversement au passif ; “le soi demande à être reconnu” » (2011 : 119).

Si nous essayons de comprendre le double acte de la reconnaissance du point de vue des interactions verbales, il se caractérise par différentes actions : identifier et attribuer une valeur à l'acte discursif articulé par le locuteur ou au locuteur lui-même. Le double acte de reconnaissance discursif est rendu possible grâce à une idée sous-jacente selon laquelle « [o]n “existe” non seulement parce que l'on est reconnu, mais, plus fondamentalement, parce que l'on est reconnaissable » dans nos prises de parole (Butler 2004 : 25). Être reconnu et être reconnaissable caractérisent le locuteur et l'interlocuteur. Non seulement la personne en situation de vulnérabilité s'implique pour s'en sortir et être reconnue, mais aussi son interlocuteur dans l'interaction s'efforce de la reconnaître en identifiant ses compétences. Ils s'accordent une relative reconnaissance mutuelle en s'engageant l'un envers l'autre. Par cette approche de l'engagement, nous faisons réapparaître le caractère mutuel de la reconnaissance puisque « [d]ans le processus de participation, nous nous reconnaissons dans l'autre » (Wenger 2005 : 64).

### 3.2.3. Une reconnaissance interactionnelle ou collective

Pour arriver à la reconnaissance, l'individu se confronte, dans l'interaction, non seulement à autrui capable d'appréciation ou de dépréciation, mais aussi aux normes en vigueur dans l'interaction et dans le milieu professionnel (Ricœur 2004 : 309-311). L'acte de reconnaissance permet de sortir de la situation de vulnérabilité par rapport à autrui dans l'interaction ainsi que dans le collectif (Butler 2004 : 48). La reconnaissance peut donc être produite dans le contexte interactionnel, local, et dans le contexte global du collectif. Lors de l'étude de la reconnaissance, nous devons tenir compte des paramètres contextuels interactionnels et sociaux qui la déterminent et la permettent. De fait, « [p]our juger juste, il faut

être capable de reconna[i]tre la nature de la situation et de s'y ajuster » (Boltanski et Thévenot 1991 : 181).

En outre, il est possible qu'une personne soit reconnue dans un contexte interactionnel et pas dans un autre. Pour comprendre une telle « bizarrerie » contextuelle, nous reprenons un exemple proposé par Moïse, Meunier et Romain (2015 : 104) :

*dans l'enseignement, il faut distinguer la reconnaissance des compétences du professeur par l'institution employeuse, d'une part, de la reconnaissance mutuelle dans l'interaction professeur-élève, d'autre part, qui supposent la validation des compétences pédagogiques de l'enseignant par l'élève et, réciproquement, celle des capacités d'apprentissage de l'élève par l'enseignant. Une confusion tend parfois à s'établir entre l'autorité personnelle de l'enseignant et la position d'autorité qu'il occupe du fait de sa nomination par une institution [...]. Or, des compétences liées à la détention d'un savoir académique – reconnues par l'institution – et les compétences spécifiques à la relation d'autorité pédagogique ne sont pas du même ordre. Si l'élève n'est pas fondé à reconnaître la valeur du savoir académique de l'enseignant, il est à même d'apprécier ses compétences de pédagogue.*

Ainsi, la reconnaissance des compétences académiques d'un professeur par l'institution (ou du moins par ses représentants) ne présage rien de sa reconnaissance lors d'une interaction qu'il peut avoir avec un de ses élèves, et vice-versa. Ce n'est donc pas parce qu'une reconnaissance d'une personne est « établie » dans un contexte global, le collectif ou l'institution, qu'elle est nécessairement établie dans un contexte local, l'interaction (Burger 2004 : 193). D'ailleurs, un interactant peut être reconnu dans le contexte global, mais il peut vivre la vulnérabilité dans l'interaction parce qu'il n'est pas reconnu par autrui. Nous pourrions alors qualifier la reconnaissance globale comme étant une « fausse reconnaissance » à l'entame de l'interaction ; cette fausse reconnaissance reposerait sur des critères externes (la fonction hiérarchique de la personne dans l'entreprise, par exemple) et elle ne serait pas prise en compte par l'interlocuteur<sup>29</sup>. Par conséquent, la reconnaissance globale ne peut être considérée comme la garante de la reconnaissance interactionnelle. L'interactant en situation de vulnérabilité devra faire ses preuves durant l'échange pour espérer être reconnu par autrui et ce, même s'il a une reconnaissance sociale en dehors de l'interaction.

Par ses prises de parole, un locuteur s'efforce de gagner la reconnaissance de son interlocuteur afin non seulement d'être reconnu interactionnellement, mais aussi de sortir de la vulnérabilité du point de vue interactionnel. Mais l'identification par la reconnaissance peut dépasser le cadre de l'interaction. Une personne dont les compétences sont reconnues par une autre au cours d'un échange souhaite s'impliquer, plus généralement, dans la vie d'une

---

<sup>29</sup> Cette fausse reconnaissance à l'entrée d'un échange fait écho au concept de *désignation* consistant à l'octroi d'une place à une personne, dans une entreprise par exemple, parce qu'elle est reconnue comme compétente sur la base de critères externes à l'interaction, tels que son diplôme (Guigon et Jacques-Jouvenot 2019 : 52).

communauté et elle souhaite se construire par ses actions, reconnues ou non, une place dans le collectif (Wenger 2005 : 2, 83 et 213-214).

### 3.3. *La reconnaissance versus l'invulnérabilité ou l'autonomie*

Afin de construire le couple reconnaissance et vulnérabilité, nous avons abandonné l'**invulnérabilité**. Si de prime abord nous pensions traiter la vulnérabilité dans son opposition avec l'invulnérabilité pouvant être ressentie par les professionnels, nous avons laissé de côté cette dichotomie pour nous concentrer sur l'expérience de la vulnérabilité et sur le passage vers la reconnaissance. Ce choix repose sur notre objectif de recherche à savoir comprendre comment un nouvel arrivant tente de sortir d'une situation de vulnérabilité et de construire sa place au sein du collectif professionnel pour y entrer. Une analyse en matière de vulnérabilité et d'invulnérabilité ne nous permet pas d'atteindre ce but. En outre, nous ne souhaitons pas faire de la vulnérabilité un caractère partagé par les interactants ; l'un peut la vivre alors que l'autre pas. Ce dernier ne se retrouve pas pour autant en situation d'invulnérabilité. De fait, dans une autre interaction avec le même individu ou avec un autre, il pourrait se trouver en situation de vulnérabilité. N'ayant pas accès à l'entièreté du profil des individus étudiés, nous considérons comme illégitime de catégoriser une partie des situations observées comme invulnérables. Nous abandonnons donc la dichotomie vulnérabilité-invulnérabilité au profit d'un traitement de la vulnérabilité vécue par un nouvel arrivant en lien avec la quête de reconnaissance de ses compétences pour répondre à notre objectif de recherche.

Nous avons également abandonné le couple vulnérabilité et **autonomie** présent surtout dans les travaux philosophiques (Doat et Rizzerio 2020 : 12-13). Ricœur, comme d'autres philosophes, propose de lier la vulnérabilité, non à la reconnaissance, mais à l'autonomie (2001 : 85). Ce lien repose sur une dichotomie entre les « individus capables d'indépendance et individus vulnérables (dépendants et "incapables") » (Doat et Rizzerio 2020 : 14). Si une action de la part de ces derniers est envisageable dans l'analyse au moyen du couple vulnérabilité-autonomie, nous ne rejoignons pas l'idée selon laquelle l'individu vulnérable est non autonome (Doat et Rizzerio 2020 : 14). Nous n'adopterons donc pas une telle opposition pour analyser les interactions verbales parce que nous la trouvons « radicale ». En effet, nous ne souhaitons pas catégoriser certains interactants de vulnérables et d'autres, d'autonomes, mais nous considérons qu'une personne en situation de vulnérabilité voit son autonomie affectée par la blessure, voire limitée ou réduite, sans pour autant être inexistante dans chaque interaction. Qu'en est-il si elle n'est pas en situation de vulnérabilité ? Jouit-elle pleinement de son

autonomie ? Nous n'en sommes pas persuadée et nous abandonnons le concept d'autonomie en tant que « pansement » de la vulnérabilité au profit de la reconnaissance. Cependant, nous n'excluons pas de cette dissertation, la notion d'autonomie que nous considérons comme une issue possible de la reconnaissance d'une personne. En effet, si la reconnaissance est effective, elle est un processus qui contribue à l'autonomie d'une personne dans ses actes sociaux et discursifs. Nous pourrions donc considérer la reconnaissance comme un moyen pour atteindre l'autonomie. Nous en reparlerons dans le sixième chapitre.

## Synthèse

Si le concept de vulnérabilité n'est pas neuf dans les recherches en sciences du langage, notre éclairage interactionnel de la vulnérabilité en lien avec la reconnaissance est peu courant dans les travaux en sociolinguistique.

En tant que blessure, la vulnérabilité linguistique vécue par une personne peut créer une incapacité d'agir face à son interlocuteur. Cette incapacité du dire peut toucher la prise de parole ou sa réception. Le locuteur et l'interlocuteur d'une interaction peuvent donc être « affectés » dans leur capacité du dire. Ils ne seront pas pour autant figés dans une situation de vulnérabilité : ils restent capables et aspirent à en sortir par la reconnaissance mutuelle de leurs compétences. Contrairement à de nombreux travaux, « notre » vulnérabilité est une situation dans laquelle peut se retrouver un interactant. Ce trait extrinsèque est particulier puisque la vulnérabilité n'est pas définitoire d'un être humain ni figeante dans un état d'incapacité ; elle s'applique à toute personne entrant en interaction avec une autre. L'entrée dans le métier peut donc être considérée comme une situation de vulnérabilité pour le nouvel arrivant « face » au collectif. Il tentera au fil des échanges avec ses membres de se faire reconnaître et de se construire une place.

L'objectif de ce chapitre était de développer notre conception interactionnelle de la vulnérabilité et de la reconnaissance. Pour ce faire, nous avons mis en évidence trois caractéristiques communes : elles sont relationnelles, contextuelles et dynamiques.

En traitant la vulnérabilité et la reconnaissance comme des actes qui concernent les deux participants à l'interaction, nous avons ajouté au caractère relationnel celui de réciprocité. Comme dans la logique du don de Mauss (2002), l'un est donneur et l'autre est receveur ; le don n'est rendu possible que par la présence des deux actions, donation et réception. Nous abordons la vulnérabilité et la reconnaissance dans la même logique. Néanmoins, en matière de

reconnaissance, nous pouvons rencontrer le partage de la « même » reconnaissance ; ce ne sera pas le cas pour la vulnérabilité. En effet, si un interactant est en situation de vulnérabilité, l'autre ne l'est pas forcément ni simultanément.

La situation de vulnérabilité d'une personne est étudiée dans un contexte particulier (une interaction dans un milieu de travail), comme sa quête de reconnaissance. Un tel ancrage contextuel doit être abordé du point de vue de ses paramètres qui peuvent être des facteurs de vulnérabilité ou de reconnaissance. Au contexte interactionnel, local, entre deux personnes, nous ajoutons un contexte global. Ce dernier relève du collectif professionnel : nous étudions les interactions verbales de travailleurs appartenant à un milieu de travail. Ce contexte global a, selon nous, des implications dans la situation de vulnérabilité ou dans la quête de reconnaissance d'un de ses membres (effectif ou potentiel) lors de son interaction avec un collègue.

La vulnérabilité est le résultat d'un acte discursif ou d'un événement social qui ne réduit pas l'interactant à son incapacité discursive. Il reste capable, selon nous, de sortir de cette situation et même de la faire vivre à son interlocuteur. Le caractère dynamique est également définitoire de la reconnaissance. Si un interactant participe à l'échange, il s'y engage et il se met en quête d'une reconnaissance « au mérite ». Cet engagement est interactionnel, c'est-à-dire que les participants s'engagent l'un envers l'autre et s'efforcent de préserver leurs faces en se mettant en quête de reconnaissance mutuelle et d'une place pour chacun. En outre, qu'elle soit reconnue ou non par l'interlocuteur, la personne reste « blessable », c'est-à-dire exposée au risque de blessure, ou peut se mettre en lutte pour plus de reconnaissance – si vous nous passez l'expression – que celle obtenue.

Lors de l'analyse des interactions verbales collectées en milieu professionnel, notre regard se portera, d'une part, sur les causes sociolinguistiques de la situation de vulnérabilité vécue par le nouvel arrivant et, d'autre part, sur les stratégies linguistiques pour en sortir et se mettre en quête de reconnaissance dans l'interaction et dans le collectif. Pour les comprendre, nous tiendrons compte non seulement des paramètres locaux, interactionnels, mais aussi globaux, communautaires.



## Chapitre 3 – Le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance

Ce dernier chapitre théorique a comme objectif de présenter conceptuellement l'étape de l'entrée dans le métier. C'est sous la forme d'un passage de l'expérience de la vulnérabilité causée par l'arrivée dans un collectif professionnel à la reconnaissance octroyée par les membres de ce dernier au nouvel arrivant que nous présenterons l'entrée dans le métier. Notre réflexion amorce déjà l'usage analytique du couple vulnérabilité et reconnaissance tel que nous l'utiliserons pour étudier les interactions verbales dans la troisième partie.

### Introduction

Après avoir détaillé conjointement nos conceptions de la vulnérabilité linguistique comme une situation et de la reconnaissance en tant que quête, nous ciblons dans ce chapitre l'articulation entre ces deux notions. Elle est un passage de l'une à l'autre, c'est-à-dire le passage d'une situation de vulnérabilité en interaction à la quête de reconnaissance. Nous expliciterons en quoi la reconnaissance est un outil pour sortir de la vulnérabilité. D'interaction en interaction, de reconnaissance en reconnaissance, le nouvel arrivant cherche à entrer dans le collectif et à s'y construire une place. Pour clôturer ce chapitre, nous mettrons en lien la reconnaissance et la place qui caractérisent aussi bien l'échange verbal que le collectif professionnel.

### 1. Une quête de reconnaissance

*Le chemin est long pour l'homme « agissant et souffrant » jusqu'à la reconnaissance de ce qu'il est en vérité, un homme « capable » de certains accomplissements. Encore cette reconnaissance de soi requiert-elle, à chaque étape, l'aide d'autrui, à défaut de cette reconnaissance mutuelle, pleinement réciproque, qui fera de chacun des partenaires un être reconnu (Ricœur 2004 : 119).*

La reconnaissance peut être considérée comme l'issue d'un chemin constitué de péripéties diverses et de blessures variées dans les interactions entre deux personnes. Un chemin ou un passage lors duquel la vulnérabilité linguistique peut être vécue par le locuteur ou l'interlocuteur, ou par l'un et puis l'autre. Notre approche de la vulnérabilité est processuelle et dynamique (Sang Ong-Van-Cung 2010 : 119). Nous la concevons non sur un continuum entre vulnérabilité et « non-vulnérabilité », mais comme une situation lors de laquelle les participants restent capables et se mettent en quête de reconnaissance d'interaction en interaction. Une

trajectoire se dessine au fur et à mesure des interactions et de la recherche de la reconnaissance, qui amène à la construction d'une place dans l'interaction et au-delà, dans le collectif.

Dans cette section, nous nous efforcerons d'explicitier le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance. Ancré dans les interactions verbales, ce passage peut être décrit à l'aide de l'image suivante : la reconnaissance serait le pansement de la vulnérabilité dont la cicatrisation nécessite plusieurs prises de parole de la part des locuteur et interlocuteur. Cette métaphore nous permet de mettre en évidence le caractère dynamique des deux notions. La personne en situation de vulnérabilité, nous l'avons expliqué précédemment, n'est pas inactive, mais elle tente de se sortir d'une telle situation, de reprendre le contrôle, comme le propose Lavergne (2020), grâce à ses compétences interactionnelles et linguistiques. Mais comment reprend-elle le contrôle à l'aide de la reconnaissance ? La réponse à cette question se fera en deux temps : nous présenterons la forme que prend la reconnaissance et quelques compétences interactionnelles pouvant amener un interactant à sortir de la vulnérabilité.

La reconnaissance est caractérisée par un ensemble d'actions qui permettent de l'atteindre : l'identification cognitive et l'attribution d'une valeur ainsi qu'une identification réciproque des interactants. Ces actions se manifestent, entre autres, dans les interactions verbales sous la forme de prises de parole. Nous pourrions donc en déduire que la reconnaissance mutuelle est le résultat d'un « **parcours** » actionnel, d'un processus, d'un **passage** débutant dans la plupart des cas par une situation de vulnérabilité et évoluant vers une reconnaissance mutuelle à l'intérieur de l'interaction dans un contexte local et ensuite à l'intérieur d'une communauté de locuteurs, dans un contexte global (Honneth 2007 : 74 ; Ricœur 2004 : 381).

Nous postulons que la reconnaissance n'est pas construite dès l'entrée dans un collectif ni dès l'entrée en interaction de deux personnes, contrairement à la vulnérabilité qui peut être vécue dès l'entrée en contact avec un potentiel interactant ou avec une communauté. La reconnaissance est donc le résultat d'une **quête**<sup>30</sup> (Ricœur 2004 : 38). Cette quête se caractérise

---

<sup>30</sup> Une objection à notre conception de la reconnaissance pourrait être la présence d'une « fausse reconnaissance ». Une personne est faussement reconnue par les membres d'une communauté lors de sa désignation à un poste sur la base de critères externes : elle se voit octroyer une place (Guigon et Jacques-Jouvenot 2019 : 52). Mais ce n'est pas parce qu'elle a une place désignée que la personne est reconnue par les membres de la communauté. C'est par la suite qu'elle obtiendra la reconnaissance de son interlocuteur et des membres du collectif professionnel. Notre conception de la reconnaissance comme résultat d'un passage s'approche davantage de l'habilitation. Cette dernière recouvre le fait d'être reconnu comme compétent par autrui, notamment en ce qui concerne la qualité du travail effectué ; cette reconnaissance peut également être le fruit d'un participant de l'interaction ou des acteurs

par un passage d'une méreconnaissance d'autrui vers une reconnaissance mutuelle. Un changement se produit donc d'un état originel de la relation, que nous pourrions qualifier de situation de vulnérabilité, vers une réciprocité reconnaissante entre les deux interactants (Sang Ong-Van-Cung 2010 : 122). Une telle transformation est rendue possible par la relation qui les unit et qu'ils construisent petit à petit.

Durant une interaction, par exemple, le locuteur aspire à la reconnaissance parce qu'il vit une situation de vulnérabilité. De fait, son « aspiration à la reconnaissance » (Hunyadi 2003 : 51 ; Roca i Escoda 2008 : 29), ou son « désir de reconnaissance » (Sang Ong-Van-Cung 2010 : 121), peut être comprise comme la volonté de se faire valoir dans un contexte de vulnérabilité, qui peut évoluer (Roca i Escoda 2008 : 31). Autrement dit, « ce que veut [le « vulnérable »][...], ce n'est pas être restauré comme tel dans la possession, mais y être restauré en tant que reconnu, à *bon droit* donc » (Sang Ong-Van-Cung 2010 : 123). Éprouvant une blessure, le locuteur peut « prendre conscience qu'il est illégitimement privé de reconnaissance sociale » (Honneth 2007 : 166) et il décide alors de se mettre en quête de reconnaissance pour lutter contre des émotions négatives et tenter de se créer une place. Si le locuteur peut vivre une situation de vulnérabilité et aspirer à la reconnaissance, l'interlocuteur le peut également à la suite de la prise de parole d'un locuteur.

Pour atteindre la reconnaissance, l'interactant, qu'il soit locuteur ou interlocuteur, recourt à des moyens, des stratégies interactionnelles selon nous, qui s'inscrivent dans une démarche d'implication personnelle, d'engagement par le dire (Roca i Escoda 2008 : 30 et 35 ; Weller 2008 : 99-100). Si une implication personnelle a lieu lors des interactions, l'individu devra faire preuve d'engagement adapté non seulement au contexte interactionnel, propre à chaque échange, mais aussi au contexte communautaire, propre au collectif. Les paramètres contextuels de l'interaction ont donc un impact sur la forme de l'engagement de la personne.

Dans notre logique de vulnérabilité, nous avons adopté les termes d'aspiration ou de quête de reconnaissance plutôt que celui de l'attente (Dejours 2010 : 137). Ce choix terminologique repose sur le fait que nous considérons la reconnaissance comme une sorte de « dédommagement » ou de soin par rapport à la blessure, à la vulnérabilité vécue (Dejours 2010 : 138). Cette idée de quête est liée à la volonté de la personne d'être reconnue et donc de recevoir une « confirmation sociale » de sa place dans l'interaction, et *in fine* dans le collectif

---

professionnels d'un collectif (Assegond, Chazal et Sitnikoff 2019 : 73). Grâce à la reconnaissance de l'interactant et d'autres membres du collectif, la personne trouve sa place. La reconnaissance présente dans le processus d'habilitation et de désignation n'est pas identique et les rapports de places se construisent également différemment.

(Honneth 2007 : 73 ; Ricœur 2004 : 25, 38, 107 et 338 ; Roca i Escoda 2008 : 30 et 35). Dans cette dynamique, nous laissons davantage transparaître les idées d'évaluation, de jugement, des prestations et des performances des personnes désireuses de reconnaissance. Ces jugements pouvant porter sur des questions économiques, techniques ou encore sociales dans un milieu professionnel reposent sur la « conformité du travail avec les règles » en place (Dejours 2010 : 138). Les évaluations peuvent également porter sur des questions linguistiques. Mais quelles compétences linguistiques la personne en vulnérabilité peut-elle utiliser pour obtenir la reconnaissance de l'autre ?

La question des compétences utilisées par la personne en quête de reconnaissance sera au cœur de notre réflexion et plus particulièrement, les compétences interactionnelles qu'il emploiera pour l'atteindre. Alors qu'il utilisera des compétences qu'il a déjà en entrant dans le milieu, il s'efforcera de les enrichir au fur et à mesure de l'interaction pour recevoir, en contrepartie, une évaluation positive de son interlocuteur, évaluation qui lui accordera une reconnaissance. Dans ce processus « promotionnel » de lui-même, l'individu en quête se montrera sous son meilleur jour, nous l'imaginons, pour pouvoir être évalué à sa juste valeur. Par conséquent, il cachera certaines compétences pour répondre au mieux aux conditions et aspirations de ses interlocuteurs lors des interactions. Cette idée repose sur le fait que la personne en quête espère sauvegarder sa face, du moins en partie, malgré la situation vulnérable à laquelle elle est exposée. Parmi les « sentiments douloureux », nous trouvons la situation de vulnérabilité. Même si une personne la vit, elle reste capable de mobiliser ses **compétences** interactionnelles pour rechercher la reconnaissance d'autrui et d'elle-même.

Pour y arriver, elle utilise différents outils linguistiques comme le fait de retenir l'attention de l'interlocuteur et des membres du collectif (Boltanski et Thévenot 1991 : 226-227) en transgressant les normes et valeurs linguistiques ou en imposant ses propres conceptions. D'autres manières d'attirer l'attention sont de parler fort et de se montrer impolie ou familière alors que la situation interactionnelle ne « sollicite » pas un tel comportement linguistique (Boltanski et Thévenot 1991 : 220-222). Ce comportement « sans-gêne », voire indiscret, repose sur la volonté d'être reconnue et de se faire une place dans l'interaction, mais surtout de se faire voir et considérer par les autres. Nous tenterons de comprendre si de telles compétences aident à la reconnaissance.

Un autre moyen linguistique, moins ostentatoire, pour atteindre la reconnaissance est le mimétisme (Sang Ong-Van-Cung 2010 : 131) : la personne en quête s'efforce d'employer les routines interactionnelles et les tournures linguistiques propres à l'un ou l'autre de ses interlocuteurs faisant partie du même collectif. Ainsi, elle tentera d'abord de les déchiffrer afin de « comprendre un autre monde que le sien » (Ricœur 2004 : 326) ; ensuite, elle veillera à se les approprier en les utilisant dans des contextes interactionnels similaires à ceux de son interlocuteur ; et enfin, elle les emploiera dans des interactions différentes.

En recourant à ces compétences, la personne s'engage pour diminuer sa vulnérabilité et elle se met en quête de reconnaissance. Les compétences interactionnelles utilisées sont appréciées par l'interlocuteur et même, potentiellement, par les membres du collectif. Cette appréciation repose sur le lien entre les usages linguistiques et les règles contextuelles de l'interaction (Goffman 1991 : 437). La minimisation de la vulnérabilité et la reconnaissance sont possibles si l'interlocuteur juge que les compétences employées sont adéquates. Si ce n'est pas le cas, la vulnérabilité est maintenue ou potentiellement accentuée par la dépréciation de l'interlocuteur. L'individu est alors reconnu comme « incompétent » dans le contexte interactionnel et cette forme de reconnaissance a des conséquences sur sa prise de parole dans l'interaction (Weizman 2006a : 136). Face à une telle situation interactionnelle, il nous semble difficile pour le « blessé » de sauver sa face et d'être reconnu. Mais la personne qui vit la vulnérabilité peut décider de lutter<sup>31</sup> pour la reconnaissance. En effet, la blessure occasionnée ne l'empêche pas d'agir pour sauver sa face ; comme le proposent Boltanski et Thévenot, « [l']épreuve est par là l'occasion de déployer la grandeur » (1991 : 106). Afin de redorer son blason – si vous nous passez l'expression, il peut négocier une certaine reconnaissance auprès de son interlocuteur durant l'échange en luttant. En transformant sa quête en lutte, il espère une évolution de la non-reconnaissance octroyée par l'autre.

Si la quête de reconnaissance peut prendre la forme d'une lutte pour la personne non reconnue, cette dernière peut également « faire la révolution » et tenter de renverser la situation interactionnelle. Par cette attitude, elle ne tient pas compte des protestations ni du jugement porté sur sa compétence (Goffman 1991 : 436) et elle espère un retournement de la situation interactionnelle à la faveur de sa reconnaissance. Ainsi, la personne qui vit la vulnérabilité et qui fait la révolution pourrait par sa prise de parole ou son comportement linguistique renverser

---

<sup>31</sup> L'appellation de la « lutte pour la reconnaissance » est empruntée aux réflexions de Hobbes et fait écho au titre de l'œuvre de Honneth (2007). Mais c'est Hegel qui reprend l'appellation pour l'appliquer à la communication entre les individus (Honneth 2007 : 54).

la donne et blesser son interlocuteur par sa quête « virulente » de reconnaissance. Nous n’observons pas ce genre de comportement interactionnel, mais nous l’évoquons parce qu’il peut être mis en lien avec la violence verbale. La quête de reconnaissance que nous nous efforcerons de déchiffrer pourra prendre la forme d’une aspiration ou d’une lutte lors des interactions verbales entre les nouveaux arrivants et les membres du collectif professionnel.

## 2. Se reconnaître mutuellement ou coconstruire des places

*Prendre sa place, en hériter, la garder, se la voir refuser, faire sa place à côté ou encore la perdre, autant de configurations qui dépendent, dans les mondes du travail, du processus de négociation à l’œuvre dans les interactions entre donateur et donataire (Jacques-Jouvenot et Schepens 2019 : 8).*

La quête de reconnaissance peut être mise en parallèle avec la construction d’une place au sein de l’interaction et au sein d’un collectif. Le parallélisme que nous créons repose sur notre sujet d’étude, à savoir l’entrée dans le métier de nouveaux arrivants. Durant cette étape professionnelle, ces derniers se mettent en quête d’une reconnaissance de leurs compétences par les membres du collectif, mais aussi souhaitent y trouver leur place. Comme la reconnaissance, la place est un désir du nouvel arrivant qui vit une situation de vulnérabilité. Il s’efforce de la négocier et de la coconstruire non seulement avec son interlocuteur lors d’une interaction (Alcade-Lebrun 2016 : 190), mais aussi avec plusieurs membres du collectif professionnel afin de s’y trouver une place parmi eux. Nous distinguerons deux sortes de places qui sont liées entre elles : les places de l’interaction et les places du collectif.

Pour se créer une place dans l’interaction, le locuteur, qui n’en a pas, a besoin d’une « reconnaissance (ou non-reconnaissance) mutuelle » de la part de son interlocuteur (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 28). Au moyen de sa prise de parole, il se met en scène et il définit sa place en fonction de la reconnaissance que lui accorde son interlocuteur. Pour construire sa place et la trouver dans l’interaction, un locuteur doit donc être reconnu par l’interlocuteur, et vice-versa. Ainsi, durant un échange verbal,

*[ê]tre entendu, c’est se voir reconna[i]tre une place qui sécurise, et donc une qualité de sujet. La présence de chacun à l’autre s’exprime dans des qualités d’écoute active (reformulations, reprises, insistances par exemple), attentive aux subjectivités modelées par des expériences culturelles et sociales singulières. [...] **Parler, c’est interagir et chaque prise de parole met donc en jeu un ou des rapports de places spécifiques** [nous soulignons]. [...] Cette dynamique, qui met en mouvement les places de chacun, repose à la fois sur la représentation que les uns et les autres ont de leurs interlocuteurs et sur la reconnaissance ou la non-reconnaissance qui transparaissent au travers des paroles échangées (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 27).*

Au cours d'une interaction verbale, nous postulons que le locuteur et l'interlocuteur aspirent non seulement à être reconnu par l'autre, que ce soit dans ses compétences linguistiques, sociales ou techniques, mais aussi à trouver une place. C'est ensemble que le locuteur et l'interlocuteur construisent la reconnaissance mutuelle et leurs places respectives dans l'interaction.

Dans cette section, nous définirons d'abord ce que nous entendons interactionnellement par « place » dans la lignée des travaux de Flahault (1978), Kerbrat-Orecchioni (1992) et Vion (2000). Ensuite, nous préciserons comment s'établissent les places dans le collectif à partir des places interactionnelles. Et enfin, nous observerons que la place octroyée à une personne à l'entrée ou à la fin d'un échange n'est pas acquise, mais elle peut être renégociée lors d'un prochain échange, par exemple. Cette approche repose sur le fait que la place d'un individu n'est pas seulement l'objet d'un échange verbal, mais elle est l'objet de plusieurs interactions avec différentes personnes amenant à la construction d'une place plus collective. Nous constatons déjà que la place, comme la vulnérabilité et la reconnaissance, est interactionnelle et relationnelle, dynamique et contextuelle.

### 2.1. Une définition interactionnelle de la place

Utilisée fréquemment dans les recherches en sociolinguistique, la place<sup>32</sup> est définie interactionnellement dans notre analyse comme « la *position sociale* revendiquée par une personne au cours d'une interaction sociale. [...] La place de la personne est corrélative de la place revendiquée par autrui ; elle est *négociable* et n'est jamais gagnée pour de bon » (de Nuchèze et Colletta 2002 : 134). Arrêtons-nous un instant pour détailler cette définition. La place d'une personne ne peut être comprise qu'en lien avec celle de son interlocuteur au cours d'une interaction. En effet, une place est une construction interactive pouvant évoluer au fur et à mesure des tours de parole et de la relation qui se tisse entre les interactants lors de l'échange.

Si à l'entame de l'interaction, le locuteur occupe une place par rapport à son interlocuteur, cette dernière peut changer au cours de l'échange, et même à plusieurs reprises, pour se fixer –, et ce, de manière temporaire – à son terme. À l'issue de l'interaction, les deux participants ont défini leurs places respectives, mais cela n'implique pas qu'elles ne pourront pas faire l'objet d'une nouvelle négociation lors d'une prochaine interaction. Ce potentiel

---

<sup>32</sup> Nous préférons le terme *place* à celui de *position* ou de *positionnement* parce que la position est définie dans le contexte social et non dans l'interaction, et le positionnement, lui, « se fait dans et par le discours » (Weizman 2006a : 136). Nous adoptons la notion de place parce qu'elle nous permet de conjuguer à la fois le contexte social et le contexte interactionnel.

changement peut être dû aux paramètres contextuels, à la relation qu'ils entretiennent ou aux comportements sociodiscursifs de l'un des interactants. Nous considérons donc qu'une place<sup>33</sup> d'un participant à une interaction est relationnelle, contextuelle et dynamique.

La place peut se négocier durant l'échange verbal. Par conséquent, la place occupée par un locuteur peut se modifier, mais elle reste en relation avec la précédente et la future à chaque tour de parole (Vion 2000 : 80-81 et 106-109) ainsi que définie par rapport à celle de son interlocuteur et à la reconnaissance octroyée mutuellement.

L'interaction peut donc être considérée comme un « cadre de participation »<sup>34</sup> des deux interactants qui y cherchent leurs places en plus de leur reconnaissance (Goffman 1987 : 146-147). Leur participation à l'interaction et les places qu'ils y occupent évoluent au fur et à mesure des prises de parole des interactants. Même si un certain figement de ces dernières clôture l'échange verbal, il n'est pas rare qu'ils endossent une succession de places, pouvant faire écho à la succession de tours de paroles (Mondada et Keel 2017 : 13).

## 2.2. D'une place interactionnelle à une place institutionnelle

Nous aimerions dans cette section apporter une remarque sur la notion de place proposée. Certes, elle peut être définie *stricto sensu* à l'intérieur d'une interaction, c'est ce que nous qualifierons de **place interactionnelle**. Cependant, la place d'un locuteur par rapport à son interlocuteur est également définie par des éléments extérieurs à l'interaction. Nous pourrions donc poser l'existence d'un second ensemble de places : les **places institutionnelles** (Vion 2000 : 106-107). Contrairement à la place interactionnelle définie à l'intérieur du contexte interactionnel, la place institutionnelle d'un interactant, elle, est déterminée par des éléments sociaux ; elle est donc déterminée avant l'échange grâce aux caractéristiques sociales des interactants (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 28). Autrement dit, elle est l'actualisation des facteurs sociaux et externes au sein de l'interaction, contrairement à la place interactionnelle (Weizman 2006b : 10). Le fait que la place institutionnelle soit définie par des paramètres externes à l'interaction nous amène à mettre en lien le concept de place avec ceux de rôle et de statut, en tant que particularités sociales d'une personne.

---

<sup>33</sup> Notre conception de la place d'un interactant durant l'échange fait écho à la « place discursive » qui est la place d'un locuteur octroyée en fonction de la congruence de son discours avec les places de son ou ses interlocuteurs (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 28-29).

<sup>34</sup> Si nous recourons à l'appellation « cadre de participation », empruntée à Goffman, c'est pour comprendre notre notion de place, en tant que position sociale de chaque interactant, au sein de l'interaction.

Le **statut** est l'« ensemble des positions sociales assumées par un sujet (sexe, âge, métier, position familiale, religieuse, sociale, politique[, associative, prestigieuse]...) constituant autant d'attributs sociaux » (Vion 2000 : 78) ; il « préexiste à l'engagement des participants » (Durand, Trébert et Filliettaz 2015 : 41) dans une relation, comme une interaction. En fonction de cette dernière, le participant mobilise tel ou tel statut : l'un est actualisé et les autres sont latents. Le statut relève, dans notre cas, du contexte institutionnel, du macrocontexte, dans lequel la personne est impliquée. Si nous le considérons comme professionnel dans notre étude, il peut être, dans d'autres situations, familial, politique, religieux, etc. Il se définit par des attributs non seulement biologiques (l'âge, par exemple), mais aussi sociaux. Dans un milieu professionnel, les caractéristiques sociales sont associées à la formation et au contrat, entre autres. Autrement dit, le statut actualisé de la personne relève notamment de ses qualifications et de son contrat de travail. Nous nous permettons une remarque concernant le statut actualisé. N'ayant pas suivi la même formation ni obtenu le même diplôme, les professionnels n'ont pas tous le même statut actualisé : certains sont cadres ; d'autres, employés si nous prenons l'exemple du monde du travail. Outre des cursus et diplômes différents entre deux professionnels, leur statut actualisé est également défini par leur degré de formation ou de familiarisation avec le milieu. Nous pourrions donc imaginer qu'à diplôme égal, certains sont considérés comme des novices et d'autres, comme des experts du point de vue de leur degré de formation, ou comme de nouveaux arrivants face à des membres « anciens », expérimentés du collectif professionnel du point de vue de leur degré de familiarisation.

Outre la place et le statut, un troisième élément permet de faire l'intersection entre ces deux notions : le **rôle**. Il est un ensemble d'« attitudes, [...] valeurs et [...] comportements que la société assigne à une personne et à toutes les personnes qui occupent [...] [un] statut » actualisé (Linton 1986 : 71). Le rôle est donc la partie active, dynamique, du statut de la personne qui se comporte et réalise des actions en fonction de ce dernier. Ainsi, elle se voit attribuer un statut institutionnel ; en lien avec celui-ci, elle utilise les valeurs, les codes et les savoirs associés (Kerbrat-Orecchioni 1992 : 106-107). Dans le milieu professionnel, si la personne est cadre du point de vue du statut actualisé, elle adopte les comportements et valeurs propres à cette fonction, comme le font les autres cadres de l'équipe. Nous tenons tout de même à souligner que l'actualisation du statut dans le rôle peut se décliner de différentes manières en fonction de la personne. Par conséquent, des variantes de rôles sont possibles pour un même statut actualisé (Durand, Trébert et Filliettaz 2015 : 42). La définition du rôle telle que nous l'avons proposée correspond au « rôle institutionnalisé » (Vion 2000 : 82). À ce dernier, nous

ajoutons une seconde sorte : les rôles occasionnels (Vion 2000 : 82). Ils sont temporaires et ils peuvent prendre différentes formes au sein d'une équipe professionnelle. Ainsi, un employé peut endosser temporairement le rôle de cadre qui n'est *a priori* pas le sien, mais celui d'un autre qui est absent et être reconnu comme tel par les autres professionnels présents pour un laps de temps défini, la période d'absence du cadre.

Selon nous, le concept de rôle est important dans l'interaction où se tisse une relation entre deux interactants : le locuteur se présente à l'interlocuteur en jouant son rôle et il le joue parce qu'il a décidé de l'endosser lors de cette rencontre (Goffman 1973b : 181). Le rôle institutionnalisé endossé « découle » du statut actualisé dans le milieu professionnel et il permet d'attribuer une place institutionnelle et interactionnelle au locuteur par rapport à son interlocuteur durant l'échange verbal. De fait, à l'ouverture de l'interaction, une place interactionnelle est prise par le locuteur et elle est dessinée par les facteurs sociaux issus des statut et rôle ainsi que de la place institutionnelle. Nous pourrions donc considérer que la place interactionnelle de chaque interactant équivaut à leur place institutionnelle, en lien avec leurs rôle institutionnalisé et statut actualisé à l'ouverture de l'interaction, mais qu'elle sera redessinée au fur et à mesure des tours de parole pour être figée à son terme. À la clôture de l'interaction, les interactants redéfinissent de nouvelles places institutionnelles qui pourront avoir un impact sur la manière avec laquelle les interlocuteurs jouent leurs rôles dans le collectif. La reconnaissance du rôle et de la nouvelle place institutionnelle du locuteur pourrait potentiellement l'amener à revendiquer un autre statut ou à se voir offrir une promotion statutairement.

Nous tenons à formuler une remarque : si une négociation de la place et *in fine* du rôle d'un interactant est possible, les critères définitoires du rôle sont néanmoins « relativement plus stables et moins dépendants du déroulement de l'échange » que ceux de la place (Weizman 2006a : 136-137). Quant aux places interactionnelles et institutionnelles, elles sont dynamiques, même si les secondes sont plus stables que les premières (Burger 1994 : 253). Si le rapport de places<sup>35</sup> institutionnelles et celui des places interactionnelles ne sont pas congruents, nous pouvons voir une volonté de quête ou de lutte pour la reconnaissance se mettre en place pour qu'une concordance soit trouvée entre les deux types de places des interactants.

---

<sup>35</sup> Si nous reprenons, en l'adaptant, le concept de place de Flahault (1978), nous laissons de côté son approche en « système de places » (Flahault 1978 : 54 ; Kerbrat-Orecchioni 1992 : 71) au profit du « rapport de places » proposé par Vion (2000 : 106-109).

### 2.3. Les rapports de places dans et hors de l'interaction

Les places des participants à une interaction sont dynamiques et coconstruites au moyen des prises et réceptions de parole de chacun. Nous pourrions qualifier cette co-construction dynamique des places comme un « rapport de places » (Vion 2000 : 80-81 et 106-109) comme une

*co-activité des sujets [...] [qui] se construit à tout moment, dans la façon dont chacun parle avec et à l'autre, et [...] [qui] conduit nécessairement à une (re)négociation toujours possible du rapport de places dans les échanges (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 27).*

Le rapport de places interactionnelles qui unit les interlocuteurs à l'entrée de l'interaction pourra être négocié au cours de cette dernière et redéfini à son terme. Nous pouvons donc observer au moins deux états du rapport de places entre les interactants : celui du début de l'interaction et celui de la fin. Outre ce rapport dynamique de places interactionnelles entre les locuteur et interlocuteur d'une interaction, il sera intéressant d'observer quel rapport de places institutionnelles se construit *in fine* entre le locuteur et les différents interlocuteurs du collectif avec lesquels il a interagi afin de comprendre quelle place institutionnelle, sociale, il a construit au sein du collectif. Nous considérons donc que le fait de

*[t]rouver sa place s'apparente ainsi à un parcours, actif, ouvert, entreprenant, on pourrait presque dire à une **quête** [nous soulignons]. Au carrefour nécessaire de ce que je suis, que je dois progressivement libérer de ce qui l'entrave, et de ce que le monde peut accueillir, que je dois découvrir et comprendre (Allais et Goutman 2012 : 17).*

Le rapport de places peut prendre différentes formes en fonction de la relation qui se crée entre les interactants. Dans la lignée des travaux de Kerbrat-Orecchioni sur la « relation interpersonnelle »<sup>36</sup> (1992 : 35-36), nous abordons le rapport de places à l'aide de deux axes relationnels : vertical (entre asymétrie et symétrie) et horizontal (entre distance et solidarité<sup>37</sup>).

La relation sur l'axe vertical se constitue de deux pôles : la symétrie et l'asymétrie. Catégoriser une relation entre deux interactants comme étant symétrique ou asymétrique<sup>38</sup>

<sup>36</sup> Nous pouvons donc ajouter au degré de connaissance mutuelle et au contrat de communication, la place comme troisième particularité de la nature de la relation.

<sup>37</sup> Le terme solidarité est préféré à ceux d'*intimité* et de *proximité* qui nous semblent plus intrusifs dans l'espace personnel des interactants. En outre, nous abordons la relation interpersonnelle de Kerbrat-Orecchioni (1992 : 35-36) au moyen de deux dimensions, l'axe vertical et l'axe horizontal, mais nous laissons de côté la troisième dimension, celle conflictuelle. Selon nous, le conflit et le consensus sont des résultats d'un échange et non des traits définitoires de la relation interpersonnelle. De plus, ce n'est pas en matière de conflit ni en matière de consensus que nous étudions les liens entre les interactants, mais à l'aide de leur expérience de la vulnérabilité et de la reconnaissance.

<sup>38</sup> Nous proposons une remarque sur la notion d'asymétrie relationnelle qui se construit dans l'interaction : elle est à relativiser et non à généraliser puisque « toutes les interactions sont inégalitaires, mais il y en a qui le sont plus que d'autres » (Kerbrat-Orecchioni 1992 : 121).

repose sur des éléments externes à l'interaction, comme leurs statut, rôle et place institutionnelle, mais aussi sur des éléments internes, à savoir les moyens verbaux utilisés lors des prises de parole, le bagage socioculturel et l'histoire interactionnelle de chaque interactant. De fait, les éléments verbaux utilisés reflètent la relation et sont des outils pour la faire évoluer. En fonction de la relation interpersonnelle, ou plus précisément du rapport (a)symétrique de places institutionnelles entre les interactants, le locuteur parle d'où il se place, il s'assigne alors une place interactionnelle par rapport à l'autre et il attend de ce dernier qu'il le reconnaisse comme étant à sa place (Flahault 1978 : 70). Autrement dit

*[p]arler, c'est interagir et chaque prise de parole met donc en jeu un ou des rapports de places spécifiques. La notion de place (Flahault, 1978) renvoie à la force dynamique de la relation, qui se traduit par une influence réciproque, dans le cadre d'un jeu de positionnement non prédéterminé. Cette dynamique, qui met en mouvement les places de chacun, repose à la fois sur la représentation que les uns et les autres ont de leurs interlocuteurs et sur la reconnaissance ou la non-reconnaissance qui transparaissent au travers des paroles échangées (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 27).*

La relation sur l'axe horizontal est caractérisée par deux interlocuteurs qui vont graduellement se rapprocher ou s'éloigner lors de leurs prises de parole (Kerbrat-Orecchioni 2004 : 17). Le rapprochement peut être apparenté à un degré de connaissance mutuelle proche (près du pôle « je te connais »), alors que l'éloignement, à un degré distant (du côté du pôle « je ne te connais pas »). Quand le degré de connaissance mutuelle est élevé, la relation est solidaire, alors que quand il est faible, elle est distante.

Les deux axes peuvent être étudiés séparément, mais, lors de l'analyse des interactions verbales, il semble plus opportun de les conjuguer. Nous pourrions observer que les interactants s'insèrent dans une relation solidaire et symétrique ou distante et asymétrique. Ce sont les associations relationnelles les plus courantes, mais d'autres combinaisons sont possibles entre ces quatre pôles. Nous relevons quatre combinaisons, comme Kerbrat-Orecchioni (1992 : 122). Premièrement, une *distance asymétrique* peut lier deux interactants dont les places institutionnelles sont asymétriques et dont les places interactionnelles le sont également : une certaine distance les lie. Deuxièmement, une *solidarité symétrique* se tisse entre des interactants qui occupent une place institutionnelle identique et dont les places interactionnelles seront solidaires, voire intimes. Troisièmement, nous pouvons observer une *distance symétrique* entre des personnes ayant la même place institutionnelle, mais ils peuvent vouloir marquer une distance durant l'interaction verbale. Et quatrièmement, une *solidarité asymétrique* est remarquée entre des personnes occupant des places asymétriques institutionnellement, mais qui adoptent des places interactionnelles marquant une solidarité entre eux.

Aborder les différentes sortes de relations interpersonnelles nous permet de comprendre les rapports de places institutionnelles et interactionnelles qui peuvent être négociées au cours d'une interaction par ses participants. Nous pensons que peu importe la combinaison des places, le locuteur et l'interlocuteur cherchent à être reconnus et à minimiser la vulnérabilité qu'ils peuvent vivre. Autrement dit, même s'ils sont dans un rapport de places institutionnelles symétriques et de places interactionnelles solidaires à l'entame de l'interaction, ils peuvent se retrouver en situation de vulnérabilité en cours d'interaction et rechercher la reconnaissance qu'ils espèrent trouver à la fin de l'échange verbal.

Trouver sa place est une action qui ne peut rester au singulier selon nous. En fonction du milieu dans lequel évolue la personne, elle tente de s'y créer une place. De plus, au sein de ce milieu, différentes situations, comme une interaction, peuvent être vécues lors desquelles et pour chacune desquelles la personne doit également se trouver une place. C'est donc la somme de toutes les places qui font un individu, l'identité d'un individu. Sa place, il pourrait l'avoir trouvée dans son milieu familial, mais tenter de la créer dans le milieu professionnel dans lequel il travaille, par exemple. Si la place peut être abordée d'un point de vue extralinguistique, elle peut également l'être d'un point de vue intralinguistique. Dans ce second type de contexte, un locuteur peut avoir trouvé sa place par rapport à un interlocuteur Y lors d'un échange, mais pas avec un interlocuteur Z lors d'une autre interaction.

En souhaitant entrer dans le métier par l'interaction, le nouvel arrivant crée une relation asymétrique avec le membre du collectif professionnel. Cette asymétrie repose sur les savoirs et les compétences de chacun des interactants (Zielinski 2011 : 98) et potentiellement sur l'absence de reconnaissance mutuelle (par manque de connaissance). Si les membres de l'équipe sont « chamboulés » par l'arrivée d'un nouveau professionnel, il l'est également par les rencontres faites ainsi que par l'entrée dans un milieu particulier et non connu. Nous posons donc comme point de départ une « relation asymétrique » entre les deux interactants amenant potentiellement l'un ou l'autre à vivre la vulnérabilité. Le fait de la ressentir peut se comprendre parce qu'un interlocuteur redéfinit son identité au cours de l'échange : il se reconstruit en lien avec l'autre, en déconstruisant certains *a priori* et en remodelant ses compétences.

### 3. De la reconnaissance à la place, de l'interaction au collectif

*Il semble bien que refuser de prêter l'oreille à la parole de l'autre soit une condition implicite au fait de parler à sa place. Réciproquement, vouloir agir à la place d'un autre, c'est décider que cette vie n'est pas agissante ou que son régime d'action n'est pas authentique (le Blanc 2011 : 89).*

Au terme d'une interaction, les moyens sociolinguistiques utilisés par les interactants entraîneront la reconnaissance sous diverses formes. Il n'existe pas une seule issue de la quête de reconnaissance de la personne blessée. Ses qualités et compétences peuvent ne pas être reconnues par l'interlocuteur tandis que celles d'un autre le seront. Une situation intermédiaire est également possible, c'est-à-dire que l'interactant sera à moitié reconnu et à moitié non reconnu. Dans la suite de cette section, nous présenterons les trois issues de la quête de reconnaissance mutuelle : elle peut être pleine<sup>39</sup>, partielle ou absente. Autrement dit, nous la considérons comme une notion caractérisée par un continuum dont les deux pôles sont l'acquisition de la reconnaissance (pleine) et son absence ou son refus. Ces issues sont dépendantes de l'évaluation des moyens sociolinguistiques mis en place par la personne en quête de reconnaissance et du contexte interactionnel dans lequel ces derniers sont utilisés. Nous expliciterons les trois issues de la quête de reconnaissance en évoquant également la vulnérabilité vécue, la manière avec laquelle la personne participe à l'interaction et la construction d'une place dans l'interaction et au sein du collectif. La place, dite interactionnelle, pourra évoluer durant l'échange verbal et sera fixée, du moins temporairement, à sa fin. L'interaction permet la co-construction des places interactionnelles qui facilitent (ou non) l'entrée en relation avec d'autres personnes du collectif en vue d'établir une place institutionnelle. Souvenez-vous : la première sorte de places se définit à l'intérieur de l'interaction (entre les interactants), alors que la seconde, au sein du collectif, mais elle peut faire l'objet de négociations interactionnelles.

#### 3.1. « Je te reconnais pleinement, tu as une place »

Afin d'évoquer la **reconnaissance pleine** et donc avérée d'une personne par un ou plusieurs interlocuteurs, nous pourrions modifier quelque peu la définition de l'estime sociale proposée par Honneth. En effet, se reconnaître mutuellement c'est « s'envisager réciproquement à la lumière de valeurs qui donnent aux qualités et aux capacités de l'autre un

---

<sup>39</sup> Le qualificatif « pleine » attribué à la reconnaissance fait référence à la participation pleine des travaux de Duc (2016 : 181).

rôle significatif dans la pratique commune » (Honneth 2007 : 157). Cette approche de la reconnaissance repose sur l'identification et l'appréciation des uns et des autres qui partagent un ensemble de valeurs définitoires de leur relation dans le respect de chacun. Grâce à la reconnaissance pleine, la personne sortira de la situation de vulnérabilité dans laquelle elle se trouvait pour établir un nouvel équilibre relationnel de reconnaissance mutuelle. La personne reconnue par l'interlocuteur devient un acteur potentiel de toute interaction au sein du collectif. Autrement dit, à la suite de la reconnaissance pleine obtenue au cours d'une interaction, elle se permettra de participer davantage à la vie du collectif ; une telle participation nous amène à considérer l'individu comme doté d'une place et d'une autonomie dans ses actes (Sang Ong-Van-Cung 2010 : 125), autonomie qui sera également reconnue.

L'autonomie est un des résultats de la reconnaissance pleine des compétences d'une personne par son interlocuteur. Dans le champ du travail, elle peut être abordée à l'aide de différents points de vue ; nous adoptons une logique sociologique centrée sur le binôme autonomie et compétence (Duc et de Saint-Georges 2009 : 101). En effet, un professionnel pourra agir de manière autonome ou acquérir de l'autonomie s'il a construit des compétences qui le lui permettent et qui sont reconnues par son interactant, voire par les membres du collectif. La dynamique entre autonomie et compétence doit se comprendre de manière réciproque : l'autonomie n'est acquise pleinement que si la personne a développé des compétences suffisantes pour l'être et si elle a été reconnue par les expérimentés comme apte à agir ; et vice-versa, l'autonomie est considérée comme une condition de l'acquisition de nouvelles compétences (Duc et de Saint-Georges 2009 : 102). Ainsi, « la seule manière d'apprendre l'autonomie est d'avoir l'opportunité de l'exercer » (Duc et de Saint-Georges 2009 : 102). La personne devra donc s'engager dans des tâches, dans des échanges verbaux et dans des relations par rapport à l'interlocuteur, mais aussi par rapport aux autres membres du collectif. Une telle participation est facilitée par la reconnaissance pleine et mutuelle.

Un second résultat de la reconnaissance pleine est l'octroi d'une place institutionnelle en tant que membre du collectif. En effet, à l'issue de sa quête de reconnaissance, l'individu sera identifié non seulement par son interlocuteur, mais aussi par le collectif comme son membre et il aura ses compétences et engagement attestés ainsi qu'évalués positivement par autrui (Ricœur 2004 : 42 et 222). Afin d'être identifié et de lui attribuer une place institutionnelle, l'individu pourra faire l'objet d'une distinction par rapport aux autres membres du collectif, mais ensuite il sera mis en relation avec ces derniers et reconnu comme appartenant à la communauté (Ricœur 2004 : 53-75). C'est donc à l'aide de deux procédés antagonistes, la

distinction et la relation, que sera construite la place de cette personne comme membre à part entière à la suite de compromis et consensus entre et avec les membres du collectif (Ricœur 2004 : 320-327). Étant reconnu pleinement,

*[l']individu se perçoit [...] comme le membre d'un groupe qui est collectivement en mesure d'apporter à l'ensemble du corps social des contributions dont la valeur est reconnue par tous les autres membres de la société. À l'intérieur de tels groupes, les formes d'interaction prennent normalement le caractère de relations de solidarité, parce que chaque membre se sait également apprécié par tous les autres (Honneth 2007 : 156).*

Cette citation de Honneth nous permet de faire écho à la relation interpersonnelle de Kerbrat-Orecchioni. Si la personne reconnue pleinement construit des relations de solidarité avec ses interlocuteurs, qui sont des membres d'un collectif, nous pouvons postuler que la reconnaissance pleine amène à deux types de relations interpersonnelles par le croisement des axes : des places interactionnelles solidaires et des places institutionnelles soit asymétriques, soit symétriques. Le caractère institutionnel de la place reposant sur la hiérarchie des statuts des interactants n'empêche pas qu'une solidarité se construise au cours des échanges verbaux, solidarité facilitée par la reconnaissance. La reconnaissance pleine permet donc de mettre en évidence deux combinaisons des axes de la relation interpersonnelle : solidaire et symétrique ainsi que solidaire et asymétrique.

### 3.2. « Je ne veux pas te reconnaître et je ne te fais pas de place »

Si la reconnaissance d'une personne peut être avérée par certains membres du collectif, d'autres peuvent décider de ne pas lui accorder de place ni d'identifier ses compétences. Deux cas de figure se présentent alors : **l'absence de reconnaissance ou son déni** (Roca i Escoda 2008 : 35-36). Autrement dit, lors de l'interaction avec autrui, l'individu peut potentiellement se voir privé de reconnaissance ou se la voir refuser (Ricœur 2004 : 257).

L'absence ou le déni de reconnaissance peut se manifester linguistiquement, notamment, par une incompréhension entre les interactants, une non-volonté ou une non-envie d'écouter autrui, ou par une difficulté de parler (Ricœur 2004 : 393-394 ; Roca i Escoda 2008 : 35-36).

Dans la situation d'une absence de reconnaissance, l'individu restera un « sans-place » et il ne sera pas reconnu comme existant dans le groupe. C'est ce que nous appelons la *méreconnaissance*, qui fait écho au concept ricœurien de « méconnaissance » (2004 : 392). Si nous prenons l'exemple de la capacité du dire d'une personne, nous remarquons que dans la

perspective de méreconnaissance, « [l]e pouvoir-dire [...] est grevé par une difficulté à dire, voire une impuissance à dire » (Ricœur 2004 : 393). L'absence de reconnaissance peut donc s'accompagner d'un manque du point de vue de la connaissance. Nous pensons que l'absence de reconnaissance réciproque maintient ou place une personne en situation de vulnérabilité, personne « voyant ses exigences personnelles méprisées » (Honneth 2007 : 169). Elle fait, selon nous, l'expérience de « [l]'humiliation, [qui est] ressentie comme le retrait ou le refus de cette approbation [de reconnaissance] [...] ». L'individu se sent comme regardé de haut, voire tenu pour rien » (Ricœur 2004 : 300) ; il se retrouve en situation de vulnérabilité, blessé.

Quant au déni de reconnaissance, il s'associe à une disqualification, voire à une marginalisation de l'individu dans les contextes interactionnel et communautaire (Roca i Escoda 2008 : 29). Si l'un des deux interactants ne fait pas preuve de reconnaissance à l'égard de l'autre, l'attestation de cette dernière est compromise. L'échange aboutit à une non-reconnaissance mutuelle due à une non-approbation mutuelle du statut ou de la place ou des compétences de l'un par l'autre. Une telle reconnaissance peut maintenir ou replacer ce dernier dans une situation de vulnérabilité puisque le déni peut porter sur les valeurs de l'engagement ou sur l'identité même de la personne et puisqu'il peut provoquer une incapacité du dire.

La méreconnaissance ou le refus de reconnaissance pourrait s'apparenter au mépris<sup>40</sup>. En effet, il est une issue de l'absence ou du refus de reconnaissance (Moïse et Bernard Barbeau 2020) qui peut se marquer par un « comportement qui est injuste [...] [et qui] blesse dans l'idée positive qu'ils [les interactants] ont pu acquérir d'eux-mêmes dans l'échange intersubjectif » (Honneth 2007 : 161). Le mépris peut également être provoqué par une déconsidération des valeurs d'un des interactants par l'autre ou par une contradiction entre leurs valeurs (Romain, Rey et Lorenzi Bailly 2020).

---

<sup>40</sup> Nous ne détaillerons pas la notion de mépris dans la présente dissertation, mais nous tenons à en préciser le sens et le lien avec le concept de reconnaissance. En effet, il

*relève de la valeur, notion fondamentale en sociolinguistique, marquée par un « double sémantisme » (Rey, 1998, p. 3992), d'abord conçue en termes de qualité (XI<sup>e</sup> siècle), puis, à partir du XVIII<sup>e</sup> siècle, en termes de quantité, de valeur mesurable sur une échelle graduée, « correspondant à : “équivalent de” » (ibid.). La valeur met ainsi en jeu des critères diversement quantitatifs et qualitatifs, à l'aune desquels se produisent les pratiques de « minor-/major-itarisation » sociolinguistique (Blanchet, 2005, p. 34), les processus d' (il)légitimité/-ation linguistique attribuée ou perçue, conférée ou ressentie, à propos des langues et des pratiques, de ce qu'elles véhiculent, symbolisent, disent de leurs locuteurs. La problématique du mépris s'inscrit ainsi dans celle de la (non-)reconnaissance sociale (Honneth, 2006), d'une relation sociale situationnellement instaurée inégale entre l'un qui méprise et l'autre méprisé (Bretegnier 2020).*

En ce qui concerne l'engagement, il est entériné par l'absence ou le déni de reconnaissance. Sans cette dernière, la personne est blessée, voire considérée comme incompétente. Sa volonté de participation est comme bloquée. Ce blocage n'est pas pour autant définitif selon nous. En effet, elle peut décider de se remettre en quête de reconnaissance, peut-être de manière plus « virulente » en en faisant une lutte.

Le résultat de l'absence ou du déni de reconnaissance est une distinction entre les deux interactants à l'échelle de l'interaction et même entre la personne non reconnue et les membres du collectif. En ce qui concerne la place, nous postulons qu'elle sera de deux types en fonction du fait que la personne est « victime » d'un déni ou d'une absence de reconnaissance : le premier entraînerait une marginalisation alors que la seconde, une situation de « sans place ». Dans les deux cas, la place attribuée est distante, voire excluante. L'exclusion et la « non-place » sont, selon nous, des places distantes de la relation interactionnelle. Nous faisons donc comme hypothèse que les combinaisons intersubjectives découlant de la méreconnaissance et du déni de reconnaissance sont des places distantes et symétriques ou asymétriques.

Dans notre approche, nous ne souhaitons pas mettre en évidence la question de minorisation ni celle d'inégalités sociales, mais comprendre le sentiment de vulnérabilité que les uns et les autres peuvent vivre lors de l'échange verbal. Cette remarque repose sur le fait que nous ne pensons pas que les individus aspirent à une reconnaissance de leurs valeurs de manière égale par rapport aux membres du collectif. En effet, ils s'inscrivent dans une relation asymétrique en matière de reconnaissance, dans laquelle ils espèrent être reconnus à un moment donné, mais n'aspirent pas à une place égale, même s'ils la méritent. Leur souhait est d'être reconnus au moins partiellement ou momentanément. Nous tenons à formuler une seconde remarque par le traitement de la méreconnaissance. Si la distinction par rapport au groupe peut être considérée comme négative et amener à une disqualification, ou à une non-appartenance au collectif, elle peut également être perçue comme une qualité dans certaines interactions qui aboutissent alors à la reconnaissance. N'oublions pas que les personnes restent capacitantes malgré leur incapacité et que la reconnaissance, la vulnérabilité et la place dépendent du contexte sociointeractionnel.

### 3.3. « Je te reconnais en partie et tu te places en périphérie »

Si la reconnaissance peut être pleine, refusée ou absente, elle peut également être **partielle**. Une personne qui souhaite être reconnue par son interlocuteur et par les membres d'un collectif pourra l'être, selon nous, en partie. Cet entre-deux de reconnaissance pleine et méreconnaissance ou non-reconnaissance s'appuie sur les caractères relationnel, réciproque, contextuel et dynamique de la reconnaissance.

La caractéristique « partielle » repose sur le fait que la reconnaissance peut être le fruit d'une ou de plusieurs interactions avec des membres du collectif. Néanmoins, il n'est pas toujours possible pour la personne d'échanger avec tous les membres du collectif ; certains d'entre eux ne la reconnaîtront donc pas. En outre, si Y reconnaît X en cours d'interaction, il est possible qu'Y ne le reconnaisse plus dans une interaction future. Il est même possible qu'Y ne reconnaisse X qu'à un moment de l'interaction et puis qu'il ne le reconnaisse plus parce qu'une « défaillance », une incapacité est explicite chez X. Autrement dit, une interaction peut être scindée en deux épisodes : l'un où la personne est reconnue et l'autre où elle ne l'est plus. À la fin de l'échange, nous pourrions qualifier la personne comme partiellement reconnue par l'autre et expliciter les compétences reconnues et celles qui ne le sont pas et qui la positionnent en situation de vulnérabilité. La situation inverse est possible également, à savoir le passage d'une non-reconnaissance à une reconnaissance pleine.

Le caractère partiel repose sur le fait que l'action, voire la participation, est approximative dans sa réalisation par rapport à celle des membres du collectif (Wenger 2005 : 111). Une telle approximation peut se comprendre parce que pour agir, une personne doit avoir des compétences adéquates pour la communauté et reconnues par ses membres, elle doit composer avec les us et coutumes explicites (« le langage, les outils, les documents, les images, les symboles, les rôles, les critères, les procédures, les règles et les contrats ») et implicites (à savoir « les relations implicites, les conventions tacites, les indices subtils, les règles d'usage implicites, les intuitions, les perceptions, les préconceptions et les visions partagées du monde » ainsi que les valeurs) (Wenger 2005 : 53). La participation et la non-participation sont présentes dans le comportement de la personne reconnue partiellement. Ce binôme illustre la tension entre capacité et incapacité de la vulnérabilité. Selon nous, la non-participation, comme incapacité causée par une blessure, ne « bloque » pas la personne dans sa participation, comme pouvoir d'agir, qui est effective dans certaines interactions, mais ne l'est pas dans d'autres.

Selon nous, la reconnaissance partielle n'est pas la fin en soi de la quête de cette dernière, mais elle permet de minimiser les situations de vulnérabilité vécues. Nous spécifions bien une minimisation et non une « disparition » parce que la reconnaissance partielle n'annule pas toutes les blessures linguistiques ni l'incapacité discursive vécue par les interactants reconnus partiellement. Le caractère ambigu de la reconnaissance partielle peut justifier qu'en interaction, elle « peut permettre l'accès à une pratique, mais elle peut aussi empêcher [...] de progresser plus avant [vers une pleine reconnaissance] » (Wenger 2005 : 132). Ainsi, l'interactant reconnu partiellement

*se construit donc une place périphérique grâce à la reconnaissance partielle de ses compétences. Cette place asymétrique par rapport à son interlocuteur et aux membres du collectif peut osciller sur le continuum de la relation interpersonnelle verticale entre la solidarité et la distance. Nous pourrions donc faire des places périphériques l'objet d'une quête, comme la reconnaissance, et ce tout au long des interactions (Kunégel 2011 : 248).*

À l'aide de la citation de Kunégel, nous proposons les combinaisons relationnelles suivantes dans le cadre d'une reconnaissance partielle : asymétrique et solidaire ainsi qu'asymétrique et distante. L'asymétrie repose sur un « rapport à l'autorité » (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 25) qui est à différencier de la relation de domination<sup>41</sup>. En effet, le rapport à l'autorité est une co-construction qui peut amener à des redéfinitions de places durant l'échange et qui se veut « rassurante » (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 25-26). Dans un tel rapport, nous ne qualifierons pas les interactants comme dominant et dominé, mais comme reconnu et non reconnu, ou non vulnérable et vulnérable, ou encore « dans une position “haute” » et « dans une position “basse” » en ce qui concerne leurs compétences (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 25-26 et 106-107). La position « haute » est à comprendre comme étant occupée par une personne qui a la position d'autorité et dont les compétences sont reconnues alors que celle qui est en position « basse » ne les a pas ; une relation asymétrique les lie donc dans un contexte relationnel (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 103-105).

Une interaction avec autrui peut se solder par trois types de résultats concernant la reconnaissance du locuteur passant par une ou plusieurs situations de vulnérabilité : une reconnaissance pleine, une non-reconnaissance ou une reconnaissance partielle. Ces trois résultats possibles d'un échange entre deux personnes n'impliquent pas nécessairement que la

---

<sup>41</sup> Cette volonté de distinction repose sur la confusion récurrente entre « autorité » et « autoritarisme ». Si le second est lié aux dynamiques de domination, la première « n'est pas un pouvoir de contrainte, de soumission ou de domination, mais un pouvoir de conviction, de conduite de l'autre vers son propre intérêt, ou à tout le moins vers un intérêt de relation interpersonnelle pacifiée » (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 106-107).

personne reconnue pleinement par un interlocuteur le sera forcément par un autre. Autrement dit, pour construire sa place au sein d'un collectif, une personne devra être consciente des formes de reconnaissance qu'il a obtenues au fur et à mesure de ses interactions avec les membres de ce dernier.

Afin de clôturer notre réflexion sur le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance, nous souhaiterions proposer un parallélisme entre les trois sortes de reconnaissance et les trois conséquences sur la face que peut occasionner une interaction. Ainsi, à la fin d'un échange, le locuteur peut avoir (1) une face inchangée par rapport à l'entrée en relation parce que l'interlocuteur confirme sa face, (2) une valorisation de sa face grâce à un compliment, par exemple, de l'interactant, et (3) une atteinte de la face par l'interlocuteur qui blesse le locuteur (Goffman 1974 : 10). Cette dernière situation n'est que peu propice à l'échange et à la construction d'une relation, mais elle peut arriver lors d'échange entre deux individus. Nous pouvons mettre ces trois scénarios de la face en lien avec les trois résultats de la reconnaissance. En effet, la valorisation de la face est rendue possible, selon nous, par la reconnaissance pleine ; l'atteinte de la face par contre peut être due à un déni ou à une absence de reconnaissance. Quant à un maintien des faces durant l'interaction, nous ne pouvons pas lier ce *statu quo* ni avec la reconnaissance pleine ni avec l'absence de reconnaissance. Nous pensons qu'il s'approche davantage d'une reconnaissance périphérique.

## Synthèse

L'entrée dans le métier est une étape de la vie d'une personne qui peut lui faire vivre de la vulnérabilité. Elle sera étudiée à l'aide de la reconnaissance des compétences d'une personne qui souhaite entrer dans un métier et y trouver sa place. Au cours d'interactions avec les membres du collectif, elle devient l'objet d'un rite de passage pouvant être vécu plus ou moins douloureusement selon les circonstances et donnant accès à une forme de reconnaissance. Nous tenterons de comprendre quelle reconnaissance et quelle place sont octroyées aux nouveaux arrivants par les professionnels lors de leurs interactions verbales.



## Conclusion

Cette première partie de notre dissertation doctorale avait comme objectif de développer notre conception de la vulnérabilité. Après avoir proposé un état sélectif de l'art en sciences humaines et sociales ainsi qu'en sciences du langage, nous avons établi que la vulnérabilité, en tant que blessure linguistique, est à étudier en relation avec la reconnaissance dans les interactions verbales. Contrairement à notre approche, les études en sciences humaines et sociales ainsi qu'en sciences du langage considèrent le concept de vulnérabilité comme étant (quasiment) exclusivement applicable à des individus en souffrance dans leur intimité, dans leur dignité. Notre démarche ne sera pas identique puisque nous aborderons la vulnérabilité comme (1) caractéristique d'une situation interactionnelle et non dominante, (2) applicable à toute personne en tant que participante à un échange verbal (3) extrinsèque, car elle découlerait d'une relation avec autrui ou d'un contexte vulnérabilisant, et (4) en tension avec la reconnaissance mutuelle des deux interactants. Autrement dit, nous nous intéresserons moins ici à des situations interactionnelles en apparence critiques qu'à une suite de moments, apparemment anodins des échanges quotidiens au travail mais qui mis bout à bout permettent de voir se dessiner une trajectoire soit vers une vulnérabilité qui perdure, soit vers une reconnaissance qui s'installe progressivement. Le couple vulnérabilité et reconnaissance a ensuite été présenté en mettant en évidence trois critères : ces deux notions sont interactionnelles et réciproques ; elles s'inscrivent dans une dynamique (in)capacitante due à l'engagement des interlocuteurs dans l'interaction ; et elles sont propres à chaque contexte. À l'aide de ces balises définitoires, nous avons tous les éléments nécessaires pour comprendre qu'une interaction peut être le lieu d'un passage d'une vulnérabilité à une reconnaissance. Ce passage est mené par le locuteur et l'interlocuteur qui mobilisent leurs compétences sociodiscursives au service l'un de l'autre afin de coconstruire leur relation et de minimiser la vulnérabilité de l'un d'eux par la reconnaissance mutuelle. Nous avons clôturé notre réflexion théorique en élargissant nos propos au collectif professionnel. Cette vision plus macrocontextuelle, que celle plongée dans les interactions verbales, nous permet de comprendre comment se construit et se négocie la trajectoire professionnelle de chaque interactant face aux membres du collectif.

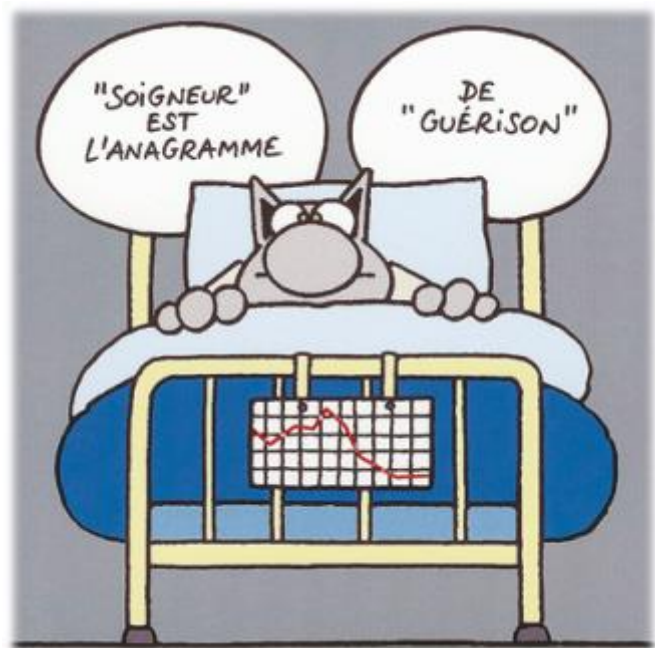
Si nous centrons notre réflexion sur un concept peu présent en linguistique, à savoir la vulnérabilité, elle est éclairée par des notions de cette discipline : la reconnaissance, la face et la place. L'imbrication des quatre concepts nous permet de mettre notre recherche en lien avec les travaux de Flahault, de Goffman, de Honneth, de Kerbrat-Orecchioni, de le Blanc, de

Paveau, de Payet, de Ricœur, de Strauss et de Vion. Cette liste n'est pas exhaustive, mais elle explicite que notre ancrage repose sur différentes disciplines des sciences humaines et sociales et plus particulièrement, sur la sociolinguistique.

La notion de vulnérabilité a été exploitée dans différents champs linguistiques, mais très peu, voire presque pas du tout, en sociolinguistique. Contrairement à la violence verbale, par exemple, les travaux en sociolinguistique ne mentionnent pas la question de la vulnérabilité dans le milieu professionnel ni dans l'apprentissage d'un métier pour se construire une place. Certes, le contexte professionnel que nous avons choisi, le milieu hospitalier, fait l'objet de quelques études en sciences du langage, mais pas sous le jour de la vulnérabilité. Des sociolinguistes s'intéressent aux échanges entre les soignants et les patients, et plus particulièrement, aux problèmes de compréhension entre ces deux types d'expérimentés de la maladie, au niveau du lexique (Delavigne 2020) ou du plurilinguisme (Cox 2019 ; Traverso 2017). Nous nous permettons d'employer le terme « expérimenté » parce qu'un soignant a des aptitudes pour analyser et traiter – autant que faire se peut – les maux et maladies du patient. Quant à ce dernier, il détient toutes les clés de l'expérience de la maladie en ce qui concerne les symptômes, les douleurs, les incapacités, etc. En outre, certaines recherches, comme celles de Grosjean et Lacoste (1999) ou de Mondada (2001), plus récemment, ont comme objet la collaboration notamment entre des soignants. Notre recherche s'ancore dans la lignée de ces travaux, mais avec un double regard particulier : celui de la vulnérabilité en tandem avec la reconnaissance et celui de l'entrée de nouveaux professionnels dans le collectif. Notre apport scientifique repose sur le traitement de la vulnérabilité vécue par des soignants nouvellement arrivés dans un collectif hospitalier au moyen d'interactions verbales qu'ils ont avec les membres de l'équipe. Nous nous efforcerons de mettre en évidence les compétences interactionnelles dont les nouveaux arrivants auraient besoin pour sortir de la vulnérabilité et pour être reconnus par un ou plusieurs soignants du collectif. Étant donné que les mécanismes de minimisation, de dépassement et de maintien de la vulnérabilité sont visibles dans les interactions verbales, il nous semble pertinent qu'une linguiste se penche sur cette question.

## Deuxième partie

Une enquête ethnographique en  
milieu hospitalier universitaire belge  
francophone





## Introduction<sup>42</sup>

*My task which I am trying to achieve is, by the power of the written word to make you hear, to make you feel – it is, before all, to make you see. That and no more, and it is everything (Conrad 1914).*

Cette citation d'entrée nous permet de mettre en évidence ce que nous exposons dans cette partie. Nous souhaitons, après avoir présenté l'ancrage théorique de notre réflexion, expliquer comment a été menée l'enquête ethnographique sur le terrain, comment s'organise le milieu professionnel étudié et comment sont menées les analyses. Pour ce faire, cette deuxième partie se compose de trois sections : l'enquête ethnographique et les choix méthodologiques, la présentation des six nouveaux arrivants dans leur espace de travail et le cadre analytique.

Afin de comprendre le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance de l'entrée dans le métier, nous avons entrepris une enquête ethnographique dans un milieu professionnel particulier : une unité d'hospitalisation d'hématologie d'un hôpital universitaire belge francophone. Concrètement, nous avons construit un corpus de données orales dans ce milieu professionnel à l'aide d'un paradigme sociolinguistique et ethnographique. Étudier l'usage spontané des locuteurs, fait de routines et de tensions vécues pour les soignants (Cefai et Gardella, 2001 : 29), est notre volonté. Tout l'enjeu du quatrième chapitre est de vous « faire voir », si nous faisons référence à la citation d'entrée, et de vous faire comprendre comment les données ont été collectées et construites pour pouvoir répondre, dans le respect des professionnels, à notre question de recherche.

Le cinquième chapitre est centré sur le milieu de travail étudié. Il est l'occasion de « faire voir » avec nos mots l'unité d'hospitalisation d'hématologie et de dresser le portrait des six nouveaux arrivants. L'objectif est de poser le décor non seulement spatial mais aussi temporel et humain de notre enquête ethnographique et du corpus qui en découle.

Le sixième chapitre est consacré aux outils analytiques qui seront appliqués sur les données dans la troisième partie. Empruntés à la sociolinguistique interactionnelle et à la didactique professionnelle, ils nous aident à comprendre comment un nouvel arrivant peut passer d'une situation de vulnérabilité à la reconnaissance. Ces outils sont présentés séparément mais nous les utiliserons ensemble lors de l'analyse des interactions verbales entre les nouveaux

---

<sup>42</sup> La référence de l'image du Chat de Philippe Geluck de couverture est la suivante : horsdutemps. 23 mai 2014. « Anagramme du Chat de Philippe Geluck ». Dans CenterBlog. En ligne : <http://horsdutemps.centerblog.net/1669-anagramme-du-chat-de-philippe-geluck> (page consultée le 29 juillet 2020).

arrivants et les soignants expérimentés. Nous nous focalisons sur les compétences interactionnelles que ces nouveaux arrivants mettent en œuvre pour répondre à la situation de vulnérabilité suscitée par l'entrée dans un métier et pour obtenir une certaine reconnaissance nécessaire afin de se créer une place et de faire partie à part entière *in fine* du collectif soignant.

## Chapitre 4 – Une expérience ethnographique dans un milieu hospitalier

L'objectif principal de ce chapitre est de présenter la démarche méthodologique retenue pour analyser l'entrée dans le métier de soignants et le passage de la vulnérabilité à des formes plus ou moins réussies d'inclusion dans le milieu socioprofessionnel. Ce quatrième chapitre se structure autour de la présentation d'une démarche ethnographique, des étapes de terrain et de la construction du corpus de données.

### Introduction

Dans le but d'étudier les dynamiques de vulnérabilité et de reconnaissance vécues par les nouveaux arrivants dans une équipe soignante, la démarche adoptée est sociolinguistique à orientation ethnographique. C'est dans un paradigme compréhensif, qualitatif et empirico-inductif que s'insère notre recherche dont le but est de comprendre comment des nouveaux arrivants trouvent leur place dans une équipe, et quels rôles jouent les interactions verbales des soignants dans ce processus. Pour ce faire, nous avons choisi d'enregistrer des interactions dans leur contexte ordinaire pour comprendre la réalité des nouveaux arrivants telle qu'elle se déploie dans leur expérience professionnelle (Baude 2006 : 50). Après les avoir collectées au moyen d'une observation participante, nous avons analysé ces interactions verbales afin de répondre à notre question de recherche. Dans ce chapitre, nous présenterons les étapes de préparation, de collecte et de construction du corpus, en essayant de répondre à la question suivante : **comment constituer un corpus de données orales dans un milieu hospitalier afin de comprendre l'expérience de la vulnérabilité et la quête de reconnaissance vécues par des soignants nouvellement arrivés qui cherchent une place dans une équipe ?**

En préambule, il n'est pas inutile de s'arrêter un instant sur l'appellation « corpus » qui est l'objet d'une multitude de controverses et de définitions. Le corpus peut se concevoir comme un « vaste ensemble de mots », comme le propose Sinclair (Rastier 2004 et 2005 : 31), ou de textes (Williams 2005 : 13), ou comme un « réservoir de données » (Gadet 2018) ou d'exemples (Cappeau, Chuquet et Valetopoulos 2010 : 11). Ce premier regroupement repose sur des caractéristiques mises en évidence par les chercheurs des linguistiques outillées (telles que le traitement automatique des langues et la lexicométrie) ou par les grammairiens qui mobilisent dans leurs travaux des exemples (Cappeau, Chuquet et Valetopoulos 2010 : 10). Ce premier ensemble de définitions du corpus est éloigné de notre approche ethnographique des

données qui repose non sur une masse d'informations mais sur des usages linguistiques recueillis sur un terrain. Cette linguistique de terrain, aussi appelée « linguistique de corpus » (Williams 2005 : 17), est une discipline qui « s'intéresse aux textes [et aux discours] réels, c'est-à-dire produits pour des raisons de communication entre des êtres humains et non des productions artificielles produites par l'introspection des linguistes » (Planchon 2010 : 44). L'accent est mis sur la constitution de « corpus socialement situés » en lien avec notre approche sociolinguistique (Garric et Léglise 2005 : 101). Nous pouvons, comme le propose Charaudeau (2019), faire de la linguistique de corpus une sous-discipline de la sociolinguistique. Cette idée repose sur le fait que le corpus, en tant qu'objet de la linguistique, peut être traité comme une masse de données (Baude 2018), ou comme un ensemble de données collectées sans *a priori* (Williams 2005 : 13). C'est ce second type de corpus dont il sera question dans ce chapitre, un corpus relativement homogène (Garric et Léglise 2005 : 102), relativement exhaustif (Segouat, Choisier et Braffort 2010 : 81), relativement authentique (Valetopoulos 2010 : 238) et relativement significatif (Blanchet 2012 : 56-57).

## 1. Une démarche ethnographique dans une perspective sociolinguistique

La démarche ethnographique est une méthode de recherche courante dans les travaux en sciences du langage (l'ethnographie de la communication de Hymes, par exemple) et plus particulièrement en sociolinguistique ; elle est utilisée, entre autres, en lien avec la sociolinguistique interactionnelle chez Gumperz. Cette démarche peut être caractérisée à l'aide de six adjectifs : elle est empirique et situationnelle, qualitative et subjective, compréhensive, ainsi qu'inductive (Coulon 1996 ; Derèze 2009 ; de Singly 2015 ; Mauss 2002). L'ethnographie est une démarche, dans un premier temps, centrée sur les données. Dans le cas présent, les données sont de l'ordre des interactions verbales qui sont documentées d'un point de vue situationnel ; elles sont donc étudiées en situation (Derèze 2009 : 47) que nous pourrions paraphraser sous la forme d'une question : qui parle à qui, de quoi, dans quel lieu, à quel moment et dans quel objectif ? En accordant le primat aux données singulières, nous pouvons considérer la démarche ethnographique, dans un deuxième temps, comme qualitative puisque l'accent est mis sur la qualité des données recueillies et non sur la quantité. Pour ce faire, le chercheur s'engage à passer du temps sur le terrain. Les données collectées reposent donc sur son engagement et sa subjectivité. Nous pouvons mettre en lien cette quête de qualité avec l'enjeu d'une enquête ethnographique : le chercheur a comme but de comprendre les

phénomènes observés tout en les décrivant. L'enquête ethnographique, dans un troisième temps, est compréhensive parce que nous tenterons d'éclairer les données à l'aide de notre cadre analytique et théorique. Et dans un quatrième et dernier temps, elle se veut inductive, à savoir que les hypothèses de recherche découlent du terrain et non l'inverse. Autrement dit, le chercheur adopte une démarche de va-et-vient entre la littérature et le terrain choisi pour formuler ses hypothèses et questions de recherche.

Comme science inductive, l'ethnographie est une approche complémentaire à celle de la sociolinguistique puisque l'une et l'autre présentent la langue comme un objet dynamique devant être étudiée en contexte (Traverso 2016 : 13) et puisque la sociolinguistique est une « discipline de terrain dans laquelle l'enquête – quelles que soient les méthodes de recueil de données retenues – est un dispositif central » (Boutet et Heller 2007 : 306). La démarche ethnographique, combinée à un point de vue sociolinguistique, permet en ce sens d'« établir des liens entre [...] [les interactions verbales] et les cadres sociaux dans lesquels se manifestent : normes, règles, statuts et rôles » (Grosjean 2001 : 58-60).

Par ailleurs, l'approche ethnographique semble particulièrement adéquate car elle a déjà fait ses preuves sur des terrains similaires. Elle a déjà été adoptée par les (socio)linguistes du réseau *Langage et Travail* (Borzeix et Fraenkel 2001) et par des chercheurs de la formation professionnelle (Filliettaz, de Saint-Georges et Duc 2008 ; Kunégel 2011) ; ces travaux illustrent que le recours à la méthode ethnographique permet de décrire et de mieux comprendre les contextes professionnels.

Plus généralement, la démarche ethnographique repose habituellement sur trois points forts : elle est empirique, situationnelle et impliquée (Derèze 2009 : 45-51 ; de Singly 2015 : 27). D'abord, il s'agit d'une approche empirique car elle s'appuie sur des données de terrain qui donnent à voir des reflets de la vie professionnelle de soignants (Cefai et Gardella 2011 : 35 ; Coulon 1996 : 11 ; Williams 2005 : 17). Ensuite, elle est situationnelle, car chaque terrain est singulier, et les interactions ont un caractère changeant dû, entre autres, aux conditions spatiotemporelles de leur production (Coulon 1996 : 20 ; Kerbrat-Orecchioni 2017 : 27 ; Yanaprasart 2004 : 66). Et enfin, l'enquête de terrain ne peut jamais « se mener de loin ». Elle suppose de se rendre dans le milieu professionnel et de s'y impliquer voire de s'y engager. La part subjective du chercheur est donc fortement présente dans la démarche ethnographique, de la collecte à l'analyse des données. Une façon de s'assurer de la validité et de la fiabilité de la recherche est, dans ce cadre, d'explicitier de manière réflexive les choix méthodologiques et les limites de la démarche, ce que nous ferons tout au long de ce chapitre.

### 1.1. Les interactions verbales au cœur de nos préoccupations

Par rapport à d'autres démarches ethnographiques, moins ancrées dans les sciences du langage, notre démarche se caractérise par une place centrale accordée aux interactions verbales. Ce choix tient d'abord au rôle même qu'occupent les interactions dans le milieu hospitalier. Comme le notent Gajo et Mondada (2001 : 7),

*[l]es pratiques interactionnelles [...] sont imbriquées dans ces pratiques par lesquelles la médecine est accomplie, que ce soit dans le traitement de patients particuliers ou dans la construction de savoirs constitués, reconnus, stabilisés. **Les pratiques interactives sont ainsi la condition de possibilité de l'exercice de la médecine et des soins, que ce soit dans l'élaboration collective de leurs savoirs et de leurs expertises, dans la coordination des équipes et du travail entre équipes** [nous soulignons].*

En milieu hospitalier, l'acte thérapeutique est interactionnel (Cosnier 1993 : 32) non seulement parce qu'il est réalisé entre un soignant à l'écoute d'un patient, mais aussi parce qu'il est le résultat d'une concertation entre divers professionnels, de même statut ou non. C'est pourquoi, il semblait pertinent de centrer nos observations ethnographiques sur les interactions verbales. Une interaction verbale est le produit de plusieurs interactants « qui prennent la parole “à tour de rôle” » (Kerbrat-Orecchioni 2005 : 6) ; elle peut donc prendre différentes formes discursives, et « la conversation ne représente qu'une forme particulière » (Kerbrat-Orecchioni 2005 : 14). Dans notre cas, l'étude se centre sur les interactions verbales orales produites dans le milieu professionnel par un nouvel arrivant avec un soignant. Elle peut être un dialogue, mais le nouvel arrivant peut interagir avec plusieurs soignants ; l'interaction prendra alors la forme d'un trilogue s'ils sont trois à échanger, ou d'un polylogue s'ils sont plus de trois participants (Kerbrat-Orecchioni 2005 : 15-16). Dans la suite de notre exposé, nous recourons, en alternance et de manière interchangeable, à la forme complète d'interactions verbales et à la forme abrégée d'interactions.

Outre les prises de paroles des interlocuteurs, nous veillons à documenter le contexte interactionnel, contrairement aux recherches en analyse conversationnelle. Ce contexte n'est néanmoins pas étayé par des paramètres multimodaux. Cet intérêt pour les données en contexte trouve son origine dans le souci de l'ethnographe d'éclairer toute analyse, interprétation ou étude à l'aide des contextes, des valeurs et des rituels de la communauté observée (Blanchet 2012 : 30 et 35 ; Blommaert et Jie 2010 : 6-12 ; Coulon 1996 : 81). Notre traitement des données orales est donc guidé par leur ancrage social dans un contexte spécifique (Blanchet 2012 : 29-30 ; Derèze 2009 : 47-48 ; Garric et Léglièze 2005 : 101). Ces observables sont étudiés non

seulement dans le contexte social et interactionnel, mais aussi dans une optique du cas par cas<sup>43</sup> (Blanchet 2012 : 36 ; Traverso 2008 : 317-318). Notre analyse interactionnelle ne porte pas en effet sur tous les soignants de l'équipe hospitalière, mais sur six nouveaux arrivants et leur trajectoire professionnelle. Par ailleurs, au travers de ces six cas singuliers, nous essayons de relever des phénomènes linguistiques éventuellement communs, pour faire « l'analyse de collections » (Traverso 2008 : 317-318). Cette mise en complémentarité nous permet de mettre à jour les usages de la communauté hospitalière et de comprendre comment se comporte linguistiquement un nouvel arrivant par rapport aux autres membres. Nous pensons que l'étude de cas permet de dire non seulement quelque chose de situations toujours singulières mais également de montrer de possibles regroupements de situations, d'usages linguistiques et d'individus (de Singly 2015 : 98 ; Garric et Légise 2005 : 101 ; Kerbrat-Orecchioni 2017 : 22).

Par ailleurs, le point de départ de ce travail est de penser qu'il est utile d'examiner la vulnérabilité et la reconnaissance comme des dynamiques qui se tissent dans l'interaction, par l'effet d'influences réciproques et de négociations de places entre différents participants (Goffman 1973a : 23). Dans ce sens, les interactions verbales apparaissent comme des ressources de choix pour analyser le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance et plus généralement, l'expérience de la transition professionnelle d'un nouvel arrivant dans un milieu hospitalier. En effet, l'interaction verbale est le « résultat d'un travail collaboratif [...] c'est-à-dire que les participants coordonnent leurs activités pour produire en commun cet objet final qu'est une [...] "interaction" » où chacun tente de se créer une place mutuellement par la reconnaissance et une sorte de « terrain d'entente » où chacun n'a pas pour autant le même « droit de participation » ni le même « niveau d'expertise et de savoir » (Goffman 1974 : 104 ; Keel 2017 : 97 ; Kerbrat-Orecchioni 2005 : 20 ; Yanaprasart 2004 : 77).

Nous sommes consciente que les interactions peuvent se caractériser à la fois par des moyens verbaux, non verbaux et paraverbaux. Ce vaste ensemble de pratiques discursives ne

---

<sup>43</sup> À cause de l'abondance de descriptions de phénomènes singuliers, il paraît difficile d'atteindre une portée générale de cette singularité (Charaudeau 2017 : 198 ; de Singly 1998 : 5 ; Hambye 2015 : 83 et 87) et le risque d'une multiplicité de conclusions est possible (Blanchet 2012 : 35). Néanmoins, la généralisation est à relativiser puisque « les résultats ne visent pas à une *prédictibilité* généralisée sur un élément précis » (Blanchet 2012 : 58), mais ils reposent sur les trajectoires des informateurs et le contexte professionnel pluriel. Nous pensons atteindre une certaine portée générale à l'aide, entre autres, de la comparaison des usages linguistiques de deux nouveaux arrivants de même fonction (Blanchet 2012 : 48 ; Hambye 2015 : 90 ; Mauss 2002 : 21). Mais nous restons prudente parce que nous ne souhaitons pas catégoriser et généraliser à tout prix (Blanchet 2012 : 61). Il nous semble primordial de garder également en tête l'ancrage singulier et situationnel des données. Dans le respect de notre démarche empirico-inductive, nous nous efforcerons de tendre par l'étude de singularités microsociolinguistiques vers une perspective trajectorielle qui sera peut-être typifiante (Derèze 2009 : 13).

fera toutefois pas l'objet de notre thèse<sup>44</sup>. Nous nous centrons sur des discours verbaux oraux qui se déroulent dans un contexte interactif, que nous considérons comme l'endroit de la construction d'une « relation interpersonnelle »<sup>45</sup> entre les soignants, et même de leur identité.

### 1.2. *Un ancrage contextuel complexe*

Pour bien comprendre le sens des interactions verbales observées dans le cadre de cette recherche, il est utile d'explicitier le contexte dans lequel ces interactions s'inscrivent (Durand, Trébert et Filliettaz 2015 : 39-40). Notre posture ethnographique nous amène donc à documenter les interactions verbales des soignants nouvellement arrivés à l'aide des paramètres contextuels. Pour ce faire, nous tentons de répondre à la question *qui parle à qui de quoi comment à quel endroit, à quel moment et dans quel objectif ?* (Cosnier 1993 : 20 ; Kerbrat-Orecchioni 2005 : 158).

Si les interactions verbales sont ancrées dans un contexte linguistique, que nous pourrions qualifier d'intradiscursif, certaines caractéristiques sont déterminées par un contexte extradiscursif (Kerbrat-Orecchioni 2005 : 73). Pour comprendre les interactions verbales, nous ne pouvons pas par conséquent faire abstraction des facteurs extradiscursifs, externes à l'interaction. En effet, ils permettent de déterminer, avant l'interaction, son cadre spatiotemporel, la nature de la relation entre les interlocuteurs et le but de l'échange. En outre, façonné par le contexte externe, le discours construit à son tour et en retour le contexte (Kerbrat-Orecchioni 2005 : 74-76). Autrement dit, le contexte extradiscursif a une influence sur les paramètres du contexte linguistique, qui peuvent également modifier le contexte externe. En effet, le contexte linguistique se caractérise par les participants, les objectifs et les thèmes, entre autres, de l'interaction. Dans cette dernière, des éléments pourraient rester stables, comme le lieu et le moment, mais les participants peuvent modifier des paramètres, comme leurs places (Kerbrat-Orecchioni, 2005 : 74), ce qui aura une répercussion sur le contexte externe.

Dans le cadre de ce travail, trois niveaux de contexte nous ont semblé pertinents à prendre en compte. D'abord, il y a le niveau du *contexte institutionnel*, l'hôpital, avec ses règles, valeurs et modalités de travail ;

---

<sup>44</sup> Nous sommes consciente que le choix des interactions verbales est une limite de notre corpus de données, mais les contraintes éthiques à respecter ne nous permettaient pas toutes les libertés de collecte de données.

<sup>45</sup> Nous reprenons la notion de « relation interpersonnelle » à Kerbrat-Orecchioni (1992).

*[d]ans une unité de soin [sic], toutes les activités sont orientées officiellement autour d'une finalité : assurer des soins aux malades. Certaines personnes assurent des soins et d'autres sont là pour en recevoir. Tel est le spectacle qu'offre au premier abord ce que Goffman appelle la « scène », c'est-à-dire le territoire ouvert au public. Mais que se passe-t-il à l'arrière de cette scène et surtout dans les coulisses ? [...] De quoi est faite la vie quotidienne dans une unité de soins ? (Kattan-Farhat 1993 : 179).*

Pour comprendre de quoi est faite la vie quotidienne dans une unité de soins, il faut descendre d'un niveau, et aller voir ensuite le *contexte communautaire*. Ce contexte équivaut au « moment et [à] l'endroit [l'unité d'hématologie] où se déroule l'acte de parole et, d'une manière générale, à tout ce qui le caractérise du point de vue matériel » (Hymes 1980 : 140). Dans notre cas, il s'agit de l'unité hématologique d'hospitalisation. Et enfin, pour saisir les dynamiques interactionnelles, il faut tenir compte encore d'un troisième niveau de contexte : le *contexte linguistique* qui nous donne des indications sur les échanges entre deux ou plusieurs soignants.

Par ailleurs, comme dans ce travail nous essayons de tracer la manière dont un nouvel arrivant passe du statut de travailleur vulnérable à celui de travailleur reconnu, il nous a semblé important également d'adopter une perspective longitudinale. En ce sens, nous ne nous contentons pas d'étudier les interactions auxquelles participe le nouvel arrivant, notre analyse consiste aussi à observer comment la prise de place du nouvel arrivant évolue au fil du temps. Pour comprendre comment un nouvel arrivant se crée une place dans l'équipe soignante, nous étudions donc comment différents épisodes interactionnels s'articulent les uns avec les autres, tel un enchaînement d'interactions. Dans cette logique, nous adoptons un cadre analytique reposant sur la notion de trajectoire (de Saint-Georges 2008 : 172-175 ; Duc 2012 ; Strauss 1992 : 143-190). Cette notion permet de mettre en évidence qu'au cours de son intégration dans le collectif, le nouvel arrivant peut voir sa place définie, redéfinie, négociée et transformée dans les interactions. Dans les faits, nous avons donc choisi de suivre différents acteurs professionnels nouvellement arrivés pour voir comment ils se donnent à voir à leurs interlocuteurs à un moment donné et dans un lieu précis, et pour voir si la reconnaissance obtenue auprès d'un interlocuteur sera la même avec un autre interactant. Nous reviendrons sur la notion de trajectoire dans le sixième chapitre en l'abordant comme un outil.

Notre conception de l'ethnographie en plus d'être empirique, qualitative et inductive est donc aussi descriptive, situationnelle et longitudinale. Pour tenter de répondre à notre question de recherche, nous avons suivi six nouveaux arrivants dans leur quotidien professionnel avec

les membres de l'équipe d'hématologie ; nous avons mis en relation leurs interactions verbales avec des données portant sur les contextes linguistique, communautaire et institutionnel. Une telle approche n'a pas vocation d'expliquer, mais de comprendre les comportements linguistiques, les relations qui se créent et le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance, que peut espérer vivre un nouvel arrivant<sup>46</sup>.

### 1.3. Une enquête de terrain ou l'expression d'une subjectivité

Choisir de faire une enquête de terrain de type ethnographique ne va pas nécessairement de soi, même dans les sciences humaines et sociales où cette démarche peut entraîner des objections (Blommaert et Jie 2010 : 17). D'abord, l'approche ethnographique est de nature subjective. Elle se concentre sur les contextes et les interactions « réelles » entre les informateurs<sup>47</sup>, mais elle octroie également une place importante à l'observateur. Son caractère subjectif peut donc lui être reproché (Blommaert et Jie 2010 : 17). Ensuite, il peut lui être reproché de ne pas travailler à partir d'échantillons représentatifs, de démarches reproductibles et de ne pas pouvoir « “faire preuve” à partir de cas toujours singuliers » (Hambye 2015 : 83). Une des manières d'adoucir ces reproches a été de clarifier la position du chercheur et de son rôle en tant qu'observateur ou observatrice durant l'enquête. Cette prise de distance par rapport à la pratique méthodologique est préconisée par Derèze (2009 : 6-7) ainsi que Bulot et Blanchet (2013 : 30 et 33) qui considèrent que le chercheur est, lui aussi, un objet d'étude (Derèze 2009 : 44), c'est-à-dire qu'il est à prendre en compte dans l'explicitation méthodologique de l'enquête (de Singly 2015 : 23). Expliciter le rôle de l'observateur apparaît donc important sans entrer, pour autant, dans une « ronde du moi » (Olivier de Sardan 2000 : 418). Pour ce faire, nous

---

<sup>46</sup> La *reproductibilité* de notre recherche pour un autre chercheur est rendue difficile parce que notre terrain – comme tout terrain – se compose de situations prévisibles et imprévisibles dépendantes du contexte linguistique (Burawoy 2003 : 433 et 439 ; Gadet et Wachs 2015 : 43). L'objection de la reproductibilité met en évidence la force de l'approche ethnographique : le travail d'un ethnographe consiste à collecter des situations qui ne sont ou ne peuvent jamais être répétées identiquement. En effet, son objet d'étude est une « *uniquely situated reality* : a complex of events which occurs in a totally unique context – time, place, participants, even the weather, quarrels between the subjects and the ethnographer » (Blommaert et Jie 2010 : 17). En vue de dépasser la non-reproductibilité *a priori* de notre corpus et de notre approche, nous tenons à relativiser leur « caractère partageable » (Laks 2010 : 17) en étant consciente que chaque terrain a ses spécificités, mais que certains choix ou certaines observations sont transposables à d'autres milieux, à d'autres enquêtes sociolinguistiques, etc. Le modèle analytique présenté à l'issue de cette recherche pourra être partagé, mobilisé ou critiqué par d'autres chercheurs (Blanchet 2012 : 71).

<sup>47</sup> Étant donné la riche terminologie pour qualifier les participants à notre étude, nous optons pour l'appellation *informateur* qui sera alternée avec celles de *témoin* et d'*observé*. Le choix de ces deux synonymes repose sur la manière avec laquelle nous considérons les soignants participants. Ils sont à la fois des « fournisseur[s] d'informations » par les contenus et les indices linguistiques qu'ils véhiculent, et ils sont des individus évoluant dans un espace professionnel qui a une influence sur eux, et vice-versa.

développons ici quelques considérations concernant notre implication en tant que chercheuse sur le terrain et son impact sur les informateurs.

L'ensemble du corpus et des choix méthodologiques (collecte des données, analyses, etc.) est marqué par notre *subjectivité* en tant que chercheuse (Blanchet 2012 : 35). Ainsi, lorsque nous menons l'enquête de terrain et lorsque nous décrivons et interprétons les observables, nous nous plaçons comme conceptrice qui laisse une trace de sa subjectivité. Si notre subjectivité « se fait sentir » dans l'interprétation, elle est également omniprésente lors de l'observation participante qui est la méthode utilisée pour collecter les données sur le terrain. Dans notre cas, un premier niveau de subjectivité est lié au lieu même de l'enquête. Si nous avons choisi de travailler sur le terrain du milieu hospitalier, c'est en raison d'observations personnelles et d'intuitions découlant de nos lectures et de nos recherches antérieures. En effet, le monde (para)médical ne nous est pas étranger du moins en ce qui concerne le vécu du personnel soignant. Nous avons pu constater de nombreuses difficultés évoquées lors d'échanges entre des médecins et des infirmières, des difficultés concernant leur rôle, leurs tâches, leur intégration dans le milieu professionnel, etc. Le fait de se centrer sur les échanges entre les soignants découle de nos lectures d'enquêtes menées en milieux professionnels et plus particulièrement, médicales. Nous avons remarqué que la relation entre le soignant et son patient, ou entre le soignant, le patient et l'interprète avait déjà été étudiée (Mondada 2001a : 33). Par contre, les relations des professionnels entre eux ont moins fait l'objet d'enquêtes. Notre souhait est donc de comprendre comment les soignants, comme professionnels, tentent de se faire une place au sein d'une équipe. En outre, nous constatons de plus en plus de situations de burnout dans les milieux professionnels. Le monde des soignants n'est pas exclu de cette dynamique, notamment parce que nombre d'entre eux passent plus de temps à l'hôpital qu'au-dehors. Ce mal-être est-il dû à un problème d'intégration dans le groupe ? Quels rouages interactionnels amènent à une mise en marge de certains d'entre eux ? Comment se sentent-ils ou se reconnaissent-ils dans leur profession ?

Une fois sur le terrain, un autre niveau de subjectivité est apparu, celui de l'influence de notre présence sur le terrain. Face à son terrain, tout chercheur est toujours confronté à un dilemme : il souhaite collecter des données spontanées, mais sa présence impacte le terrain. Une telle implication est nommée le *paradoxe de l'observateur* par Labov (1976). Le paradoxe de l'observateur consiste à tenter d'obtenir des données au plus près de la réalité qui fait néanmoins l'objet de l'intrusion d'un observateur (Auger 1997 : 226). En effet, sa présence

modifie « les situations, les interactions, les relations que nous souhaitons étudier et qui ne sont accessibles que par cette présence » (Derèze 2009 : 75). Pour dépasser ce paradoxe, nous avons constamment recherché au cours du travail de terrain des solutions sous la forme d'équilibre entre détachement et « familiarité, entre implication et objectivation, entre participation et retrait » (Derèze 2009 : 49-52 ; Grosjean et Lacoste 1999 : 48). Tout au long de l'enquête ethnographique, nous nous sommes efforcée de maintenir un équilibre entre notre implication dans l'équipe et une distanciation critico-scientifique (Blanchet 2012 : 49 ; Osty 2001 : 175). Par exemple, nous décidons d'adopter une posture de retrait lorsque les soignants se confient les uns aux autres ; pratiquement, nous avons arrêté l'enregistrement ou nous avons quitté le lieu d'interaction. C'est grâce à cet équilibre que le paradoxe de l'observateur peut être relativisé et minimisé selon Derèze (2009 : 52). Si notre implication est nécessaire pour comprendre la culture hospitalière et communautaire ainsi que pour établir la confiance avec les informateurs, il nous semble primordial également d'être capable de prendre du recul par rapport à notre posture d'observatrice. Nous ne faisons pas pour autant preuve d'une « distanciation maximale » (Bretegnier 2009b : 29), puisque notre étude est empreinte de notre subjectivité et de non-neutralité de notre posture de chercheuse (Blanchet 2012 : 48 ; Blommaert et Jie 2010 : 10 ; Derèze 2009 : 51).

En outre, dans un travail ethnographique, il est également important que le chercheur prenne conscience que l'observation de longue durée peut mener à des formes d'intimité, de confiance mutuelle entre les informateurs et la chercheuse, voire de connivence rendue possible (Baude 2006 : 64 ; Gadet 2018 ; Hambye 2015 : 88). Développer cette connivence avec le terrain est utile pour se familiariser avec les rituels et pratiques du milieu observé, mais elles doivent impérativement être contrebalancées par une distanciation critique afin d'éviter de « tomber » dans les travers de l'observatrice-perturbatrice qui rend son témoin muet, qui le domine ou qui le normalise (Burawoy 2003 : 441).

Même si l'observation affecte les participants (de Singly 1998 : 30), cet impact est à relativiser pour plusieurs raisons. Contrairement à ce qui pourrait être imaginé, l'enjeu pour la chercheuse n'est pas d'influencer les données produites. En quelque sorte, l'observatrice se comporte donc comme une perturbatrice inoffensive (Derèze 2009 : 8). De fait, notre implication ne s'accompagne pas de préjugé (Derèze 2009 : 39), ni de jugement moral (Mauss 2002 : 22), ni d'évaluation des pratiques professionnelles. Nous adoptons une posture d'adaptation et d'ouverture aux possibles du terrain (de Singly 1998 : 26), que nous pourrions résumer en citant Mauss : nous ne souhaitons pas « croire que l'on sait parce qu'on a vu »

(2002 : 22), mais être et rester à l'écoute des informateurs. Malgré cette posture, nous devons tout de même être consciente que la neutralité est loin d'être « totale », puisque le corpus, l'enquête et les analyses se construisent par notre implication dans le milieu et par nos représentations du milieu professionnel qui s'offre à nous (Blanchet 2012 : 102 ; Burawoy 2003 : 433-436). En tant qu'observatrice, nous faisons partie également de l'enquête ethnographique, comme les soignants étudiés (Blanchet 2012 : 47).

Lorsque nous endossons le statut d'observatrice, nous sommes donc une *actrice* (qui observe, note, interprète pour comprendre ce qui se passe dans l'interaction) *engagée* dans une communauté avec un bagage culturel particulier et avec un objectif de recherche, mais notre place n'est néanmoins que *périphérique* puisque nous n'intervenons que très peu sur le terrain, dans le déroulement des échanges et des actes réalisés. Ainsi, il nous arrive de donner un gant de toilette, une housse de drap ou tout autre matériel à un soignant qui est en demande à l'entrée d'une chambre et d'aider à trouver une personne, mais à aucun moment, nous ne réalisons d'acte technique, ni de soin. Par cet engagement périphérique, nous faisons partie du milieu professionnel en quelque sorte puisque les informateurs nous reconnaissent des rôles au sein de l'équipe, mais nous maintenons également une position externe (Derèze 2009 : 49-51). Nous pourrions qualifier cet engagement de « raisonné » (Puaud 2012 : 105). Les soignants *font avec* nous et nous ne créons pas le corpus sans eux (Bretegnier 2009b : 34). Il n'est donc pas une entité objective, mais il est édifié par les interactions entre les témoins et la chercheuse qui s'efforce de maintenir un équilibre entre son implication et une distanciation critique.

## 2. La collecte des interactions verbales en milieu hospitalier

Dans la section précédente, nous avons détaillé notre positionnement méthodologique. Dans la suite de ce chapitre, nous entrons dans une description plus fine de la démarche de terrain que nous avons menée et des interactions observées. Cela nous permettra de décrire les données à notre disposition tout en présentant le parcours ethnographique de collecte. L'histoire des données<sup>48</sup> nous permet de distinguer la première phase de constitution du corpus, le temps

---

<sup>48</sup> Les données, terme paradoxal, sont traditionnellement classées soit comme étant des exemples, soit comme étant des observables (Cappeau, Chuquet et Valetopoulos 2010 : 10-11). Les premières sont le produit d'une fabrication de la part du chercheur (Cappeau 2010 : 121), ou de la reprise d'un élément représentatif de la langue étudiée. Ce ne sont pas les données en tant qu'exemples, qui font l'objet de notre approche qui n'est pas grammaticienne. Quant aux secondes, elles sont observées, attestées dans un contexte particulier. Nous veillerons à les décrire et les analyser afin de répondre à notre question de recherche.

passé sur le terrain, de la seconde phase, son traitement (Blommaert et Jie 2010 : 10). Nous pourrions qualifier la première étape de *corpus de terrain*, construit lors des observations, alors que la seconde serait le *corpus de travail* qui est « une entité complexe composée de données primaires [...] et de données secondaires élaborées à partir des premières » (Traverso 2008 : 314-315). Nous détaillerons le corpus de terrain dans cette section ainsi que les choix qui nous ont amenée à le façonner de la sorte. Pour ce faire, nous présenterons les deux étapes de constitution des données, à savoir une phase préparatoire à l'enquête et l'enquête de terrain à proprement parler. Ces deux points seront l'occasion d'aborder la méthode d'observation participante qui nous a permis de collecter des données en situations professionnelles réelles et « spontanées », ou du moins non provoquées par un entretien ou un questionnaire.

## 2.1. La préparation de l'enquête

Avant de mener l'enquête sous la forme d'une observation participante, nous avons souhaité connaître le milieu hospitalier afin de nous familiariser avec les habitudes de ce monde professionnel et afin de nous préparer au mieux pour collecter les interactions verbales orales des soignants (Blommaert et Jie 2010 : 19-20). Ce processus de familiarisation a été progressif, pour comprendre petit à petit les informations implicites, les valeurs et les règles établies au sein de la communauté linguistique qui nous intéressait (Blommaert et Jie 2010 : 26-27). Pour ce faire, nous avons opté pour une étape préparatoire de familiarisation, avec le travail de terrain. Cette étape a consisté en trois opérations : la constitution d'un questionnaire en ligne pour permettre une familiarisation avec le métier de soignant à plus grande échelle, la rédaction d'un dossier à destination du Comité d'éthique qui autorise l'accès au terrain et une préobservation participante afin de mieux anticiper et de planifier l'observation participante elle-même. Ces trois moments de la phase préparatoire à l'enquête nous ont aidée à mener notre réflexion concernant les enjeux d'une étude portant sur le milieu soignant, à identifier plus précisément un sujet de recherche et à poser des choix méthodologiques.

### 2.1.1. Un questionnaire en ligne ou une familiarisation à plus large échelle

Dans le but d'accéder aux points de vue de soignants sur leurs métiers en milieu hospitalier (Coulon 1996 : 11), nous avons mené une enquête en ligne<sup>49</sup>. Cette enquête visait à

---

<sup>49</sup> Nous sommes consciente des limites d'une telle technique de collecte de données (comme leur validité et celle des informateurs), qui nous donne accès uniquement aux représentations de soignants et non à leurs usages. Ces derniers seront observés lors de l'enquête ethnographique. Nous devons donc faire preuve de prudence dans l'interprétation des données puisque ce sont des commentaires sur les pratiques linguistiques et puisque les personnes nous fournissent les informations qu'elles acceptent de nous donner.

nous familiariser avec le milieu professionnel hospitalier et elle portait sur l’usage des langues par le personnel soignant et sur les relations des soignants dans l’institution. Nous avons également récolter le profil sociologique des participants parce qu’il nous semblait nécessaire pour comprendre leurs réponses. Les questions portaient plus particulièrement sur les langues utilisées, les termes d’adresse, l’existence d’un parler hospitalier, entre autres. L’ensemble du questionnaire est reproduit dans l’Annexe 1.

En entreprenant une enquête en ligne, notre souhait était de nous familiariser avec le milieu soignant afin de pouvoir dégager quelques tendances concernant les rituels et les pratiques en milieu hospitalier belge. Éloignée de la linguistique de terrain, cette technique nous a permis néanmoins de nous habituer au milieu professionnel hospitalier et de saisir les enjeux des interactions verbales entre les soignants ainsi que d’identifier les services dans lesquels sera menée l’observation participante et les démarches pratiques à réaliser pour qu’elle soit possible.

Pour ce questionnaire, nous avons opté pour un traitement quantitatif des données afin de dégager des tendances et de pointer les exceptions. Cette dissertation ne fera pas état des résultats qui ont été présentés, partiellement, lors de notre communication au Colloque VALS-ASLA 2016, intitulée « “Négociations” des échanges linguistiques par des professionnels sur leur lieu de travail. Enquête en milieu hospitalier belge francophone ». Les résultats du questionnaire nous ont permis de montrer qu’une différenciation entre les soignants est présente socialement et linguistiquement dans un espace hospitalier. Plus précisément, nous avons relevé deux résultats principaux. Premièrement, nous constatons qu’une asymétrie entre les soignants est manifeste du point de vue de leur rôle, à savoir des tâches qu’ils entreprennent ainsi que des uniformes et des badges qu’ils portent. Ainsi, les stagiaires et assistantes sont réduits à leur fonction sur leur badge alors que les experts sont reconnus identitairement au moyen de leurs prénom et nom ainsi que de leur fonction. Et deuxièmement, linguistiquement, les réponses des participants illustrent des différences socioprofessionnelles lors de l’emploi du vouvoiement et de la non-maitrise du parler hospitalier. La compréhension ou l’usage insuffisant de ce dernier peut entraîner, selon les répondants, une exclusion.

C’est à la lecture des résultats que nous avons choisi de nous centrer sur les informateurs novices parce que ce public était dans une position intéressante à analyser. À la différence des experts<sup>50</sup>, les novices sont soumis à des tensions et des dynamiques de vulnérabilité lors des

---

<sup>50</sup> Les novices sont en cours de formation professionnelle alors que les experts ont obtenu leur diplôme (Mondada 2001b : 10).

échanges professionnels, comme en témoignent les réponses à la question *comment qualifieriez-vous votre rôle par rapport à celui des autres soignants ? Je me sens...* Certains informateurs ont répondu, par exemple, « insipide » ou « de trop, inutile », « méprisé », « exploitée » ou « souffre-douleur », « esclave », « utilisé » ou « utile mais pour les tâches ingrates ». D'autres se sentent « intégrée dans une équipe », « complémentaire », « à ma place » ou « en apprentissage ». Ces réponses nous ont interpellée et nous ont amenée à nous intéresser au profil sociologique des répondants en situation de malaise qui sont pour la grande majorité des stagiaires ou des assistantes<sup>51</sup>. Ces observations nous ont encouragée à axer notre réflexion sur la manière avec laquelle les novices vivent leur entrée dans le métier et arrivent à se faire une place au sein de l'environnement hospitalier dans lequel ils évoluent en valorisant leurs compétences, leur capital symbolique, le fait qu'ils soient indispensables pour l'efficacité du service, etc.

Lors de l'analyse des données du questionnaire en ligne, nous avons également pris conscience que notre idée initiale d'étudier quatre services d'hospitalisation dans deux hôpitaux différents<sup>52</sup> était trop ambitieuse parce que chacun de ces services mobilisait des cadres, des règles et des valeurs très distincts en fonction des institutions hospitalières retenues. En effet, les codes sociolinguistiques et les règles de fonctionnement étaient différents entre les services et entre les hôpitaux et ne permettaient pas de faire des comparaisons légitimes. Un deuxième élément est venu corroborer ce premier choix : la question de l'accès à plusieurs hôpitaux. Nous n'avons pas réussi à établir un contact avec un des hôpitaux présélectionnés. Au terme de nos observations et à la suite de quelques analyses, nous avons donc décidé de nous focaliser sur deux services d'hospitalisation dans un hôpital : un service d'hématologie et un de gériatrie. Le choix de ces deux services était motivé par une volonté contrastive, stimulante pour comprendre les dynamiques internes à chacune des équipes et entre les soignants. De plus, les règles, les procédures et les valeurs partagées par les professionnels des deux services nous aideraient à comprendre les caractéristiques de l'institution hospitalière.

Au final, grâce à notre préenquête nous avons décidé d'observer des professionnels dans diverses situations : échanges en face à face, réunions multidisciplinaires<sup>53</sup> pour évoquer les

---

<sup>51</sup> Un médecin expert nous a fait part de son sentiment d'être « non compris » par rapport aux autres soignants. Cette réponse illustre que le mal-être peut toucher non seulement les novices, mais aussi les experts.

<sup>52</sup> Nous voulions, dans notre projet initial, observer les interactions entre les soignants de deux équipes d'hospitalisation dans deux hôpitaux distincts, mais qui sont situés dans la même zone géographique.

<sup>53</sup> En plus de ces rencontres, les membres du service de gériatrie organisent un séminaire qui serait l'occasion de partager nos résultats de recherche avec les soignants eux-mêmes. Une formule similaire existe également dans l'unité d'hématologie, mais le séminaire ne se tient pas aussi régulièrement.

projets de soins des patients lors de réunions de service entre soignants de même statut (entre les médecins, ou entre les infirmières, par exemple) ou entre soignants de statuts différents (comme les infirmières, les kinésithérapeutes et les médecins). La richesse de ces échanges verbaux nous a semblé très intéressante même si ce fonctionnement n'est pas identique dans les autres services (en chirurgie, par exemple). À la suite d'une discussion avec des assistantes en médecine, nous avons compris également que peu d'équipes soignantes se réunissaient et partageaient aussi fréquemment que les équipes en hématologie et en gériatrie. Cet élément est une caractéristique commune aux deux services choisis et il les distingue d'autres au sein du même hôpital. Mettre au centre de notre étude la gériatrie et l'hématologie visait également à comprendre les dynamiques de communication entre les soignants au sein de services peu étudiés sous cet angle à l'heure actuelle dans le champ linguistique. De plus, le nombre important de réunions facilitait, pratiquement, la collecte de données pour notre projet.

Si le choix de deux services peut sembler restreint, il nous faut stipuler qu'une sélection supplémentaire a été réalisée : nous avons laissé de côté les hôpitaux médicaux de jour où se tenaient les soins à la journée et les consultations. Certes, l'observation des interactions entre les soignants aurait été riche dans ces lieux, mais leur localisation distincte des unités d'hospitalisation ainsi que l'omniprésence des échanges entre les patients et les professionnels de la santé (notamment lors des consultations) nous les ont fait exclure. Il était difficile en effet de participer à ces échanges soumis au secret professionnel. Dans une future recherche, il serait intéressant d'observer les usages linguistiques d'autres professionnels et de les comparer aux résultats de notre thèse.

### 2.1.2. Un dossier éthique comme clé d'accès au terrain

Après les premières observations issues du questionnaire en ligne, nous avons pu commencer à mettre en place la démarche de terrain proprement dite. Afin d'accéder aux services d'hématologie et de gériatrie, nous avons d'abord rencontré les chefs de service, acteurs-clés pour l'accès aux services. À la fin de l'échange, ils nous informent qu'une validation de notre étude par le Comité éthique de l'hôpital est nécessaire et que, pour ce faire, nous devons remplir un formulaire explicitant notre recherche.

La demande d'avis introduite auprès du Comité éthique se compose d'un formulaire prérempli à compléter et centré sur le souci de l'état de santé des informateurs. Notre recherche ne correspondait pas aux éléments prédéterminés puisque nous ne souhaitons ni « intervenir » dans l'état de santé des personnes ni nous focaliser sur les patients. Malgré ces éléments

discordants, nous devions remplir le formulaire dans lequel nous avons détaillé la problématique de notre projet et notre « expérimentation » qui en étaient à leurs prémices<sup>54</sup>. Étant donné notre demande différente et unique par rapport aux études médicales « classiques », l'avis provisoire de réponse du Comité est une sollicitation d'informations supplémentaires de notre part pour pouvoir donner son accord. En effet, les membres de ce dernier formulent des remarques avant de rendre un avis définitif : elles portent sur des critères méthodologiques tels que la présence de l'observateur, le protocole d'enquête, la méthode d'analyse, la justification du choix du service hospitalier, les garants de la confidentialité de l'étude et le questionnaire en ligne, et sur l'éclaircissement de la notion de « productions linguistiques ». Nous avons répondu à chacune des questions en développant les axes méthodologiques sur lesquels nous souhaitons travailler. Après réception de ces informations, les membres du Comité éthique ont statué sur la recevabilité de l'étude sans émettre d'objection. Nous constatons que les motivations de l'avis sont répertoriées dans un tableau prérempli, également, dans lequel les informateurs sont libellés sous le nom « patient » et non « soignant ». Ce constat n'est pas une erreur de notre part lors de la constitution du dossier éthique, mais il repose sur le fait que le Comité éthique emploie des formulaires communs à toutes les demandes pour rédiger leurs avis. Grâce à l'avis favorable des membres du Comité et des chefs de service, nous avons pu accéder au terrain de recherche.

La demande d'avis au Comité éthique nous a permis de réfléchir aux implications pratiques de notre étude auprès des soignants. Sur le plan empirique, elle fut l'occasion d'établir le consentement de participation<sup>55</sup> que chaque informateur a été invité à signer et à peaufiner certains choix méthodologiques comme le choix de faire des enregistrements audio et non vidéo pour des questions de respect de la vie privée.

### 2.1.3. Du tout-venant à des données particulières

L'étude ethnographique dans un milieu professionnel comme l'hôpital a nécessité non seulement un travail préparatoire de négociation auprès des chefs de services d'hématologie et de gériatrie, mais aussi auprès des membres du Comité éthique de l'hôpital. Ce travail a été complété par une préobservation participante qui fut l'occasion de poser de multiples choix pour l'enquête : le type d'enregistrements, les informations contextuelles, les annotations des données sur le terrain, le public de soignants visé, etc. ont été décidés lors de cette préobservation.

---

<sup>54</sup> L'Annexe 2 reprend les différentes étapes du dossier éthique qui a lui-même été anonymisé.

<sup>55</sup> Le consentement de participation est l'objet de l'Annexe 3.

Afin d'affiner notre protocole d'enquête (quel informateur choisir ? comment collecter les interactions ? par exemple) et de récolter des interactions verbales « authentiques » – à savoir non sollicitées, nous avons donc réalisé cette préenquête dans le service d'hématologie du 17 au 30 mai 2016. Durant cette période, nous avons dans un premier temps collecté du tout-venant, à savoir des interactions verbales issues de tous les acteurs sociaux rencontrés, à l'exception des patients et de leur famille. Cette première incursion sur le terrain est une technique déjà utilisée par Labov (1976 : 94-95) et elle nous a aidée à prendre contact avec les soignants et à les informer sur notre recherche ainsi qu'à justifier notre présence (de Singly 1998 : 65-66). Lors de ces premiers instants, que nous pourrions catégoriser de prise de contact, nous n'avons pas distribué le document sollicitant le consentement éclairé de participation ni enregistré les interactions verbales. Une explication de vive voix nous semblait une meilleure situation de prise de contact qu'une discussion enregistrée d'emblée accompagnée d'un document à remplir. Par conséquent, dans cette première phase, nous n'avons eu recours qu'à la prise de notes pour enquêter. Cependant, il nous a semblé nécessaire de « tester » la présence du dictaphone non seulement pour observer la réaction des participants sur le terrain à cet instrument de l'enquête, mais aussi pour définir une manière rigoureuse de collecter les données recherchées de notre part. Nous avons donc procédé à des enregistrements durant les deux derniers jours de la préenquête et répondu aux questions des participants concernant le traitement des données.

À l'aide de cette première phase d'observation « déambulante » (Derèze 2009 : 153) qu'est la préenquête, des premières impressions (éléments ou situations inattendues, tentatives de compréhension des pratiques socioprofessionnelles) ont surgi et ont orienté la suite de notre étude (Blommaert et Jie 2010 : 31-32 et 37-38). Notre sujet de thèse s'est réellement dessiné au fur et à mesure des observations préliminaires dans le service d'hématologie, des lectures des réponses au questionnaire en ligne et d'échanges informels avec des soignants pour nous amener, entre autres, à choisir la question de la vulnérabilité.

À la suite de la collecte du « tout-venant »<sup>56</sup> (Blommaert et Jie 2010 : 58), nous avons réalisé un remodelage de notre problématique pour nous concentrer sur les interactions de soignants d'un seul service dans un hôpital. Nous avons décidé de nous concentrer sur les trajectoires professionnelles des nouveaux arrivants en interaction avec les autres soignants et d'observer comment ils s'efforcent de sortir d'une situation de vulnérabilité en se mettant en

---

<sup>56</sup> Cette idée du « tout-venant » est évidemment à relativiser puisque nous ne collectons que les données qui sont à notre portée visuelle et auditive.

quête de reconnaissance. Avec cette réorganisation, nous avons alors dû poser des choix supplémentaires. Au niveau des contextes étudiés, nous avons dû nous restreindre à un seul service dans un hôpital et privilégier les observations dans les espaces où la santé du patient ne risquait pas d’être compromise. Nous avons également décidé de nous focaliser sur la trajectoire de nouveaux arrivants ainsi que sur des moments de transition pour l’équipe soignante. Sur le plan des instruments de recherche, nous avons dû opérer des choix quant aux types d’enregistrements à privilégier et aux manières de conserver en mémoire et de documenter les éléments contextuels des interactions verbales observées. Nous passons en revue ces différents points dans les paragraphes qui suivent.

**Choix du service.** Au départ, nous souhaitions faire des observations dans deux services : le service de gériatrie, et celui d’hématologie. C’est finalement dans ce service seulement que se sont faites l’ensemble de nos observations. Ce choix a été motivé par les nombreux obstacles qui se sont présentés lors de la collecte des données en gériatrie. Durant la phase préparatoire à l’observation participante, nous nous sommes rendu compte que, pour mener à bien notre approche ethnographique, de nombreux paramètres devaient déjà être maîtrisés dans une seule unité de soins : plus de deux-cents soignants, une multiplicité de lieux, une diversité d’interactions, et surtout des règles et valeurs qui lui sont propres. Ainsi, nous pouvions observer des interactions lors desquelles les professionnels agissaient ensemble, parfois sans avoir à parler, tels des musiciens sans chef d’orchestre (Lanza et al. 2004 : 98-99). De nombreux éléments étaient à découvrir pour comprendre cette interdépendance, cette collaboration entre les soignants ainsi que pour décoder les usages et pratiques propres à chaque service, à chaque spécialisation de la médecine et des soins infirmiers (Lanza et al. 2004 : 98)<sup>57</sup>. De ce point de vue, nous avons constaté également de fortes divergences entre les deux services observés. En outre, à plusieurs reprises, et notamment pour la phase préparatoire, nous n’avions pas pu mener l’observation participante pour cause de mise en quarantaine du service de

---

<sup>57</sup> Cette situation peut s’expliquer à l’aide de

*[l]a spécialisation importante de la médecine contemporaine, ainsi que la démultiplication de ses différentes spécialités, [qui] ont entra[i]né une différenciation accrue des services hospitaliers et par conséquent de tous les agents qui y travaillent. Ce processus [...] implique une importante contextualisation par services des connaissances nécessaires, des nouvelles techniques, des usages concrets de ces connaissances et de ces techniques face à des situations spécifiques ; tous ces facteurs contribuent à la construction dans la tête des acteurs de représentations et de manières de faire routinisées qui permettent beaucoup d’implicites (en ce qui concerne les usages linguistiques ainsi que les règles et les valeurs) dans le fonctionnement opérationnel (Lanza et al. 2004 : 98-99).*

gériatrie. Les maladies infectieuses et contagieuses sont courantes et dangereuses pour les patients gériatriques ; il était donc primordial pour les soignants de minimiser les contacts avec des personnes extérieures. Au final, le service de gériatrie a donc été écarté de notre étude.

**Choix des lieux d'enregistrement.** Du point de vue spatial, nous avons également choisi de ne pas enregistrer les interactions verbales dans les lieux où la santé des patients pouvait être mise en danger. Nous avons, par exemple, décidé de ne plus enregistrer les interactions entre les soignants dans les chambres des patients fragiles pour des raisons sanitaires. Tous ces choix nous ont amenée au final à nous concentrer sur la trajectoire professionnelle de six soignants dans l'unité hématologique d'hospitalisation. Cependant, même au sein du service hématologique, nous avons dû prendre des décisions sur ce qu'il convenait d'observer. Cette restriction repose sur la constitution du service d'hématologie ; il se compose d'un hôpital de jour, de blocs de consultation et d'une unité d'hospitalisation. Si nous avons laissé de côté les lieux où des patients étaient à l'isolement, nous avons fait de même avec l'hôpital de jour et les blocs de consultation. Étant donné que ces deux derniers lieux se trouvent dans une autre aile de l'hôpital, éloignée de l'unité d'hospitalisation, nous avons choisi de ne pas y mener l'observation participante. Outre la séparation spatiale, nous constatons que ce ne sont pas les mêmes soignants qui y travaillent, à l'exception des médecins qui se rencontrent hebdomadairement pour discuter des patients de tout le service d'hématologie.

**Focalisation sur les trajectoires de nouveaux arrivants dans l'équipe soignante.** Au niveau de l'objet d'investigation, le travail préparatoire d'observation a également été l'occasion de réfléchir à l'orientation que nous souhaitons donner à notre recherche et de définir plus précisément ce sur quoi porter notre attention. L'observation lors de la préenquête nous a permis d'identifier le public sur lequel nous allions travailler (les nouveaux arrivants), la manière avec laquelle nous le ferions (dessiner leur trajectoire professionnelle), et les moments-clés d'observation (les changements dans l'équipe soignante). Autrement dit, nous nous intéressons à la trajectoire professionnelle des nouveaux arrivants dès leur entrée dans l'équipe soignante. À la suite de la préenquête, nous avons donc décidé de passer du tout-venant à une observation spécifique (Blommaert et Jie 2010 : 29 ; Labov 1976 : 94-95), c'est-à-dire de nous focaliser sur les périodes de changement que vivent les professionnels d'hématologie : l'arrivée de nouveaux soignants. Cette dernière provoque une réorganisation, plus ou moins forte et temporaire, de l'équipe professionnelle. Ce moment crée des tensions pour l'équipe en place. Il crée aussi des difficultés pour les nouveaux arrivants. Une dizaine de médecins-stagiaires et d'assistantes nous ont ainsi fait part, avant que débute notre projet de

recherche, de la difficulté pour des jeunes médecins de trouver une place dans la communauté soignante de manière générale. Cette difficulté était perçue comme génératrice de souffrance psychologique<sup>58</sup>. Afin de comprendre cette souffrance ainsi que les causes de ce problème, nous avons souhaité mettre l'accent dans nos analyses sur les interactions entre les nouveaux arrivants et les professionnels en vue d'étudier leurs trajectoires d'intégration, qui se construisent au fur et à mesure des échanges verbaux avec les soignants de l'équipe d'hématologie.

Mais que veut dire être « nouvel arrivant » (Burnay 2009) ? Par soignant « nouvellement arrivé » ou « nouvel arrivant » dans l'équipe hématologique, nous définissons deux types de professionnels qui ont en commun de travailler depuis peu de temps dans l'unité d'hospitalisation étudiée. Certains d'entre eux y soignent pour une courte période : c'est le cas des stagiaires et des assistantes amenés à passer une période de formation plus ou moins courte dans le service. Ils sont des novices et des futurs professionnels en stage. Quant au second type de soignants « nouvellement arrivés », il se compose de professionnels experts et diplômés qui sont engagés récemment par l'hôpital. Cet engagement peut être leur premier travail ou le résultat d'un changement de service ou d'hôpital pour diverses raisons : une mobilité de personnel, une promotion, une réaffectation pour des raisons personnelles, etc. Contrairement aux novices nouvellement arrivés, les nouveaux engagés le sont pour une durée indéterminée après la validation de leur période d'essai. Si nous nous centrons sur les interactions verbales mettant en dialogue un nouvel arrivant avec un autre soignant, nous ne restreignons pas ses interlocuteurs à un corps soignant en particulier. Pour les besoins de notre étude, tout nouvel arrivant est étudié dans ses interactions avec les professionnels, qu'ils soient médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignants, etc.

**Choix des instruments d'enregistrement et documentation des éléments contextuels.** Avant de réaliser l'observation participante sur le terrain, nous avons également mené une réflexion, notamment lors de la constitution du dossier éthique, sur la technique d'enregistrement à choisir. Pour collecter des données orales en situations réelles, nous pouvons opter pour diverses modalités : enregistrement vidéo ou audio à l'aide d'un microphone, d'un micro-cravate ou d'un dictaphone. Au final, nous avons sélectionné l'enregistrement audio qui nous permettait d'accéder à des données orales sans mettre (trop) en évidence le matériel

---

<sup>58</sup> Nous pouvons faire référence à la situation difficile des étudiants en quatrième année d'études en soins infirmiers, mentionnée lors du journal télévisé du 17 décembre 2020 sur la RTBF.

d'enregistrement, sans outrepasser le contrat de collecte de données stipulé dans le dossier éthique et sans gêner les tâches thérapeutiques réalisées par les soignants. Les données audio enregistrées sont au centre de nombreuses recherches ethnographiques et sociolinguistiques caractérisées par un intérêt pour les interactions verbales. Cette technique de collecte des interactions nous permet d'accéder, autant que faire se peut, à l'authenticité des échanges verbaux entre les soignants. Le choix d'une modalité audio non accompagnée de la vidéo peut faire l'objet de critiques étant donné les travaux récents sur l'importance de la multimodalité (Filliettaz, de Saint-Georges et Duc 2008 ; Markaki et Mondada 2009). Néanmoins, la technique filmique a été laissée de côté car elle semblait peu praticable pour respecter non seulement la vie privée des soignants et des patients, mais aussi l'accord passé avec les membres du Comité éthique. En outre, nous n'avons pas collecté les informations circulantes qui passent par le médium écrit ou informatique. Étant donné notre souhait d'étudier les interactions verbales entre les soignants vivant une situation de vulnérabilité, l'enregistrement audio nous semblait une technique justifiée pour obtenir le matériel linguistique le plus pertinent à analyser. Le choix du type de matériel pour le réaliser a fait l'objet d'une longue réflexion également durant la phase préparatoire à l'observation participante. Ces premières observations nous ont permis de nous rendre compte qu'un microphone autour du cou d'un informateur pose des questions à la fois de blocage interactionnel pour ce dernier (Blommaert et Jie 2010 : 21-23) et d'embarras physique. En effet, les soignants doivent parfois mettre une blouse par-dessus leur uniforme pour respecter les règles sanitaires et parfois même se changer. Pour pallier ces difficultés et pour connaître le contexte de l'interaction (qui parle à qui, de quoi, dans quel lieu, à quel moment et dans quel objectif?), le dictaphone nous a semblé plus adapté. Pratiquement, nous avons donc à chaque fois posé le dictaphone dans l'espace, là où il semblait le moins gêner et permettre un enregistrement optimal, sur une table, sur un rebord de fenêtre, sur un tabouret, sur un chariot, etc. Nous étions située à côté du dictaphone pour pouvoir documenter le contexte des interactions. Le fait d'être sur le terrain nous a octroyé également une marge de manœuvre pour allumer ou éteindre l'enregistreur afin d'éviter de collecter des informations trop personnelles (par exemple, le récit de l'accouchement d'un proche ou de la fête de famille du weekend).

Une des limitations de l'enregistrement audio est qu'il ne donne pas toujours à voir les éléments de contexte pourtant nécessaires à la compréhension des données en situation. Pour pallier cette limitation, il nous a semblé donc important de trouver des moyens de garder des traces non seulement des interactions verbales mais aussi de leur contexte. Le cadre définitoire

du contexte de l'interaction se compose d'éléments à la fois prédéfinis avant l'interaction (règles, scénarios, protocoles en place pouvant être issus des deux autres contextes, communautaire et institutionnel) et redéfinis par les interactants dans chaque interaction verbale (Vion 2000 : 103-104). Nous pensons qu'il est difficile de cartographier le contexte linguistique de l'ensemble du corpus et d'en donner tous les paramètres. Cependant, nous avons choisi de créer une fiche descriptive des données collectées que nous avons remplie au fur et à mesure des enregistrements. Cette fiche s'inspire des travaux de Grosjean et Lacoste (1999 : 215) qui proposent de tenir compte à la fois du contexte avant l'interaction (« données relativement stables ») et des éléments négociés lors de l'interaction (« données évoluant au cours de l'interaction »).

| Les données relativement stables au cours de l'interaction                                                                                                                                                                                                                           | Les données évoluant au cours de l'interaction                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Le cadre et les aspects écologiques<br>Localisation dans le service                                                                                                                                                                                                                  | <b>Les modalités de la communication</b><br>Indices posturaux :<br>Indices gestuels :<br>Indices proxémiques :                                                                                                                                                                        |
| <b>Le temps</b><br>Date de l'enregistrement :<br>L'avant :<br>Le pendant (durée) :<br>L'après :                                                                                                                                                                                      | <b>Les cadres de participation</b><br><b>Cadres participatifs :</b> aparté, discussion collective, cantonade, interaction entre « proches » ;<br><b>Position de l'interlocution :</b> locuteur, auditeur, destinataire, témoin.                                                       |
| <b>Les participants (= tous ceux qui sont présents)</b><br><b>Statuts professionnels :</b><br>stagiaire, assistant ; médecin, infirmière, aide-soignante, kinésithérapeute, autre ; chef, secrétaire.<br><b>Statut dans l'interaction</b> (central ou pas, absence durant l'échange) | <b>Les normes d'interaction</b><br>Ouverture de l'interaction : salutation, silence, conversation directe ;<br>Clôture de l'interaction : merci, salutation, silence ;<br>Tours de parole et chevauchements ;<br>Droit à prendre la parole, à introduire un thème, à contredire, etc. |
| <b>Les buts</b><br>But officiel de la situation :<br>Buts secondaires :                                                                                                                                                                                                              | <b>Les activités concurrentes</b><br>Entrées et sorties ;<br>Déplacements ;<br>Actes matériels effectués.                                                                                                                                                                             |
| <b>Les principaux thèmes abordés</b>                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>La tonalité</b><br>Atmosphère du lieu : calme, stress, tension, etc.                                                                                                                                                                                                               |

Tableau 1 : Fiche descriptive des enregistrements validée par le Comité éthique

Nous avons quelque peu adapté leur « grille d'observation » des échanges verbaux à notre terrain de recherche en abandonnant, notamment, les « supports de communication » utilisés (Grosjean et Lacoste 1999 : 215). Cette fiche descriptive nous a permis de garder en mémoire quelques-uns des paramètres du contexte linguistique afin d'être « armée » lors de l'analyse

sociolinguistique des éléments contextuels. En parallèle à la fiche descriptive reprenant la localisation, les locuteurs, le moment, l'action, la cause et le but de l'interaction (Lacoste 2001 : 327-329 ; Mauss 2002 : 31-38), ainsi que les changements dans les interactions, nous avons optimisé notre collecte des données en développant une procédure d'enregistrement précise et applicable – autant que faire se peut – à toutes les situations. Ainsi, lors de chaque journée d'observation, nous notions, dans notre journal de bord, l'ensemble des soignants présents. Dans ce cahier, nous mentionnions également les interactants qui échangeaient durant l'enregistrement. Nous tenons à souligner que chaque enregistrement se compose d'une multiplicité d'interactions. Pour faciliter la transcription et l'analyse des données de ce foisonnement interactionnel, chaque interaction est accompagnée, dans notre journal de bord, du lieu de l'enregistrement, des interlocuteurs, à savoir quel locuteur s'adresse à quel interlocuteur, et de la durée de l'échange dans l'enregistrement. Pratiquement, les notes du journal de bord de l'enregistrement 200 du 26 juillet 2016 sont les suivantes :

| Temps dans l'enregistrement | Lieux d'enregistrement et interlocuteurs                           |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|
|                             | Dans le couloir à la sortie d'une chambre de patient : Paul et SM5 |
| 0 – 0 min 30                | Paul tout haut                                                     |
| 0 min 30 – 1 min 15         | Paul et SM5                                                        |
| 1 min 15 – 1 min 20         | Paul, SM5 et observatrice                                          |

Tableau 2 : Annotation des interactions et de leur contexte dans le journal de bord (Enregistrement 200 - 26 juillet 2016)

Les données orales enregistrées ont donc été accompagnées de données écrites sous la forme d'une sorte de journal de bord où nous avons noté à la fois le déroulement de l'interaction enregistrée et ses faits marquants, ainsi qu'un inventaire de nos réflexions ou des éléments de surprise observés sur le terrain (Blommaert et Jie 2010 : 37 ; Mauss 2002 : 31). Les notes de terrain sont un matériel important non seulement pour l'analyse, mais aussi pour « valider » nos écoutes des données orales.

## 2.2. L'observation participante, une méthode pas comme les autres

*La vue étant pour les êtres humains, l'organe sensoriel par excellence, l'activité d'« observer » est spontanément assimilée à celle de « regarder », alors que la communication langagière passe d'abord par le canal auditif (Kerbrat-Orecchioni 2017 : 23).*

C'est au terme de ce travail préparatoire en trois étapes (questionnaire en ligne, dossier éthique et préenquête) que la démarche de terrain a été entreprise. Cette dernière a consisté en une étude ethnographique du milieu hospitalier par l'observation de situations interactionnelles réelles et non provoquées entre les soignants. Une attention particulière a été portée aux

interactions verbales des nouveaux arrivants avec les membres de l'équipe d'hématologie dans différents contextes professionnels (apprentissage, acte technique, protocole de soins, etc.) et au fil des échanges. Comme nous l'avons mentionné, le corpus de terrain, à savoir les données primaires composées d'enregistrements audio et de notes de terrain sont le produit d'un long processus d'observation dans le milieu professionnel. L'enjeu de cette section est d'en rendre compte. Pour ce faire, nous développerons les raisons qui nous ont poussée à faire le choix d'une observation participante et son intérêt pour notre recherche ainsi que quelques limites de l'approche choisie.

Si l'observation participante des interactions verbales était extensive, voire du tout-venant, dans la phase préparatoire, elle devient, dans l'enquête ethnographique à proprement parler, un travail intensif portant sur certains témoins observés dans leurs interactions verbales : les nouveaux arrivants (Derèze 2009 : 39 ; Mauss 2002 : 27-28).

Du point de vue empirique, le choix de l'observation participante nous semblait particulièrement indiquée parce que les interactions en milieu hospitalier, hors du cadre des consultations, sont éloignées « des situations classiques d'échange duel, où les deux participants sont supposés [...] [être] à tour de rôle [...] locuteur et auditeur » et cela peut s'illustrer dans de « nombreuses interactions brèves, ayant lieu lors de rencontres dans un couloir ou de passages en salle de soins » (Lacoste 2001 : 331), qui « nécessitent la présence d'un observateur pour répondre à la question “qui parle à qui ?” » (Grosjean et Lacoste 1999 : 60 ; Lacoste 2001 : 331). Par ailleurs, cette approche est indiquée également pour comprendre le contexte de l'échange qui est complexe parce qu'il repose « sur une culture institutionnelle » : l'espace de soins est prédéfini dans l'hôpital, le temps y est structuré, et les acteurs jouent des rôles en réalisant des tâches (pré-)déterminées (D'Onofrio, Gajo et Molina 2004 : 25). Pour ce faire, notre présence lors de la collecte des données était nécessaire. La technique d'observation a été choisie également parce que le terrain professionnel se présentait à nous comme une sorte de chaos interactionnel complexe que nous devons apprivoiser pour comprendre les interactions en milieu professionnel et la culture des participants de l'intérieur (Blommaert et Jie 2010 : 25 ; de Singly 1998 : 7 ; de Singly 2015 : 22). Observer nous donnait accès aux contextes, situations, rituels, (inter)actions entre les soignants (de Singly 1998 : 27), et ces éléments à leur tour étaient intéressants pour comprendre les dynamiques de vulnérabilité et de reconnaissance des nouveaux arrivants. Grâce à l'observation participante, il devenait possible non seulement de

reconstruire les trajectoires d'insertion dans le milieu professionnel des nouveaux arrivants, mais aussi d'analyser les échanges langagiers ayant lieu avec les autres soignants.

Sur le plan pratique, l'observation participante a pris la forme de visites quotidiennes ou mensuelles, de quatre à onze heures selon les jours et sur une période allant d'une semaine à deux semaines. L'observation étant directe, nos visites ont fait l'objet de négociation avec les informateurs impliqués, et ce, notamment pour qu'ils acceptent d'être enregistrés. Les enregistrements sont primordiaux pour pouvoir réaliser une analyse fine des interactions verbales que les soignants produisent entre eux.

Quant aux limites de l'observation participante, de nombreux travaux les mettent en évidence depuis longtemps (Derèze 2009 : 74-77). Au final, notre travail n'y a pas non plus échappé.

Une première limite souvent évoquée pour le travail du terrain est le potentiel du chercheur à venir perturber la situation. Pour éviter cet écueil, nous avons réalisé une observation de longue durée, à savoir de plus de six mois, comme le conseille de Singly (1998 : 6 et 51). La longue durée de nos observations permet à la fois de s'« imprégner » du milieu professionnel et à la fois d'instaurer une confiance et une connaissance mutuelle avec les informateurs. Ce temps important passé sur le terrain est préconisé par l'approche ethnographique (de Singly 2015 : 13) non seulement pour relativiser le paradoxe de l'observateur, mais aussi pour établir un climat de confiance entre l'observateur et les témoins. Plus ceux-ci sont « habitués » à la présence du chercheur, au moins les interactions risquent de dévier de la manière dont elles se déroulent habituellement.

Une seconde limite souvent relevée pour les approches de terrain est leur nécessaire subjectivité (Derèze 2009 : 82-85 ; Hambye 2015 : 88). Dans cette approche, le chercheur est un instrument essentiel de la recherche (Derèze 2009 : 82). Chaque chercheur s'engage sur le terrain avec ses singularités propres, ses représentations, ses orientations. Pour Derèze (2009 : 74), « observer, c'est déjà analyser ». Nul n'observe de manière neutre, mais regarde toujours à travers un prisme social et linguistique qui lui est propre. Néanmoins, la chercheuse n'est pas une censeuse (Equoy-Hutin et Mariani-Rousset 2016) : elle est là non pour juger, mais pour comprendre les pratiques linguistiques à la lumière de sa question de recherche (Derèze 2009 : 82-85). De ce fait, elle opère nécessairement une sélection lors de l'observation mais en se donnant des garde-fous : les enregistrements permettent d'objectiver les observations, la

question de recherche permet d’orienter le regard mais aussi d’aborder le terrain de manière systématique, etc.

Malgré ces deux limites, parce qu’elle constitue des traces de manière systématique d’un milieu, parce que les observations du chercheur sont croisées avec celles des participants et d’autres travaux de recherche sur la même question, l’observation participante peut contribuer à produire des savoirs valides et fiables sur un terrain, si certaines précautions sont prises, et si les données sont resituées dans leur contexte sociologique, spatial et temporel (Coulon 1996 : 33 ; de Singly 1998 : 25 ; Grosjean et Lacoste 1999 : 45).

### *2.3. Présentation des données du corpus de terrain*

Après avoir explicité les choix méthodologiques ayant permis de construire les données dans le milieu hospitalier, dans cette section, nous récapitulons les données enregistrées qui sont à notre disposition. L’accent sera mis sur le type de données et sur le cadre spatiotemporel dans lequel s’est déroulée l’observation participante. Nous aborderons, dans le cinquième chapitre, les informateurs et l’unité d’hospitalisation d’hématologie, dans laquelle ils ont été observés.

**Type de données.** Si le corpus de terrain collecté se compose d’enregistrements, en tant que traces des interactions verbales, et de notes de terrain offrant des indications contextuelles sur ces dernières, il nous semble opportun de présenter de manière générale les interactions verbales que nous avons recueillies à l’aide du dictaphone.

Pour étudier les trajectoires du passage de la vulnérabilité à la reconnaissance, nous avons fait le choix de porter notre attention sur des interactions impliquant au minimum un nouvel arrivant et un soignant de l’équipe d’hématologie (membre de l’équipe ou nouvel arrivant lui-même). Nous avons privilégié des interactions où le nouvel arrivant était acteur, actif ou silencieux. Nous avons également examiné les discours à propos des nouveaux arrivants, c’est-à-dire les discours portant « sur » eux. Les nouveaux arrivants ne sont donc pas des participants à ces interactions verbales, mais ils en sont l’objet. L’avantage de ces échanges est qu’ils nous permettent de comprendre dans quelle mesure le nouvel arrivant semble obtenir de la reconnaissance (ou non) par les membres de l’équipe soignante.

Durant l'observation participative, nous avons constaté que les interactions verbales collectées peuvent être réparties en deux groupes<sup>59</sup> : les échanges spontanés ou ritualisés. Les échanges ritualisés accompagnent souvent un geste technique et ils se composent de parties codifiées qui prennent la forme d'une procédure verbalisée lors de laquelle des tâches précises sont réalisées par les interactants. Cette procédure dans une autre interaction verbalisée sera caractérisée par des prises de parole identiques, comme si un scénario préétabli fait de parties de discours codifiées se déroulait entre tous les participants à cette tâche (Cosnier 1993 : 25). Une telle scénarisation de l'interaction verbale peut se comprendre par l'entremêlement des actions verbales et non verbales, thérapeutiques, dans notre cas (Cefaï et Gardella 2011 : 108 ; Kerbrat-Orecchioni 1996 : 7). Les échanges spontanés, eux, sont ceux qui apparaissent comme non planifiés et non ritualisés et ils se déploient selon les spécificités du moment interactionnel.

Le corpus se compose par ailleurs d'une diversité d'interactions verbales. Elles se distinguent tant du point de vue de leurs participants, des modalités d'échange (ritualisées ou non), et des buts poursuivis. La prise de parole d'un locuteur repose sur un objectif principal global (comme l'amélioration de l'état de santé d'un malade) et elle se compose, elle-même, de buts secondaires ponctuels véhiculés, notamment, par les actes de langage (Cosnier 1993 : 27 ; Kerbrat-Orecchioni 1990 : 79). Dans ce travail, nous traiterons en priorité des échanges à visée formative puisque nous postulons qu'ils jouent un rôle dans l'intégration des soignants nouvellement arrivés. L'objectif d'une interaction n'est pas désancré du cadre spatiotemporel dans lequel il s'insère ni de ses participants ; ces deux paramètres contextuels déterminant les buts discursifs font l'objet de la suite de cette section (Kerbrat-Orecchioni 1990 : 79).

**Cadre spatiotemporel.** Nos observations ont été réalisées durant des visites ponctuelles au cours desquelles nous avons enregistré les interactions verbales des nouveaux arrivants et des soignants dans des espaces variés. Pour comprendre leurs échanges langagiers, il nous semble opportun de nous intéresser au cadre spatiotemporel de l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Ce souci est courant dans les travaux en sociolinguistique, comme en témoigne le travail de Grosjean et Lacoste (1999 : 78), et dans les enquêtes ethnographiques (Hymes 1974 : 55<sup>60</sup>). Notre objectif est d'expliquer l'ancrage contextuel temporel, spatial, « humain »

---

<sup>59</sup> La notion de groupe est critiquable puisque nous pourrions considérer un continuum allant de la spontanéité à la ritualisation en ce qui concerne les interactions.

<sup>60</sup> Nous faisons référence au *setting* de Hymes, que nous pouvons traduire comme le *site*. Cette particularité du contexte linguistique couvre à la fois les espaces et les périodes d'observation (Kerbrat-Orecchioni 1990 : 81).

des échanges observés comme le suggère Mauss (2002 : 20), ancrage primordial pour percevoir les données en contexte.

Notre enquête ethnographique s’est déroulée du 30 mai 2016 au 20 juillet 2017. Nos observations ont eu lieu de la fin de la transmission de nuit (vers 7h30) au départ de l’équipe infirmière du matin (vers 16h). Cette période est sélectionnée parce qu’elle est plus riche en interactions que l’après-midi ou la nuit lors de laquelle il n’y a qu’une infirmière veillant sur les patients de l’unité. Dans le laps de temps entre 7h30 et 16h, les transmissions entre les soignants sont plus fréquentes, tout comme les modifications de soins et les actes techniques.

Les visites sur le terrain n’ont pas été quotidiennes durant l’année d’observation ; elles se caractérisent plutôt par une succession de périodes d’une à trois semaines et par un intérêt pour les périodes de transition. À différentes périodes, certains soignants partent et d’autres arrivent. Ces moments paraissent particulièrement stratégiques pour étudier notre thématique, étant donné la redistribution des places s’y jouant. Les visites ont été organisées pour pouvoir suivre sur plusieurs jours consécutifs ou semaines successives la trajectoire professionnelle des nouveaux arrivants et pour examiner leur construction de relations avec les autres soignants, dès les premiers contacts. Le tableau présente les périodes d’observation participante.

|             |                       |           |               |              |               |
|-------------|-----------------------|-----------|---------------|--------------|---------------|
| <b>2016</b> | 30 mai-10 juin        |           | 18-28 juillet | 3-14 octobre | 5-16 décembre |
| <b>2017</b> | 30 janvier-10 février | 3-7 avril | 18-27 avril   | 2-5 mai      | 3-20 juillet  |

*Tableau 3 : Les neuf périodes de l’enquête sur le terrain*

Le choix d’observations par phases temporelles repose sur une volonté de garder un sentiment de « nouveauté » durant une longue période d’enquête, comme il est vécu durant la préenquête. Autrement dit, notre cadre temporel de constitution des données repose sur un critère : l’étonnement. Nous souhaitons à la fois nous familiariser avec le milieu pour en découvrir les routines et rester surprise par les activités réalisées. Si la connaissance du terrain est un de nos objectifs, l’étonnement était l’élément recherché par cet étalement temporel. Nous reprenons ce procédé à de Singly : voir<sup>61</sup>, devoir, revoir pour faire voir (2015 : 14). Une telle procédure ne nous a pas empêchée d’atteindre la saturation<sup>62</sup> des données et elle nous a surtout

<sup>61</sup> Observer et voir ne sont pas sensiblement les mêmes actions. Cependant, l’usage de ce dernier terme peut être relativisé en lui associant l’adverbe « auditivement ».

<sup>62</sup> Nous remarquons durant les deux dernières périodes d’observation que des comportements interactifs redondants apparaissent et font écho à d’autres échanges collectés précédemment. Nous pensons pouvoir relativiser la notion de représentativité grâce à cette relative saturation.

permis de garder une certaine distanciation par rapport aux relations créées, aux données collectées et à l'imprégnation dans le milieu professionnel.

Notre corpus se caractérise par une multitude de lieux où évoluent les soignants de leur bureau aux chambres des patients en passant par les zones de pause. Ce sont dans ces espaces que nous circulons afin de collecter nos données interactionnelles. Une interaction peut se tenir dans un même lieu ou en différents lieux puisque les témoins circulent librement dans l'unité. Étant donné la complexité des lieux, nous avons donc documenté chaque interaction avec le(s) lieu(x) où elle se tient. Trois précautions supplémentaires ont été prises. Premièrement, pour éviter tout risque, nous n'avons pas suivi les participants dans les chambres des patients en isolement sanitaire. Deuxièmement, par respect pour les observés, nous ne les avons pas enregistrés dans les moments et espaces de pauses que nous partagions avec eux, parce que les contenus des échanges dans ces lieux sont souvent plus personnels. Néanmoins, nous avons pris des notes lorsque les échanges professionnels s'avéraient pertinents pour notre recherche. Et troisièmement, durant notre enquête ethnographique, des travaux ont été entrepris dans l'unité d'hospitalisation. Une partie de notre corpus (d'avril 2017 à août 2017) a été collecté lors des travaux ; les lieux d'observation ont donc évolué, mais sans changer fondamentalement.

### 3. Le traitement des données pour construire le corpus

Après les observations, les données du corpus de terrain ont fait l'objet d'un travail d'organisation afin de pouvoir être analysées. Cette organisation plus systématique des données a été réalisée en trois étapes : (1) nous avons d'abord mené une réflexion critique sur le corpus de travail, (2) nous avons sélectionné et réduit ensuite la masse de données, et enfin (3) nous avons transcrit et anonymisé les données orales en vue de l'analyse.

#### 3.1. Les données qui ne sont pas « données » (Gaudin 2017)

Contrairement à ce que nous pourrions croire *a priori*, les données d'un corpus, d'un terrain ou d'un travail, ne sont pas brutes. Elles ne sont en effet pas les données immédiates qui « s'offrent » à nous telles des « tranches de vie » des informateurs (de Singly 1998 : 65). Certes, elles sont issues de situations interactionnelles non provoquées par le chercheur et collectées en situations réelles (Baude 2006 : 35), mais elles font l'objet d'une construction de la part du chercheur à l'aide d'un « protocole méthodologique » pour le corpus de terrain (Gaudin 2017) et d'une réorganisation pour le corpus de travail. Une partie du travail de recherche a donc consisté à rassembler de façon plus systématique les données les mieux à même d'éclairer la

problématique de recherche. Le corpus dans ce sens est à concevoir comme un *assemblage de données* parce que ce sont

*des phénomènes ordinaires, plus ou moins spontanés, activés dans la vie sociale, mais en l'occurrence, plus ou moins suscités par le chercheur qui les rassemble de façon consciente et volontaire, avec un objectif précis, pour leur donner le statut d'informations à observer (Blanchet 2012 : 57).*

Construites et produites activement par le chercheur (corpus de terrain), les données sont soumises à des restrictions et à une restructuration pour répondre à la question de recherche (corpus de travail). Autrement dit, elles sont une sorte de pièces d'un « puzzle » qui permet de produire une analyse compréhensive aidant à y répondre (Blommaert et Jie 2010 : 65). Le corpus de travail repose donc sur les objets de recherche, ses buts, le modèle théorique établi et la méthode analytique qui sera évoquée dans le sixième chapitre (Planchon 2010 : 44-45 ; Segouat, Choisier et Braffort 2010 : 79-80 ; Traverso 2008 : 314). Les données ne sont par ailleurs jamais adaptées au modèle théorique. C'est à l'aide d'un va-et-vient entre les données et la théorie que se construit l'analyse inductive et compréhensive. Les données sont donc « des faits construits » par les interventions, même minimales, du chercheur qui les transforme par la suite en un produit scientifique servant à une argumentation (Blommaert et Jie 2010 : 63 ; Bourdieu 2003 : 55 ; Bretegnier 2009b : 28 ; Derèze 2009 : 44).

Dans notre cas, au fil des trois étapes de notre recherche (la préenquête, l'enquête ethnographique et le traitement des données), deux sortes de données ont été dans les faits collectées : des données primaires et secondaires, qui recouvrent des niveaux différents d'interprétation et mettent en évidence l'aller-retour entre les observations et leur traitement (Baude 2006 : 55). Au niveau des données primaires, nous avons collecté des notes de terrain écrites, précisant le contexte et les participants aux interactions ; des fiches descriptives détaillant le contenu et le déroulé temporel des interactions ; des enregistrements. Ces données transformées ont donné lieu à des notes analytiques (Dépelteau 2010 : 359-360), des transcriptions réalisées dans le logiciel *Praat*, des commentaires contextuels réalisés après coup pour compléter les fiches descriptives d'enregistrement, et des annotations de données particulières. Nous pouvons également y ajouter les conventions de transcription et l'ensemble des consentements de participation des informateurs (Baude 2006 : 55) ainsi que notre journal quotidien répertoriant les impressions globales et les situations particulières vécues lors d'une journée (Derèze 2009 : 94) et aidant à peaufiner notre problématique de recherche tout au long de notre enquête de terrain.

### 3.2. *Une sélection des données pour répondre à notre question*

Observons tout d’abord comment nous avons procédé à la réduction des données. Afin de comprendre les trajectoires d’intégration de nouveaux arrivants, nous avons sélectionné six soignants nouvellement arrivés parmi un ensemble plus large de nouveaux arrivants observés durant l’enquête ethnographique. Ces participants ont été privilégiés pour deux raisons. D’une part, nous avons pu les enregistrer dès leur entrée dans le service d’hématologie ainsi que quelques semaines plus tard. Cette observation longitudinale nous a aidée à comprendre la trajectoire professionnelle qu’ils ont réussi à construire au fur et à mesure de leurs interactions avec les membres de l’équipe soignante et le type de reconnaissance qu’ils ont obtenue. Et d’autre part, ces six nouveaux arrivants sont choisis sur la base d’un regroupement en binôme. Nous avons choisi deux nouveaux arrivants ayant la même fonction dans l’unité d’hospitalisation d’hématologie et ayant une trajectoire contrastée. L’un réussit son intégration et l’autre l’échoue. Ce jugement de réussite et d’échec repose sur des discours produits par les membres de l’équipe hématologique et sur des commentaires des six nouveaux sélectionnés sur leur place (non) trouvée. Nous tenons à souligner que chaque membre du binôme n’est pas observé ni simultanément, ni durant la même période d’enregistrement ; ils ne travaillent donc pas ensemble. En outre, nous choisissons les six nouveaux arrivants parce qu’ils sont des cas contrastés, mais nous sommes consciente que d’autres trajectoires moins claires que la leur sont observables dans l’unité d’hématologie.

La réduction du corpus de données repose sur des critères méthodologiques de sélection (Planchon 2010 : 45). Ils sont à la fois extralinguistiques et linguistiques. Du point de vue extralinguistique, le profil des informateurs est décisif : ils sont de nouveaux arrivants dans le service d’hématologie ; ils n’y ont pas encore exercé leur métier et ils n’y ont pas encore une place. Du point de vue linguistique, les échanges au travail nous aident à comprendre s’ils ont réussi, ou non, à se faire reconnaître et à se créer une place au sein de l’équipe. Outre ces deux paramètres, des choix méthodologiques ont amené à une restriction supplémentaire du corpus de travail : les monologues devant l’ordinateur ou le dossier d’un patient, les dictées de protocole, les interactions avec les patients ou parents et les appels téléphoniques n’ont pas été pris en compte. L’ensemble de ces situations ne mettaient pas en scène deux soignants (au minimum) ; il ne nous semblait donc pas légitime de les transcrire ni de les analyser. D’autres passages n’ont pas pu être transcrits pour d’autres raisons : les bruits parasites (travaux, matériel médical, etc.), l’éloignement entre le locuteur et son interlocuteur ou l’inverse, des problèmes matériels liés au dictaphone. Malgré la sélection supplémentaire que nous avons réalisée,

l'ensemble des critères (extra)linguistiques et méthodologiques exposés nous permettent d'assurer une relative homogénéité au corpus. Elle est garantie par une « unité de “terrain” pouvant comporter plusieurs sites et activités » (Traverso 2008 : 314) ainsi que plusieurs profils sociologiques puisque nous avons enregistré des interactions verbales entre des soignants uniquement dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie.

Dans d'autres approches, la réduction des données collectées pourrait être considérée comme un obstacle à la *représentativité* de notre corpus (Dépelteau 2010 : 246). Face à ce qui peut être conçu dans d'autres épistémologies comme une limite de notre recherche, nous adoptons le point de vue de Rastier qui est de « dédramatiser la représentativité » (2005 : 32). En effet, la représentativité dans un travail qualitatif de type ethnographique n'est que relative puisque nous ne pouvons poser qu'en hypothèse qu'un locuteur est représentatif de tel usage linguistique ou qu'un ensemble de situations de communication sont représentatives d'autres pratiques (Cappeau et Gadet 2007 : 104-105). De plus, le travail est nécessairement orienté par les objets et objectifs de la recherche ainsi que par les choix méthodologiques qui ont permis de créer le corpus (Jacques 2005 : 26-28 ; Rastier 2005 : 32). Par conséquent, nous ne recherchons pas la représentativité, mais la « significativité », c'est-à-dire « comment et en quoi il [le corpus] rend compte de certaines constructions interprétatives du monde social par certains de ses acteurs » et non « comment et en quoi ce matériel partiel “reflète le réel” » (Blanchet 2012 : 56-57). La significativité du corpus repose donc sur la cohérence entre ce dernier et la problématique de recherche (Valetopoulos 2010 : 237).

### 3.3. La transcription de données brutes et leur anonymisation

Afin d'analyser les données enregistrées, nous avons également dû procéder à une transcription. Dans ce cas, nous avons eu recours au logiciel *Praat*. Les avantages de ce logiciel est qu'il permet d'aligner l'audio et la transcription et, sur le plan pratique, d'obtenir des données exploitables pour l'analyse. Pour mener à bien la transcription des données orales, nous avons adopté les conventions de transcription régissant les corpus de la banque de données VALIBEL<sup>63</sup> parce qu'elles valorisent l'oralité des corpus et elles rendent compte de phénomènes liés à l'interaction.

---

<sup>63</sup> Nos conventions respectent celles de la banque VALIBEL, à savoir :

*Les conventions suivent des principes généraux qui*

- *respectent l'orthographe conventionnelle [avec des adaptations comme les rectifications de 1990] ;*

### 3.3.1. La mise par écrit des interactions verbales enregistrées

Lors de la définition des conventions de transcription, deux choix s’offrent au chercheur, comme le souligne Blanche-Benveniste : soit l’orthographe traditionnelle, soit un système de « symboles phonétiques »<sup>64</sup> (2010 : 33). Notre choix<sup>65</sup> s’est donc porté sur l’usage d’une orthographe<sup>66</sup> caractérisée par l’absence de ponctuation sauf si les signes ont une fonction prosodique (montante, accentuante, etc.). Néanmoins, nous avons veillé tout de même à ne pas réaliser un « nettoyage » trop radical des interactions verbales, mais nous nous focalisons sur leur traitement en lien avec nos objectifs de recherche (Blanche-Benveniste 2005 : 61).

Dans certains cas de non-compréhension, nous optons pour une transcription, entre crochets, à l’aide du SAMPA (Speech Assessment Methods Phonetic Alphabet) jugé plus pratique que l’API dans la transcription à l’aide de *Praat*.

| Symboles | Mots  | Transcriptions | Symboles | Mots  | Transcriptions |
|----------|-------|----------------|----------|-------|----------------|
| [p]      | pont  | [põ]           | [H]      | huit  | [Hit]          |
| [b]      | bon   | [bõ]           | [j]      | ion   | [jõ]           |
| [t]      | temps | [tâ]           | [i]      | si    | [si]           |
| [d]      | dans  | [dâ]           | [e]      | ses   | [se]           |
| [k]      | quand | [kâ]           | [E]      | céder | [sEdE]         |
| [g]      | gant  | [gâ]           | [a]      | patte | [pat]          |

- 
- rendent compte des phénomènes liés à l’interaction ;
  - sont compatibles avec un traitement informatisé des données ;
  - valorisent l’oralité des corpus (Bachy et al. 2007 : 2).

<sup>64</sup> Dans le premier cas de figure, nous nous interrogeons sur le recours aux rectifications orthographiques de 1990 ainsi que sur des aménagements possibles de contraintes orthographiques pour pouvoir rendre compte de réalités phonologiques, morphologiques, ou syntaxiques. Dans le second cas, l’ensemble des données orales récoltées font l’objet d’une transcription à l’aide d’un alphabet phonétique. Un tel traitement est utile lors d’analyses phonologiques ou prosodiques. Néanmoins, nous ne mettrons pas l’accent sur ces deux derniers aspects linguistiques dans notre thèse mais sur une étude morphosyntaxique et pragmatique des situations interactionnelles.

<sup>65</sup> Notre choix d’opter pour l’orthographe « conventionnelle » est critiquable étant donné l’existence d’une grammaire de l’oral distincte de l’écrit depuis les travaux de Blanche-Benveniste.

<sup>66</sup> L’orthographe dite « conventionnelle » est la forme « standard » de la lexie sans abréviation (exception faite des sigles et acronymes annotés en majuscules) et sans notation mathématique (les numéros cardinaux sont écrits en toutes lettres avec des traits d’union selon les rectifications orthographiques de 1990). Concernant les graphies empruntées, elles sont graphiées selon les dictionnaires de leur langue respective (orthographe Feller pour le wallon par exemple) avec une précision phonétique si elle est nécessaire. Il est possible que certains locuteurs usent de variantes non standardisées ou ambiguës et dont « les prononciations divergent considérablement de la forme graphique [et par conséquent standard] du mot ou pour souligner une prononciation jugée remarquable ou intéressante » (Bachy et al. 2007 : 10). Nous les graphions en SAMPA.

|     |         |         |      |           |           |
|-----|---------|---------|------|-----------|-----------|
| [m] | mont    | [mõ]    | [A]  | pâte      | [pAt]     |
| [n] | nom     | [nõ]    | [O]  | comme     | [kOm]     |
| [J] | oignon  | [oJõ]   | [o]  | gros      | [gRo]     |
| [N] | camping | [kâpiN] | [u]  | doux      | [du]      |
| [f] | femme   | [fam]   | [y]  | du        | [dy]      |
| [v] | vent    | [vâ]    | [2]  | deux      | [d2]      |
| [s] | sans    | [sâ]    | [9]  | neuf      | [n9f]     |
| [z] | zone    | [zon]   | [@]  | justement | [Zyst@mâ] |
| [S] | champ   | [Sâ]    | [ê]  | vin       | [vê]      |
| [Z] | gens    | [Zâ]    | [â]  | vent      | [vâ]      |
| [l] | long    | [lõ]    | [õ]  | bon       | [bõ]      |
| [R] | rond    | [Rõ]    | [9~] | brun      | [bR9~]    |
| [w] | coin    | [kwê]   |      |           |           |

Tableau 4 : SAMPA selon les règles de VALIBEL (Bachy et al. 2007 : 17-18)

La sélection du SAMPA repose sur la facilité graphique de ses caractères (usage des majuscules et des raccourcis du clavier, par exemple) contrairement à l'API qui est constitué d'une multitude de caractères spéciaux. Un second élément fait l'objet de transcriptions phonétiques : les noms de médicaments. Ce choix repose sur le fait de ne pas promouvoir l'une ou l'autre enseigne pharmaceutique dans notre thèse.

Dans la transcription, « le texte ne suit pas les règles de ponctuation de l'écrit (pas de virgule ni de point[, par exemple]) » (Bachy et al. 2007 : 4). Les ponctuations servent uniquement à indiquer des informations spécifiques comme l'augmentation de volume (+), sa diminution (°), les pauses (/), l'intonation montante (?) ou descendante (\), l'allongement vocalique (:), etc. L'ensemble des conventions de transcription sont résumées et illustrées dans le Tableau 5 : Conventions de transcription ci-dessous. Nous faisons également mention de certaines hésitations présentes dans les tours de parole des locuteurs à l'aide des accolades (Équipe DELIC 2004 : 22) : {neuro ; neutro}. En outre, nous optons pour la généralisation de la partie <ne> ou <n'> de la négation et de l'accord selon les prescrits orthographiques (Bachy et al. 2007 : 13). Si « la marque du féminin n'a pas été entendue (alors qu'elle était attendue) » (Bachy et al. 2007 : 13), nous la notons. Nous adoptons la même stratégie pour annoter la forme <il y a> qui peut s'articuler [ilia], [ilja], [ija] ou [ja]. Nous transcrivons sans distinction ces

différentes articulations parce que nous nous sommes rendu compte que les variantes n’avaient pas de pertinence dans l’étude des phénomènes linguistiques choisis.

| Signes                                                                                 | Indications de                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ?                                                                                      | Intonation montante dans une « phrase » déclarative, caractéristique d’une question                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| \                                                                                      | Intonation descendante (Filliettaz et Durand 2016 : 93)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| /                                                                                      | Pause courte (environ 5 secondes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| //                                                                                     | Pause longue (entre 5 et 15 secondes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ///                                                                                    | Pause très longue (au-delà de 15 secondes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Am/ amorce                                                                             | Amorce de mot/morphème (avec ou sans reprise ultérieure)                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| { }<br>{il travaille , ils travaillent}<br><br>{trop}                                  | Hésitation dans la transcription :<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- multitranscriptions parce que les données ne permettent pas de trancher pour l’une ou l’autre transcription</li> <li>- Quand doute du transcripateur sans autre proposition</li> </ul>                                                                                          |
| Majuscules                                                                             | Majuscule à <ul style="list-style-type: none"> <li>- l’initiale des noms propres</li> <li>- l’initiale des hyperonymes à la mention « Nom » ou « Prénom » et l’élément caractérisé, « Ville » par exemple.</li> </ul> Les sigles ont une majuscule à toutes les initiales (sans point entre les initiales). Les acronymes n’ont qu’une majuscule à l’initiale. |
| - paroles du loc1<br>paroles du loc2 - <br><br> - loc1 <nom du loc2> paroles<br>loc2 - | Chevauchement de paroles de DEUX locuteurs : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre la fin du tour de parole du premier locuteur et le début du tour de parole du second locuteur</li> <li>- Locuteur 1 conserve la parole, mais insertion de paroles du locuteur 2</li> </ul>                                                                         |
| - loc1 <nom du loc2> paroles<br>loc2 -                                                 | Intervention simultanée de DEUX locuteurs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ◦                                                                                      | Diminution du volume                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| +                                                                                      | Augmentation du volume                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| exTRA                                                                                  | Majuscules pour segment accentué                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| :                                                                                      | Allongement vocalique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                      |                                                                                                       |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (x)<br>(xx)<br>(xxx) | Passages inaudibles :<br>- Une syllabe<br>- Un groupe de syllabes<br>- Passage inaudible long         |
| (rires)              | Commentaires sur le contexte : claquement de langue, rire, souffle, toux, bâillement, soupir, etc.    |
| []                   | Transcription phonétique à l'aide du SAMPA ; indication phonétique parce que transcription incertaine |

Tableau 5 : Conventions de transcription

Ce tableau propose un aperçu détaillé de l'ensemble des signes utilisés dans les transcriptions et ce qu'ils indiquent. Trois autres remarques peuvent être mentionnées concernant nos choix de conventions de transcription. Nous les expliciterons en nous appuyant sur les conventions VALIBEL (Bachy et al. 2007 : 8-9). Premièrement, la question des chevauchements de parole n'est pas facile à résoudre lorsqu'un transcripteur met par écrit du discours oral. Nous optons pour faire de toute intervention de la part de l'interlocuteur dans le tour de parole du locuteur une prise de parole également, même si cette dernière a la forme d'un régulateur comme « mmh ». Deuxièmement, des amorces peuvent être présentes ; nous les notons à l'aide de la barre oblique. Une amorce n'est pas simple à transcrire parce qu'elle peut être suivie ou non du mot complet. Ainsi, « [u]ne amorce de mot en [k] est notée c/ ou qu/ ou k/ en fonction de l'orthographe du mot effectivement réalisé » (Bachy et al. 2007 : 9). Si l'amorce n'est pas suivie d'une reprise de parole, nous annoterons le phénomène à l'aide d'une transcription phonétique suivie d'une barre oblique. Cette dernière est également utilisée entre deux blancs graphiques nous permettant de marquer les pauses discursives effectuées par un locuteur. Et troisièmement, l'emploi de la majuscule indique différents éléments : l'initiale de noms propres ou d'hyperonymes, les sigles et acronymes ainsi qu'un segment accentué du point de vue de l'intonation.

Dans le traitement des interactions verbales, comme Baude (2006), nous nous sommes rendu compte que la transcription est déjà une interprétation des données ethnographiques puisque nous transposons à l'écrit des données orales selon un protocole. Cette démarche nécessite une analyse de notre part et elle peut faire l'objet de critiques. En effet, lors de la transcription des données, nous mettons par écrit les paroles des locuteurs au moyen de notre langue de transcriptrice située socialement et avec l'objectif de répondre à notre question de recherche (Hriba et al. 2018). Une telle activité peut donc être remise en question au niveau de sa légitimité et de la légitimité de sa réalisatrice. Nous sommes consciente des limites dans la

réalisation de la tâche de transcription du point de vue non seulement de la légitimité de cette démarche, mais aussi de sa faillibilité étant donné les difficultés de segmentation, de perception et d'écoute que nous fait rencontrer le travail de transcription (Hriba et al. 2018). Cependant, nous avons testé le protocole de transcription grâce à la participation d'un transcripteur<sup>67</sup> que nous pourrions nommer d'extérieur puisqu'il n'a pas collecté les données ethnographiques sur le terrain de recherche. Une telle intervention de sa part nous a permis de mettre à l'épreuve les conventions établies pour transposer à l'écrit les interactions orales produites par les soignants.

### 3.3.2. Une anonymisation des données indispensable

Au-delà de la transcription se pose également la question de la confidentialité des données, du respect des informateurs et de leur vie privée. Dans le contexte médical, en particulier, certaines informations sensibles peuvent être communiquées au cours des interactions. Pour éviter de pouvoir identifier les participants, nous avons mis en place des procédures d'anonymisation. L'enjeu principal qui se cache derrière celle-ci est « l'impossibilité d'identifier [...] les personnes concernées » par l'enquête ethnographique (Baude 2006 : 77). Pour ce faire, le processus d'anonymisation porte non seulement sur les données identifiant les informateurs, telles que leurs prénom et nom, mais aussi sur les informations concernant leur vie privée, les patients et leurs pathologies. En effet, nul épisode personnel qui pourrait porter préjudice ou aider à reconnaître (in)directement un informateur-soignant ou un patient n'a fait l'objet d'une transcription ni d'une analyse (Baude 2006 : 77).

De telles considérations nous ont amenée à supprimer des interactions « entières » lorsque celles-ci portaient sur des sujets personnels de soignants ou de patients. Par ailleurs, nous avons eu recours à des procédures d'anonymisation ponctuelles en ce qui concerne les prénom et nom des patients et des participants de l'enquête. Ces procédures étaient : (1) l'usage d'hyperonymes, (2) le recours à un code d'annotation pour les informateurs et (3) l'emploi de pseudonymes pour désigner les six informateurs nouvellement arrivés sur lesquels portent plus spécifiquement nos analyses.

Les **hyperonymes** sont des termes linguistiques généraux permettant d'englober une multitude de variantes et de donner une information sur ce qui est véhiculé (Baude 2006 : 79).

---

<sup>67</sup> La fiche signalétique du transcripteur est disponible à l'Annexe 4.

Ainsi, nous utilisons la mention « Nom » à laquelle nous ajoutons – sans espace – la catégorie de l'information mentionnée : « Ville », « Hôpital », « Soignant » ou « Patient(e) », par exemple. Le « Nom » peut être remplacé par « Prénom » dans le cas d'une appellation d'une personne, ou par « Date » lors de la mention du moment de naissance d'un patient ou d'un soignant, ou par « Âge » lors de la mention de l'âge d'un patient. À l'aide des hyperonymes, nous anonymisons donc des toponymes, des dates de naissance et des âges, des prénoms et noms de patients, de parents ou de soignants membres ou extérieurs à l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Ainsi, lors de la présentation de l'état général d'un patient durant une réunion, l'interaction se compose régulièrement des hyperonymes suivants : « PrénomPatient » pour le prénom du patient, « NomPatient » pour le nom du patient, « DateNaissance » pour sa date de naissance, « Âge » pour la mention de l'âge, « NuméroChambre » pour l'emplacement où le patient se trouve dans l'unité d'hospitalisation, par exemple.

L'ensemble des informateurs ont par ailleurs été anonymisés à l'aide d'un **code** composé de deux éléments : l'initiale de leur fonction dans l'unité hématologique et un chiffre attribué lors de l'apparition du soignant dans notre corpus (Baude 2006 : 84). Chaque locuteur est donc identifié non à l'aide de ses prénom et nom, mais au moyen d'un code composé d'une à quatre lettres et d'un chiffre. Cette méthode est inspirée de celle préconisée dans le corpus VALIBEL (Bachy et al. 2007 : 4-5). Nous détaillons, dans le tableau suivant, les initiales des fonctions occupées par nos informateurs<sup>68</sup>.

| <b>Codes</b> | <b>Fonctions</b>          | <b>Codes</b> | <b>Fonctions</b>           |
|--------------|---------------------------|--------------|----------------------------|
| MC           | Médecin-Chef              | IV           | Infirmière Volante         |
| M            | Médecin                   | SI           | Infirmière-stagiaire       |
| As           | Assistante                | K            | Kinésithérapeute           |
| SM           | Médecin-stagiaire         | SK           | Kinésithérapeute-stagiaire |
| I            | Infirmière                | AdS          | Aide-Soignante             |
| IA           | Infirmière Administrative | AdSV         | Aide-Soignante Volante     |
| IC           | Infirmière-Cheffe         | L            | Aide logistique            |
| Ô            | Autres soignants          |              |                            |

*Tableau 6 : Codes des informateurs reposant sur leur fonction dans l'équipe hématologique*

<sup>68</sup> Dans ce tableau, nous optons pour une répartition de l'accord en genre reposant sur le nombre majoritaire d'hommes ou de femmes composant le groupe. Autrement dit, nous avons collecté les propos du groupe des assistantes, qui est composé de plus de femmes que d'hommes. Plutôt que de respecter l'adage « le masculin l'emporte », nous adoptons la règle selon laquelle c'est le sexe majoritaire en nombre dans un groupe qui permet de déterminer le genre du terme de la fonction.

« Ô » a été choisi pour désigner un ensemble non homogène de soignants du point de vue de leur fonction. Le regroupement sous un même code se justifie par le peu de personnes observées dans la fonction : assistantes sociales, nettoyeuses, diététiciennes, infirmières gériatriques ou scientifiques, responsable de la morgue, psychologue, secrétaires, techniciens et responsables. Même si l'ensemble de ces personnes interagissent peu avec les membres de l'unité d'hématologie, certains échanges qu'ils ont avec de nouveaux arrivants sont pertinents pour notre travail. Pour préserver leur anonymat, nous avons développé une stratégie : nous les regroupons dans un ensemble « autres soignants ». Ce choix a comme conséquence de ne pas divulguer leur fonction par souci de confidentialité lors de la diffusion des résultats de notre recherche.

Notre étude porte sur **six soignants nouvellement arrivés** dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Afin de les différencier des deux-cents autres professionnels dont les paroles sont présentes dans le corpus, nous avons décidé de les nommer à l'aide d'un prénom fictif qui ne permet pas de les identifier. Le recours à un pseudonyme est possible en adoptant un prénom « dans le même champ paradigmatique », qui ne le ridiculise pas ni ne laisse une trace permettant l'identification (Baude 2006 : 80). L'octroi d'un prénom nous permet de rendre nos six informateurs plus « humains », ce qui nous semble essentiel pour les suivre au fur et à mesure de leur trajectoire professionnelle et des analyses.

| Fonctions                           | Prénoms fictifs     |
|-------------------------------------|---------------------|
| Deux stagiaires en soins infirmiers | Serge et Caroline   |
| Deux assistants                     | Paul et Guillaume   |
| Deux infirmières                    | Jeanne et Élisabeth |

Tableau 7 : Codes pour désigner les six informateurs spécifiques de notre étude

### 3.3.3. Les enjeux d'une transcription anonymisée dans le milieu hospitalier

Le secret est une caractéristique des professions (Marmoz 2001 : 28) et notamment de celles du milieu hospitalier. En effet, depuis Hippocrate, le non-dévoilement d'informations par un médecin est devenu une sorte de « règle professionnelle », voire de leitmotiv<sup>69</sup> (Thouvenin, 1982 : 9 et 15). Pourtant, cette notion du secret n'est pas le propre du médecin, mais de l'ensemble des soignants d'une équipe hospitalière et même d'un hôpital, en tant que

<sup>69</sup> Nous n'entrerons pas dans le débat de la réception et de l'évolution du serment d'Hippocrate dans la présente thèse (cf. premier chapitre de Thouvenin 1982 et Daucourt 2001). Par contre, pour mieux comprendre la référence à ce dernier, nous proposons une traduction d'une partie de son texte par Riquet et des Places : « les secrets [sont] “les choses que dans l'exercice ou même hors de l'exercice de mon art, je pourrai voir ou entendre sur l'existence des hommes et qui ne doivent être divulguées au dehors, je les tairai, estimant que ces choses-là ont droit au secret des mystères” » (Thouvenin 1982 : 20).

professionnels de la santé (Maumaha Nouné et Monzée 2009 : 147). Dans cette thèse, nous posons l'existence de secrets professionnels dans la communauté étudiée, que nous qualifierons de cliniques. Le secret clinique réside dans le fait que les soignants sont des professionnels de l'intime de leurs patients qui se confient à eux (Kaiser 2004). Ils doivent connaître une grande part de leur vie personnelle<sup>70</sup> pour mener à bien leurs tâches thérapeutiques (Equoy-Hutin et Mariani-Rousset 2016 ; Mazen 1988 : 19-20). En outre, les informations sur l'état clinique ou social d'un patient peuvent faire l'objet d'interactions qui aident les soignants à travailler même si chacun d'entre eux est « astreint au secret professionnel » clinique (Marmoz 2001 : 24 ; Mathieu et Rommelaere 2012 : 7). Les professionnels se retrouvent donc dans une situation où ils doivent maintenir un équilibre entre la relation de confiance établie avec le patient sous le sceau du secret (Art. 458 du Code pénal belge ; Art. 22 de la Constitution belge ; Art. 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales) et le partage de l'information pour pouvoir le soigner.

Si tout professionnel de la santé est tenu au secret, en collectant des interactions verbales dans le milieu hospitalier, nous sommes impliquée « par ricochet » dans le secret clinique par notre accès aux identités des soignants et aux pathologies des patients (Mathieu et Rommelaere 2012 : 12). En tant que chercheuse sur le terrain, nous nous devons donc de garantir le secret professionnel méthodologique, c'est-à-dire de garantir la confidentialité des données des patients, mais aussi de préserver l'anonymat des soignants qui ont participé à l'étude. Une question se pose alors : jusqu'où pouvons-nous divulguer des passages interactionnels de vie privée (Mazen 1988 : 47-48) ? Le secret professionnel, qu'il soit clinique ou méthodologique, est à la fois un besoin de toute profession et à la fois un obstacle dans la pratique ethnographique puisque le chercheur fait face à deux forces antagonistes que sont la divulgation et l'anonymisation (Arveiller 2001 : 170-171 ; Equoy-Hutin et Mariani-Rousset 2016 ; Kaiser 2004). La première permet de répondre à notre question de recherche et la seconde garantit l'exploitation des données tout en empêchant une sincérité totale. En tant que chercheuse, notre posture se trouve donc en tension entre l'honnêteté intellectuelle liée à un travail ethnographique et le respect de la vie privée des informateurs ainsi que des patients, que nous pourrions désigner comme étant le secret méthodologique (De Man 2008 : 14). Afin de garantir cet équilibre, nous avons choisi de faire signer un consentement éclairé de participation à

---

<sup>70</sup> Nous optons délibérément pour le concept de « vie personnelle » parce que les informations délivrées par les patients sont d'ordre non seulement médical, mais aussi « familial, social et même financier » (Mathieu et Rommelaere 2012 : 7), contemporaines ou antérieures à l'hospitalisation (Maumaha Nouné et Monzée 2009 : 150 ; Mazen 1988 : 84-89).

chaque participant, d'anonymiser les données collectées en recourant à des hyperonymes et en censurant des interactions dont les sujets relèvent de la vie privée des soignants et des patients. En outre, si un soignant ne souhaitait plus participer à la recherche ou s'il nous demandait de supprimer une interaction, nous respectons son vœu. C'est donc dans le respect des volontés des soignants participant à l'enquête ethnographique que nous tenterons de répondre à notre question de recherche.

## Synthèse

Ce quatrième chapitre a été l'occasion de présenter notre démarche ethnographique de terrain et plus particulièrement de répondre à la question suivante : comment constituer un corpus de données orales dans un milieu hospitalier afin de comprendre l'expérience de l'intégration dans un nouveau collectif professionnel, les vulnérabilités ressenties et les interactions permettant de les dépasser ou non ? Cette sous-question de recherche nous aide à répondre à notre objectif de compréhension de l'entrée dans le métier de nouveaux arrivants. Nous pourrions récapituler notre approche sociolinguistique ethnographique en six étapes de constitution de notre corpus de données interactionnelles – autant que faire se peut authentiques et proches du terrain –, qui regroupent les différents points exposés : les (pré)enquêtes, l'enregistrement audio, l'importance des contextes, les trajectoires professionnelles de nouveaux arrivants, le traitement des données, ainsi que les limites du corpus.

C'est en mobilisant **une démarche de linguistique ethnographique** que nous avons mené une enquête en deux phases. La première consiste en une préparation pour l'enquête effective, lors de laquelle nous réalisons des choix (un service d'hématologie dans un hôpital universitaire belge francophone) et nous entrons en contact avec les participants et nous nous familiarisons au milieu étudié. Quant à la seconde phase, elle est l'enquête à proprement parler qui a la forme d'une observation participante.

Lors de la préenquête, nous avons choisi d'**enregistrer** les interactions verbales produites par les soignants à l'aide d'un dictaphone. La collecte de données audio et non vidéo repose sur notre intérêt pour les interactions verbales ainsi que sur l'accord passé avec le Comité éthique à l'entame de notre enquête ethnographique. Nous pensons que par leurs paroles, les soignants tentent de se faire une place. Cette idée trouve son origine dans le fait que « les mots portent le poids invisible des biographies, statuts et enjeux des locuteurs » (Viaud 2010 : 234), ainsi que leurs rôles et leurs places à l'intérieur d'une interaction, et plus largement d'une collectivité.

Afin d'étudier les interactions verbales enregistrées, nous les documentons du point de vue **contextuel**. Si les paramètres du contexte linguistique sont primordiaux pour la compréhension des interactions prenant rarement la forme d'un dialogue en face à face (qui parle à qui, de quoi, dans quel lieu, à quel moment et dans quel objectif?), nous y ajoutons les caractéristiques de deux autres contextes : les méso- et macrocontextes. Le mésocontexte est l'unité d'hospitalisation d'hématologie composée de différents lieux et d'une multitude de soignants. Lors des annotations contextuelles, nous mentionnons les lieux, les périodes d'enregistrement, les actes cliniques ainsi que les déplacements des informateurs. En ce qui concerne le macrocontexte, il relève davantage de règles, de valeurs et de contraintes économico-idéologiques propres à l'hôpital et ayant un impact sur les « paroles lors du travail » des soignants (Grosjean et Lacoste 1999).

Les soignants sont les sujets de notre étude, et plus particulièrement les soignants nouvellement arrivés dans l'équipe hématologique. Afin de comprendre comment ils vivent le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance lors de l'entrée dans le métier, nous nous focalisons sur la **trajectoire professionnelle** de six d'entre eux. L'approche par trajectoire ou par transition nous permet de comprendre comment d'interaction en interaction, et donc d'interlocuteur à interlocuteur, le nouvel arrivant tente de se faire reconnaître et de se construire une place au sein du collectif soignant.

Après avoir enregistré les interactions verbales entre des nouveaux arrivants et des soignants de l'unité d'hospitalisation d'hématologie, nous les traitons pour répondre à notre question de recherche. Ce **traitement** est l'occasion non seulement de choix supplémentaires, mais aussi d'une transcription et d'une anonymisation des données. La transcription de données orales en données écrites facilite l'analyse des interactions verbales. Quant à l'anonymisation, elle a comme objectif de rendre non identifiables les informateurs, de respecter leur vie privée ainsi que celle des patients.

Le corpus tel qu'il a été présenté et créé peut faire l'objet de nombreuses **objections** : quelle fiabilité des données alors qu'il y a des choix réalisés par le chercheur ? Quelle fidélité des informations présentées et quelle pérennisation du corpus alors que les interactions verbales ont été anonymisées ? Quelle authenticité alors que le chercheur est présent sur le terrain ? Quelles généralisation, représentativité et saturation possibles d'une étude ethnographique de six cas singuliers ? Quelle reproductibilité d'un tel corpus étant donné le caractère changeant de l'équipe ? Ces huit limites ne sont pas rares lorsqu'un chercheur adopte une démarche ethnographique de terrain. Nous nous sommes efforcée au fur et à mesure de ce quatrième

chapitre de justifier nos choix et notre démarche ainsi que de proposer des relatives solutions aux critiques possibles de notre corpus de données orales collectées en milieu hospitalier.

Après avoir fait état, de manière critique, de nos choix méthodologiques, nous présenterons dans le prochain chapitre le milieu de travail dans lequel a été réalisée l'observation participante ainsi que les six nouveaux arrivants sélectionnés.



## Chapitre 5 – La présentation de l'équipe d'hématologie

Ce chapitre a comme objet le milieu de travail observé et ses professionnels. Pour ce faire, nous répondons à différentes questions : où est menée la recherche ? Qui sont les informateurs ? Et qui sont les nouveaux arrivants étudiés ? Nous nous arrêtons sur l'unité d'hospitalisation d'hématologie pour vous en montrer les lieux, le fonctionnement et la répartition temporelle des tâches. De plus, nous expliquons l'identité située<sup>71</sup> des professionnels évoluant dans ce lieu (Burger 1995 : 10-11 ; Durand, Trébert et Filliettaz 2015 : 40-41 ; Filliettaz, de Saint-Georges et Duc 2008 : 253 ; Zimmermann 1998 : 88) et plus précisément, des six soignants nouvellement arrivés qui retiendront notre attention dans les prochains chapitres.

### Introduction

Après avoir détaillé la façon avec laquelle nous avons constitué notre corpus d'interactions verbales, nous présentons concrètement le milieu de travail et les professionnels étudiés. Cela nous permettra de détailler le profil sociologique des six nouveaux arrivants choisis et observés dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie d'un hôpital universitaire belge francophone. Pour ce faire, nous recourons au concept d'identité professionnelle située. Notre exposé s'articule autour des concepts de statut, de rôle et de place, que nous avons explicités dans le troisième chapitre.

L'ensemble des informateurs de notre corpus ne recouvre pas l'ensemble des professionnels de l'unité d'hospitalisation d'hématologie, mais les soignants volontaires qui consentent, de manière éclairée, à participer à l'enquête ethnographique et qui travaillent durant les périodes d'observation. Ce type d'échantillonnage<sup>72</sup> est fréquent lors de la collecte de

---

<sup>71</sup> Proposée par Zimmermann (1998 : 88), l'identité située peut faire référence à

*the way in which the articulation/alignment of discourse and situated identities furnishes for the participants a continuously evolving framework within which their actions, vocal or otherwise, assume a particular meaning, import and interactional consequentiality.*

De fait, l'identité n'est pas donnée une fois pour toutes, mais configurée en permanence à travers des discours et des pratiques et elle est façonnée par rapport aux autres avec lesquels nous évoluons (González-Martínez 2014 : 157). L'identité située est donc « une construction dans l'action et en situation » (Duc 2008 : 251).

<sup>72</sup> L'emploi des termes « échantillonnage » et « échantillon » dans le cadre d'une démarche ethnographique est critiquable parce qu'ils sont fréquemment utilisés lors des recherches quantitatives. Néanmoins, par les multiples choix que nous réalisons en ce qui concerne le public observé, nous estimons que les participants étudiés constituent un échantillon de la population soignante du service d'hématologie, et même de l'unité d'hospitalisation.

données orales (Baude 2006 : 35) et il repose sur un principe empirique : tout enquêté a une chance égale d'être sélectionné. Cette « chance » a été réduite par la division temporelle du travail en milieu hospitalier. Celui-là se caractérise par une surveillance permanente (vingt-quatre heures sur vingt-quatre) des patients ; sur le plan pratique, ce ne sont donc pas les mêmes soignants qui sont présents sans discontinuer d'un jour à l'autre. De fait, les soignants y réalisent leurs tâches selon une répartition temporelle (Carcassonne et Glady 2006 : 219) ; nous collectons donc les informations des personnes présentes lors des jours d'enquête. Un deuxième élément est déterminant pour la sélection des informateurs : leur participation à une ou plusieurs interactions. Outre les nouveaux arrivants qui retiennent notre attention, seuls les soignants qui communiquent oralement avec ou à propos d'eux font partie de notre échantillon (Gadet et Wachs 2015 : 39). Nous avons également laissé de côté les interactions que les professionnels ont avec les patients ou des parents de ceux-ci.

Les six nouveaux arrivants étudiés dans cette dissertation interagissent avec de nombreux soignants expérimentés de l'équipe hématologique. Dans ce chapitre, nous évoquerons l'ensemble des participants observés en interaction afin de comprendre comment fonctionne l'unité d'hospitalisation. Nous tenons à souligner que nous n'avons pas observé chacun d'entre eux en détails, mais dans leurs interactions avec les nouveaux arrivants ; ils apparaissent donc de manière sporadique dans le corpus.

Les participants dont nous avons recueilli les prises de parole sont au nombre de deux-cent-vingt-trois soignants observés en interaction dans l'unité hématologique d'hospitalisation d'un hôpital belge francophone universitaire. Ils ont des fonctions professionnelles diverses : médecins, infirmières, aides-soignantes, aides logistiques, kinésithérapeutes, diététiciennes, etc. Parmi les informateurs, certains ne travaillent pas spécifiquement en hématologie, mais en endocrinologie, en cardiologie, en soins intensifs, en pneumologie, en oncologie, en neurologie, en rhumatologie, en gériatrie, etc. ainsi que pour l'hôpital. Par exemple, les brancardiers effectuent leur travail sans être attachés à un service en particulier. Ils véhiculent les patients d'un service à un autre et ils peuvent interagir avec tout soignant de l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Nous n'avons donc exclu aucun professionnel entrant en interaction avec un nouvel arrivant dans cette dernière. Certains participants par ailleurs ont joué un rôle clé pour la recherche en adoptant un rôle d'associés

(Baude 2006 : 63). Trois soignants<sup>73</sup> en effet, ont contribué à mener à bien notre observation. Leur engagement a consisté à nous aider dans notre démarche de présentation de notre recherche. Ils ont dédramatisé notre présence et stimulé les professionnels à participer à notre étude. Progressivement, de plus en plus de soignants ont pris ce rôle d'ailleurs pour expliquer notre présence aux professionnels extérieurs ou nouvellement arrivés dans l'unité hématologique.

Pour comprendre plus spécifiquement les trajectoires d'intégration et les stratégies sociolinguistiques utilisées par les soignants nouvellement arrivés dans l'équipe hématologique, nous avons sélectionné parmi les deux-cent-vingt-trois observés durant l'enquête ethnographique six nouveaux arrivants que nous avons suivis plus spécifiquement. Ils font l'objet de ce chapitre ainsi que l'ensemble des soignants avec lesquels ils interagissent au sein de l'unité d'hospitalisation d'hématologie.

### 1. S'immerger dans un hôpital universitaire belge francophone

Comme tout espace professionnel du secteur tertiaire, un hôpital est un lieu « où s'effectuent des prestations de services et, tout à la fois, se tissent des relations sociales » entre les soignants ainsi qu'entre les soignants et les patients (Gajo 2004 : 1). Les prestations de services sont adressées à ces derniers et à leurs proches. Dans une infrastructure hospitalière, une diversité de soignants agissent pour le bien-être des patients ; pour un même patient, différents soignants peuvent donc intervenir durant son séjour à l'hôpital. Comme les autres milieux professionnels du secteur tertiaire, un hôpital a ses propres règles de fonctionnement et ses propres valeurs (Gajo 2004 : 2). Un exemple de règle est le port d'une « blouse blanche », sorte d'uniforme que chaque soignant revêt lorsqu'il travaille. Cette tenue vestimentaire est spécifique à l'hôpital. L'avantage de cette règle vestimentaire est qu'elle facilite l'identification d'un soignant parmi toutes les autres personnes présentes dans un hôpital ; il y a des patients, des visiteurs ou encore des représentants de firmes, par exemple (D'Onofrio, Gajo et Molina 2004 : 7). La blouse blanche est donc un moyen d'identification des soignants entre eux et pour les autres.

Outre quelques points communs entre les hôpitaux, nous constatons des différences dans leur « culture hospitalière » (Gajo 2004 : 2). Nous pourrions, par exemple, distinguer les

---

<sup>73</sup> Les trois soignants associés sont trois membres de l'unité d'hospitalisation d'hématologie, à savoir la médecin-chef, l'infirmière-chef et l'infirmière administrative.

hôpitaux universitaires et les hôpitaux non universitaires. Si des principes salarial, relationnel et hiérarchique différencient un hôpital d'un autre, nous posons comme hypothèse que les hôpitaux universitaires ont un fonctionnement non seulement professionnel, mais aussi pédagogique. En effet, en tant qu'institution universitaire, l'hôpital se dote d'une culture hospitalière comme les autres hôpitaux à laquelle s'ajoutent des règles de fonctionnement propres aux universités : la contribution à la recherche scientifique, l'accueil et l'enseignement massif à destination des novices, entre autres. Un hôpital universitaire a par conséquent des missions en plus de celles qui consistent à assurer des soins de qualité à tous.

Nous nous sommes arrêtée sur la caractéristique universitaire possible d'un hôpital parce que l'institution dans laquelle nous avons mené l'enquête ethnographique est un hôpital universitaire situé en Belgique francophone. Concrètement, l'institution étudiée se trouve dans la Communauté française<sup>74</sup> belge. Cette précision géographique est l'occasion de mentionner la langue véhiculaire de l'institution, à savoir le français. D'ailleurs, durant l'observation participante, nous avons observé uniquement des échanges dans cet idiome. Nous pouvons donc faire du français la langue véhiculaire de l'hôpital universitaire étudié.

Concernant l'organisation spatiale de l'hôpital étudié, il se compose de différents services, répartis dans des espaces distincts, qui ont chacun leurs règles et valeurs. Chaque service est localisé dans une zone particulière de l'hôpital ; les étages sont donc divisés en unités de soins. Cette répartition spatiale repose sur les maladies des patients<sup>75</sup>. Ainsi, les patients souffrant de maux cardiaques sont soignés dans le service de cardiologie ; ceux qui se font opérer d'une prothèse de hanche sont dans l'hôpital de jour de chirurgie ; etc. Nous faisons reposer la répartition spatiale sur les patients et leurs maladies et non sur les soignants parce que dans chaque service, ce sont les mêmes professionnels qui travaillent et qui ont des fonctions équivalentes : les médecins, les infirmières, les kinésithérapeutes, par exemple. En effet, nous retrouvons des médecins et des infirmières dans chaque service, mais ils n'exercent pas de la même manière leur métier. Un médecin-chirurgien au bloc opératoire ne fait pas les mêmes actions qu'un médecin-hématologue dans son cabinet de consultations, et nous pouvons en dire autant pour les infirmières. Même si certains professionnels réalisent leurs tâches dans

---

<sup>74</sup> Nous adoptons cette appellation reconnue dans la Constitution belge et non celle de « Fédération Wallonie-Bruxelles » qui est en usage dans les médias et dans les discours des politiciens depuis le début de cette décennie.

<sup>75</sup> Il est possible qu'un patient ait différentes pathologies relevant de services distincts. Il sera accueilli dans l'un d'eux et une concertation avec les soignants des autres services sera organisée.

divers services, comme c'est le cas des kinésithérapeutes et des brancardières, il nous semble plus pertinent que ce soient les maladies des patients qui permettent de catégoriser les services.

Les différentes caractéristiques proposées pour présenter le contexte institutionnel de notre étude sont issues des spécificités de l'hôpital observé. Nous ne mettrons pas l'accent sur l'ensemble des caractéristiques de l'institution hospitalière, mais sur les spécificités du service d'hématologie sur lequel porte notre dissertation doctorale.

## 2. À la découverte d'une unité d'hospitalisation d'hématologie

C'est dans le service d'hématologie de l'hôpital universitaire que nous avons mené l'enquête ethnographique. Contrairement à d'autres services, il se compose de différents espaces de soins : un hôpital médical de jour, des blocs de consultations et une unité d'hospitalisation. Comme expliqué dans le quatrième chapitre, nous décidons de mener l'observation participante exclusivement dans l'unité d'hospitalisation qui est notre contexte communautaire (ou mésocontexte). Ce choix repose sur la volonté de travailler sur une équipe dont les membres sont relativement « fixes » et qui œuvre au bien-être des mêmes patients. L'unité d'hospitalisation est sélectionnée au détriment des blocs de consultation et de l'hôpital médical de jour parce qu'elle est le lieu d'interactions plus fréquentes entre les soignants. Cette section est l'occasion de présenter cette unité du point de vue de son organisation spatiale et temporelle ainsi que de décrire en quoi consiste le fait d'être un professionnel en hématologie.

### 2.1. À chaque soin, son espace

Avant de décrire le territoire professionnel des soignants, nous présentons ce qu'est une unité d'hospitalisation en hématologie par le biais des maladies qui touchent les patients<sup>76</sup>. Ce que recouvre l'appellation *maladies hématologiques* peut se décliner en deux grandes pathologies : les leucémies et les lymphomes. La plupart d'entre elles sont traitées par des cures de chimiothérapie ou par des greffes. Concernant les patients qui séjournent dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie, ils y sont envoyés, à la suite de complications, par un soignant de l'hôpital médical de jour ou des blocs de consultations du service d'hématologie, ou par les professionnels d'un autre service de l'hôpital ou d'un autre hôpital<sup>77</sup>. L'unité accueille donc

---

<sup>76</sup> La présentation concrète de l'unité d'hospitalisation repose sur la description proposée par Grosjean et Lacoste (1999 : 68-69), que nous avons adaptée.

<sup>77</sup> Les transferts de patients d'un hôpital à un autre s'expliquent par le cloisonnement et la multiplication des spécialités médicales. Tout espace hospitalier n'a pas tous les services. Les soignants de ce dernier préfèrent donc transférer leurs patients dans d'autres hôpitaux où ils seront entre les mains de médecins qualifiés.

différents profils de patients : des nouveaux ou des « habitués » de l'unité ou du service d'hématologie ; des patients qui ont des douleurs importantes dues aux cures, ou qui font une rechute, etc. Les soignants de l'unité d'hospitalisation d'hématologie doivent donc travailler avec des situations de vie difficiles.

Nous nous permettons une remarque avant de détailler la répartition spatiale de l'unité d'hospitalisation. Parmi les patients qui en occupent les lits, certains souffrent d'un mal endocrinien et non hématologique. Cette situation s'explique par l'accueil au sein de l'unité étudiée – spatialement parlant – de quatre à cinq patients qui présentent des troubles relevant de l'endocrinologie et non de l'hématologie. Si les médecins-hématologues ne traitent pas les pathologies de ces patients, les infirmières et aides-soignantes, entre autres, le font. Nous mentionnons donc leur présence pour la compréhension des interactions verbales de ces professionnels.

L'environnement de travail des soignants de l'unité d'hospitalisation d'hématologie est réparti en deux grandes zones de soins : les chambres stériles et non stériles. L'unité se compose donc de deux espaces distincts. Comme mentionné précédemment, nous laisserons de côté la zone stérile étant donné que notre présence peut occasionner des risques sanitaires et que rares sont les nouveaux arrivants qui y travaillent.

Concrètement, l'unité d'hospitalisation non stérile d'hématologie se compose d'un couloir qui donne accès à cinq chambres à deux lits et à quatorze chambres simples, au poste infirmier, au bureau médical, au bureau des cheffes médicale et infirmière, à la salle de réunion médicale, à la salle de réunion infirmière, aux trois zones de stockage et à une cuisine.

Les chambres des patients seront peu détaillées puisque nous les avons « abandonnées » comme endroits d'observation afin de respecter les patients. Nous tenons à préciser que parmi les quatorze chambres simples, sept d'entre elles sont dites à *pression*. De cette particularité découle un agencement de l'espace de la chambre distinct des autres chambres simples et des chambres doubles. En effet, pour garantir une pression constante dans la chambre, un sas d'entrée la sépare de la porte. Le patient restant dans sa chambre, seuls les soignants (et parfois les parents) évoluent dans le sas d'entrée. Nous le mentionnons parce qu'il est un lieu d'observation d'échanges intéressants entre les soignants avant ou après une discussion avec le patient.

La cuisine a été le lieu de quelques échanges très rares que nous avons relevés scripturalement et qui ont comme objet une transmission de soins urgents à réaliser chez un patient. La cuisine n'est donc pas considérée comme un lieu privilégié d'observation.

Les trois zones de stockage de matériel de soins sont des lieux de passage dans lesquels peu d'interactions sont enregistrées. De fait, les soignants se servent de matériel dans les étagères. Néanmoins, lors de l'arrivée de nouveaux professionnels experts (infirmières, aides-soignantes ou aides logistiques), nous constatons que l'infirmière-cheffe explique à quoi servent ces trois lieux, ce qui s'y trouve, la manière avec laquelle le matériel est rangé, etc. Ce type d'interactions vise à l'efficacité du soignant pour qu'il se fournisse en instruments et en médicaments. Dans ces trois espaces, peut avoir lieu une interaction déjà en cours entre des soignants, interaction qui a débuté dans le couloir ou dans le poste infirmier, par exemple.

Le bureau médical est un lieu réservé aux médecins, qu'ils soient experts ou novices, nouvellement arrivés ou expérimentés. Les interactions entre eux portent sur le cas des patients, sur leur traitement et sur leur projet de vie ou encore sur des questions organisationnelles. Cet espace accueille des moments d'accompagnement entre les médecins, pouvant prendre la forme de mini-cours, par exemple. Si nous avons collecté différentes sortes d'interactions, nous avons laissé de côté les échanges que les médecins ont avec les parents des patients. Nous les mentionnons parce qu'ils se tiennent non seulement dans la chambre, avec le patient ou dans le bureau médical, sans le patient. La majorité des interactions collectées dans le bureau médical mettent en scène uniquement les médecins, mais, de temps en temps, une infirmière, une secrétaire ou une aide-soignante entre pour poser une question ou pour obtenir une précision auprès d'un médecin. Nous y collectons donc des échanges entre des soignants de statuts distincts. Cet espace est également un lieu de rencontres avec des médecins travaillant dans d'autres services.

Nous regroupons deux lieux distincts, à savoir la salle de réunion médicale et la salle de réunion infirmière, parce qu'elles accueillent des échanges de transmission d'informations sur les patients et leurs soins. En effet, la salle de réunion infirmière est un espace où se réunissent trois fois par jour les infirmières, accompagnées parfois par des aides-soignantes, pour informer les soignants qui prennent la relève, sur l'évolution du patient durant leur période de travail. À ces interactions s'ajoutent des échanges plus spontanés lors desquels les infirmières parlent de leur ressenti au travail et de sujets personnels. Quant à la salle de réunion médicale, elle est un espace réservé aux réunions : quotidienne entre les médecins, l'infirmière-cheffe (ou la personne faisant fonction) et les kinésithérapeutes, ainsi qu'hebdomadaire entre les médecins

de tout le service d'hématologie. Ce lieu de rencontre de soignants de différents statuts est l'occasion de clarifier certaines procédures ou parcours de soins et de discuter de chacun des patients. Dans cette salle, se tiennent non seulement une rencontre hebdomadaire entre les médecins et les assistante sociale, psychologue, logopède et kinésithérapeutes, mais aussi une réunion mensuelle entre les médecins-hématologues des hôpitaux de la région<sup>78</sup> pour discuter de certains patients et de protocoles de soins. La salle de réunion médicale accueille donc une diversité de staffs auxquels participe toujours un médecin, au minimum. Nous tenons à souligner que contrairement à la salle de réunion infirmière qui se localise à côté du poste infirmier, la salle de réunion médicale, elle, a une situation géographique particulière : elle se situe paradoxalement à l'entrée du couloir de l'unité d'hospitalisation voisine c'est-à-dire à l'écart des chambres de l'unité d'hématologie.

Le poste infirmier est le lieu d'échanges par excellence entre les soignants parce que tous les « statuts » s'y rencontrent. En effet, les infirmières discutent des soins du jour, de la préparation des médicaments, de l'organisation de la journée, des situations problématiques vécues avec les patients ou entre professionnels ; les médecins transmettent des informations de soins ou invitent une infirmière à les accompagner pour la réalisation d'une ponction lombaire, par exemple. Si les médecins participent aux interactions, c'est le cas aussi d'autres soignants comme les brancardières, les kinésithérapeutes et les pharmaciens. De plus, le poste infirmier est l'espace administratif des soins et de la gestion de l'unité. Une infirmière y effectue d'ailleurs les tâches de secrétariat et de logistique ; son statut est d'être infirmière administrative. Du point de vue des nouveaux arrivants, le poste infirmier est un lieu d'accompagnement explicite et de préparation des actes techniques avec un soignant expérimenté ainsi que d'évaluations pouvant se tenir également dans la salle de réunion infirmière.

Le dernier espace de l'unité d'hospitalisation d'hématologie est le couloir. Nous le considérons comme un lieu essentiel interactionnellement « où tout se mêle : les personnes et les préoccupations, la vie professionnelle et la vie tout court » (Kattan-Farhat 1993 : 180-181). En tant que lieu de passage, le couloir accueille les soignants sortant d'une chambre de patient, d'une réunion ou encore d'une discussion animée dans le poste infirmier sur la répartition des tâches du jour. Tous les professionnels y interagissent, ensemble ou séparément, de mêmes

---

<sup>78</sup> Les médecins du service observé ont créé un pool d'échanges entre hématologues de la région afin de débattre sur des cas cliniques particuliers. En outre, certains médecins de l'équipe travaillent dans d'autres hôpitaux. Ils ne prestent donc pas uniquement dans celui qui est étudié.

statuts, ou de statuts distincts. Contrairement aux salles de réunion, les échanges y sont spontanés. Nous considérons également le couloir comme un lieu de transitions pouvant amener un soignant à interagir avec un autre soignant à propos d'un soin ou d'un traitement, pour ensuite échanger avec un patient qui arrive dans l'unité pour s'y faire soigner, et pour enfin donner des nouvelles à un parent sur la nuit de son proche avant qu'il entre dans sa chambre. S'il arrive qu'il soit silencieux, le couloir nous semble un lieu-clé dans la compréhension de la vulnérabilité vécue par un nouvel arrivant. Dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie, le couloir prend une forme particulière ; il peut être scindé en deux (voir la ligne pointillée dans la Figure 1 : Répartition spatiale de l'unité d'hospitalisation d'hématologie). Un petit couloir est bordé de quatre chambres à deux lits et du nouveau bureau pour la nouvelle infirmière-chef et un grand couloir donne accès aux autres espaces de l'unité, à l'exception de la salle de réunion médicale. Cette « cassure » du couloir entraîne une impossibilité d'interactions entre les soignants des grand et petit couloirs. Seuls ceux qui sont dans la même portion peuvent échanger verbalement.

Afin de faciliter la compréhension de la répartition spatiale de l'unité d'hospitalisation, nous avons réalisé schématiquement son plan (voir Figure 1). Sur le dessin est absente la salle de réunion médicale à cause de sa situation géographique distante.

[illegible]

Figure 1 : Répartition spatiale de l'unité d'hospitalisation d'hématologie

## 2.2. Une prise en charge continue

Si nous constatons que les interactions se répartissent spatialement, nous pouvons également remarquer que le facteur temporel est déterminant dans la prise de parole d'un professionnel. Ainsi, dans l'unité d'hospitalisation étudiée et dans d'autres services hospitaliers,

*les équipes se succèdent et doivent se transmettre l'information et les instructions concernant les malades, afin d'assurer la continuité des soins (Grosjean 2001 : 63).*

L'ensemble des soignants de l'équipe ne sont pas présents simultanément dans l'unité d'hospitalisation. Ils se répartissent le travail tout au long de la journée afin de pouvoir assurer une prise en charge continue des patients. Ces derniers ne peuvent en effet rester sans surveillance durant leur séjour à l'hôpital. Pour que le suivi soit possible, les soignants s'alternent temporellement. Si nous prenons l'exemple des infirmières, nous observons qu'elles se distribuent le travail en trois phases : le matin, le soir et la nuit. Cette répartition temporelle appelée aussi le travail à pauses est également d'application chez les aides-soignantes<sup>79</sup>. La prise en charge médicale diffère de celle des infirmières. En effet, les médecins sont présents du lundi au vendredi dans l'unité d'hospitalisation. Pour les weekends et les nuits, ils ont organisé un tour de garde qui permet que chacun soit de garde à intervalles réguliers et espacés. À la suite d'une garde de nuit ou de weekend, le médecin ne vient pas travailler pour pouvoir récupérer.

Nous pourrions considérer que la répartition temporelle du travail repose sur un turnover des membres de l'équipe soignante, et ce, en fonction de leurs statuts. Une telle organisation est rendue possible par les échanges entre eux. De fait, les professionnels partants transmettent les informations des patients aux professionnels arrivants (Grosjean 2001 : 63) : des informations de soins passés ou futurs, des informations sur l'état général du patient, etc. Si les professionnels d'un même statut interagissent (des infirmières entre elles), c'est le cas également de soignants de différents statuts (une infirmière et un médecin, par exemple). Ces échanges sont nécessaires pour le bon fonctionnement de l'équipe ainsi que pour le bien-être du patient. Si les professionnels ne communiquaient pas, ils devraient à chaque relève prendre le dossier en cours ou à zéro pour comprendre ce qui s'est passé durant les dernières heures ou

---

<sup>79</sup> Pratiquement, lors du roulement, les infirmières et aides-soignantes travaillent la matinée ou l'après-midi toute la semaine, mais des passages en matin ou en après-midi sont possibles étant donné le manque d'effectifs et la forte concentration de travail. Pour pallier cette surcharge, un renfort en personnel est fréquemment octroyé à l'unité de soins hématologiques.

derniers jours et pour prendre en main la suite du traitement. La répartition temporelle particulière suscite donc des situations interactionnelles particulières prenant la forme de réunions. Elles se tiennent dans des lieux précis que nous pourrions même qualifier de dédiés aux situations de relève du travail : ils sont la salle de réunion infirmière et la salle de réunion médicale. Outre le passage de témoin d'un groupe de soignants à un autre, la répartition temporelle peut se comprendre également du point de vue de l'organisation des tâches. En fonction du moment dans la journée, les soignants réalisent souvent les mêmes (inter)actions. Cette ritualisation temporelle repose non seulement sur le turnover des professionnels, mais aussi sur les règles de fonctionnement de l'unité d'hospitalisation. Nous ne détaillerons pas chacune d'entre elles dans cette section, mais nous souhaitons mettre en évidence qu'en fonction du rôle joué par le professionnel le jour X, il réalisera la tâche Y. Prenons deux exemples. Le premier exemple porte sur les tâches quotidiennes de l'infirmière-cheffe. Étant donné le travail à pauses des infirmières, elle n'est pas là tous les matins, ni tous les soirs, ni toutes les nuits. Une infirmière doit pourtant endosser ce rôle à chaque période. En l'absence de l'infirmière-cheffe, ayant le rôle institutionnalisé de responsable, une infirmière a le rôle occasionnel de cheffe et réalise les tâches associées. Cependant, le jour où l'infirmière-cheffe est présente, cette même infirmière ne jouera pas le rôle de cheffe. Ce que nous essayons de montrer, c'est qu'en fonction de la composition de l'équipe, changeant à cause de la répartition temporelle du travail, les tâches réalisées par chacun et les rôles endossés ne sont pas identiques. Quant au second exemple, il porte sur l'organisation des tâches sur une journée et plus précisément, sur la prise des paramètres des patients, c'est-à-dire la température, le taux d'oxygène, la tension, le poids, l'évaluation de la qualité du sommeil, du débit urinaire et des douleurs. Chaque jour, chaque équipe infirmière les prend ; ils sont donc relevés à trois reprises : une fois le matin, une fois l'après-midi et une fois le soir. Cette prise régulière des paramètres est nécessaire pour le suivi des patients et pour l'ajustement de leur traitement au cours de la journée ou au fur et à mesure de leur séjour hospitalier.

L'organisation temporelle de tâches infirmières proposée dans cette section n'est pas exhaustive mais elle est transposable à l'ensemble des soignants. Le suivi continu des patients impose un rythme de travail séquencé temporellement, qui lui-même appelle à des interactions entre les soignants afin d'assurer le suivi des soins. Nous pourrions ajouter à ce constat que la période de travail des professionnels est associée à une efficacité nécessitant une répartition des patients pour que chacun soit accompagné au mieux dans le temps imparti du soignant.

Autrement dit, l'alternance de groupes de soignants durant la journée « entraîne » une répartition des patients.

Nous insistons sur la répartition temporelle et spatiale de l'unité d'hospitalisation d'hématologie pour illustrer la complexité des échanges entre les soignants et l'importance de la contribution de chacun pour que les soins des patients soient les plus adéquats possible. Pour ce faire, sont nécessaires non seulement les gestes techniques mais aussi la communication entre les soignants. Sans cette dernière ou si cette dernière fait défaut, nous observons que le travail professionnel pose des problèmes, voire positionne certains travailleurs en situation de vulnérabilité.

### 2.3. Être un professionnel dans une unité d'hospitalisation d'hématologie

Pour clôturer cette section descriptive sur l'unité d'hospitalisation d'hématologie, nous nous centrons sur les professionnels qui la constituent. Concrètement, nous les présenterons en trois temps : leur lien avec l'institution, leur statut actualisé et la structure « fonctionnelle » de l'unité de soins. Ne souhaitant pas dresser le profil sociologique de chaque membre de l'unité d'hospitalisation afin de garantir leur anonymat, nous recourons à cette présentation particulière. En outre, cet exposé a comme objectif de distinguer ce qui fait un nouvel arrivant en comparaison à un soignant expérimenté appartenant ou extérieur à l'unité d'hématologie. Le profil des deux sortes d'interactants nous semble intéressant pour comprendre ce qui se jouera durant les interactions verbales, et plus particulièrement comment se jouera la quête de reconnaissance du nouvel arrivant par rapport à un soignant expérimenté.

Les informateurs de notre corpus peuvent être décrits à l'aide de leur lien avec l'institution. Si chacun d'entre eux en est membre pour une plus ou moins longue période, ils ne le sont pas de la même manière. Certains professionnels sont des membres que nous dirons *exclusifs* à l'unité d'hospitalisation d'hématologie alors que d'autres sont des membres *institutionnels*. Cette distinction repose sur l'espace dans lequel ils (inter)agissent. Nous posons comme toile de fond qu'ils participent tous à la vie de l'unité d'hospitalisation d'hématologie puisque c'est dans cet endroit qu'ils ont été observés. Cette participation peut être exclusive, c'est-à-dire que les professionnels ne travaillent que dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie. C'est le cas des médecins ainsi que de la plupart des infirmières, des aides-soignantes et des aides logistiques. D'autres, en revanche, n'y participent pas

exclusivement, mais ils (inter)agissent dans l'institution. Autrement dit, ils s'occupent de patients d'hématologie et échangent avec des soignants de cette unité comme ils s'occupent de patients de chirurgie, de gériatrie, ainsi qu'ils discutent avec les soignants de ces deux services. C'est le cas des kinésithérapeutes, diététiciennes, assistantes sociales et psychologues, responsables, infirmières ou aides-soignantes volantes, infirmières gériatriques, techniciens (de surface) ainsi que brancardières. Ils évoluent donc à l'échelle de l'institution contrairement au premier groupe qui est restreint à l'unité d'hospitalisation d'hématologie. L'exemple le plus emblématique des soignants institutionnels est celui des professionnels dits *volants*. Ils n'appartiennent pas à un service précis ni à une unité, mais ils passent de l'un(e) à l'autre pour y travailler quand une équipe manque d'effectifs pour réaliser leurs tâches.

Ce premier critère de présentation des soignants composant notre corpus est critiquable. En effet, il est possible qu'un médecin-hématologue soit consulté par un confrère d'un autre service ou qu'il aille faire un acte technique dans une autre unité de soins. Une démarche similaire peut être envisageable pour les infirmières, les aides-soignantes et les aides logistiques. Même si nous admettons qu'une critique de ce premier qualificatif est possible, nous souhaitons rappeler que les membres exclusifs de l'unité d'hospitalisation d'hématologie comme les membres institutionnels sont, d'un point de vue plus général, tous des soignants exerçant dans un même hôpital. Par conséquent, ils ont tous cette particularité institutionnelle dans leur identité professionnelle située. Les six soignants nouvellement arrivés sélectionnés espèrent devenir des membres exclusifs. Pour y arriver, ils interagissent avec les membres exclusifs de l'unité d'hospitalisation ainsi qu'avec des membres institutionnels.

Pour présenter nos informateurs, nous recourons à deux caractéristiques de l'identité située que nous avons présentées dans le troisième chapitre : **le statut et les rôles**. En ce qui concerne le statut actualisé des observés, ils sont tous des professionnels hospitaliers exerçant dans l'unité d'hématologie. Sur la base du statut, nous pouvons distinguer différentes positions sociales relatives au contrat qui lie les professionnels et l'institution hospitalière. Autrement dit, si tous les informateurs sont des soignants hospitaliers, tous n'occupent pas la même fonction. Certains sont médecins ; d'autres, infirmières et d'autres encore, aides-soignantes. En plus des professionnels ayant ces trois statuts, d'autres sont des aides logistiques, kinésithérapeutes, diététiciennes, assistantes sociales et psychologues, responsables, infirmières administratives, infirmières ou aides-soignantes volantes, infirmières gériatriques ou scientifiques, techniciens (de surface) ainsi que brancardières. Les deux-cent-vingt-trois soignants observés se

répartissent dans ces seize statuts actualisés. Si certains sont des soignants hospitaliers au sens strict, ce n'est pas le cas des techniciens ou des responsables. Cependant, nous les englobons sous l'appellation *soignants* dans notre approche, dans le sens où ils contribuent également au bien-être du patient du point de vue organisationnel.

En adoptant une répartition des soignants selon leur statut, il nous semble important de tenir compte non seulement du type de contrat qui les lie à l'institution, mais aussi de la **formation** qu'ils ont. Nous entendons par formation des degrés de formation. Ainsi, une partie des professionnels sont en cours de formation (plus ou moins avancée) alors que d'autres sont diplômés et ont donc clôturé leur formation avec l'obtention d'un diplôme. Nous nommerons les premiers, des *novices* et les seconds, des *experts* (Filliettaz 2009b : 38-39<sup>80</sup>). Ces deux ensembles peuvent être définis comme les deux pôles d'un continuum de formation : les novices qui sont (encore) en formation et les experts qui ne le sont plus et qui ont un poste à durée (in)déterminée dans l'hôpital. Ces deux groupes sont à considérer comme les deux pôles d'un continuum puisqu'il est possible qu'un soignant soit à la fois novice et à la fois expert. C'est le cas d'une assistante en médecine : elle est une novice pour le médecin-expert, mais elle est moins novice que la stagiaire en médecine<sup>81</sup>. Cette distinction peut être illustrée par la détention du diplôme de médecin par l'assistante, que la médecin-stagiaire n'a pas encore obtenu. Malgré l'obtention du diplôme de médecin, l'assistante est encore en formation afin de se spécialiser dans la branche de la médecine qui l'intéresse. Dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie, le statut d'une assistante est d'être une candidate-spécialiste en médecine interne diplômée en médecine, mais novice pour sa spécialisation. Un constat similaire peut être fait pour les infirmières : certaines parmi elles sont plus expertes que d'autres, parce qu'elles ont une spécialisation en hématologie.

Un troisième et dernier critère<sup>82</sup> complète le statut des soignants observés : leur **ancienneté** dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie. L'ancienneté est à considérer également comme un continuum allant du nouvel arrivant à l'expérimenté. Ce critère nous

---

<sup>80</sup> Ces deux notions « expert » et « novice » sont également utilisées par Mondada (2001a) afin de distinguer le soignant du patient. Nous pensons que ces deux concepts peuvent être réinvestis « à l'intérieur » même des relations entre les professionnels en ce qui concerne leurs savoirs et la reconnaissance institutionnelle octroyée (soignant avec diplôme ou non).

<sup>81</sup> Soulignons que l'assistante en médecine est considérée par un patient comme étant sur le même pied (du moins relativement) d'expertise que le médecin-expert.

<sup>82</sup> Le sexe et l'âge des informateurs sont collectés au moment du consentement de participation, mais nous ne les considérons pas comme pertinents dans la description de notre échantillon. En effet, nous ne souhaitons pas développer le constat d'un nombre très élevé de femmes occupant le statut d'infirmière en comparaison au nombre d'hommes. Quant au critère de l'âge, il est laissé de côté au profit de l'ancienneté dans l'institution.

permet d'insérer la spécificité *nouvel arrivant* parmi les soignants observés et peut se comprendre comme étant associé à une familiarisation avec le milieu. Concrètement, dans notre corpus, l'ensemble des novices (les stagiaires en médecine, soins infirmiers et kinésithérapie, ainsi que les assistantes) sont considérées comme des nouvelles arrivantes étant donné qu'elles travaillent dans l'unité pendant une durée limitée et courte qui s'étend de deux semaines à six mois maximum. Néanmoins, le qualificatif *nouvel arrivant* ne leur est pas réservé puisque des experts peuvent également être catégorisés comme tels. Dans ce cas de figure, ces derniers commencent leur « carrière » dans l'unité d'hospitalisation durant l'observation participante.

Les informateurs composant le corpus sont sélectionnés non seulement parce qu'ils interagissent avec un nouvel arrivant, mais aussi parce qu'ils sont des soignants hospitaliers se situant, de manière variable, sur le continuum de formation (entre novice et expert) et sur le continuum d'ancienneté (entre nouvel arrivant et expérimenté). Dans le Tableau 8, ils sont classés sur la base de ces trois paramètres et nous mentionnons le nombre de personnes observées en fonction de leur statut. Le critère d'ancienneté n'est pas mis en évidence dans les entêtes des colonnes et des lignes, mais par le soulignement. Seuls les nombres soulignés se composent, entre autres, de nouveaux arrivants durant l'observation participante. Une seconde remarque peut être formulée concernant la dernière ligne du tableau où sont mentionnés les *autres soignants*. La création de cette catégorie repose sur le fait que les professionnels ayant certains statuts sont peu nombreux ; ils sont donc regroupés par souci d'anonymisation. Derrière *autres soignants* se cachent des diététiciennes, des assistantes sociales, des psychologues, des responsables, des infirmières gériatriques ou scientifiques, des techniciens (de surface) et des brancardières. Le statut « infirmière scientifique » est propre au service d'hématologie dans lequel la recherche contre les maladies hématologiques est omniprésente. Pour aider les équipes (de l'hôpital de jour et de l'unité d'hospitalisation), des infirmières scientifiques réalisent les prélèvements et les suivis des patients inscrits dans des protocoles de recherche.

|                   | Experts |       |                |         | Novices     |            |
|-------------------|---------|-------|----------------|---------|-------------|------------|
|                   |         | Chefs | Administratifs | Volants | Assistantes | Stagiaires |
| Médecins          | 21      | 3     |                |         | 25          | 27         |
| Infirmières       | 32      | 3     | 4              | 18      |             | 29         |
| Aides-soignantes  | 6       |       |                | 16      |             | 1          |
| Aides logistiques | 4       |       |                |         |             |            |
| Kinésithérapeutes | 7       |       |                |         |             |            |
| Autres soignants  | 27      |       |                |         |             |            |

Tableau 8 : Échantillon des informateurs observés dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie

Parmi les médecins experts et les assistantes, certains ne travaillent pas spécifiquement en hématologie, mais en endocrinologie, en cardiologie, en soins intensifs, en pneumologie, en oncologie, en neurologie, en rhumatologie, en gériatrie, en ORL, en chirurgie ainsi qu'en anesthésie et réanimation. Nous les considérerons comme des membres institutionnels et non exclusifs de l'unité.

Nous souhaitons ajouter une remarque à la catégorisation par statut. En plus du statut actualisé, nous nous sommes intéressée aux rôles occasionnels endossés par certains soignants qui se donnent ou se voient octroyer des fonctions supplémentaires à celles liées à leur statut. Ces fonctions ne relèvent pas de l'ordre du statut, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas définies par l'institution hospitalière, mais elles sont une règle d'organisation propre à la communauté hématologique. C'est le cas notamment du rôle d'infirmière-chef ou de superviseur des infirmières-stagiaires. Étant donné la répartition temporelle des équipes infirmières, ce dernier n'est pas présent tous les jours durant le stage, comme c'est le cas de l'infirmière-chef.

Afin de comprendre la diversité des statuts des informateurs, nous nous permettons de réaliser un organigramme les représentant (Figure 2). Celui-ci a comme objectif d'illustrer les imbrications entre les différentes hiérarchies institutionnelles, qui peuvent avoir lieu lors d'interactions dans la communauté hématologique. De manière générale, chaque statut s'insère dans une pyramide professionnelle dans laquelle chacun respecte un principe hiérarchique allant du responsable au novice en passant par les experts. Afin de présenter de manière simplifiée cette répartition, nous mobilisons des critères macrocontextuels issus de l'organisation institutionnelle de l'hôpital. Nous verrons néanmoins lors de l'analyse des interactions verbales que des dynamiques mésocontextuelles, c'est-à-dire communautaires, peuvent venir complexifier les pyramides en «jetant des ponts» et en changeant des dynamiques hiérarchiques institutionnelles. Par exemple, nous nous sommes rendu compte qu'à de nombreuses reprises, l'infirmière-chef adopte une posture «supérieure» par rapport aux assistantes auxquelles elle fait des remarques parce qu'elles ont oublié une partie de la procédure de soins propre à l'unité. Ces interactions nous amènent donc à imbriquer deux hiérarchies distinctes institutionnellement. L'organigramme reprend les statuts actualisés des professionnels répartis selon les hiérarchies institutionnelles ainsi que selon la distinction entre membres exclusifs et membres institutionnels.

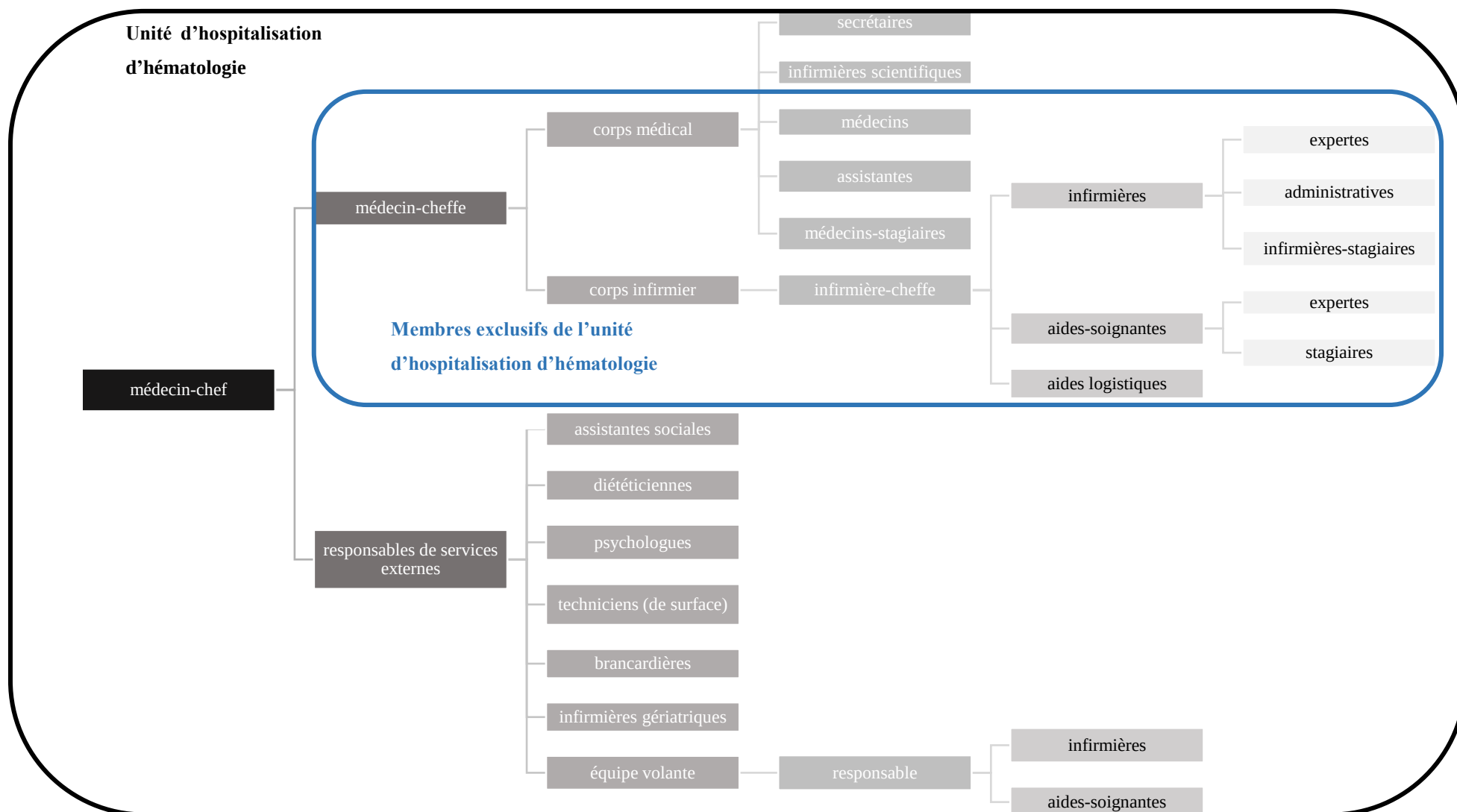


Figure 2 : Organigramme des hiérarchies institutionnelles des soignants observés en hématologie

### 3. Six nouveaux arrivants à la conquête d'une place de soignant

Par notre étude des interactions verbales, nous souhaitons comprendre le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance vécu par six soignants nouvellement arrivés dans l'équipe hématologique afin d'y entrer. Pour répondre à ce questionnement, nous avons sélectionné six soignants parmi ceux observés durant l'enquête ethnographique.

Les six professionnels choisis sont des soignants nouvellement arrivés dans l'équipe hématologique. Quatre d'entre eux y soignent pour une courte période : c'est le cas des assistants, Paul et Guillaume, ainsi que des infirmiers-stagiaires, Caroline et Serge. Si leur statut et leur degré de formation les distinguent, ces deux sortes de novices sont en cours de formation lorsque nous les observons. Quant aux deux dernières soignantes « nouvellement arrivées » étudiées, elles sont des professionnelles expertes engagées récemment par l'hôpital, et plus précisément elles sont des infirmières. Cet engagement peut être leur premier travail ou le résultat d'un changement de service ou d'hôpital pour diverses raisons : une mobilité de personnel, une réaffectation pour des raisons personnelles, comme c'est le cas de Jeanne et d'Élisa, une promotion, etc. Contrairement au premier type de soignants-arrivants, les deux nouvelles engagées sont diplômées et sont amenées à rester plus longtemps que les novices dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie.

Nous avons pris le parti de ne pas élire un corps soignant en particulier, c'est-à-dire de ne pas nous préoccuper que du corps infirmier, par exemple, comme l'ont fait Grosjean et Lacoste (1999). Notre souhait était d'observer les dynamiques – proches, identiques ou distinctes – en fonction du statut du nouvel arrivant et de sa trajectoire. Ce sont des pratiques contrastées que nous avons donc choisies de montrer en sélectionnant des cas opposés sur un continuum pour mettre en relief ce qui se passe de manière peut-être moins tranchée dans d'autres situations. De plus, nous choisissons délibérément de ne pas laisser de côté les experts, qui peuvent également faire l'expérience de la nouveauté. C'est donc un panel de six novices et experts nouvellement arrivés qui fera l'objet de notre analyse sociolinguistique des interactions verbales. Cette dernière s'organisera autour d'une étude de trois paires de nouveaux arrivants regroupés sur la base de leur statut et du fait qu'un membre du couple réussit son intégration alors que l'autre y échoue. Ce jugement de réussite et d'échec repose sur des discours produits par les membres de l'équipe hématologique et sur des commentaires des six sélectionnés sur leur place trouvée, ou non.

Dans cette section, nous présenterons de manière détaillée Serge et Caroline, Paul et Guillaume ainsi que Jeanne et Élisabeth. Pour ce faire, nous aurons recours aux caractéristiques de leur identité située dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie : leurs statut, rôle et places.

### *3.1. Caroline et Serge, deux infirmiers-stagiaires*

**Statut.** D'origine française, Caroline et Serge sont des infirmiers-stagiaires en troisième année de bachelier. Serge réalise ses études dans une école frontalière belge et Caroline, dans une école frontalière française. Au sein de l'unité d'hospitalisation d'hématologie, ils ont comme statut actualisé d'être des infirmiers-stagiaires avec le degré de formation d'un novice et l'ancienneté d'un nouvel arrivant. Cette dernière particularité nous a amenée à les choisir. Cette position sociale peut entraîner chez eux une situation de vulnérabilité lors de leur arrivée dans l'unité. Caroline et Serge n'ont pas été observés aux mêmes moments. Nous avons suivi Caroline du 20 mai 2016 au 10 juin 2016 tandis que Serge est observé du 31 janvier 2017 au 9 février 2017.

**Rôle.** L'identité professionnelle située de Serge et Caroline ne se réduit pas à leur statut actualisé. En effet, pour comprendre comment ils interagissent avec les autres soignants, il nous semble intéressant de présenter le rôle institutionnalisé qui découle du statut d'infirmière-stagiaire. La définition de ce dernier repose sur les tâches, entre autres, techniques qui sont réalisées. Avant de faire état d'une journée-type vécue par une infirmière-stagiaire dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie, nous tenons à souligner qu'elle passe la majorité de son temps accompagnée par une infirmière ou une aide-soignante expérimentée. Cette remarque a comme conséquence que l'organisation quotidienne des tâches d'une infirmière-stagiaire reflète soit l'organisation quotidienne des infirmières, soit celle des aides-soignantes.

La période de travail d'une infirmière-stagiaire couvre soit la pause du matin, soit la pause de l'après-midi indifféremment du lundi au dimanche, mais dans le respect du nombre maximal d'heures à prester sur une semaine. Elle ne travaillera pas la nuit, car cette pause est réservée aux soignants expérimentés. Si elle travaille le matin, sa journée commence à 7h. Dès son arrivée et jusqu'à son départ vers 15h36, elle répond aux sonnettes des patients. À 7h pendant que les infirmières et aides-soignantes sont en réunion de transmission avec la veilleuse, l'infirmière-stagiaire prend les paramètres des patients. Vers 7h30, à la fin du rapport de transmission, elle reçoit ses tâches pour la matinée : soit elle travaille en binôme avec une infirmière, soit elle travaille en binôme avec une aide-soignante, soit elle travaille en binôme

avec une autre infirmière-stagiaire et elles endossent toutes deux le rôle d'aides-soignantes pour la matinée.

Dans le cas de figure où elle suit une infirmière, elle se concentre sur les paramètres des patients de cette dernière ; elle les lui communique. Elle contribue à la distribution des médicaments administrés en voie périphérique ou en intraveineuse accompagnant le déjeuner et le diner ; elle participe – activement ou passivement – à des soins plus particuliers comme refaire des pansements de plaies, de port-à-cathéter, ou remplacer les tuyaux connectés aux poches à perfusion et aux pompes médicamenteuses<sup>83</sup>. Si l'infirmière-stagiaire accompagne l'infirmière qui range le nouveau stock de médicaments livré par la pharmacie, elle contribue au rangement et prépare avec elle les médicaments à distribuer vers 14h. Vers 13h30, après la pause de midi, l'infirmière-stagiaire prend à nouveau les paramètres des patients et elle termine souvent sa journée de travail avec cela qu'elle soit en binôme avec une infirmière, une aide-soignante ou une infirmière-stagiaire.

Dans le cas de figure où elle accompagne une aide-soignante, sa matinée est également centrée sur les paramètres des patients auxquels, au lieu de faire des soins ou d'administrer des médicaments, elle fait leur toilette, elle change leur lit et elle distribue les repas. Occasionnellement, il lui arrive de donner à manger à un patient. Lorsqu'elle travaille avec une autre infirmière-stagiaire, elle réalise les mêmes tâches qu'avec une aide-soignante.

Cet exemple de journée-type pouvant se décliner en trois déroulements distincts – mais quand même entrecroisés – n'est pas figé. Nous donnons des balises pour comprendre en quoi consistent le statut et le rôle d'une infirmière-stagiaire au sein de l'unité d'hospitalisation d'hématologie sans pour autant laisser de côté la flexibilité de ce cadre. Il en sera de même pour les journées-types des assistantes et des infirmières. Cette fluctuation est due notamment à la répartition en début de pause, aux soignants expérimentés présents et, surtout, aux interactions que les infirmières-stagiaires ont avec eux.

**Place.** En ce qui concerne les interactions verbales, nous observons Serge et Caroline en échange avec différents experts et novices de l'équipe, à savoir les infirmières, les aides-soignantes, les aides logistiques, les assistantes, les stagiaires en médecine et en soins infirmiers. Par conséquent, des configurations symétriques et asymétriques de places

---

<sup>83</sup> Cet acte technique se nomme « faire un changement de trousse ».

institutionnelles pourront faire l'objet de négociation durant les interactions auxquelles participent les deux novices infirmiers étudiés.

### 3.2. *Paul et Guillaume, deux assistants en médecine*

**Statut.** Dans cette recherche, nous décidons de porter notre attention sur deux assistants en médecine, Paul et Guillaume. Ce statut actualisé s'accompagne d'un degré d'ancienneté de l'ordre du nouvel arrivant dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie et d'un degré de formation de novice. Néanmoins, ce dernier critère est à nuancer ; nous pourrions même dire qu'en ce qui concerne la formation, le statut d'assistant en médecine est hybride. En tant qu'assistants, Paul et Guillaume sont déjà diplômés en médecine et ils sont reconnus comme étant des « Docteurs » par les patients dont ils sont l'intermédiaire privilégié. Mais ils sont encore en formation parce qu'ils se spécialisent, dans notre cas, en médecine interne et qu'ils sont donc supervisés par les médecins-experts. L'étude d'une telle posture statutaire nous semble intéressante pour comprendre comment ces deux assistants trouvent leur place dans une équipe où non seulement ils sont novices pour les uns et experts pour les autres, mais aussi ils sont accompagnés par les experts et expérimentés ainsi que formateurs pour les médecins-stagiaires.

Paul et Guillaume sont deux assistants en médecine interne issus de la même université, qui restent pendant une durée de six mois dans l'unité d'hématologie. Nous avons observé Paul du 20 mai 2016 au 28 juillet 2016 et Guillaume du 3 avril 2017 au 20 juillet 2017. Tous les six mois, trois nouvelles assistantes<sup>84</sup> arrivent dans le service d'hématologie : deux d'entre elles exercent dans l'unité d'hospitalisation observée et la troisième évolue entre les blocs de consultations et l'hôpital médical de jour. Paul est assistant-junior parce qu'il est en deuxième année sur les six de spécialisation, alors que Guillaume preste ses six derniers mois d'assistantat. En tant qu'assistant-junior, Paul preste les six mois dans l'unité d'hospitalisation ; Guillaume, lui, a le choix de faire soit trois mois dans l'unité d'hospitalisation et trois mois à l'hôpital de jour, soit six mois dans l'unité d'hospitalisation. Il sélectionne la seconde option. Étant au début de sa spécialisation, Paul n'a pas encore choisi une sous-spécialité dans la médecine interne. Quant à Guillaume, il se prédestine à être hématologue.

---

<sup>84</sup> Le choix du genre féminin repose sur le fait que le groupe de soignant occupant la fonction d'assistant se compose de plus de femmes que d'hommes. L'accord au masculin n'est utilisé que pour faire référence à Paul et à Guillaume.

**Rôles.** Afin de comprendre les négociations de places menées par Paul et Guillaume, nous expliciterons leurs comportements adoptés et tâches réalisées en tant qu'assistants en médecine. Comme les deux infirmiers-stagiaires étudiés, leur rôle institutionnalisé peut être décrit à l'aide de la présentation d'une journée-type d'un assistant. Nous élargirons la journée en mentionnant les routines interactionnelles hebdomadaires observées et vécues par l'ensemble des assistantes de l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Contrairement aux infirmières, il n'y a pas de changement d'équipe dans les médecins et donc il n'y a pas de répartition temporelle en pauses. Lorsque leur journée est finie, ce sont les professionnels de garde qui prennent le relais.

Novices ou experts, nouvel arrivant ou expérimenté, les médecins arrivent vers 8h. Avant de présenter la journée-type d'un assistant, nous tenons à souligner que les informations temporelles sont approximatives. Ainsi, Guillaume arrive à 7h30 dans l'unité alors que Paul, vers 8h15. Ces derniers ainsi que les autres assistantes observées commencent leur journée par le staff médical hebdomadaire de 8h30 qui est une rencontre leur donnant accès à l'état général des patients, transmis par l'infirmière-chef ou celle faisant fonction. À ce premier tour d'étage, il faut ajouter une discussion sur les entrées et les sorties des patients. Au terme du staff médical, les assistantes retournent dans le bureau médical où chacune refait un tour d'étage de ses patients à l'aide de son ordinateur en consultant les résultats des prises de sang et des examens de la veille. Chaque assistante se voit attribuer un patient à la suite d'une discussion entre elles ou d'une imposition de la part de la médecin-chef. Si le premier tour d'étage durant le staff porte sur l'ensemble des patients de l'unité, le deuxième tour réalisé par une assistante devant son ordinateur se restreint à ses patients. Durant la consultation numérique de l'état de santé du patient et l'ajustement du protocole de soins, la médecin-chef, elle, annonce quels patients elle veut voir et dans quel ordre. Pendant ce temps, les démarches de soins de l'assistante pour ses patients sont facilitées par une médecin-stagiaire qui réalise les « bons de commande » de poches de sang, de plaquettes ou de plasma, ou encore un examen d'entrée d'un nouveau patient. La suite de la matinée des assistantes et de la médecin-chef se compose d'un tour physique de l'unité d'hospitalisation en voyant chaque patient, d'une consultation des paramètres relevés par les infirmières(-stagiaires), d'actes techniques réalisés à une heure annoncée lors de la réunion de staff, de réponses à des demandes infirmières, ainsi que de la revue des soins prodigués au patient et de leur encodage dans la base de données informatique de l'hôpital. L'après-midi, les assistantes alternent entre les rencontres avec les proches, les dossiers informatiques des patients, les prises de rendez-vous pour des examens, les réunions

et l'aide ponctuelle aux infirmières. Leur journée se termine aux alentours de 18h30 si elles ne sont pas de garde pour vingt-quatre heures.

Les éléments présentés dans la journée-type d'une assistante de l'unité d'hospitalisation d'hématologie peuvent être complétés par quelques événements hebdomadaires. Le mardi sur le temps de midi, les assistantes ont une réunion avec l'assistante sociale, la psychologue, la diététicienne et les kinésithérapeutes pour élaborer ou réajuster le projet de vie des patients. Et le jeudi à 16h se caractérise par une réunion médicale lors de laquelle chaque médecin-expert du service d'hématologie aborde des cas pathologiques compliqués et appelant à une discussion. Une fois par mois, cette réunion est remplacée par une Concertation Multidisciplinaire qui se tient le mercredi. Elle regroupe les médecins-experts en hématologie des hôpitaux de la région, qui abordent les cas difficiles qui se présentent à eux. Son déroulement est similaire à celui de la réunion médicale du jeudi : la biographie et la pathologie sont présentées ; le médecin qui s'en charge demande l'avis des autres par rapport au traitement à réaliser, à l'inclusion ou non dans un protocole de soins, etc. À ces deux événements redondants dans le calendrier des tâches d'une assistante de l'unité d'hospitalisation d'hématologie, nous ajoutons des situations d'accompagnement particulières. Si la plupart du temps elle est chapeautée par la médecin-chef, il arrive que cette dernière soit absente pour différentes raisons (une récupération de garde, une journée de consultations dans un autre hôpital, une journée scientifique pour remplir sa fonction académique, etc.). Dans ce cas de figure, l'assistante se retrouve sans référent, et par la même occasion, l'unité d'hospitalisation se retrouve sans chef. Afin de pallier le manque, un autre médecin du service d'hématologie occupe occasionnellement le rôle de superviseur des assistantes et de chef de l'unité.

**Places.** Paul et Guillaume n'étaient pas encore venus travailler dans l'unité d'hospitalisation. Ils tenteront donc de déchiffrer les codes propres à l'équipe hématologique pour mener à bien leurs interactions avec les experts (médecins, infirmières, aides-soignantes, aides logistiques, kinésithérapeutes, diététiciennes, psychologues et assistantes sociales) et avec les novices (stagiaires en médecine et en soins infirmiers). Nous les observons dans des situations interactionnelles d'asymétrie en ce qui concerne les places lorsqu'ils échangent avec un médecin-expert ou un médecin-stagiaire. Dans ces deux cas de figure, Paul et Guillaume, en tant qu'assistants, se trouvent en position « basse » par rapport au médecin-expert, mais en position « haute » par rapport à la stagiaire. Il sera intéressant d'étudier l'évolution d'une telle

interaction asymétrique au côté d'autres interactions marquées par une symétrie de places interactionnelles (et parfois institutionnelles).

### 3.3. *Élisa et Jeanne, deux nouvelles infirmières engagées*

**Statut.** Jeanne et Élisa sont des infirmières diplômées et nouvellement engagées dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie, dans le service d'hématologie ainsi que dans l'hôpital. Du point de vue de leur statut, elles se distinguent des quatre autres informateurs choisis parce qu'elles ne sont plus en cours de formation, elles sont expertes. Cependant, elles partagent avec eux le fait d'être nouvelles et donc non familiarisées avec les habitudes et les membres de l'unité.

Jeanne a déjà travaillé dans un service hématologique dans un autre hôpital. Pour des raisons personnelles, elle a demandé sa mutation. Nous l'avons observée du 3 avril 2017 au 20 juillet 2017. Élisa, elle, travaillait comme assistante-pharmacienne avant de reprendre des études d'infirmière qu'elle a terminées quelque temps avant d'arriver dans l'unité d'hospitalisation. Elle possède donc plus de connaissances dans le domaine médicamenteux que ses collègues. Les prises de parole d'Élisa sont collectées du 20 mai 2016 au 10 février 2017.

**Rôles.** Afin de comprendre les négociations de places dans les interactions de Jeanne et d'Élisa et de percevoir leur identité professionnelle située, nous explicitons la journée-type d'une infirmière. Elle présente des points communs, voire redondants avec les rôles des infirmières-stagiaires. Nous tenons à faire une seconde remarque : la journée-type proposée repose sur l'absence des infirmières-stagiaires afin d'explicitier toutes les tâches qui sont assignées à une infirmière et afin de comparer si, en tant que nouvelles arrivées, Jeanne et Élisa sont « reléguées » aux actes de stagiaires.

À 7h, les trois infirmières du matin arrivent dans l'unité d'hospitalisation. Dès leur arrivée et jusqu'à la fin du rapport de transmission de 13h, elles répondent aux sonnettes des patients. De 7h à 7h30 se tient la relève entre l'infirmière-veilleuse et l'équipe infirmière matinale composée d'expertes, infirmières et aides-soignantes. Elle se clôture par la répartition du travail, qui repose sur leurs connaissances des patients (présence la veille, par exemple) ou sur leur capacité à réaliser certains actes techniques. Deux cas de distribution se présentent : soit les trois infirmières s'occupent chacune d'un tiers des patients, soit deux infirmières

s'occupent des paramètres et des médicaments de patients alors que la troisième réalise les soins spécifiques et les actes techniques. Cette dernière est surnommée l'électron, car elle n'a pas un nombre de patients qui lui est attribué et qu'elle est libre de passer d'un patient à l'autre sans contrainte de ce type. Avant de s'occuper des patients, les infirmières vérifient les médicaments préparés par la veilleuse et elles organisent leur chariot de soins. À partir de 8h, elles réalisent différentes tâches dans les chambres des patients : prise des paramètres, contrôle du débit urinaire (DU), distribution de médicaments en voie périphérique (*per os*) et en intraveineuse (IV). L'infirmière-cheffe (ou l'infirmière faisant fonction) se rend à 8h30 au staff médical pour transmettre l'état des patients aux médecins et kinésithérapeutes. Les informations médicales reçues pendant cette réunion et pertinentes pour les soins sont transmises aux infirmières à la fin du staff. Une pause d'une demi-heure vers 10h est octroyée, durant laquelle les infirmières et aides-soignantes continuent de répondre aux sonnettes des patients et elles font le point sur ce qu'elles ont fait et sur les tâches qu'il reste à accomplir. Après leur pause, les infirmières réalisent des soins tels que des pansements, des changements de trousse, des cures de chimiothérapie, des ponctions lombaires, etc., et elles distribuent les médicaments que les patients doivent prendre avec leur repas de midi. Pour finir la matinée, elles préparent les médicaments de l'après-midi et rangent la livraison de la pharmacie. Entre 13h et 13h30, elles dînent et les infirmières de l'après-midi<sup>85</sup> arrivent. La demi-heure qui suit est consacrée au rapport de transmission lors duquel les infirmières matinales viennent raconter chacune à leur tour l'état du patient et de son traitement. Vers 14h débute la période durant laquelle les infirmières du matin et de l'après-midi travaillent ensemble. Les premières œuvrent surtout à la prise de paramètres, aux dons de sang, de plaquettes et de plasma, ainsi qu'aux cures<sup>86</sup>, alors que les secondes préparent leurs chariots de soins et distribuent les médicaments en fonction de la répartition des patients réalisée à la fin du rapport de transmission. Avant de partir à 15h36, les infirmières matinales rédigent les rapports écrits de soins<sup>87</sup> des patients. Il est possible qu'occasionnellement une infirmière endosse le rôle d'aide-soignante pour la journée par manque d'effectif.

---

<sup>85</sup> Les infirmières de l'après-midi prestent de 13h30 à 21h06. Il n'y a qu'une pause de trente minutes qui est prévue.

<sup>86</sup> Nous nous permettons une petite précision : les traitements par cure ne sont pas supervisés par des novices, ni par des nouvelles infirmières, ni par des soignants volants.

<sup>87</sup> Contrairement au service de gériatrie et à l'étude de Grosjean et Lacoste (1999 : 78), les infirmières font d'abord la transmission orale avant de faire celle écrite. Mais leurs transmissions sont ritualisées dans les deux cas.

**Places.** Jeanne et Élisabeth, comme la majorité des infirmières, entrent en interaction avec des soignants de statuts distincts : des médecins, des infirmières, des aides-soignantes ou des aides logistiques, etc. Non seulement elles échangent avec des experts, mais aussi avec des novices. Elles participent donc à des interactions (a)symétriques. Le caractère asymétrique peut s'appliquer aux interactions entre Jeanne/Élisabeth et les autres infirmières. De fait, les premiers jours de leur arrivée dans le service, elles sont coachées par l'infirmière-chef ou l'infirmière faisant cette fonction occasionnellement et elles sont parrainées par une infirmière du service.

## Synthèse

Ce cinquième chapitre est centré sur l'unité non stérile d'hospitalisation d'hématologie et sur les professionnels qui y travaillent. Après avoir développé de manière succincte l'hôpital universitaire belge francophone étudié, nous nous sommes efforcée de « faire voir » par les mots la configuration spatiale et temporelle particulière de ce milieu de travail. L'importance accordée au contexte communautaire (ou mésocontexte) trouve son origine dans notre approche de sociolinguistique interactionnelle. Pour comprendre les interactions verbales, nous postulons qu'il est nécessaire de connaître et de comprendre dans quel contexte elles ont lieu. Si l'interaction est construite en partie par le contexte, le contexte lui-même peut être modifié au cours ou à la fin de l'interaction. Nous pensons notamment au rapport de places entre les interactants. Dans notre cas, ce contexte est double puisqu'il se compose à la fois d'une équipe d'hématologie et à la fois d'une institution hospitalière. En outre, nous avons présenté les différents soignants composant l'équipe d'hématologie à l'aide de leur statut actualisé, de leur degré de formation et de leur degré d'ancienneté. Ce dernier critère nous permet de mettre en évidence l'existence de professionnels nouvellement arrivés, qu'ils soient experts ou novices, et de clôturer le chapitre en présentant les six soignants étudiés : Serge et Caroline, Paul et Guillaume ainsi qu'Élisabeth et Jeanne.

Il nous reste un élément à construire avant de passer à l'analyse des interactions verbales : les outils analytiques. Ils font l'objet du sixième chapitre qui clôture cette partie méthodologique.



## Chapitre 6 – Un cadre analytique composite

Après avoir présenté la démarche ethnographique pour collecter les données orales et le milieu hospitalier observé, nous détaillerons les trois outils analytiques qui nous aident à comprendre comment les nouveaux arrivants tentent de dépasser l'expérience de la vulnérabilité et de se trouver une place au sein de l'équipe soignante lors de leurs interactions verbales avec ses membres. Nous intéressant à ces dernières, nous adoptons une posture d'analyste du discours pour comprendre comment les nouveaux arrivants tentent de faire reconnaître leurs compétences interactionnelles par les soignants expérimentés alors qu'ils vivent la vulnérabilité à la suite de leur entrée.

### Introduction

Dans ce chapitre qui clôture notre partie méthodologique, nous présentons les outils d'analyse que nous utiliserons dans la troisième et dernière partie, à savoir la partie analytique. Par cette dissertation doctorale, nous souhaitons répondre à la question de recherche suivante : quelles compétences interactionnelles les nouveaux arrivants mobilisent-ils lors de leurs échanges verbaux avec les soignants expérimentés de l'unité d'hospitalisation d'hématologie afin de passer d'une situation de vulnérabilité, provoquée par l'entrée dans le métier, à une reconnaissance et à l'octroi d'une place dans le collectif professionnel ? C'est à l'aide des interactions verbales que nous nous efforçons d'y répondre puisque nous les considérons comme des « ressources linguistiques » véhiculant des informations sur la quête de reconnaissance du nouvel arrivant, sur les relations entre lui et son interlocuteur ainsi que sur les places de chaque interactant (Boutet et Heller 2007 : 312 ; Bronckart 2004 : 74-76). Pratiquement, pour répondre à cette question, nous l'avons scindée en trois sous-questions et pour répondre à chacune d'entre elles, nous recourons à un outil analytique différent afin d'étudier les interactions verbales. Empruntés à la sociolinguistique interactionnelle et à la didactique professionnelle, les outils sont au nombre de trois : les compétences professionnelles interactionnelles, les situations interactionnelles d'accompagnement et la trajectoire professionnelle située. S'ils sont abordés de manière distincte, nous les conjuguerons lors de notre analyse pour comprendre le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance d'un nouvel arrivant dans un milieu professionnel.

Pour chaque outil, le développement sera identique. D'abord, nous associerons chaque sous-question de recherche à chaque outil et nous l'ancrerons, de manière générale, dans une

approche ou un courant. Ensuite, nous le définirons de manière spécifique et détaillée. Et enfin, nous expliciterons ce que l'outil permet de mettre en évidence dans les interactions verbales et en quoi il est pertinent pour analyser le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance vécu par un nouvel arrivant dans un milieu de travail.

### 1. Entrer dans un métier, c'est acquérir des compétences

L'entrée dans un métier peut occasionner une situation de vulnérabilité pour un nouvel arrivant. Cette expérience est provoquée, entre autres, par un « choc » entre les compétences de ce dernier et celles mobilisées par les membres du collectif professionnel. Pour pouvoir entrer dans le métier, le nouvel arrivant devra évaluer les moyens dont il dispose pour participer à la vie professionnelle et les moyens dont il a besoin pour interagir adéquatement avec les expérimentés. Ces moyens, nous les appelons des *compétences interactionnelles* et elles font l'objet de cette section.

Les compétences interactionnelles sont le premier outil auquel nous recourons pour analyser les interactions verbales entre un nouvel arrivant et un soignant expérimenté de l'équipe d'hématologie. Nous utilisons cet outil en vue de répondre à la sous-question de recherche suivante : comment un nouvel arrivant peut-il être reconnu par et pour ses compétences interactionnelles mises en œuvre lors de ses échanges avec les membres de l'équipe soignante ? Nous posons comme hypothèse qu'entrer dans un métier, ce n'est pas uniquement trouver sa place au sein du collectif professionnel en étant reconnu, c'est aussi développer de nouvelles compétences interactionnelles au contact des autres. De fait, « les compétences se construisent dans l'expérience » et en interaction (Vinatier 2002 : 101). Nous considérons donc les compétences interactionnelles comme des ressources à utiliser pour surmonter les situations de vulnérabilité et pour gagner de la reconnaissance (Jonnaert 2002 : 34). Elles permettent au nouvel arrivant d'évoluer dans sa relation avec son interlocuteur ainsi qu'avec les membres du collectif.

Si nous explicitons, dans cette section, notre conception de la compétence après l'avoir ancrée dans la littérature, nous l'aborderons pratiquement dans le septième chapitre en analysant les usages de trois compétences interactionnelles lors d'échanges entre les six nouveaux arrivants et les soignants expérimentés. Nous ne proposons pas d'exemple dans cette section, mais nous présentons la notion de compétence comme un outil pour analyser le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance des nouveaux arrivants à l'aide de leurs interactions verbales.

### 1.1. La notion de compétence

La notion de *compétence* est ancienne dans les recherches en sciences humaines et sociales et elle fait l'objet de nombreux travaux en linguistique, en formation et en sciences du travail. Selon Bulea et Bronckart, elle apparaît dès les années 50 (2006 : 144). Malgré la présence de la notion dans ces trois domaines, sa signification y est distincte (Jonnaert 2002 : 9). Afin d'employer le concept de compétence comme un outil pour analyser les interactions verbales, nous construisons une conception générale à l'intersection des trois domaines précédemment évoqués.

Nous adoptons le terme *compétence* plutôt que celui de savoir ou de connaissance dans notre exposé parce qu'elle est une notion présente dans le monde professionnel (Laforest 2009 : 59). Par son caractère situé dans un environnement spécifique, la compétence se distingue de la connaissance et du savoir. En effet, ce dernier est une connaissance décontextualisée pouvant être transmise à l'école et sur le lieu de travail. Selon Filliettaz (2008a : 46), il est généralisable et non spécifique à une situation interactionnelle ; il relève de l'expertise de chaque profession (Borel 2004 : 35). En outre, nous observons que dans les entreprises belges, la notion de compétence est présente que ce soit dans les offres d'emploi (compétences en langue, compétences transversales, par exemple) ou dans les évaluations en vue d'une confirmation ou d'une promotion de poste. Comme nous étudions un milieu professionnel, il nous semble opportun de choisir l'appellation *compétence* pour étudier les ressources interactionnelles qui aideront les nouveaux arrivants à se faire reconnaître.

Ne souhaitant pas réduire une compétence à une ressource cognitive innée et décontextualisée (Jonnaert 2002 : 34), nous adoptons le point de vue de chercheurs en éducation et en sciences du travail (Jonnaert 2002 : 12-17) et nous la définissons comme un acte. En tant qu'acte, et non en tant qu'état, la compétence se définit comme une ressource individuelle et collective (savoir ; capacité ; ressource émotionnelle, relationnelle, linguistique, etc.) employée et ancrée dans la situation dans laquelle elle est utilisée afin d'y réaliser une action (Filliettaz 2008a : 46 ; Jonnaert 2002 : 17 et 52-54 ; Laforest 2009 : 59 ; Mondada et Pekarek Doehler 2006 : 2 ; Zarifian 2004 : 13). Cette distinction entre une « compétence en acte » et une « compétence en état » peut faire écho à la dichotomie entre compétence et performance, qui fait l'objet de travaux en linguistique (Jonnaert 2002 : 10-11 et 21 ; Laforest 2009 : 59). En effet, la notion de compétence est surtout connue, dans les sciences du langage, pour la réaction de Hymes par rapport à la conception chomskyenne.

Dans notre recherche, nous laissons de côté cette querelle pour nous intéresser au lien entre les compétences et la « reconnaissance sociale » en situation de travail (Bulea et Bronckart 2006 : 145). Nous adoptons donc un point de vue à la croisée entre la linguistique, le milieu professionnel et la formation puisque nous souhaitons comprendre comment un nouvel arrivant tente d'être reconnu par le collectif de travail. Mais comment un nouvel arrivant se fera-t-il reconnaître au moyen de ses compétences ? D'après les travaux de Lévy-Leboyer, certaines personnes maîtrisent mieux les compétences que d'autres (2009 : 53). Par conséquent, en fonction du degré de maîtrise, une personne sera jugée compétente ou non. Nous posons comme base de notre analyse que la reconnaissance des compétences interactionnelles d'une personne provoque *de facto* sa reconnaissance sociale. Néanmoins, cette reconnaissance sociale ne repose pas uniquement sur les formes de reconnaissance obtenues au terme de chaque interaction, elle repose également sur la place accordée à la personne au sein du collectif et sur la forme de participation aux tâches (inter)actionnelles.

### 1.2. Les compétences professionnelles interactionnelles

Ancrée dans l'environnement dans lequel elle est utilisée, une compétence peut être de différents types : socio-institutionnelle (Borel 2004 : 34-35), professionnelle, technique, interactionnelle ou relationnelle. Cette liste de qualificatifs n'est pas exhaustive, mais elle permet de mettre en évidence différentes sortes de compétences associées à une diversité de contextes. Étant donné notre objet d'étude, notre approche se centrera sur les compétences dites *professionnelles* parce qu'elles sont utilisées dans un milieu de travail et parce qu'elles sont des ressources « au service de la pratique » (Jacques-Jouvenot et Schepens 2009 : 337). Nos propos se concentrent sur les compétences propres à l'unité hospitalière étudiée, qu'elles soient ou non requises pour le parcours scolaire du nouvel arrivant (Fourez 2006). Notre attention porte sur les compétences professionnelles interactionnelles<sup>88</sup>, et plus particulièrement sur celles utilisées par les nouveaux arrivants lors de leurs échanges avec les autres professionnels dans le milieu du travail. Ces compétences peuvent être linguistiques (l'usage d'un terme d'adresse, par exemple), relationnelles (comme l'humour partagé entre les deux interactants) ou techniques (telles que la réalisation d'une ponction lombaire par un nouvel arrivant, qui est commentée et évaluée par un soignant expérimenté), mais elles ont comme point commun de faire l'objet ou

---

<sup>88</sup> Dans la suite de notre dissertation, nous réduirons l'appellation *compétence professionnelle interactionnelle* sous la forme de *compétence interactionnelle*. Cette dernière notion est déjà présente dans des travaux du XXI<sup>e</sup> siècle (Filliettaz et Lambert 2019a : 31 ; Mondada 2006 : 83).

d'être utilisées lors d'interactions verbales. Par l'étude de ces dernières, nous accédons à l'évaluation des usages des compétences linguistiques, relationnelles et techniques des nouveaux arrivants par les soignants expérimentés de l'unité d'hématologie. Si leurs emplois sont jugés comme appropriés, les compétences utilisées par les premiers sont reconnues et par la même occasion, ils obtiennent de la reconnaissance sociale de la part des seconds.

Dans cette section, nous proposons une définition de la compétence professionnelle interactionnelle reposant sur la revue de la littérature. Nous expliciterons cette définition en y ajoutant cinq caractéristiques : langagière, sociale, située, en construction et dynamique (Bulea 2011 : 75 ; Filliettaz et de Saint-Georges 2006 : 137-138 ; Mondada et Pekarek Doehler 2006 : 2, 4-5 ; Pekarek Doehler 2006 : 12, 28 et 39).

En tant qu'**acte**, la compétence professionnelle interactionnelle<sup>89</sup> est une **ressource, qui prend la forme d'un savoir ou une capacité de type émotionnel, relationnel, linguistique et actionnel, etc., employée et ancrée dans la relation interactionnelle qui unit le nouvel arrivant à son interlocuteur ainsi que dans la situation professionnelle dans laquelle elle est utilisée**. Par conséquent, elle est une ressource utilisée par un participant d'une interaction pour réaliser une tâche collective – ou individuelle, mais qui sert la collectivité – et pour construire la relation qui l'unit à son interlocuteur<sup>90</sup> et indirectement l'identité professionnelle de chacun d'entre eux (Filliettaz et Lambert 2019a : 31).

Bien qu'une compétence interactionnelle soit langagière, nous ne souhaitons pas la réduire à ce versant ; nous la distinguons donc des « compétences langagières » (André, 2009 : 149). Ces dernières font référence au système de la langue utilisée ou à une sorte de « compétence grammaticale nécessaire au décodage des messages » (Gumperz 1989b : 1). Une

---

<sup>89</sup> Notre conception de la compétence interactionnelle ne rejoint pas celle de « compétence de communication » de Hymes (1984 : 120-130), qui est plus globale que notre terme. En effet, la compétence de communication peut se comprendre, notamment, comme la capacité d'interagir efficacement dans une ou plusieurs langues en tenant compte des facteurs socioculturels et des répertoires linguistiques des participants à la situation de communication. Lors de notre enquête ethnographique, nous n'avons pas observé de recours à d'autres langues que le français par nos usagers ; nous restreignons donc le champ de la notion de Hymes en adoptant la notion de « compétence interactionnelle » dans un domaine qui n'est pas celui de l'apprentissage des langues (Coste, de Pietro et Moore 2012 : 120). Ce choix n'exclut pas pour autant l'idée selon laquelle tout locuteur, nouvel arrivant ou expérimenté, utilise les ressources langagières de son répertoire verbal en adéquation avec le contexte interactionnel professionnel.

<sup>90</sup> Notre définition fait écho à celle de Young et Miller qui la considèrent comme « participants'knowledge of how to configure these resources in a specific practice » (2004 : 520).

telle approche laisse de côté l’ancrage contextuel primordial dans notre étude des interactions verbales et définitoire de la compétence interactionnelle. Pour cette raison, nous n’avons pas adopté l’appellation *compétence langagière*. Néanmoins, dans notre définition de la compétence interactionnelle, nous ne rejetons pas la « connaissance des règles grammaticales » de la part des interactants (Gumperz 1989b : 18). Autrement dit, nous considérons que les compétences interactionnelles<sup>91</sup> sont composées de compétences **langagières** en tant que règles de grammaire – de préférence communes – nécessaires pour que les interlocuteurs interagissent (Gumperz 1989b : 18).

En plus de son caractère langagier, la compétence interactionnelle a un caractère **social** puisqu’elle est un objet et une ressource pour être reconnu et pour se créer une place dans le collectif ou dans la situation interactionnelle (Filliettaz et Lambert 2019a : 20-23 ; Mondada 2006 : 86-87). Cette deuxième caractéristique est empruntée à la compétence communicative de Gumperz. Selon ce sociolinguiste, elle permet à un locuteur, lors d’une interaction, de se montrer capable de « nouer des relations avec les individus que l’on ne connaît pas [...] pour l’acquisition d’un pouvoir quelconque, personnel ou social » (Gumperz 1989a : 10).

Outre les caractères langagier (connaissance des règles grammaticales nécessaires pour l’échange) et social (engagement mutuel des interlocuteurs pour créer une relation et négocier leurs places), la compétence interactionnelle est **située**, ou contextuelle, puisqu’elle est indissociable de la situation interactionnelle dans laquelle elle est utilisée. C’est dans l’échange qu’elle sera considérée comme adéquatement utilisée ou non par l’interlocuteur expérimenté. Si la compétence interactionnelle est ancrée dans l’échange verbal et donc liée à la relation qui unit les deux interactants, elle est également située dans un contexte plus global : l’unité d’hospitalisation d’hématologie. Cette dernière se compose d’une culture hospitalière qui lui est propre et qui se caractérise par des règles, des valeurs et des « routines interactionnelles » (Carcassonne et Serval 2009 : 20 ; Gajo 2004 : 1-2 ; Laforest 2009 : 60). Du point de vue interactionnel, les routines sont des « prescriptions et [...] [des] proscriptions, rituels qui jalonneront et permettront l’accomplissement du programme avec un minimum de sécurité interactionnelle pour les différents acteurs » (Cosnier 1993 : 29). Ces routines sont des clés pour se comporter comme un cadre ou comme un employé, par exemple, selon les habitudes du

---

<sup>91</sup> Si le souci pour les éléments verbaux nous amène à adopter l’appellation *compétence interactionnelle*, nous la préférons à celle de « compétence communicationnelle » (Alcade-Lebrun 2016 : 187) qui inclut dans l’étude des éléments verbaux produits d’autres paramètres de la communication : les éléments paraverbaux et non verbaux.

collectif professionnel, « c'est-à-dire savoir quoi dire et comment dans l'ensemble des circonstances où cette identité professionnelle doit s'exprimer » (Laforest 2009 : 60). L'acquisition de ces routines par le nouvel arrivant peut être facilitée par l'observation d'interactions entre des expérimentés ou par un accompagnement de leur part. Les routines sont donc une sorte de compétences interactionnelles à haut potentiel de reconnaissance, c'est-à-dire que leur usage par un nouvel arrivant favorisera sa sortie de vulnérabilité ainsi que sa quête de reconnaissance et d'une place. Autrement dit, lors de son échange verbal avec un expérimenté, le nouvel arrivant utilise une compétence interactionnelle en adéquation avec l'(inter)action et la relation qui l'unit à son interlocuteur ainsi qu'en adéquation avec les routines interactionnelles du collectif (Pastré, Mayen et Vergnaud 2006 : 176).

La compétence interactionnelle est **en construction** du point de vue des nouveaux arrivants lors des échanges professionnels, c'est-à-dire que son usage est progressif en ce qui concerne sa maîtrise (Chaliès 2016 : 43). Dans le cadre interactionnel particulier entre un nouvel arrivant et un expérimenté, nous pouvons dire qu'une compétence interactionnelle est l'objet d'un passage du second au premier. En effet, la compétence pour le nouvel arrivant peut passer par les stades suivants : décodée dans les interactions des soignants expérimentés, utilisée et adaptée afin d'être employée adéquatement dans l'environnement professionnel et plus spécifiquement, interactionnel (de Pietro et al. 2011 : 3). Tout l'enjeu de l'analyse des interactions verbales sera de comprendre le processus d'acquisition et d'appropriation d'une nouvelle compétence interactionnelle qui est imbriquée dans les actions et les usages langagiers des professionnels (Mondada et Pekarek Doehler 2006 : 5). Peu importe le contexte interactionnel dans lequel la compétence est utilisée, le nouvel arrivant devra être capable de la décoder, de l'acquérir et de l'utiliser adéquatement dans une autre situation interactionnelle. La compétence acquise lors d'une autre ou de plusieurs autres interactions fait l'objet d'une transformation pour être employée adéquatement dans un nouveau contexte interactionnel (Zarifian 1999 : 74). Nous postulons que son acquisition peut faire l'objet de toute interaction, qu'elle soit ou non d'accompagnement. Ce n'est pas parce qu'un nouvel arrivant n'est pas accompagné dans son processus d'acquisition qu'il n'enrichira pas son bagage de compétences. Selon nous, il peut acquérir une nouvelle compétence interactionnelle seul ou grâce à un accompagnateur. Dans les deux cas, l'acquisition est rendue possible par les interactions qu'il a avec les membres du collectif.

De par son ancrage contextuel dans une interaction et dans un collectif, une compétence interactionnelle peut être caractérisée comme **dynamique** (Mondada et Pekarek Doehler

2006 : 2). De fait, son emploi par un locuteur peut différer en fonction de l’(inter)action dans laquelle elle est mobilisée. En employant une compétence interactionnelle, le locuteur s’ajuste à son interlocuteur et aux attentes du collectif. Prenons une situation où le nouvel arrivant a acquis une compétence interactionnelle propre au milieu professionnel dans lequel il vient d’arriver, il peut l’utiliser lors d’une interaction. Le recours à ladite compétence pour réaliser une activité précise peut être jugé inopportun par l’expérimenté dans le contexte particulier de l’échange. Étant donné sa maîtrise de la compétence, le nouvel arrivant espérait être reconnu, mais c’est l’effet inverse qui se produit et il se retrouve en situation de vulnérabilité. Cet emploi inopportun de la compétence peut s’expliquer par la mauvaise compréhension du contexte par le nouvel arrivant qui a choisi un usage inadéquat de la compétence (Bulea et Bronckart 2006 : 148 ; Pastré, Mayen et Vergnaud 2006 : 148). Dans une autre situation interactionnelle, le même usage de la compétence aurait pu être jugé conforme aux habitudes professionnelles. Dans ce deuxième cas, la compétence sera considérée comme acquise parce que son usage est cohérent dans le contexte dans lequel elle est employée et jugée comme telle par l’interlocuteur (Bulea et Bronckart 2006 : 168-169 ; Pastré, Mayen et Vergnaud 2006 : 181). Par conséquent, nous postulons que l’acquisition d’une compétence interactionnelle par un nouvel arrivant n’assure pas nécessairement une reconnaissance de son usage de la part de l’interactant. Une même compétence interactionnelle peut s’actualiser de différentes manières en fonction de l’emploi qu’en fait le nouvel arrivant. C’est à lui de choisir l’actualisation la plus appropriée à l’échange puisque le même usage d’une compétence interactionnelle est ambivalent.

Dans les interactions verbales étudiées, une compétence interactionnelle est une ressource linguistique, relationnelle ou technique propre au milieu professionnel, hospitalier dans notre cas. Outre ces caractéristiques, chaque compétence est considérée comme dynamique et en construction par le nouvel arrivant ainsi que comme située dans l’interaction verbale qu’il a avec un soignant expérimenté.

### *1.3. Se sentir incompetent ou vivre une situation de vulnérabilité*

Dans un milieu de travail, la reconnaissance ne s’acquiert pas dès l’arrivée dans le collectif (Duc et de Saint-Georges 2009 : 104), le nouvel arrivant vit d’abord une situation de vulnérabilité en se sentant peu compétent, voire incompetent pour (inter)agir avec les professionnels (Zarifian 1999 : 213). Si la vulnérabilité peut découler de l’évènement social qu’est l’entrée dans le métier, elle peut être provoquée également par la comparaison que fait

de lui le nouvel arrivant par rapport au professionnel qui interagit avec lui. Dans certains cas, il ressent de l'« incompétence » parce qu'il se sent démuni ou parce qu'il n'arrive pas à adapter ses ressources à la situation professionnelle qui se présente à lui (Pastré, Mayen et Vergnaud 2006 : 151).

Pour pouvoir sortir de la vulnérabilité et se sentir plus compétent, il devra décoder les habitudes interactionnelles du collectif, enrichir ses compétences interactionnelles ou les adapter pour y correspondre, et les utiliser de manière adéquate en vue d'être reconnu. En observant comment se comportent socialement et discursivement ses interlocuteurs, le nouvel arrivant s'imprénera des us et coutumes du collectif et identifiera également les ressources qui lui font défaut pour participer aux interactions verbales (Laforest 2009 : 71-72 ; Veillard 2017 : 157). Au fur et à mesure de l'acquisition des compétences interactionnelles propres au milieu professionnel, le nouvel arrivant se fait reconnaître et il gagne en autonomie (Duc et de Saint-Georges 2009 : 101-103) qui est, rappelons-le, une forme de reconnaissance parmi d'autres. Cet enrichissement de son répertoire de compétences et l'obtention de la reconnaissance qui y est liée ne sont possibles qu'en interaction avec les soignants expérimentés. En outre, la reconnaissance n'est octroyée au nouvel arrivant que si ses compétences utilisées sont jugées par l'expérimenté comme adéquates dans l'interaction et dans le collectif. Autrement dit, nous pensons que grâce aux compétences interactionnelles, un nouvel arrivant cherche (1) à être reconnu comme compétent dans ses prises de parole par ses différents interlocuteurs, (2) à négocier une place parmi les membres du collectif professionnel, et (3) à définir son identité professionnelle située dans le collectif (Beckers, François et Noël 2015 : 193). De plus, cette quête d'enrichissement des compétences mêlée à la quête de reconnaissance est un objectif que se fixe le nouvel arrivant pour sortir de la situation de vulnérabilité dans laquelle il se trouve lors de son entrée dans le milieu professionnel. Cette vulnérabilité peut être causée par différents facteurs, comme nous l'avons explicité dans la première partie théorique, mais aussi par le sentiment d'être incompétent par rapport aux autres professionnels (Pastré, Mayen et Vergnaud 2006 : 151).

Mais comment un nouvel arrivant pourra-t-il concrètement être reconnu comme compétent par les membres du collectif de travail ? Deux possibilités se présentent à lui : soit il s'efforce de décoder et d'acquérir seul les compétences interactionnelles du milieu professionnel, soit il entre dans un processus d'accompagnement qui l'aidera à enrichir son bagage de compétences adéquates au contexte communautaire.

La première possibilité d'acquérir de nouvelles compétences est une sorte de familiarisation. En effet, le nouvel arrivant est immergé dans la culture du collectif et il accède aux habitudes interactionnelles – linguistiques, relationnelles et techniques – de ses membres en les observant interagir (Kunégel 2011 : 98). Pratiquement, le nouvel arrivant observe dans les usages des professionnels une ou des compétences interactionnelles. Cette familiarisation ne prend pas la forme d'une transmission explicite des compétences de la part des expérimentés ; leur accès est implicite. À l'aide d'une écoute active d'assimilation et d'identification des compétences, il tente d'analyser les pratiques des travailleurs dans la « perspective d'agir » lui-même, de manière mimétique ou non (Fourez 2006 : 46-47). Par conséquent, il devra (1) « tirer, dans une situation donnée, des informations adéquates [comme des ressources linguistiques] », (2) « traiter l'information » et (3) agir ensuite (Fourez 2006 : 46 et 49). Au cours ou au terme de sa prise de parole, les compétences interactionnelles employées par le nouvel arrivant pourront être jugées comme adéquates ou non par rapport aux routines interactionnelles de son interlocuteur ainsi que par rapport aux normes de l'interaction et du collectif. C'est à l'occasion de cette dernière étape qu'il sera reconnu par autrui. Ce jugement peut être formulé par un soignant expérimenté ou par le nouvel arrivant lui-même qui peut autoévaluer ses usages des compétences interactionnelles en fonction des réactions de ses interlocuteurs.

Quant à la seconde possibilité, elle se caractérise par un accompagnement du nouvel arrivant par un membre du collectif. L'acquisition est plus directe que dans la manière « solitaire » parce qu'elle se caractérise par une explication des compétences interactionnelles et par une évaluation de ces dernières utilisées en contexte par le nouvel arrivant. Cette seconde manière d'enrichir son bagage de compétences interactionnelles fera l'objet de la prochaine section centrée sur l'accompagnement en tant qu'outil analytique.

Parmi l'ensemble des compétences interactionnelles usitées par les soignants, nous en avons retenu trois qui seront analysées dans le septième chapitre. Leur choix repose sur le fait qu'elles contribuent à la quête de reconnaissance lors de certains usages et sur le fait que, dans d'autres, elles placent le nouvel arrivant dans une situation de vulnérabilité. Les trois compétences interactionnelles sélectionnées sont linguistiques et sociorelationnelles parce que leur usage a des implications sur la relation entre le nouvel arrivant et son interlocuteur, voire même entre le nouvel arrivant et les membres du collectif soignant. Ces trois compétences sont : (1) la compétence à s'adresser de manière adéquate aux membres du collectif dès les premiers

moments dans le milieu professionnel, (2) la compétence à transmettre de l'information ou à la chercher et (3) la compétence à jouer de l'humour pour marquer son appartenance. La sélection de ces compétences repose sur nos observations des interactions verbales auxquelles participent les six nouveaux arrivants étudiés. Les trois compétences sont présentées de la « plus facile » à acquérir et à utiliser à la « moins facile » à décoder lors de l'arrivée dans un collectif professionnel. En outre, leur choix repose sur le fait qu'elles ne font que très rarement l'objet d'une situation interactionnelle d'accompagnement, ce qui nous permet d'illustrer l'acquisition en solitaire de compétences par les nouveaux arrivants.

## 2. Entrer dans un métier, c'est être accompagné par les autres

S'interroger sur l'entrée dans le métier à l'aide des concepts de vulnérabilité et de reconnaissance étudiés en interaction nous amène à considérer que les échanges entre un nouvel arrivant et un soignant expérimenté peuvent prendre la forme d'un accompagnement du premier par le second. En effet, lors de l'arrivée des nouveaux arrivants dans le milieu professionnel, ils ne le connaissent pas, ou peu, et ils devront évoluer et échanger avec des expérimentés. Durant l'entrée dans le métier, ils ne sont pas laissés pour compte, mais ils sont accompagnés par les membres du collectif, qui les aideront à comprendre et à acquérir ses us et coutumes professionnels qui sont linguistiques, relationnels et techniques (Mayen 2002 : 105). Ils seront donc aidés dans leur quête de reconnaissance et dans la construction de leurs places. Nous pouvons en déduire que l'entrée dans le métier est une situation qui provoque la rencontre entre un expérimenté, détenteur de compétences professionnelles et des habitudes du collectif, et un nouvel arrivant souhaitant les apprendre (Filliettaz et Vinatier 2015 : 315-316).

Si dans la section précédente, nous expliquions que le nouvel arrivant peut tenter de décoder les habitudes interactionnelles du collectif en observant les (inter)actions des expérimentés, il peut également les acquérir de manière plus explicite en étant accompagné par un ou par plusieurs expérimentés. Que ce soit en solitaire ou en accompagnement,

*[o]n n'apprend généralement pas seul, mais avec d'autres : en regardant faire et entendant dire, en faisant ensemble, en demandant une explication, en s'inspirant d'un voisin plus avancé (Lacoste 1994 : 54).*

C'est à l'aide de l'outil *accompagnement* que nous tenterons de comprendre comment un nouvel arrivant recevra des compétences, voire sera formé par un expérimenté-accompagnateur pour se faire reconnaître par la suite (Vinatier 2015 : 69-70). L'accompagnement facilite l'acquisition des compétences professionnelles interactionnelles, et plus particulièrement

techniques, rendues explicites par l'expérimenté, mais le nouvel arrivant devra se les réapproprier pour les utiliser adéquatement dans une autre interaction.

Notre intérêt pour les « situations d'accompagnement professionnel » dans les interactions (Balslev et Ciavaldini-Cartaut 2015 : 12) trouve son origine dans le fait que l'accompagnement n'est pas uniquement une situation de vulnérabilité vécue par le nouvel arrivant en plus de celle causée par l'entrée dans le métier. L'accompagnement est également un moyen d'en sortir en accédant explicitement à des compétences interactionnelles, surtout techniques, propres au collectif, en recherchant de la reconnaissance auprès de ses différents membres qui évaluent les prestations du nouvel arrivant, et en obtenant de l'autonomie de ces derniers qui le responsabilisent et qui lui confient des tâches. Nous tenterons à l'aide de cet outil, qu'est l'accompagnement, d'analyser les situations interactionnelles pour répondre à notre deuxième sous-question de recherche : quelles formes d'accompagnement par les soignants expérimentés peuvent aider les nouveaux arrivants dans leur quête de reconnaissance ? Dès leur entrée, ces derniers sont généralement accompagnés et l'accompagnement peut concrètement prendre différentes formes. Prenons deux exemples : le nouvel arrivant est trop peu accompagné et il est laissé à lui-même dans le milieu ; ou il est trop accompagné et il ne se sent pas reconnu dans les compétences qu'il a, mais que l'expérimenté ne lui reconnaît pas. Dans ces deux cas de figure, le nouvel arrivant reste en situation de vulnérabilité de laquelle il n'arrive pas à sortir. Cependant, dans d'autres échanges, l'accompagnement peut aider le nouvel arrivant à être reconnu. Pour analyser les situations interactionnelles d'accompagnement et pour observer le passage vers la reconnaissance, nous recourons aux concepts de transmission et de mise en application (semi-)assistée, empruntés à Kunégel (2005, 2011). Ces deux notions nous permettent d'identifier comment les nouveaux arrivants gagnent en reconnaissance et prennent leur place.

C'est en tant qu'outil analytique que nous présenterons l'accompagnement dans cette section. Nous l'explicitons, d'abord, d'un point de vue général. Ensuite, nous proposerons notre conception de l'accompagnement et comment nous le concevons comme un outil. Et enfin, nous mettrons en évidence le lien entre l'outil *accompagnement* et le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance.

## 2.1. La notion d'accompagnement

Le terme *accompagnement* est protéiforme et il peut être mis en relation avec une multitude de termes tels que mentoring, counselling, coaching, parrainage, tutorat, consultance, compagnonnage, étayage (Paul 2009 : 92 ; Carcassonne et Servel 2009 : 25-27). Face à ce foisonnement terminologique, nous avons adopté le terme *accompagnement*, au détriment des autres appellations. Si nous nous focalisons sur l'accompagnement de nouveaux arrivants en milieu professionnel, c'est parce que nous sommes persuadée, comme Delbos et Jorion, que toute personne, peu importe le milieu dans lequel elle évolue, n'a « jamais fini d'apprendre » (1990 : 12). Si nous pensons que nous n'avons jamais fini d'apprendre comme étant un adage s'appliquant à toutes les sphères (familiale, sportive, professionnelle, etc.) de notre quotidien, nous mettons l'accent, dans la présente étude, sur « l'apprentissage sur le tas » en milieu professionnel (Veillard 2017 : 171 ; Wenger 2005 : 8-9). En outre, nous préférons la notion d'*accompagnement* à celle d'*apprentissage* qui nous semble exclusive ou combinée à la « passivité » d'une classe. Dans notre étude, nous n'assistons pas à la prise d'un rôle passif des nouveaux arrivants ; nous les considérons comme des personnes engagées dans l'interaction et comme endossant le rôle d'acteur à tout moment. Même s'il est possible que les nouveaux arrivants optent pour la posture de spectateur lorsque l'interlocuteur leur explique la tâche à réaliser (Duc 2008 : 253-271), le contexte n'est pas celui d'un apprentissage en milieu scolaire, mais d'une formation sur le tas en milieu de travail dans lequel les professionnels partagent leurs compétences non seulement linguistiques et relationnelles, mais aussi et surtout techniques (Zarifian 2005 : 111). Nous pourrions donc considérer l'accompagnement<sup>92</sup> comme un life learning ou un apprentissage sur le tas<sup>93</sup>, et non comme un apprentissage scolaire, *stricto sensu*.

Dans cette section, nous présenterons en deux temps la notion d'accompagnement pour l'insérer dans notre dynamique interactionnelle. D'une part, la double étymologie du terme nous

---

<sup>92</sup> Si nous avons adopté la notion d'accompagnement, c'est non seulement pour souligner le caractère situationnel de cette dernière et l'engagement des participants, mais aussi pour faire référence à son usage courant dans le domaine de la santé (Paul 2009 : 98). En effet, les professionnels de ce milieu qualifient souvent le parcours de fin de vie d'un patient comme étant un accompagnement. Dans notre étude, nous souhaitons ouvrir l'accompagnement à la relation soignant-soigné, et non plus à celle soignant-patient.

<sup>93</sup> Les compétences interactionnelles peuvent donc être issues d'un apprentissage en milieu scolaire ou en milieu professionnel. Dans cette dissertation doctorale, nous ne souhaitons pas entrer dans le débat de l'apprentissage formel (en milieu scolaire) et de l'apprentissage informel (en milieu extrascolaire). Notre intérêt porte sur l'usage des compétences et sur le moyen avec lequel le nouvel arrivant a réussi à les acquérir, seul ou en accompagnement. Concernant l'apprentissage informel en milieu professionnel, nous nous sommes inspirée des travaux de Fourez (2006) ainsi que de Wihak et Hall (2011).

permet de faire un lien entre l'accompagnement et la transition professionnelle. Et d'autre part, nous ancrerons l'accompagnement dans la logique professionnelle.

L'accompagnement fait référence à la relation entre deux personnes (« être avec ») ainsi qu'à un cheminement (« aller vers ») (Paul 2009 : 94-95). Ce double étymon met en évidence non seulement la relation qui se crée entre les interactants et les places qui se négocient durant l'échange, mais aussi la transition que vivent les deux interlocuteurs. En effet, dans une logique d'entrée dans le métier, le membre du collectif chemine vers l'acceptation du nouvel arrivant et vers le fait de lui faire une place au sein de l'interaction, et plus largement au sein de l'équipe ; le nouvel arrivant, lui, chemine vers une reconnaissance. Grâce à l'étymologie d'accompagnement, nous pouvons catégoriser ce terme comme étant un processus, une construction située, collective et dynamique (Filliettaz 2008b : 7). L'accompagnement d'une personne, comme un nouvel arrivant, est associé à un contexte précis, à la présence d'autrui et à un changement (Paul 2009 : 99) qui est, dans notre cas, l'évolution professionnelle dans l'équipe. En effet, un accompagnateur transmet des compétences à un accompagné dans une (ou plusieurs) situation interactionnelle ; durant l'échange et à sa suite, ce dernier développe ses compétences et devra *in fine* les mobiliser dans un autre contexte (Fernagu 2017 : 95-96). Si les objectifs des interactions d'accompagnement auprès des accompagnés sont la construction de compétences comme membre en devenir de l'équipe, leur autonomie et leur reconnaissance, ces situations sont également l'occasion d'un « développement personnel » pour chaque interactant (Chaliès 2016 : 34 ; Filliettaz 2009a : 10 ; Roquet 2009 : 14). Chacun des interlocuteurs en apprend sur lui-même et apprend grâce à autrui. Pour ce faire, la personne doit s'engager dans les interactions d'accompagnement. En ce qui concerne le caractère situé de l'accompagnement, nous n'aborderons pas toutes les situations possibles dans lesquelles il peut apparaître, mais nous nous en tiendrons à la sphère professionnelle.

Notre conception de l'accompagnement peut être définie comme une sorte de « *formation pour l'insertion professionnelle* » des nouveaux arrivants (Bulea et Bronckart 2006 : 146), formation qui se définit diversement en fonction des interactants. En effet, l'accompagnement est une situation interactionnelle et professionnelle lors de laquelle des « sujets inexpérimentés [sont pris en charge] par des sujets connaissant [*sic*], dans le but de rendre les premiers capables [compétents, dans notre cas] et autonomes » (Kunégel 2005 : 129).

La notion d'accompagnement nous semble appropriée pour aborder la formation entre adultes qui sont des professionnels non insérés dans une dynamique scolaire, mais dans une logique de production en milieu de travail (Roquet 2009 : 15-16). La formation scolaire qui se caractérise par une décontextualisation des apprentissages est laissée de côté au profit d'une contextualisation en milieu professionnel des situations d'accompagnement, comme le font les didacticiens professionnels (Pastré, Mayen et Vergnaud 2006 : 146).

Lorsque nous étudierons les interactions d'accompagnement en contexte professionnel, nous verrons qu'elles reflètent une tension entre travailler et former. De fait, les activités dites productives associées à la réalisation des actions côtoient celles formatives que sont les situations d'accompagnement comme des « mini-cours » et des mises en application (Quang 2017 : 65). Quand l'expérimenté accepte d'accompagner un nouvel arrivant, il bricole une alternance entre production et formation au cours de ses interactions au travail (Mondada et Pekarek Doehler 2006 : 6). Nous observons que la plupart des expérimentés remplissent le rôle d'accompagnateur sans en avoir une attribution institutionnelle et sans avoir le temps disponible pour le faire. Certes, quelques-uns ont le statut de superviseur du point de vue institutionnel, mais avec la distribution temporelle du travail (à pauses), ils ne sont pas présents tout le temps. Outre l'absence d'un aménagement pour exercer le rôle d'accompagnateur, nous remarquons, comme Filliettaz et Durand, que ce rôle n'est pas reconnu par les membres du collectif (2016 : 85). D'ailleurs, dans de nombreuses structures professionnelles, la transmission au travail, et même du travail, est « peu ou pas organisée [...] sans doute parce qu'elle est souvent considérée comme se faisant naturellement dès lors que l'on met en relation un "ancien" (au sens d'expérimenté) et un nouveau » (Wittorski 2015 : 7). Ce fait n'est pas nécessairement le cas, puisque des situations où le nouvel arrivant n'est pas, ou très peu, accompagné par un expérimenté sont observées au cours de l'enquête de terrain. Notre intérêt lors de l'analyse des interactions verbales est d'observer les situations d'accompagnement et plus particulièrement, celles qui favorisent la reconnaissance, tout en étant consciente que d'autres provoquent de la vulnérabilité.

## *2.2. Les situations interactionnelles d'accompagnement*

Nous décidons de nous intéresser au concept d'accompagnement parce que « l'apprentissage des nouveaux venus est essentiel » pour un milieu professionnel, du point de vue notamment de son rendement, et pour ces professionnels en devenir, du point de vue de leur reconnaissance (Wenger 2005 : 110-113). L'arrivée de nouveaux arrivants nécessite un

aménagement et un accueil de la part des membres du collectif professionnel, mais aussi un accompagnement. Il peut prendre différentes formes : une brochure explicative du milieu de travail, un drink d'entrée, un parrainage d'un nouvel arrivant par un expérimenté, des interactions verbales qui permettent de transmettre les règles et valeurs du collectif professionnel, etc. Dans cette recherche, nous nous centrons sur les échanges verbaux caractérisés par un accompagnement.

Comme Mayen, nous pensons que les interactions verbales tenues dans un milieu professionnel peuvent prendre différentes formes : celles « productives » et celles « formatives » (2002 : 89). Les travailleurs peuvent échanger sans pour autant avoir comme objectif de former ; ce sont les interactions de travail sans accompagnement (Mayen 2002 : 90). Ces situations peuvent implicitement former même si ce n'est pas le lieu *a priori* d'un accompagnement (Mayen 2002 : 90). Si ce dernier peut être implicite dans ce premier type d'interactions, il peut être explicite dans d'autres. Dans ce second cas, l'interaction est une rencontre formative, c'est-à-dire une situation interactionnelle d'accompagnement explicite parce que l'un des interactants est intervenu, en support, dans la tâche (inter)actionnelle<sup>94</sup> de l'autre ; une telle intervention est un accompagnement (Mayen 2002 : 90). Ce dernier n'est possible que par la rencontre de deux personnes et par le souhait d'« obtenir quelque chose de l'autre », une information, un geste ou une compétence, par exemple (Mayen 2002 : 89). Les interactions au travail sont l'occasion d'apprendre des situations, des (ré)actions et des compétences interactionnelles particulières au milieu dans lequel elles sont menées (Mayen 2002 : 96-97). Notre intérêt est donc ancré dans ce constat : le milieu professionnel met en place ou laisse de la place pour des situations interactionnelles d'accompagnement. Mais quelles formes prennent ces situations ?

Si nous adaptons la définition de Kunégel (2005 : 129) proposée dans la section précédente, nous pouvons définir **une situation interactionnelle d'accompagnement en milieu professionnel comme un échange verbal lors duquel un soignant expérimenté prend en charge un nouvel arrivant dans le but de le rendre compétent (d'un point de vue linguistique, relationnel ou technique), autonome et reconnu**. Nous explicitons dans les

---

<sup>94</sup> Nous mentionnons délibérément le qualificatif (inter)actionnel parce que nous estimons que l'accompagnateur peut aider du point de vue actionnel, c'est-à-dire technique, ou interactionnel, c'est-à-dire linguistique et relationnel, lors de l'échange avec un accompagné.

paragraphes suivants différents constituants de cette définition : l'échange, la prise en charge, l'engagement de l'expérimenté et du nouvel arrivant dans l'interaction d'accompagnement.

En tant qu'**échange** verbal, la situation interactionnelle d'accompagnement est une rencontre entre au moins deux personnes. Un nouvel arrivant entre en interaction avec un soignant expérimenté. Cette interaction est l'occasion de construire ensemble une relation et de déterminer la place de chacun dans l'échange. À la suite de notre enquête ethnographique, nous nous sommes rendu compte que deux types de rencontres entre un nouvel arrivant et un expérimenté composent le corpus : soit ils ont tous les deux le même statut, soit ils ont des statuts différents. Ce critère identitaire qu'est le statut nous amène à distinguer deux sortes de situations d'accompagnement d'adultes dans un milieu professionnel : le compagnonnage et le tutorat. Le compagnonnage<sup>95</sup> ne doit pas être interprété dans son acception médiévale reposant sur la dichotomie entre « un maître et son esclave », et réduisant le compagnonnage au champ des corporations (Moreau 2016 : 19-20), mais nous l'utilisons comme une relation d'accompagnement entre deux pairs, en ce qui concerne leurs statut, rôle et place institutionnelle. Nous la caractérisons donc de relation symétrique du point de vue institutionnel puisque le rapport de places institutionnelles entre le nouvel arrivant et l'expérimenté est symétrique. Quant au tutorat<sup>96</sup>, il est une situation d'accompagnement lors de laquelle un nouvel arrivant rencontre un expérimenté qui n'a pas le même statut dans le collectif. Le rapport de places institutionnelles est asymétrique : le nouvel arrivant a, par exemple, une fonction de novice, puisqu'il est toujours en formation, alors que son interlocuteur, lui, est un expert. Que les statuts des expérimenté et nouvel arrivant soient similaires ou distincts, qu'ils entament une situation interactionnelle d'accompagnement de compagnonnage ou de tutorat, l'un et l'autre se différencient par une asymétrie de compétences (Olry-Louis 2009 : 78). En effet, le nouvel arrivant n'a pas le même répertoire de compétences que l'expérimenté qui maîtrise plus de compétences propres au collectif et qui connaît mieux la culture du milieu professionnel.

---

<sup>95</sup> En adoptant le terme *compagnonnage*, nous laissons délibérément de côté les termes de parrainage et de mentoring tout en reprenant leurs caractéristiques (Paul 2009 : 92-93).

<sup>96</sup> La notion d'*interaction tutorale* est abondamment traitée dans la littérature dans son versant méthodologique (Alava et Clanet 2000 ; Chaliès 2016 ; Chrétien et Métral 2016 ; Durand, Trébert et Filliettaz 2015 ; Filliettaz 2017 ; Filliettaz et Durand 2016 ; Filliettaz et Trébert 2016 ; Laforest et Normand 2015 ; Olry-Louis 2009 ; Quang 2017 ; Rémerly et Durand 2018) ; nous adoptons cette acception pour caractériser les interactions réalisées lors de l'accueil de nouveaux arrivants (aider à la présentation au collectif, à la transmission des premières informations essentielles, etc.) et lors de l'apprentissage de techniques (Alava et Clanet 2000 : 548). Le terme « interaction tutorale » est à comprendre comme la mobilisation d'un ensemble de moyens linguistiques permettant à l'accompagnateur-tuteur de rendre compte d'une certaine réalité professionnelle à l'accompagné-tutoré (par l'explicitation, par le geste, par un mini-cours, etc.) ; cette interaction est dite « tutorale » sur la base de la distinction entre les interactants en ce qui concerne non seulement leur statut, mais aussi leur bagage de savoirs et de compétences dans le respect de la culture professionnelle (Quang 2017 : 70).

Néanmoins, par leur échange, le second aide le premier à acquérir des compétences, à progresser vers la reconnaissance et à construire une place dans le collectif. Par l'étude des interactions verbales d'accompagnement dans le huitième chapitre, nous analyserons si les situations de compagnonnage, qui semblent solidaires (Lacoste 1992 : 26), facilitent plus la reconnaissance que les situations de tutorat, qui semblent plus vulnérabilisantes pour le nouvel arrivant.

Durant une interaction d'accompagnement, le nouvel arrivant est **pris en charge** par un professionnel expérimenté. Si nous nous plaçons du point de vue de ce dernier, cette prise en charge est une mise en suspens de ses actions productives au profit de l'accompagnement ou une conjugaison des actions productives et formatives. Du point de vue du nouvel arrivant, l'accompagnement est l'occasion d'un accès explicite aux habitudes (inter)actionnelles du collectif soignant proposé par l'expérimenté<sup>97</sup> et d'une acquisition de compétences peut-être plus rapide ou plus efficace qu'en solitaire. Dans une telle dynamique, nous pourrions considérer l'expérimenté comme une ressource du nouvel arrivant pour se procurer les compétences utiles afin de se faire reconnaître (Kunégel 2011 : 128). En outre, la prise en charge peut prendre deux formes : soit l'accompagnement est imposé par l'expérimenté, soit il est sollicité par le nouvel arrivant. Ces deux formes peuvent se comprendre à l'aide du contexte général dans lequel nous insérons notre recherche, à savoir l'entrée dans le métier. Lors de cette dernière, un nouvel arrivant se trouve dépourvu face aux nouvelles réalités qui se présentent à lui et il est en situation de vulnérabilité. Afin de sortir de cette situation, il peut décider d'être proactif pour se munir de ressources et de solliciter l'accompagnement d'un expérimenté. Ce cas de figure semble possible dans un compagnonnage, mais plus difficile à imaginer en tutorat. À l'inverse, le nouvel arrivant en situation de vulnérabilité à son arrivée peut être accompagné par un expérimenté qui lui impose sa présence dans tous ses actes, ou presque. Au cours de l'analyse des interactions verbales, nous tenterons de comprendre quelles sont les formes d'accompagnement sollicité ou imposé qui facilitent la reconnaissance du nouvel arrivant.

Une situation d'accompagnement implique que les deux interactants **s'engagent** l'un envers l'autre. Si nous prenons le point de vue de l'expérimenté, il cherche à rendre le nouvel

---

<sup>97</sup> Durant une interaction d'accompagnement, le nouvel arrivant n'accède pas à l'ensemble des habitudes du collectif, mais à celles utilisées par l'expérimenté lors de leur échange et également à la manière avec laquelle il les utilise. De fait, chaque professionnel s'approprie et emploie les habitudes du milieu de travail.

arrivant opérationnel et autonome<sup>98</sup> rapidement afin de l'aider dans ses tâches. En effet, en l'épaulant, l'expérimenté permet au nouvel arrivant de devenir un être compétent qui peut agir seul en situation professionnelle (Duc et de Saint-Georges 2009 : 99). Tout au long de l'interaction d'accompagnement, l'expérimenté partage ses compétences, il évalue les compétences du nouvel arrivant et il espère pouvoir lui déléguer des actes à son terme. L'issue de l'évaluation est donc une forme de reconnaissance et elle peut déboucher sur l'octroi de l'autonomie ou la responsabilisation du nouvel arrivant. Ce dernier, à l'inverse, espère accéder explicitement aux habitudes interactionnelles du collectif et construire de nouvelles compétences. Néanmoins, il devra apprendre à se les réapproprier pour les utiliser adéquatement dans une nouvelle interaction, ce qui lui permettra d'acquérir une certaine reconnaissance et *in fine* de l'autonomie. Pour atteindre un tel objectif, l'expérimenté peut l'accompagner de trois manières différentes : la transmission, la mise en application assistée et la mise en application semi-assistée (Kunégel 2011 : 258).

Lors de la transmission<sup>99</sup>, le professionnel fait passer une partie de ses savoirs, de ses compétences et des habitudes du collectif au nouvel arrivant (Wittorski 2015 : 7). La situation interactionnelle d'accompagnement prend donc la forme d'un mini-cours dispensé par l'expérimenté et écouté par le nouvel arrivant (Filliettaz 2008a : 60). Le premier occupe une place de superviseur en dispensant ses conseils, ses définitions et ses explications et en interrogeant ponctuellement le second pour s'assurer qu'ils se comprennent. Le nouvel arrivant, lui, reçoit explicitement les habitudes interactionnelles et les règles du collectif. Il s'efforce en recueillant ces informations de les décontextualiser et de se réapproprier les ressources dont il aura besoin pour (inter)agir dans le milieu professionnel (Jacques-Jouvenot 2012 : 17).

La mise en application assistée se caractérise par un échange entre les deux interactants qui y participent activement par leurs prises de parole et par leurs gestes (Kunégel 2011 : 106). Si le nouvel arrivant prend la parole et agit, l'expérimenté, lui, prendra de moins en moins part à l'action, à proprement parler, puisqu'elle sera réalisée par le nouvel arrivant et guidée par

---

<sup>98</sup> Comme Zarifian, nous souhaitons que l'autonomie ne soit pas assimilée à l'initiative (2004 : 45-46). Nous considérons la première comme une fin de l'accompagnement alors que la seconde, comme synonyme d'engagement, est un moyen pour atteindre les objectifs.

<sup>99</sup> En tant qu'objet de nombreux travaux en psychologie, en anthropologie, en sciences sociales (Jacques-Jouvenot 2012 : 7-8), la *transmission* sera traitée comme l'acte de « faire passer d'une personne à une autre » par la communication, à savoir de « permettre un passage » en situation de travail (Wittorski 2015 : 7). Lors de l'arrivée de nouveaux travailleurs, certains « anciens » les forment pour conserver et pérenniser la culture du collectif. Nous pouvons donc voir en l'acte de transmettre, un « processus mémoriel » (Jacques-Jouvenot 2012 : 23) étant donné que les membres du collectif communiquent aux nouveaux des rituels, des règles, des codes (Droz 2012 : 82).

l'expérimenté. Le second forme donc le premier pour que son acte soit adéquat aux attentes du collectif. Le nouvel arrivant adapte ses compétences et en acquiert des nouvelles pour que son acte soit approprié dans l'interaction et plus généralement dans le milieu de travail. La compétence à apprendre est incorporée dans la tâche effectuée (Filliettaz et de Saint-Georges 2006 : 122). Le nouvel arrivant doit donc la décoder ou interroger l'expérimenté pour l'acquérir. Pour que la mise en application assistée soit possible, une évaluation des acquis du nouvel arrivant a lieu, la plupart du temps, avant l'action (Kunégel 2011 : 108) et elle lui donne accès à une forme d'autonomie. À la fin de l'(inter)action, une seconde évaluation peut être réalisée par l'expérimenté pour reconnaître les compétences du nouvel arrivant ou pour le corriger et le remettre en situation de vulnérabilité (Kunégel 2011 : 125).

La mise en application semi-assistée, elle, est une situation d'accompagnement lors de laquelle la part d'autonomie octroyée au nouvel arrivant par l'expérimenté est plus importante que lors de la mise en application assistée puisqu'il le laisse agir seul et qu'il le responsabilise. Néanmoins, le membre du collectif garde un œil sur le nouvel arrivant tout en le laissant travailler (Duc 2008 : 271-274). Outre cette supervision à distance de la part de l'expérimenté, la mise en application semi-assistée peut également prendre la forme d'une sollicitation d'un accompagnement du nouvel arrivant auprès d'un expérimenté. Cet « appel à l'aide » est lié à un besoin de la part du nouvel arrivant qui ne connaît pas un code, la bonne démarche, ni l'habitude interactionnelle du collectif dont il a besoin pour réaliser la tâche. Son recours à une supervision est ponctuel et ce dernier peut s'adresser à un expérimenté qui l'a accompagné précédemment ou à un autre membre du collectif (Duc 2008 : 262-264 ; Filliettaz 2009b : 45-54 ; Kunégel 2011 : 128).

En résumé, nous considérons que les formes de l'interaction d'accompagnement sont dépendantes de différents paramètres : (1) le contexte professionnel particulier dans lequel elle se tient et dans lequel se déroule une tâche, (2) la relation en construction qui unit les deux travailleurs dont l'un d'entre eux est un nouvel arrivant, et (3) l'engagement des interactants, qui est lié au répertoire de compétences mobilisables chez le nouvel arrivant et aux modalités de mise en circulation des compétences par l'expérimenté (Kunégel 2005 : 128 et 131). Dans les différentes formes d'accompagnement proposées (compagnonnage ou tutorat, imposé ou sollicité, transmission ou mise en application [semi-]assistée), nous constatons que le rôle de l'expérimenté est déterminant pour aider le nouvel arrivant à obtenir de la reconnaissance et de l'autonomie dans le milieu de travail. Nous postulons que certains expérimentés peuvent se

montrer des adjuvants dans sa quête de reconnaissance ou des opposants ne facilitant pas son acquisition des compétences interactionnelles appréciées par le collectif. Le nouvel arrivant, lui, interagit avec un expérimenté parce qu'il espère être reconnu dans ses pratiques et il met en œuvre certaines de ses compétences pour « gravir les échelons » de la reconnaissance et sortir de son expérience de la vulnérabilité. Pour y arriver, il mobilise des compétences linguistiques, relationnelles ou techniques appropriées à la situation analysée, en surmontant des obstacles ou en se montrant différent d'autres nouveaux arrivants moins performants ou moins reconnus (Guigon et Jacques-Jouvenot 2019 : 56-59). Pratiquement, nous observerons dans les interactions verbales des nouveaux arrivants quelles formes d'accompagnement leur permettent à terme d'être reconnus, ou facilitent leur reconnaissance en tant que membre de l'équipe soignante. De plus, par l'étude d'interactions verbales au moyen de l'accompagnement en tant qu'aide dans la quête de reconnaissance du nouvel arrivant, nous souhaitons montrer une progression vers l'autonomie, la responsabilisation et la mise en application adéquate interactionnellement des compétences transmises ou acquises durant une situation d'accompagnement.

### *2.3. Être accompagné ou vivre une interaction entre vulnérabilité et reconnaissance*

Une situation interactionnelle d'accompagnement est une situation de vulnérabilité. En effet, la personne accompagnée vit la vulnérabilité lors de sa rencontre avec l'accompagnateur qui est plus expérimenté et plus compétent. L'apparition d'un accompagnement peut être causée (1) par un manque de compétences constaté par l'accompagné, compétences dont il a besoin pour (inter)agir, ou (2) par l'évaluation de compétences inappropriées de ce dernier de la part d'un expérimenté, ou encore (3) par la présence d'erreurs dans les actes de l'accompagné. Que ce dernier montre à son interlocuteur qu'il ne sait pas ou pas adéquatement comment agir ou que son usage d'une compétence soit jugé inadéquat par l'expérimenté, une situation d'accompagnement se met en place entre les deux interactants. L'accompagné, qui est un nouvel arrivant dans notre recherche, aspire à la reconnaissance et à obtenir les compétences (inter)actionnelles pour être autonome. Pour ce faire, il entre en interaction d'accompagnement lors de laquelle il vit une situation de vulnérabilité puisqu'il est moins doté de compétences que l'expérimenté qui l'accompagne. Nous pouvons donc en déduire qu'une situation interactionnelle d'accompagnement à laquelle participe un nouvel arrivant lors de son étape d'entrée dans le métier vient doubler la situation de vulnérabilité de départ.

Pour sortir de la vulnérabilité, le nouvel arrivant devra non seulement s'adapter à la situation interactionnelle et à son interlocuteur, mais aussi ajuster les ressources antérieures dont il dispose pour les rendre adéquates et conformes aux habitudes interactionnelles du milieu professionnel et acquérir les compétences du collectif. Outre les efforts de sa part, les interactions sont un moyen pour accéder à des compétences qui l'aideront à entrer dans le métier et à sortir de la vulnérabilité. Pour que celles-ci soient acquises, elles peuvent être apprises en solitaire par l'observation des interactions entre les professionnels ou être transmises par un expérimenté durant un échange (Chrétien et Métral 2016 : 54). C'est le second cas d'acquisition qui nous intéresse dans cette section. En effet, un accompagnement explicite par un professionnel expérimenté aide le nouvel arrivant à progresser en vue d'être reconnu, compétent et autonome ainsi que de se créer une place. Mais en quoi, pratiquement, l'accompagnement est-il un moyen pour sortir de la vulnérabilité, alors qu'il la provoque, et pour aider à la quête de reconnaissance ?

En recourant à l'accompagnement comme un outil analytique, notre objectif est de montrer qu'une situation d'accompagnement n'est pas seulement une situation de vulnérabilité vécue par le nouvel arrivant, mais aussi un moyen d'en sortir<sup>100</sup>. S'il peut contribuer à la reconnaissance, il peut également y faire obstacle et repositionner le nouvel arrivant en vulnérabilité. Peu importe l'issue de l'interaction d'accompagnement, une forme de reconnaissance est octroyée par l'expérimenté au nouvel arrivant puisqu'ils font évoluer leur rapport de places interactionnelles par leurs prises de paroles respectives et puisque l'expérimenté partage ses compétences avec le nouvel arrivant. Par conséquent, un passage a lieu au fur et à mesure de l'interaction, ou des interactions, pour que le nouvel arrivant accompagné sorte de la vulnérabilité et atteigne une forme de reconnaissance. Nous pourrions donc considérer l'accompagnement comme « un parcours de la reconnaissance » (Ricoeur 2004).

---

<sup>100</sup> Cette idée repose sur les propos de Zaccà-Reyners :

*le geste pédagogique légitime l'idée de déficits à compenser, de capacités à restaurer, objectifs qui justifient les efforts engagés dans les processus d'accompagnement et qui s'accordent avec une distribution asymétrique des positions. [...] S'il est vrai que la relation d'aide professionnelle s'accompagne d'une intrusion dans la vie d'autrui [...] [l]'aide professionnelle met en présence des acteurs invités à coopérer (2008 : 234).*

Par la mention de parcours, permettant le passage d'une expérience de la vulnérabilité à la reconnaissance, nous insistons sur le caractère évolutif, voire « progressif » de l'accompagnement (Breviglieri 2008 : 228). De fait, l'accompagnement est une situation dynamique pour l'accompagné qui est supervisé de près au départ et qui tente au fur et à mesure de l'échange de prendre son indépendance par rapport à son accompagnateur en vue de se faire reconnaître (Mayen 2017 : 11). Cette dynamique de l'accompagnement peut être observée non seulement à l'aide d'évènements interactifs qui se suivent (contexte local), mais aussi par une prise en considération trajectorielle des étapes que franchit le nouvel arrivant pour atteindre son autonomisation, son insertion et sa professionnalisation, si tout se passe bien (Filliettaz 2009a : 9). Pour y arriver, le nouvel arrivant doit, d'une part, être accompagné par des membres de l'équipe hématologique d'hospitalisation et, d'autre part, s'investir dans les tâches qui lui sont confiées. La responsabilité du bon déroulement du parcours de reconnaissance repose donc sur les épaules des deux interactants, à la fois le nouvel arrivant et à la fois l'expérimenté.

En outre, nous pouvons voir une progression vers la reconnaissance et l'autonomie dans les situations d'accompagnement d'un nouvel arrivant non seulement au niveau de ses places par rapport à son interlocuteur puisqu'il passe d'« acteur supervisé » à « acteur autonome » (Duc et de Saint-Georges 2009 : 120), mais aussi au niveau de la forme de l'accompagnement qui peut évoluer de la transmission à la mise en application semi-assistée (Filliettaz et Durand 2016 : 87-89 ; Pastré, Mayen et Vergnaud 2006 : 173-176). Nous nous efforcerons d'illustrer cette progression vers l'autonomie et le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance dans le huitième chapitre qui présentera des situations interactionnelles d'accompagnement.

### 3. Entrer dans un métier, c'est vivre une transition professionnelle

Nous avons présenté, dans les deux sections précédentes, deux outils qui facilitent l'entrée dans le métier, et plus particulièrement la reconnaissance, que ce soit par l'acquisition en solitaire ou en accompagnement de compétences professionnelles interactionnelles. Comme le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance en vue de s'insérer dans le collectif est un phénomène non pas ponctuel, mais cumulatif. Il ne peut donc pas être exclusivement étudié au sein de chaque interaction, mais il peut se voir au fil des interactions entre le nouvel arrivant et les membres du collectif. Pour mettre en place cette approche analytique longitudinale, nous recourons à un troisième concept : la trajectoire. Elle nous aidera à comprendre comment se met en place le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance d'un nouvel arrivant lors de ses interactions avec les membres du collectif. L'ancrage dans une durée longue a déjà été appliqué

lors de la constitution du corpus par le choix d'une observation participante de plus d'une année. Du point de vue analytique, notre souci se porte davantage sur l'évolution dans le temps des nouveaux arrivants, c'est-à-dire sur leur insertion au fur et à mesure des interactions verbales avec les professionnels.

Nous utilisons l'outil analytique qu'est la trajectoire en vue de répondre à notre sous-question de recherche suivante : comment les nouveaux arrivants, au fil des interactions et des différentes places interactionnelles qu'ils y occupent par rapport à leurs interlocuteurs, qui sont des soignants expérimentés, font-ils évoluer leur positionnement de façon à favoriser leur reconnaissance et leur insertion ? Nous insistons sur la trajectoire qui se dessine non seulement d'interaction en interaction entre le nouvel arrivant et un expérimenté, mais aussi à la suite de multiples échanges avec les membres du collectif. Nous adoptons donc un point de vue local et global pour aborder le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance et ce double point de vue est rendu possible grâce à la notion de trajectoire.

Dans cette section, nous ancrerons d'abord la notion de trajectoire dans les recherches antérieures. Ensuite, nous expliciterons notre conception de cette dernière et comment nous la concevons comme un outil. Et enfin, la trajectoire sera mise en lien avec le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance. Nous mettrons également en évidence comment peut se dérouler la quête de reconnaissance, comme une trajectoire, d'un nouvel arrivant par son acquisition, accompagnée ou non, de compétences professionnelles en interaction.

### 3.1. La notion de trajectoire

La notion de trajectoire est l'objet de multiples travaux. Néanmoins, nous faisons référence, dans cette recherche, aux travaux de Strauss (1992) et, quelques années plus tard, à ceux de Filliettaz, de Saint-Georges et Duc (2008)<sup>101</sup>. C'est donc en deux temps que nous présenterons le concept dans cette section.

---

<sup>101</sup> D'autres chercheurs se sont également intéressés à la notion de *trajectoire* du point de vue de la formation et du travail. C'est le cas de Wortham et de Lemke.

- Lemke, Jay L. 2005. « Place, pace, and meaning : multimedia chronotopes ». Dans Norris, Sigrid et Jones, Rodney H. *Discours in action : introducing mediated discourse analysis*. Londres et New York : Routledge. 110-122.
- Wortham, Stanton. 2005. « Socialisation beyond the speech event ». Dans *Journal of linguistic anthropology*. Vol. 15. N°1. 95-112.
- Wortham, Stanton. 2008. « The objectification of identity across events ». Dans *Linguistics and education*. N°19. 294-311.

Dans ses travaux, Strauss (1992 : 143-190) utilise la notion de trajectoire pour aborder le domaine de la santé. Partageant le même domaine d'étude que lui, il nous a semblé opportun d'emprunter sa conception. Strauss présente la maladie sous la forme d'une trajectoire, c'est-à-dire composée par le « développement physiologique de la maladie » d'un patient et par « toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours » (Strauss 1992 : 143). Sa conception de la trajectoire pourrait être paraphrasée comme le parcours temporel de la maladie d'un patient, des maux aux soins, fait d'améliorations de son état ou de régression vers la maladie. En effet, Strauss accorde de l'intérêt pour la personne touchée par la maladie et pour tous les individus qui contribuent aux soins et il conçoit que des situations imprévisibles peuvent se produire (de Saint-Georges 2008 : 174). Sa conception nous permet de mettre l'accent sur l'existence de différentes étapes en vue d'atteindre un objectif. Cette idée fait écho à la quête de reconnaissance pour sortir de la vulnérabilité, qui se construit au fur et à mesure des interactions, comme c'est le cas de la trajectoire straussienne de la maladie. Contrairement à Strauss, ce n'est pas la question des soins prodigués aux patients par les soignants qui est au cœur de notre dissertation, mais la question de l'entrée dans le métier de nouveaux arrivants vivant de la vulnérabilité et recherchant de la reconnaissance. Pour ce faire, nous nous intéressons aux relations entre les interactants et à l'évolution longitudinale de certains professionnels, appelés les nouveaux arrivants, dont la trajectoire se construit « au fil des expériences de participation [...] [c'est-à-dire des interactions verbales] et des relations qu'il[s] entretien[nen]t avec les différents membres des communautés dans lesquelles il[s] s'engage[nt] » (Duc 2008 : 249).

Nous venons insérer à cette première conception de la trajectoire une seconde qui la complète et qui est issue des travaux de Filliettaz, de Saint-Georges et Duc (2008). Ils proposent d'en faire une « ressource méthodologique pour étudier les phénomènes de changements et de transitions dans différents contextes » (de Saint-Georges 2008 : 174). Cette perspective nous permet de mettre l'accent sur la trajectoire en tant qu'outil qui nous aide à analyser le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance lors de l'entrée dans le métier. En outre, de Saint-Georges propose de concevoir la trajectoire comme étant « située », c'est-à-dire comme étant « un outil heuristique qui permet de tracer un ingrédient de la situation (un objet matériel, un participant, un objet de savoir, etc.) dans son déploiement temporel, sur des échelles variables » (2008 : 175). Une telle approche permet de comprendre qu'un participant évolue au fur et à mesure des situations qui se présentent à lui et dans lesquelles il s'engage. Chaque situation s'articule aux précédentes et aux suivantes, comme des épisodes, pour tracer le parcours temporel du

participant. De fait, toute activité humaine est ancrée dans un contexte, mais elle est aussi inscrite « dans des unités temporelles plus larges » (de Saint-Georges 2008 : 172). Cette conception de la trajectoire est l'occasion de mettre en évidence non seulement qu'au sein de chaque situation peut se produire une trajectoire locale, mais aussi que l'ensemble des situations peuvent être connectées pour tracer une trajectoire plus globale (de Saint-Georges 2008 : 175).

Si nous transposons cette approche longitudinale<sup>102</sup> au cadre analytique, nous pensons que notre étude porte non seulement sur les situations locales, que sont les interactions verbales, mais aussi sur une trajectoire plus globale, de l'ordre de l'insertion dans le collectif. Notre but n'est pas d'extrapoler les situations interactionnelles, mais de les étudier comme un enchaînement pour observer s'il y a une transition, un parcours, dans l'acquisition et l'usage des compétences par un nouvel arrivant, dans sa relation avec les membres du collectif et dans son expérience de la vulnérabilité.

### 3.2. Une trajectoire professionnelle située

En tant que caractéristique importante dans notre recherche, le contexte nous amène à spécifier la notion de trajectoire. Nous ne travaillerons pas sur la trajectoire d'un point de vue général, mais sur une trajectoire globalement située lors de l'entrée d'un nouvel arrivant dans le milieu hospitalier et localement située dans une interaction entre ce dernier et un soignant expérimenté. Ce double ancrage situationnel nous amène à adopter le terme de *trajectoire professionnelle située*. Ainsi, situer un nouvel arrivant revient à le placer localement comme interactant d'un échange, dans lequel il négocie sa place avec l'interlocuteur, et à le situer globalement comme nouveau par rapport au collectif professionnel. Autrement dit, l'adjectif « situé » met en évidence le contexte local de l'interaction tout en n'occultant pas le contexte global du milieu professionnel.

L'appellation de trajectoire professionnelle située en tant qu'outil pour étudier les phénomènes de transition fait écho aux *trajectoire située de participation* (Duc 2012 : 158) et *trajectoire située d'apprentissage* (de Saint-Georges 2008 : 159) de travaux antérieurs. La trajectoire située de participation a comme caractéristique l'engagement de la personne, duquel

---

<sup>102</sup> L'approche longitudinale n'est pas le propre des études de formation en milieu professionnel, mais elle peut également être appliquée à d'autres milieux et à d'autres domaines de recherche comme les travaux sur les contacts de langues (Darquennes, Salmons et Vandebussche 2019 : 7).

nous tenons compte également dans notre analyse. La participation d'un nouvel arrivant à la vie du collectif est dynamique : il peut ne pas s'engager ou s'engager fortement. En fonction de son degré d'engagement, il se construira une place différente dans l'interaction, et *in fine* dans le collectif. Quant à la trajectoire située d'apprentissage, elle sera abordée par notre analyse des situations interactionnelles d'accompagnement. Nous les considérons comme des épisodes constitutifs de la trajectoire située des nouveaux arrivants, au même titre que les autres situations interactionnelles de non-accompagnement.

En analysant les interactions entre les nouveaux arrivants et les expérimentés, nous pourrions observer une évolution qui se produit entre les interlocuteurs, que ce soit au niveau du degré de connaissance mutuelle, des places qu'ils s'assignent, des objets et objectifs des prises de parole, ou de la reconnaissance octroyée. Cette évolution, nous pourrions la qualifier de trajectoire inscrite dans une multitude de microcontextes, les interactions verbales. Mais nous souhaitons aller au-delà de la trajectoire dans une interaction, aller au-delà de la négociation et de la (re)définition des places interactionnelles des participants. Nous nous sommes rendu compte que la trajectoire microcontextuelle, c'est-à-dire durant une interaction, est une caractéristique d'une trajectoire plus large (de Saint-Georges 2008 : 171) : la trajectoire professionnelle située. En effet, chaque interaction est distincte d'une autre et relativement close, mais chaque interaction est un « épisode » de la trajectoire. Cette dernière est donc composée d'une pluralité d'épisodes interactionnels, comme nous pouvons le voir sur le schéma de de Saint-Georges (Figure 3).

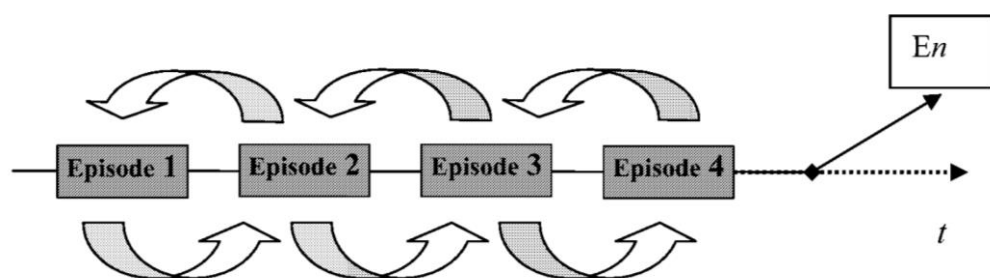


Figure 3 : Représentation de la trajectoire professionnelle située en épisodes interactionnels (de Saint-Georges 2008 : 175)

Si chaque interaction correspond à un épisode, elle n'est pas pour autant imperméable aux interactions passées et futures. L'idée d'une non-étanchéité repose sur l'importance de la cohérence dans les propos des interlocuteurs et de la mobilisation d'informations liées entre les événements (interactionnel ou actionnel). De plus, la cohérence entre les épisodes interactionnels repose également sur le fait qu'ils sont tous constitutifs de la trajectoire

professionnelle située de la personne qui interagit. Par conséquent, les épisodes interactionnels *a priori* indépendants sont intrinsèquement liés, même s'ils ne sont pas réalisés avec le même soignant expérimenté. De fait, si le nouvel arrivant est le participant invariant de chaque interaction étudiée, son interlocuteur, lui, varie.

Centrer notre analyse sur l'enchaînement des interactions n'implique pas la linéarité de la trajectoire. Elle peut aller d'un point A (l'arrivée dans le métier) à un point B (l'entrée effective dans le collectif) pour certains professionnels (de Saint-Georges 2008 : 174), mais elle peut, pour d'autres, être constituée d'imprévus, de sauts vers la reconnaissance, de retours de la vulnérabilité, etc. Que la trajectoire soit composée d'interactions verbales s'enchaînant linéairement ou qu'elle mette en scène de possibles bifurcations, les différents épisodes interactionnels sont liés entre eux, même s'ils sont des retours en arrière ou des épisodes futurs (Duc et de Saint-Georges 2009 : 5). Nous décidons donc de considérer la trajectoire comme un outil dynamique qui nous permet non seulement de comprendre les changements en cours d'interaction, mais aussi de nous informer sur l'évolution plus globale du nouvel arrivant dans le collectif professionnel (Duc 2008 : 252). C'est ensemble que les interlocuteurs coconstruisent la trajectoire du nouvel arrivant afin de l'« amener [...] à construire, à partir des situations singulières rencontrées, une capacité à agir » et afin de lui créer une place (Vadcard 2013 : 127 ; Young et Miller 2004 : 533). Lors de l'étude des interactions verbales, nous serons attentive à la progression en matière de participation de la part du nouvel arrivant aux échanges verbaux et aux tâches, de compétences acquises et utilisées adéquatement, de reconnaissance octroyée et de négociation des places attribuées au fur et à mesure des échanges (Mondada 2006 : 95). En effet, étudier la transition professionnelle du nouvel arrivant est rendu possible par la logique longitudinale. D'interaction en interaction, son engagement évolue, voire s'affirme ; au terme de chacune d'entre elles, une place est construite entre le nouvel arrivant et son interlocuteur expérimenté ainsi qu'une reconnaissance. La trajectoire se construit donc d'interaction en interaction, de place interactionnelle en place interactionnelle pour *in fine* définir une place institutionnelle dans le collectif (Duc 2008 : 243).

### 3.3. Construire une trajectoire fluctuante ou vivre une transition professionnelle

Le choix d'aborder l'entrée dans le métier comme étant une étape de la transition professionnelle du nouvel arrivant nous permet d'étudier sa trajectoire au sein du milieu de travail. Cette dernière est, selon Strauss, un « moyen d'ordonner de manière analytique

l'immense variété des évènements qui entrent en jeu » (1992 : 144) lors de l'arrivée dans une nouvelle équipe de professionnels. Le choix d'une approche trajectorielle trouve son origine dans notre question de recherche puisque nous souhaitons observer le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance d'un nouvel arrivant dans un collectif professionnel. Cet objectif ne peut être atteint que dans une perspective longitudinale. Lors de son entrée dans un milieu professionnel, le nouvel arrivant n'y trouve pas une place qui l'attend même s'il a un diplôme qui met en évidence des compétences acquises et maîtrisées à l'issue de son parcours scolaire. Sa place, il devra la construire en agissant et même en interagissant avec les membres de l'équipe professionnelle (Duc et de Saint-Georges 2009 : 5). Étant donné que la place dans le collectif professionnel n'existe pas *a priori*, c'est-à-dire avant que le nouvel arrivant ne la crée, des changements se produisent (de Saint-Georges 2008 : 160). D'une part, des transformations ont lieu au sein du collectif pour qu'un nouveau membre y trouve sa place ; les membres de l'équipe doivent accepter de lui faire une place. Certains d'entre eux l'y aident en l'accompagnant, par exemple. Ils prennent du temps de travail pour former le nouvel arrivant aux habitudes du groupe et ils acceptent de lui déléguer une partie de leurs tâches. Et d'autre part, des changements dans le comportement et dans les actions du nouvel arrivant se produisent. Ces changements seront les moments-clés de sa transition professionnelle et également de son passage de la vulnérabilité à la reconnaissance.

L'approche par trajectoire nous permet de faire une place aux imprévus, aux retours en arrière et même aux bifurcations que vit le nouvel arrivant. Chaque parcours de nouvel arrivant est propre et distinct de ceux des autres nouveaux arrivants du point de vue temporel, spatial et relationnel. Il les distingue également parce que l'expérience de l'entrée dans le métier provoque une blessure particulière et amène à une quête de reconnaissance propre au profil de chaque nouvel arrivant. Néanmoins, nous pensons qu'à côté de la flexibilité de la trajectoire, il y a tout de même un canevas de base lors de l'entrée dans un métier. Nous postulons que la trajectoire d'un nouvel arrivant se caractérise au départ par l'expérience de la vulnérabilité et ensuite par la quête de reconnaissance par l'acquisition de nouvelles compétences interactionnelles caractéristiques d'un milieu dans lequel il souhaite se faire une place. Tout nouvel arrivant aurait donc le même objectif : sortir de la vulnérabilité et être reconnu comme un membre à part entière du collectif. Pour ce faire, il interagit avec eux et il passe par trois phases qui peuvent être constituées par plusieurs épisodes interactionnels : la familiarisation, la mise en application assistée et la reconnaissance. Cette proposition repose sur les travaux de

Kunégel (2005, 2011)<sup>103</sup> que nous avons adaptés afin de mettre en évidence la construction de compétences interactionnelles et de reconnaissance par le nouvel arrivant. Dans cette section, nous expliciterons les trois phases de la trajectoire professionnelle située des nouveaux arrivants. Au terme des trois phases, les nouveaux arrivants espèrent être reconnus par les membres du collectif et s’y être créés une place.

Les trois phases de la trajectoire seront présentées de la manière suivante. Premièrement, nous proposons une définition du terme utilisé. Deuxièmement, son but sera mis en évidence. Troisièmement, nous expliciterons où se situe cette phase dans le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance pour le nouvel arrivant. Et quatrièmement, nous mettrons en évidence que chaque phase est un processus composé de deux étapes. Si ce canevas d’une trajectoire composée de trois phases paraît *a priori* non flexible dans la présentation qui en sera faite, nous le considérons comme dynamique. Autrement dit, il n’est pas nécessaire ni obligatoire que le nouvel arrivant passe par toutes les phases pour atteindre la reconnaissance, et des bifurcations ou des imprévus peuvent avoir lieu.

### 3.3.1. Une familiarisation au milieu professionnel

La familiarisation consiste en une « baignade » dans le milieu professionnel (Jacques-Jouvenot 2012 : 11). Autrement dit, le nouvel arrivant est plongé dans la culture et les habitudes du collectif, ce qui lui donne accès aux compétences interactionnelles utilisées par ses membres (Kunégel 2011 : 98). La familiarisation est à considérer comme un « processus d’identification » aux membres de l’équipe que le nouvel arrivant observe (Jacques-Jouvenot 2012 : 11). Durant cette phase, il évalue les compétences qu’il possède déjà et il identifie celles qui lui manquent pour participer à la vie professionnelle. Il parle donc peu spontanément ; il adopte une posture de spectateur-déchiffreur (Duc et de Saint-Georges 2009 : 120 ; Kunégel 2011 : 91-92) : il observe, analyse et décode les actes (de parole) pour acquérir « l’habileté, la sûreté du geste, la rapidité de la décision » de l’expérimenté qui agit devant lui (Delbos et Jorion 1990 : 33).

Cette première phase de la trajectoire a comme objectif d’ouvrir l’horizon professionnel du nouvel arrivant et de l’ancrer dans la culture du collectif (Kunégel 2011 : 103-105). Ce double objectif est paradoxal puisque, d’un côté, le nouvel arrivant s’ouvre aux rencontres de

---

<sup>103</sup> Si les recherches de Kunégel sont centrées sur les situations d’apprentissage, nous ne nous intéresserons pas exclusivement à celles-ci. En effet, notre corpus d’interactions se compose, entre autres, de situations interactionnelles d’accompagnement, mais pas uniquement. Nous utiliserons donc le modèle de Kunégel pour étudier différentes sortes d’interactions verbales.

professionnels, aux compétences interactionnelles qu'ils utilisent, aux us et coutumes de l'équipe, et, d'un autre côté, son horizon est restreint à la sphère de l'équipe professionnelle dans laquelle il souhaite entrer. En déconstruisant ses préconceptions antérieures et en entrant en contact avec une nouvelle culture, le nouvel arrivant devra reconstruire une partie de son identité professionnelle. Pour l'y aider, lors de la phase de familiarisation, il commence à mettre en place une entente, voire une confiance, avec certains travailleurs (Carcassonne et Servel 2009 : 25-27).

Les interactions verbales de familiarisation auxquelles assiste le nouvel arrivant, il les vit comme des situations de vulnérabilité étant donné qu'il est confronté à la culture de l'unité d'hématologie, qu'il ne connaît pas. En tant qu'observateur des faits et gestes (inter)actionnels montrés par un expérimenté (Duc 2008 : 255 ; Duc 2017 : 58), le nouvel arrivant accède en solitaire à certaines compétences interactionnelles du collectif, qu'il tente de s'approprier. Il n'a accès qu'à une partie des compétences parce que l'expérimenté ne recourt pas à toutes les compétences du collectif dans chaque acte. Petit à petit, il décode les compétences interactionnelles dont il doit s'outiller pour sortir de la vulnérabilité dans laquelle il se trouve depuis son arrivée dans le milieu de travail. Nous pourrions y voir les prémisses de la quête de reconnaissance.

Lors de ses observations, le nouvel arrivant n'est pas un acteur de prise de parole ou de geste (Kunégel 2011 : 86), mais sa participation au sein du collectif se caractérise par un effort de compréhension et de décodage des usages (inter)actionnels des membres du collectif. Ces derniers, en tant qu'expérimentés, endossent le rôle de « montreurs » parce qu'ils acceptent que des nouveaux arrivants observent leurs pratiques sociodiscursives et actionnelles. Nous ne parlerons donc pas d'accompagnement *stricto sensu* dans cette première phase de la trajectoire, mais nous posons comme hypothèse que les expérimentés peuvent adopter un « ajustement des formes et des contenus d'interactions pour réduire la complexité de la situation » (Kunégel 2005 : 133) et pour aider à sa compréhension par le nouvel arrivant. Une telle adaptation pourrait déjà être considérée comme une forme d'accompagnement, mais nous n'avons pas fait ce choix. Avec un nouvel arrivant comme déchiffreur et un expérimenté comme montreur, nous postulons que la modalité dialogique n'est pas fortement développée dans la familiarisation. Néanmoins, nous pouvons voir un passage d'une « familiarisation simple » à une « familiarisation avancée » parce que les comportements (inter)actionnels du nouvel arrivant évoluent (Kunégel 2011 : 99). Nous posons l'hypothèse que la familiarisation simple d'un nouvel arrivant se compose d'interactions de présentation mutuelle des interactants et

d'observation en silence des échanges et des actions techniques des professionnels qui l'entourent. Quant à la familiarisation avancée, elle se caractériserait par une prise de parole limitée du nouvel arrivant sous la forme de régulateurs qui aident à ponctuer sa compréhension, ou non, des paroles et actions de son interlocuteur-expérimenté.

### 3.3.2. Une mise en application assistée

La mise en application assistée<sup>104</sup> se manifeste par une prise en charge par un professionnel expérimenté du nouvel arrivant durant l'interaction. L'accompagnement peut être le premier objectif des échanges d'un expérimenté ou il peut être relégué au second plan puisque le professionnel privilégie ses activités professionnelles. Néanmoins, l'expérimenté s'engage à aider le nouvel arrivant qui, en retour, s'engage à contribuer à ses tâches. Le dialogue s'installe donc entre les deux professionnels qui se trouvent dans une situation interactionnelle d'accompagnement qui sera l'occasion pour le nouvel arrivant d'acquérir explicitement des compétences linguistiques, relationnelles ou techniques. En ce qui concerne les places, elles évoluent de la familiarisation avancée à la mise en application assistée : de déchiffreur, le nouvel arrivant passe à celle d'acteur supervisé par l'expérimenté qui le guide (Duc 2008 : 254 ; Vadcard 2013 : 132 et 136). Une dynamique d'exécution s'installe dans l'interaction d'accompagnement, dynamique qui entraîne nécessairement la redéfinition des places des participants (Carcassonne et Serval 2009 : 25-27). Si l'expérimenté est un superviseur direct et explicite durant la mise en application assistée, le nouvel arrivant, lui, passe de la place d'observateur-déchiffreur à celle d'acteur accompagné qui reçoit une explication des compétences (inter)actionnelles à mobiliser ou qui est supervisé dans une tâche qu'il réalise sous le regard omniprésent de l'expérimenté.

L'objectif de la mise en application assistée repose sur la rencontre d'un expérimenté et d'un nouvel arrivant, d'un accompagnateur et d'un accompagné. Chaque participant vise un but distinct en fonction de sa place dans l'interaction d'accompagnement. Par la mise en application assistée, l'expérimenté partage son expérience professionnelle avec le nouvel arrivant, c'est-à-dire qu'il met à disposition, par les mots et les gestes, ses ressources et certaines valeurs du collectif. À l'aide de ce partage, il espère rendre autonome le nouvel arrivant pour qu'il

---

<sup>104</sup> La trajectoire telle que nous la définissons n'impose pas que tous les nouveaux arrivants se trouvent en situation d'accompagnement. Ainsi, les compétences interactionnelles décodées seules lors de la phase de familiarisation peuvent ne pas faire l'objet d'une interaction de mise en application assistée, mais elles peuvent permettre d'accéder directement à la troisième phase qui est la reconnaissance par les interlocuteurs de l'usage, jugé adéquat ou non, d'une compétence par le nouvel arrivant.

l'aide dans ses tâches. Ce dernier, lui, cherche à acquérir plus rapidement, et surtout de manière explicite, les habitudes du collectif professionnel. Son objectif ultime dans la mise en application assistée est d'acquérir de nouvelles compétences professionnelles interactionnelles et une certaine reconnaissance de ses compétences antérieures et actuelles qui pourront lui servir dans les (inter)actions menées dans le milieu de travail. Afin d'atteindre leurs objectifs réciproques, les expérimenté et nouvel arrivant interagissent. Nous observons donc davantage de situations de dialogue lors desquelles le nouvel arrivant prendra plus la parole que durant la familiarisation.

Les interactions verbales de mise en application assistée auxquelles participe le nouvel arrivant, il les vit comme des situations de vulnérabilité étant donné qu'il est placé sous la supervision des expérimentés. Ils l'aident explicitement en aiguillant son geste ou en lui expliquant un code ou un protocole de soins. Lors de l'accompagnement, le nouvel arrivant est en vulnérabilité non seulement à cause de la situation d'entrée dans le métier, mais aussi à cause de la situation d'accompagnement. Dans celle-ci, ses compétences insuffisantes ou inappropriées pour le milieu de travail peuvent être mises en évidence. L'expérimenté, en tant que détenteur des habitudes du collectif, lui transmet alors ce qui lui manque ou ce qu'il faut ajuster au niveau de ses compétences interactionnelles. Petit à petit, le nouvel arrivant accède explicitement aux habitudes interactionnelles de l'équipe ; il s'efforce de les acquérir pour les mettre en application, dans un premier temps, de manière assistée, et dans un second temps, de manière plus autonome. Cette autonomie rendue possible dans l'usage de compétences interactionnelles par le nouvel arrivant est favorisée par la reconnaissance qu'il gagne au fur et à mesure de ses actes (de parole) accompagnés. À l'aide de l'accompagnement donc, nous voyons qu'il cherche à se faire reconnaître ainsi qu'à faire reconnaître ses compétences par l'évaluation des expérimentés du collectif professionnel.

Comme la familiarisation, la mise en application assistée se caractérise par une progression en deux étapes : la transmission et la mise en application assistée. Lors de la transmission, le passage se fait de l'expérimenté au nouvel arrivant et il porte sur les compétences interactionnelles. Durant l'interaction, l'expérimenté dosera le degré de difficulté de ce qu'il souhaite partager avec le nouvel arrivant pour qu'il puisse l'acquérir. Il occupe donc la place de moniteur en dispensant des explications et en interrogeant ponctuellement le nouvel arrivant. Ce dernier, lui, est actif durant la transmission non seulement parce qu'il est le récepteur des propos de l'expérimenté et parce qu'il répond à ses questions, mais aussi parce qu'il décontextualise les compétences et valeurs transmises afin de se les réapproprier et de les

utiliser adéquatement dans un autre contexte (Jacques-Jouvenot 2012 : 17). Quant à la mise en application assistée, elle conjugue l'action et l'interaction. Elle est l'occasion d'une supervision par l'expérimenté qui donne les consignes, évalue et corrige si nécessaire le nouvel arrivant qui est acteur. En effet, il réinvestit ses compétences passées et acquises lors de la familiarisation ou de la transmission pour mener à bien sa tâche et sa prise de parole. Il développe son aptitude à réinvestir ses compétences linguistiques, relationnelles et techniques ; il négocie également une nouvelle place auprès de son interlocuteur. Si la transmission peut prendre la forme d'un mini-cours dispensé par l'expérimenté et écouté par le nouvel arrivant, la mise en application assistée, elle, se caractérise non seulement par un échange de questions-réponses entre les deux interlocuteurs qui participent activement à l'échange (Kunégel 2011 : 106), mais aussi par une action menée par le nouvel arrivant et accompagnée par l'expérimenté qui, lui, prend de moins en moins part à l'action et qui octroie de l'autonomie supervisée au nouvel arrivant. Nous pourrions donc dire que l'action se fait à quatre mains et la prise de parole à deux bouches. Contrairement à la transmission, le nouvel arrivant n'est plus un acteur supervisé déchiffreur lors de l'interaction, mais il est un acteur supervisé faiseur d'actions.

### 3.3.3. Une forme de reconnaissance

La troisième et dernière phase de la trajectoire, nous l'appelons la reconnaissance. Avant de la définir, nous souhaitons faire une remarque : la non-reconnaissance est une sorte de reconnaissance, comme nous l'avons explicité dans la première partie. Autrement dit, nous incluons l'absence de reconnaissance dans l'appellation *reconnaissance* elle-même (Rémy et Durand 2018 : 64). Qu'entendons-nous par *reconnaissance* en tant que phase finale de la trajectoire professionnelle située d'un nouvel arrivant ? Celui-ci arrive à la fin de sa quête de reconnaissance et à la construction d'une place au sein du collectif. Les membres du collectif professionnel le reconnaissent comme doté de compétences interactionnelles adéquates pour (inter)agir dans le milieu professionnel et comme ayant une place parmi eux. Il n'a donc plus besoin d'accompagnement puisqu'il est reconnu comme un membre et qu'il est un acteur autonome. Cette progression vers l'autonomie fait du nouvel arrivant un « producteur autonome » (Kunégel 2011 : 137), qui collabore de plus en plus avec l'expérimenté pour l'aider dans les tâches qu'il doit réaliser ou qui les réalise seul. Autrement dit, le nouvel arrivant peut à la fois être un acteur autonome d'une tâche qui lui est attribuée ou qu'il s'attribue par initiative (Kunégel 2011 : 139), et à la fois acteur complémentaire dans la réalisation d'une activité conjointe avec l'expérimenté.

En atteignant la reconnaissance, le nouvel arrivant devient une « ressource » contribuant à la production de l'expérimenté et même du collectif (Kunégel 2011 : 141). Dans une logique d'accompagnement, celui-là espère atteindre l'objectif de faire du nouvel arrivant un acteur complémentaire qui l'aidera dans ses tâches professionnelles. Ce dernier, lui, souhaite devenir autonome et être reconnu comme compétent après avoir appris et suivi les conseils de son expérimenté-accompagnateur. Qu'il soit au terme d'un accompagnement avec un expérimenté ou qu'il décide d'utiliser des compétences qu'il a décodées seul, le nouvel arrivant aspire à la reconnaissance. Cependant, c'est lors de cette dernière phase que ses compétences interactionnelles font l'objet d'une évaluation de la part des membres du collectif, évaluation qui lui permettra soit d'être reconnu, soit d'être maintenu ou replongé dans une situation de vulnérabilité.

Les interactions verbales de cette phase de reconnaissance auxquelles assiste le nouvel arrivant, il les vit soit comme des situations de reconnaissance, soit comme des situations de vulnérabilité en fonction de l'issue de sa quête. Après avoir déchiffré seul les compétences dans les (inter)actions des expérimentés et après avoir été supervisé par eux, le nouvel arrivant accède à une forme de reconnaissance de ses compétences interactionnelles. Cette dernière peut s'actualiser par son autonomie dans ses actes (de parole) ou par une demande d'aide répétée parce qu'il se sent en situation de vulnérabilité ou par une non-action parce que les expérimentés ne lui permettent pas d'agir et ils font à sa place (Rémercy et Durand 2018 : 65). Ces trois propositions sont trois issues possibles de la quête de reconnaissance qui peut amener à la reconnaissance du nouvel arrivant ou au retour de la vulnérabilité.

Cette dernière phase de la trajectoire professionnelle située est à comprendre comme une progression de la mise en application assistée à la reconnaissance en passant par la mise en application semi-assistée. Nous créons donc une étape intermédiaire dans le continuum afin de mettre en évidence l'existence d'un accompagnement possible dans cette dernière étape. Certes, le nouvel arrivant est arrivé au stade de « l'affranchissement de la tutelle » (Kunégel 2011 : 126), mais il est possible qu'il demande ponctuellement de l'aide pour réaliser sa tâche et qu'il soit surveillé de loin par les expérimentés. Ainsi,

*[o]n confie à l'apprenti des tâches de métier pour lesquelles on l'estime capable [ou compétent, dans notre cas]. Finies les consignes longues et détaillées, car il possède des ressources pour orienter son activité. Finis les guidages pas à pas, car il s'est constitué un répertoire d'actions l'autorisant à quelques stratégies alternatives. Toutefois, l'infinie variation des situations et sa relative inexpérience le contraignent parfois à réclamer de l'aide (Kunégel 2011 : 126).*

Durant cette dernière phase, l'expérimenté continue à l'évaluer, mais sous la forme d'ajustement plutôt que de correction étant donné que le nouvel arrivant est reconnu comme apte à réaliser la tâche. Les ajustements portent, notamment, sur des implicites du collectif, implicites que le nouvel arrivant n'a peut-être pas encore décodés ni observés. Les interactions d'accompagnement diminuent et l'omniprésence de l'expérimenté-accompagnateur s'estompe au profit d'une sollicitation d'accompagnement venant du nouvel arrivant. Durant la mise en application semi-assistée, le nouvel arrivant peut donc demander de l'aide auprès d'un expérimenté, qui est considéré comme une ressource (Kunégel 2011 : 128). Cette sollicitation est ponctuelle et elle peut s'adresser à tout membre du collectif l'ayant ou non accompagné précédemment (Duc 2008 : 262-264 ; Filliettaz 2009b : 45-54 ; Kunégel 2011 : 128). Ces situations de sollicitation sont des « interactions [...] [qui] ont pour but de lever les obstacles ponctuels et non d'accompagner pas à pas », c'est-à-dire que le nouvel arrivant « ne reçoit plus des explications de manière systématique », mais il manifeste son besoin de ressources supplémentaires pour passer à l'action et pour rester reconnu (Duc et de Saint-Georges 2009 : 120). Il sollicite un accompagnement ciblé en vue de redevenir *in fine* autonome dans ses actes. Par conséquent, la place de l'expérimenté en tant qu'accompagnateur change : il passe du superviseur proche (et parfois omniprésent) à un superviseur éloigné qui laisse le nouvel arrivant travailler (Duc 2008 : 271-274). Le nouvel arrivant, lui, passe d'acteur supervisé faiseur d'actions lors de la mise en application assistée à acteur complémentaire relativement supervisé durant la mise en application semi-assistée. Il gagne donc encore en autonomie et il s'approche de la place d'acteur autonome non supervisé et reconnu, caractérisant la phase de reconnaissance. Concernant les actions du nouvel arrivant, nous remarquons qu'elles seront marquées de sa griffe. Après avoir agi mimétiquement dans la mise en application assistée (Desfontaines 2019 : 47), en veillant à respecter le déroulement et les affinités de son superviseur, le nouvel arrivant se réapproprie les compétences et il peut les utiliser à sa manière dans un nouveau contexte (inter)actionnel. Dans cette dernière phase de la trajectoire professionnelle située, nous pourrions dire qu'être compétent, c'est ne plus être accompagné interactionnellement, c'est ne plus entendre des discours sur comment la personne doit agir (Zarifian 2004 : 45), c'est avoir une reconnaissance, une autonomie et une place.

En passant par la familiarisation, la mise en application assistée et la reconnaissance, le nouvel arrivant avance sur un continuum d'activités (inter)actionnelles et de places qui le rendront compétent pour réaliser une tâche. À travers ces trois phases de la trajectoire, nous

remarquons que l'engagement du nouvel arrivant évolue allant d'une participation de décodage en familiarisation à un « faire avec » en mise en application assistée vers un « laisser-faire »<sup>105</sup> en reconnaissance (Rémary et Durand 2018 : 65). Nous pouvons illustrer cette progression par une occupation « transitionnelle » de places par le nouvel arrivant au cours de ses interactions : il peut être déchiffreur ou « spectateur », « acteur supervisé », « acteur complémentaire » et « acteur autonome » (Duc et de Saint-Georges 2009 : 120). Cette transition vers l'autonomie et la reconnaissance se marque verbalement, mais elle n'implique pas nécessairement que le nouvel arrivant passe par les trois phases de la trajectoire professionnelle située.

Pratiquement, nous analyserons l'expérience de la vulnérabilité des interactants ainsi que la construction mutuelle de leur reconnaissance et de leurs places durant l'échange verbal. Nous ferons de même pour chaque interaction que le nouvel arrivant a avec les membres du collectif professionnel. Après avoir fait état des épisodes interactionnels, nous les considérerons d'un point de vue plus global, c'est-à-dire que nous les considérerons comme les maillons d'une chaîne. Cette chaîne est la trajectoire professionnelle située du nouvel arrivant au sein du collectif. Dans chaque épisode, il emploie des compétences interactionnelles et il se crée une place par rapport à son interlocuteur. Nous observerons l'enrichissement des compétences interactionnelles et le processus d'accompagnement longitudinalement afin de comprendre comment un nouvel arrivant tente d'entrer dans un métier et de sortir de la vulnérabilité.

## Synthèse

Ce sixième chapitre clôture notre section méthodologique et il a comme objet le cadre analytique qui est employé dans la partie suivante pour étudier les interactions verbales entre un nouvel arrivant et un expérimenté de l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Ce cadre est composite puisqu'il est constitué de trois outils : les compétences professionnelles interactionnelles, les situations interactionnelles d'accompagnement et les trajectoires professionnelles situées. Chacun de ces outils nous permet d'aborder un aspect de notre question de recherche qui a elle-même été segmentée en trois sous-questions.

---

<sup>105</sup> Le laisser-faire peut prendre deux formes selon Kunégel (2011 : 65-66) : soit il a « une forme de désengagement passif » de l'expérimenté et le nouvel arrivant travaille seul sans le déranger ; soit il a « une forme de désengagement actif » de l'expérimenté qui le supervise à distance et le nouvel arrivant peut le solliciter. La première forme fait écho à l'étape de la reconnaissance alors que la seconde, à l'étape de mise en application semi-assistée.

Le cadre analytique composite que nous mobilisons s'inscrit à la fois dans une longue lignée de recherches sur la « part langagière au travail » débutées dans les années 1990 (Borzeix et Fraenkel 2001 ; Boutet 1995), mais aussi dans des travaux plus récents qui « portent » l'idée d'une linguistique sociale de la formation (Interaction & Formation ; Filliettaz et Lambert 2019a, 2019b).

Les recherches sur les « productions langagières en situation de travail » sont l'objet du courant des *Workplace Studies* dans le champ anglophone et du groupe *Langage et Travail*<sup>106</sup> dans le champ francophone. Notre recherche rejoint davantage les intérêts sociodiscursifs de ce second champ et nous partageons le souci de ses membres pour « l'amélioration de la situation et de la vie des travailleurs »<sup>107</sup> (Bronckart 2004 : 97). Comme de nombreux chercheurs de ce groupe, nous plaçons au centre de notre attention les interactions verbales et leur complexité en ce qui concerne le nombre de participants, les places qu'ils y endossent, les contextes dans lesquels se déroulent les prises de parole (Bronckart 2004 : 98-99). Le contexte particulier qui nous occupe est un milieu de soins. Des chercheurs du groupe *Langage et Travail* et d'autres linguistes (Cosnier, Grosjean et Lacoste 1993 ; Gajo 2004), comme des analystes du discours, ont étudié la relation de soins. Néanmoins, la plupart des études portant sur cette relation se centrent sur le soignant et le patient (Mondada et Keel 2017 : 29). Nous souhaitons analyser les interactions entre les professionnels uniquement, comme le proposent Grosjean et Lacoste (1999), Mondada (2002 : 292-318) ainsi que Keller (2015). Si l'acte thérapeutique entre un soignant et un patient est considéré comme interactionnel (Cosnier 1993 : 31), c'est le cas également d'une partie des actes des soignants, parce que les professionnels de la santé communiquent entre eux afin de mener à bien les soins. Il nous semble donc opportun d'adopter une perspective sociolinguistico-interactionnelle dans notre recherche.

---

<sup>106</sup> Nous mentionnons quelques recherches du groupe *Langage et Travail* :

*de multiples études ont porté sur les propriétés linguistiques et sémiotiques des discours au travail, dans des cadres professionnels très variés. À s'en tenir aux études réalisées en milieu francophone, on relèvera les travaux portant sur les situations et relations de service (Borzeix & Gardin, 1994 ; Joseph & Jeannot, 1995 ; Mayen, 1998), les interactions dans l'institution judiciaire (Colletta, 1994), les interactions en situation hospitalière (Grosjean & Lacoste, 1999 ; Kostulski & Trognon, 1998), le discours des médias télévisés (Charaudeau, 1997), les enquêtes téléphoniques (Richard-Zappella, 1999), les interactions dans la navigation maritime (Chauvin, 2000) ou aérienne (Léglise, 1999), etc. (Bronckart 2004 : 98).*

<sup>107</sup> Le souci pour l'adaptation du travailleur à ses tâches ou au collectif professionnel, sa santé et sa sécurité ainsi que sa souffrance au travail sont les sujets de recherche dans d'autres disciplines également, comme la psychologie, l'ergonomie du travail, la psychodynamique du travail ou encore la sociologie (Bronckart 2004 : 87-92).

Les outils que nous mobilisons trouvent leur origine également dans les travaux de didactique professionnelle et plus spécifiquement dans ceux de l'équipe « Interaction et Formation », portant sur les « dispositifs de formation “duale” des apprenti.e.s en Suisse » (Filliettaz et Lambert 2019a : 25) et dans ceux de Kunégel (2005, 2011), Mayen (2002) ainsi que Pastré, Mayen et Vergnaud (2006). Nous laissons donc de côté la psychologie du travail (Clot 1999) et l'anthropologie de l'éducation<sup>108</sup> (Lave et Wenger 1991). Ce n'est pas pour autant néanmoins que nous les rejetons, mais nous nous centrons sur la question de l'accompagnement, de l'évolution des compétences des interactants et *in fine* de la construction de leur identité située dans le milieu professionnel. Si les notions de compétence et d'accompagnement sont au cœur de nos préoccupations, nous serons attentive à observer leur développement durant le parcours d'entrée du nouvel arrivant.

Le recours aux trois outils, que sont les compétences, les accompagnements et les trajectoires, pour analyser les paroles lors du travail est l'occasion de

*décrire les processus de participation, de positionnement relationnel et de mise en scène qui caractérisent la dynamique des interactions verbales [...] en situation de travail et de formation (Filliettaz et Vinatier 2015 : 317).*

Ils sont aussi l'occasion de nous ancrer dans une discipline naissante à l'intersection entre la sociolinguistique interactionnelle et la didactique professionnelle : la « linguistique sociale de la formation professionnelle » (Filliettaz et Lambert 2019b : 10). Ce nouveau champ, selon Filliettaz et Lambert (2019a : 16), permet d'aborder « les réalités langagières [...] comme des ingrédients constitutifs des processus de formation professionnelle ». Nous tenons néanmoins à distinguer notre approche de la formation professionnelle de celle de ces deux chercheurs qui se centrent sur la formation initiale et continue. En effet, les professionnels que nous observons ne sont étudiés qu'en situation professionnelle. Ce qui nous intéresse c'est la dynamique qui se construit entre les membres de l'équipe professionnelle et les nouveaux arrivants qui sont pris dans des situations interactionnelles pouvant favoriser leur reconnaissance ou provoquer de la vulnérabilité.

---

<sup>108</sup> Concernant l'anthropologie de l'éducation, nous voudrions insister sur la question de la participation et de la légitimation dans le processus d'apprentissage et non sur la notion de communauté de pratique. En effet, « les processus d'apprentissage en lien avec les pratiques professionnelles ne se réduisent pas à des acquisitions de savoirs, mais procèdent d'une logique d'appartenance des apprenants à des communautés de pratique » (Filliettaz 2009a : 7). Notre attention sera mise sur la « participation croissante aux activités [...] associée à un processus identitaire de légitimation et de reconnaissance » (Filliettaz 2009a : 7).



## Conclusion

À l'aide de cette deuxième partie centrée sur la méthodologie, nous souhaitons présenter le type de données collectées, le milieu professionnel étudié et le cadre analytique utilisé dans la partie suivante. Ces trois objets sont les sujets des quatrième, cinquième et sixième chapitres qui sont l'occasion d'explicitier nos choix méthodologiques et de mettre en évidence les moyens qui nous permettent de répondre à notre question de recherche.

Dans le quatrième chapitre, la démarche méthodologique, qu'est l'enquête ethnographique, est détaillée. Cette approche qualitative nous semble appropriée pour analyser l'entrée dans le métier de soignants nouvellement arrivés comme un passage de la vulnérabilité à différentes formes de reconnaissance. Nous tenons à souligner à nouveau que l'observation participante est adoptée parce qu'elle est la seule technique qui nous permettait d'accéder, de manière détaillée, au contexte complexe des interactions verbales entre les soignants. Le quatrième chapitre est également l'occasion de mentionner les limites qui peuvent être formulées pour un travail ancré dans un paradigme qualitatif, compréhensif et ethnographique.

Le cinquième chapitre est l'occasion de s'immerger littéralement dans le milieu professionnel étudié et de montrer ses caractéristiques contextuelles. En effet, chaque interaction verbale enregistrée et analysée est « installée » dans un triple contexte : l'hôpital, l'unité d'hospitalisation d'hématologie et l'interaction entre un nouvel arrivant et un soignant expérimenté. Les règles et les valeurs de ces trois contextes (institutionnel, communautaire et interactionnel) peuvent se mélanger, se compléter ou se superposer lors des prises et des réceptions de parole des interactants. Il nous semblait donc opportun de présenter de manière détaillée chaque contexte pour comprendre les négociations de places interactionnelles et la quête de reconnaissance des nouveaux arrivants. Nous avons également pris le temps de dresser le portrait de chacun des six nouveaux arrivants étudiés en évoquant leur identité située professionnelle à leur entrée dans l'unité d'hospitalisation. L'identité située étant « une construction dans l'action et en situation » (Duc 2008 : 251), nous tâcherons, par l'analyse des interactions verbales, de comprendre comment cette identité est reconfigurée non seulement par les (inter)actions, mais aussi par les relations qui se créent entre le nouvel arrivant et les membres de l'équipe soignante (González-Martínez 2014 : 157 ; Vinatier 2002 : 12-13). Nous nous efforcerons également de repérer quelle reconnaissance et quelle place sont octroyées aux nouveaux arrivants par les expérimentés.

Après avoir présenté la collecte des données et le milieu professionnel, nous avons construit un cadre analytique issu de deux disciplines connexes : la sociolinguistique interactionnelle et la didactique professionnelle. Nous leur reprenons certains concepts comme la compétence, l'accompagnement et la trajectoire afin d'analyser les interactions verbales entre les nouveaux arrivants et les soignants expérimentés. Combiner ces trois concepts nous permet d'inscrire notre recherche dans une discipline naissante, depuis le XXI<sup>e</sup> siècle, qu'est la « linguistique sociale de la formation professionnelle » (Filliettaz et Lambert 2019b : 10).

Évoquer à l'heure actuelle l'identité<sup>109</sup> dans une recherche en sciences humaines et sociales, et plus particulièrement en linguistique, n'est pas une démarche inédite. Dans cette conclusion, nous n'avons pas pour vocation de la définir et de la traiter sous toutes ses coutures, mais de comprendre en quoi une étude sociolinguistique d'un milieu professionnel peut faire mention de ce concept. Pour ce faire, nous tenons à différencier notre approche de celle essentialiste qui « réduit » l'identité à un caractère existant, essentiel et non immuable d'une personne (Baudry et Juchs 2007 : 157). Nous adopterons le point de vue des « théories de l'interaction [qui] présentent l'identité comme un concept relatif et davantage centré sur l'individu » (Baudry et Juchs 2007 : 160-161) et comme « une construction interactive » (Kerbrat-Orecchioni 2005 : 160). En effet, nous souhaitons recourir à la notion d'identité pour « appréhender la complexité des relations sociales » et de la place occupée par une personne dans une interaction et plus largement dans un collectif professionnel (Baudry et Juchs 2007 : 157). C'est à l'aide des travaux de la sociolinguistique interactionnelle que nous tenterons de comprendre en quoi les pratiques langagières sont constitutives de l'identité (Greco et Mondada 2014 : 11). Cette dernière est à la fois une ressource et le résultat d'une interaction verbale, ainsi qu'une coconstruction de participants de l'échange verbal (Greco et Mondada 2014 : 10 et 13). Au fil de l'interaction, « les interlocuteurs découvrent tous les deux à l'unisson et en parallèle ce qu'ils feront pratiquement ensemble, qui ils sont dans le cadre de leur interaction et à qui ils ont affaire » (González-Martínez 2014 : 160). L'identité professionnelle située des deux interlocuteurs, au minimum, se (re)façonne donc au cours de l'interaction (González-Martínez 2014 : 173), tout comme le rapport de leurs places interactionnelles et institutionnelles. Notre

---

<sup>109</sup> Pour avoir un panorama actuel du concept d'identité dans les sciences humaines et sociales, et plus particulièrement dans les sciences du langage, nous vous invitons à consulter Greco, Luca et Mondada, Lorenza. 2014. « Introduction. Identités en interaction : une approche multidimensionnelle ». Dans Greco, Luca, Mondada, Lorenza et Renaud, Patrick (éd.). *Identités en interaction*. Limoges : Lambert-Lucas. 7-25.

approche du concept d'identité, en tant qu'identité située professionnellement, repose sur quatre caractéristiques majeures mises en évidence par Wenger (2005 : 181). Selon lui, l'identité est

1. *[v]écue : elle n'est pas seulement [...] un trait personnel, un rôle, une étiquette, elle est fondamentalement une expérience qui comporte [...] [la] participation [...]* ;
2. *[n]égociée : elle est un devenir [...]* ;
3. *[s]ociale : l'appartenance à une communauté donne à la formation de l'identité un caractère fondamentalement social. Notre appartenance se manifeste par la familiarité avec certains contextes sociaux ;*
4. *[...] une trajectoire dans le temps qui incorpore à la fois le passé et le futur dans la signification du présent (Wenger 2005 : 181).*

L'identité d'une personne se construit au fur et à mesure des rencontres avec l'autre. Elle fait donc l'objet d'une négociation pour que chacun trouve sa place dans l'interaction sans perdre la face. La notion d'identité située sous-entend donc l'engagement, la participation des interactants à l'échange et à sa construction. En effet, l'identité « se construit à la fois à partir de ce que nous sommes et ne sommes pas » ainsi qu'à partir de ce que nous faisons ou pas, et ce par rapport à autrui (Wenger 2005 : 185). C'est l'identité professionnelle située de six soignants nouvellement arrivés dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie que nous mettons indirectement en évidence par l'étude du passage de la vulnérabilité à la reconnaissance, vécu lors de l'entrée dans le métier.



## Troisième partie

Six trajectoires professionnelles  
situées de soignants nouvellement  
arrivés





## Introduction<sup>110</sup>

À l'aide des cadres théorique et méthodologique, nous proposons dans cette troisième et dernière partie de présenter les résultats issus de notre corpus de travail, à savoir les interactions verbales entre six nouveaux arrivants, Serge, Caroline, Paul, Guillaume, Jeanne et Élisabeth, et les professionnels expérimentés de l'unité d'hospitalisation d'hématologie d'un hôpital universitaire belge francophone. Concrètement, nous tenterons de répondre à notre question de recherche en illustrant nos propos à l'aide d'extraits, brièvement contextualisés, d'interactions verbales<sup>111</sup> : **quelles compétences interactionnelles les nouveaux arrivants utilisent-ils lors de leurs échanges verbaux avec les soignants expérimentés de l'unité d'hospitalisation d'hématologie afin de passer de la situation de vulnérabilité, provoquée par l'entrée dans le métier, à une reconnaissance (pleine, périphérique, absente ou refusée) et à l'octroi d'une place dans le collectif professionnel ?** Notre réponse se composera de trois temps qui font référence aux trois sous-questions évoquées dans l'introduction générale de cette dissertation.

Premièrement, nous tenterons de répondre à la question : comment un nouvel arrivant peut-il être reconnu par et pour ses compétences interactionnelles mises en œuvre lors de ses échanges avec les membres de l'équipe soignante ? Pour ce faire, nous mettrons en évidence les usages de trois compétences professionnelles interactionnelles aidant à la transition : les routines d'adresse, la circulation de l'information et le recours à l'humour. Ces premières réponses sont sociolinguistiques, c'est-à-dire que nous nous concentrons sur des phénomènes linguistiques et sociaux ponctuels au sein de l'interaction. Le septième chapitre est l'occasion d'aborder la phase de familiarisation des six nouveaux arrivants et de montrer que le décodage et l'acquisition de compétences peuvent se réaliser sans accompagnement.

Deuxièmement, nos analyses portent sur des unités sociolinguistiques et techniques, et non plus *stricto sensu* sociolinguistiques : les situations interactionnelles d'accompagnement ayant comme objet un élément linguistique, un événement social ou un acte technique. Ces dernières sont le lieu d'une transmission ou d'une mise en application (semi-)assistée entre un nouvel arrivant et un soignant expérimenté. Le second aide le premier à se familiariser à la

---

<sup>110</sup> L'image de couverture est empruntée à la couverture de l'ouvrage : Allais, Juliette et Goutman, Didier. 2012. *Trouver sa place au travail*. Paris : Eyrolles (Comprendre et Agir). Couverture.

<sup>111</sup> Toutes les interactions verbales étudiées ne sont pas mentionnées. Nous n'utilisons que celles qui illustrent nos analyses. En outre, nous mettrons en évidence à l'aide du soulignement les répliques qui aident à comprendre notre raisonnement.

culture professionnelle de l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Une situation interactionnelle d'accompagnement, qu'elle soit un tutorat ou un compagnonnage, imposé ou sollicité, est une nouvelle situation de vulnérabilité s'ajoutant à celle provoquée par l'entrée dans le métier d'un nouvel arrivant. Néanmoins, elle a pour objectif de contribuer à la quête de reconnaissance en outillant celui-ci soit par la transmission, soit par la mise en application (semi-)assistée, afin qu'il puisse (inter)agir adéquatement dans le collectif. Autrement dit, nous nous demandons quelles formes d'accompagnement par les soignants expérimentés peuvent aider les nouveaux arrivants dans leur quête de reconnaissance.

Et troisièmement, nous consacrerons le neuvième chapitre à la trajectoire professionnelle située des six nouveaux arrivants étudiés. Chacun d'entre eux fait partie d'un binôme reposant sur leur statut actualisé dans le collectif. Cette approche contrastive nous aide à mettre en évidence quel infirmier-stagiaire, entre Serge et Caroline, quel assistant en médecine, entre Paul et Guillaume, et quelle infirmière, entre Jeanne et Élisabeth, réussit sa quête de reconnaissance et se construit des places interactionnelles et institutionnelles lors de ses échanges verbaux avec les soignants expérimentés. À l'aide de l'analyse en trajectoire, nous proposons une réponse à notre troisième sous-question : comment les nouveaux arrivants, au fil des interactions et des différentes places interactionnelles qu'ils y occupent par rapport à leurs interlocuteurs, qui sont des soignants expérimentés, font-ils évoluer leur positionnement de façon à favoriser leur reconnaissance et leur insertion ? Ce dernier chapitre sera l'occasion de revenir sur le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance, que nous présenterons comme non linéaire. En effet, ce passage se compose de multiples épisodes interactionnels non seulement vers la reconnaissance, mais aussi de bifurcations sous la forme de retours à la vulnérabilité ou de bifurcations de la quête de départ.

## Chapitre 7 – Mobiliser ses compétences interactionnelles pour se faire reconnaître

L'objectif principal de ce chapitre est de mettre en évidence les compétences interactionnelles qui favorisent la reconnaissance des six nouveaux arrivants étudiés et celles qui les maintiennent ou les plongent dans une situation de vulnérabilité. Pour ce faire, nous choisissons d'aborder trois compétences interactionnelles dont les usages sont observés lors des échanges entre les six nouveaux arrivants et les membres de l'équipe soignante d'hématologie. Ces compétences portent sur l'adresse, sur la circulation des informations et sur l'humour.

### Introduction

Avant de porter notre attention sur les compétences interactionnelles des nouveaux arrivants, nous tenons à rappeler (1) la sous-question de recherche, à laquelle nous essayons de répondre par l'analyse des trois compétences professionnelles interactionnelles, (2) notre conception de la compétence interactionnelle, et (3) le lien que nous établissons entre elle et le couple vulnérabilité et reconnaissance.

En analysant les usages de trois compétences interactionnelles, nous espérons pouvoir répondre à la sous-question suivante : comment un nouvel arrivant peut-il être reconnu par et pour ses compétences interactionnelles mises en œuvre lors de ses échanges avec les membres de l'équipe soignante ? Cette idée repose sur le fait que les compétences d'un nouvel arrivant lors de son arrivée dans un milieu professionnel ne sont pas toujours adéquates pour (inter)agir. Le nouvel arrivant devra soit ajuster des compétences qu'il a déjà, soit acquérir de nouvelles compétences lors de sa familiarisation avec le collectif et plus particulièrement, lors des interactions verbales entre ses membres.

Afin de comprendre notre analyse des interactions verbales à l'aide de l'outil qu'est la compétence professionnelle interactionnelle, il nous semble opportun de rappeler brièvement ce que nous entendons par cette dernière. Cette définition servira de toile de fond pour notre présentation des résultats. En tant qu'acte, la compétence interactionnelle professionnelle est une ressource (un savoir ou une capacité de type émotionnel, relationnel, linguistique ou actionnel) employée et ancrée dans la relation interactionnelle qui unit le nouvel arrivant et son interlocuteur. Employée et ancrée, cette ressource l'est aussi dans la situation professionnelle dans laquelle elle est utilisée et une personne l'utilise afin d'y réaliser une action, comme une prise de parole au service de la pratique professionnelle, action collective ou individuelle qui

sert à la collectivité. Dans les interactions verbales étudiées, une compétence interactionnelle peut être langagière ou sociale, c'est-à-dire une ressource linguistique ou relationnelle étant donné notre ancrage sociolinguistique. En outre, chaque compétence est considérée comme dynamique et en construction par le nouvel arrivant ainsi que comme située et propre au milieu professionnel, hospitalier dans notre cas.

En entrant dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie, le nouvel arrivant vit une situation de vulnérabilité due, notamment, à un décalage entre ses compétences interactionnelles et celles utilisées par les soignants expérimentés. Afin de se sortir d'une telle situation et de se faire reconnaître, il se familiarise avec le collectif en observant les interactions de ses membres et en s'efforçant d'y décoder leurs routines interactionnelles pour les acquérir. Pour comprendre quelles sont les compétences interactionnelles favorisant la reconnaissance d'un nouvel arrivant ou provoquant la vulnérabilité, nous évoquerons les routines interactionnelles des soignants de l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Nous ne répertorierons pas l'ensemble de celles-ci mais quelques-unes d'entre elles en vue de comprendre les trajectoires professionnelles situées des six nouveaux arrivants sélectionnés. Nous choisissons également les interactions verbales qui nous aident à comprendre comment un nouvel arrivant cherche à être reconnu par ses interlocuteurs, comment il négocie sa place parmi eux et comment il s'efforce de sortir de la vulnérabilité dans laquelle il se trouve.

Les trois compétences interactionnelles sélectionnées sont linguistiques et sociorelationnelles parce que leur usage a des implications sur la relation entre le nouvel arrivant et son interlocuteur, voire même entre le nouvel arrivant et les membres du collectif soignant. Ces trois compétences sont l'adresse entre collègues, le rapport à l'information et l'humour. La sélection de ces compétences repose sur nos observations des interactions verbales auxquelles participent les six nouveaux arrivants étudiés et sur le fait qu'elles font très rarement l'objet d'une situation interactionnelle d'accompagnement, ce qui nous permet d'illustrer l'acquisition en solitaire de ces compétences par les nouveaux arrivants.

Dans ce septième chapitre, les compétences interactionnelles retenues sont présentées d'interaction en interaction, ce qui nous permet de voir une trajectoire professionnelle se tracer. La présentation des compétences ne sera pas exhaustive mais limitée à notre sujet de recherche. Après avoir exposé la compétence interactionnelle selon les soignants expérimentés, nous présenterons comment Serge, Caroline, Paul, Guillaume, Élisabeth et Jeanne emploient les trois

compétences interactionnelles. Autrement dit, recourent-ils de manière adéquate aux routines interactionnelles d'adresse ? Comment contribuent-ils à la transmission de l'information ? Usent-ils de l'humour, cette compétence interactionnelle nécessaire pour faire face à la réalité du travail de soignant ? Chaque binôme sera présenté à l'aide des compétences qui permettent de les définir et de comprendre pourquoi l'un réussit sa quête de reconnaissance alors que l'autre y échoue. Nous clôturerons chaque section en proposant une classification des usages des compétences interactionnelles comme favorisant la reconnaissance ou comme provoquant la vulnérabilité chez le nouvel arrivant qui interagit avec les soignants expérimentés de l'unité d'hospitalisation d'hématologie.

### 1. S'adresser à autrui ou ne pas oser l'interpeler

Les soignants sont amenés dans leur quotidien professionnel à interagir les uns avec les autres afin de mener à bien leurs tâches thérapeutiques, mais comment s'interpellent-ils ? Comment s'adressent-ils à autrui ? L'entrée en relation n'est pas toujours aisée pour un nouvel arrivant qu'il soit expert ou novice. Arrive-t-il à déchiffrer les routines interactionnelles d'adresse caractérisant le collectif et à y recourir adéquatement ? Après l'explicitation des routines interactionnelles d'adresse utilisées par les soignants de l'équipe hématologique, nous décrirons quelques usages des nouveaux arrivants pour illustrer en quoi la compétence d'adresse favorise ou non la reconnaissance. Concrètement, connaissent-ils des difficultés pour déchiffrer les routines d'adresse ? Comment les utilisent-ils ? L'analyse des termes d'adresse nous permet de comprendre en quoi leur emploi peut faciliter ou compromettre l'entrée dans le métier d'un nouvel arrivant.

La présente section ne fera pas état des différentes sortes de termes d'adresse du français moderne ni de leurs fonctions dans une interaction verbale<sup>112</sup>, mais elle sera centrée sur l'acquisition de la compétence d'adresse par les nouveaux arrivants.

---

<sup>112</sup> Pour une explication des termes d'adresse en français, nous vous invitons à consulter les deux références suivantes :

- Collonval, Sophie. 2019. « J'interagis, donc je suis : Enquête sociolinguistique en milieu hospitalier belge francophone ». Dans *Travaux du Cercle Belge de Linguistique*. N°13. En ligne : <https://sites.uclouvain.be/bkl-cbl/fr/publications/travaux-du-cbl/volume-13-2019-3/> (page consultée le 3 novembre 2020).
- Kerbrat-Orecchioni, Catherine (sous la dir. de). 2010. *S'adresser à autrui. Les formes nominales d'adresse en français*. Chambéry : Université de Savoie (Langages, 8).

### 1.1. *Habitudes du collectif soignant*

Pour mener à bien leur travail, les professionnels de l'unité d'hospitalisation d'hématologie échangent entre eux. Afin de rendre possible l'échange, un soignant peut s'adresser à un autre ; ils entrent alors en interaction. Dans cette section, nous proposons les routines interactionnelles d'adresse des soignants d'hématologie, c'est-à-dire leurs usages des déictiques personnels, *tu* et *vous*, en cooccurrence avec les formes d'adresse, telles que le prénom ou la formule *Mme/M. Nom*, comme le préconise Kerbrat-Orecchioni (2010 : 15)<sup>113</sup>. Elles seront répertoriées et éclairées à l'aide des places institutionnelles des interactants.

Les expérimentés de l'unité hématologique d'hospitalisation, toutes places institutionnelles confondues, recourent au tutoiement accompagné du prénom pour s'adresser aux autres membres de l'équipe. Ainsi, une infirmière prénomme et tutoie une autre infirmière, une aide-soignante ou la médecin-chef, ou encore l'infirmière-chef. Outre l'emploi majeur du prénom, d'autres formes nominales d'adresse sont utilisées par les expérimentés : le surnom, le nom et des termes occasionnels affectifs. Ces trois autres sortes de formes d'adresse sont présentées de la plus fréquemment observée à la moins fréquemment. Le surnom est construit à partir du prénom qui a été réduit par une apocope ou par un redoublement d'une syllabe. L'usage du surnom est courant entre les infirmières et les aides-soignantes. C'est le cas également des termes occasionnels affectifs, que sont *ma chérie*, *ma belle* et *poulette*. Un terme occasionnel affectif *les filles* est mobilisé par l'infirmière-chef et la médecin-chef à l'attention des infirmières lorsqu'elles s'apprêtent à annoncer une information importante ou à formuler une remarque. Le nom, lui, est utilisé par les infirmières pour s'adresser, occasionnellement, à Élisabeth. Cet usage a comme fonction de distinguer deux personnes ayant le même prénom (Loiseau 2003 : 418-419), et non de marquer une forme de hiérarchie, ni une complicité virile comme le propose Kerbrat-Orecchioni (2010 : 347).

Si nous observons la combinaison du tutoiement avec les cinq formes nominales d'adresse dans les usages des expérimentés de l'unité d'hospitalisation d'hématologie, nous remarquons deux usages particuliers et peu fréquents. D'une part, nous remarquons que les secrétaires vouvoient et utilisent la formule *Mme/M. Nom* à destination des médecins-chefs, MC1 et MC2. Et d'autre part, les infirmières recourent à la même combinaison de termes

---

<sup>113</sup> L'ensemble des catégories des formes nominales d'adresse sont issues des travaux de Kerbrat-Orecchioni (2010).

d'adresse à destination de MC2 qui est le chef du service d'hématologie, contrairement à MC1 qui est responsable de l'unité d'hospitalisation et qu'elles tutoient et prénomment.

*Interaction dans le bureau médical entre MC1 et Ô11*

**Ô11**      Madame NomMC1? si jamais nous ne sommes que PrénomÔ12 et moi  
**MC1**      mais c'est formida:ble  
**Ô11**      oui hein tout va bien  
**MC1**      c'est le -| principe du citron  
**Ô11**      c'est-à-dire ? / qu'on |- peut presser ?  
**MC1**      on peut -| presser toujours les mêmes  
**Ô11**      non je ne vous autorise pas aujourd'hui (rires) je fais la: revendication  
 (Enregistrement 6 – 30 mai 2016)

Dans les paragraphes précédents, nous avons présenté les routines interactionnelles d'adresse des membres de l'unité d'hospitalisation entre eux. Cependant, nous nous intéressons, dans cette dissertation, également aux nouveaux arrivants qui n'ont pas encore, selon nous, gagné leur place de membre lors de l'enquête ethnographique. Nous proposons donc, avant d'analyser les pratiques de la compétence d'adresse par les nouveaux arrivants, de présenter les termes d'adresse utilisés par les membres du collectif hématologique à l'attention des non-membres<sup>114</sup> qu'ils soient des expérimentés ou des novices.

Quand les soignants de l'équipe d'hématologie s'adressent à des soignants expérimentés qui sont extérieurs au collectif et avec lesquels ils interagissent de manière occasionnelle, ils ont tendance à vouvoyer leur interlocuteur et à utiliser la forme nominale d'adresse *Mme/M. Nom*. Qu'en est-il lorsque les membres de l'équipe s'adressent à un novice ? Comme avec les membres du collectif, ils tutoient et prénomment un novice. Si le tutoiement est unanimement observé dans les interactions verbales collectées, nous relevons deux autres formes nominales d'adresse destinées aux novices : un prénom erroné et un terme occasionnel affectif. Il est possible qu'un novice soit interpellé avec un autre prénom que le sien. En outre, nous observons que les aides-soignantes et les infirmières recourent parfois au terme occasionnel affectif *ma chérie* ou *ma belle* pour désigner les infirmières-stagiaires. Cet usage peut se comprendre, selon nous, par le changement courant de novices au sein de l'unité ainsi que par l'oubli ou le manque d'informations sur l'identité de la stagiaire. Nous observons également que la médecin-chef MC1 et l'infirmière-chef IC1 ont tendance à mobiliser un terme occasionnel affectif, tel que

---

<sup>114</sup> Les soignants offrant un service pour toute l'institution hospitalière comme les brancardiers, les professionnels de l'équipe volante, les infirmières gériatriques et les responsables sont considérés dans cette recherche comme membres de l'équipe soignante étant donné les interactions fréquentes entre eux.

*les gars, les enfants* ou *mon ami*, à l'attention d'un ou de plusieurs médecins-novices afin de souligner une erreur ou un fait important. À la suite de cette forme nominale d'adresse, peut commencer une situation interactionnelle d'accompagnement.

Pour comprendre comment les nouveaux arrivants acquièrent la compétence d'adresse, nous nous posons une série de questions : les routines interactionnelles d'adresse sont-elles transmises explicitement ou doivent-elles faire l'objet d'une familiarisation en solitaire par le nouvel arrivant ? Comment ce dernier s'adresse-t-il aux autres professionnels ? Lors de l'usage d'un déictique personnel ou d'une forme nominale d'adresse y a-t-il une réaction de la part de l'interlocuteur et comment ce dernier s'adresse-t-il à lui en retour ? Par conséquent, nous nous focaliserons sur les difficultés ou non de mobiliser le « bon » terme d'adresse avec son interlocuteur qui potentiellement peut réagir à la suite de l'adresse par le nouvel arrivant. Nous répondrons à ces différentes questions en proposant un double éclairage : le recours à la compétence d'adresse comme facilitant la reconnaissance ou comme provoquant de la vulnérabilité. Pour pouvoir l'expliquer, il nous semble important, encore une fois, de tenir compte des places institutionnelles des interactants.

## 1.2. *État des lieux des nouveaux arrivants*

### 1.2.1. *Serge et Caroline*

Dans ses interactions verbales avec les soignants de l'équipe d'hématologie, Caroline montre une maîtrise approximative des termes d'adresse. Si elle décode l'usage du prénom, son emploi des déictiques est changeant et oscille entre le respect et le non-respect du vouvoiement. Un tel usage fluctuant illustre une situation de vulnérabilité. Quant à Serge, il se montre compétent dans ses usages d'adresse parce qu'il recourt majoritairement à la combinaison *Prénom + vous*. Dans la suite de cette section, nous souhaiterions mettre en évidence les emplois éloignés des routines d'adresse des membres de l'unité d'hospitalisation.

Si la mobilisation de la compétence d'adresse de **Serge** est adéquate par rapport à ce qui est attendu de lui il recourt, néanmoins, occasionnellement au tutoiement et au surnom lors de son adresse à des soignants expérimentés. Dans le cas du tutoiement, nous observons qu'il l'emploie après quelques prises de parole avec l'infirmière référente avec laquelle il travaille ce jour-là, mais il repasse au vouvoiement s'ils ne travaillent plus ensemble à un autre moment, dans la journée ou dans la semaine. Nous observons donc une évolution de courte durée dans l'usage du déictique de deuxième personne, sous la forme d'un passage du vouvoiement au tutoiement. Cette évolution marque une solidarité. Par le retour au vouvoiement, nous

observons une sorte de correction de son usage inédit du *tu* afin de respecter le code d'adresse qui est attendu de lui.

*Interaction dans le couloir entre Serge et I5*

- I5** j'ai tout ça / tu sais quoi je vais aller préparer tout ça au bureau parce qu'il y a une chiée / donc et en même temps je vais prendre tes paramètres
- Serge** ça va
- I5** ça va?
- Serge** tu fais |- d'abord?
- I5** mais comme -| ça euh: on y retourne enfin je veux dire
- Serge** ouais
- I5** moins euh:
- Serge** ça marche
- I5** et puis après con/ toi continue à donner les per os et puis tu me rejoins près des IV mais ici comme elle a beaucoup euh: / je vais faire ça ici sur un truc euh [...] PrénomSerge? / tu sais me rendre normalement il y a une trousse? / et une rampe pour seringue (xx) et une pousseuse pour le [laziks] / parce que: elle n'a pas uriné assez / et ici il faut que je redemande aux médecins parce que: // elle est à trente-huit deux Madame on avait dit quoi au rapport? qu'elle elle avait du [perilstil]?
- Serge** ça et du (xxx)
- I5** je ne suis pas sûre que j'ai tout noté à ce moment-là / j'ai il y avait un |- perflu
- Serge** elle avait trente-sept -| huit et on -| avait rien f/ <I5> trente-s/ -| trente-sept huit et du coup elle n'avait rien reçu
- I5** il n'avait rien fait elle avait eu des [EmOk] quand la dernière fois
- Serge** trente-sept huit? deux poches de plaquettes hier mais il n'a pas reçu de: des [EmOk] moi je pense que c'était hier la dernière fois
- I5** parce que là elle a trente-huit deux donc euh: / je vais refaire une paire d'[EmOk]?
- Serge** ok ben: je vais vous ramener ça et je vais préparer tout ce qu'il faut
- I5** mets des [EmOk] je j'ai pour faire en chambre j'ai des flacons: et |- tout ça
- Serge** ah vous avez -| tout? ce qu'il faut?
- I5** oui mais maintenant euh: elle elle a eu un perflu euh: // je ne sais pas quand
- Serge** il y a une (xx) de hier? / on n'a même pas été
- I5** non non parce -| que ici euh: <Serge> [passage inaudible] -| ben oui mais: -| il y a un flacon <Serge> je ne sais pas vous aider -| de perflu? et ce n'est pas noté / faudrait peut-être qu'on donne un [dafalgā]? je pense
- Serge** on verra
- I5** ouais |- on peut lui donner <Serge> [passage inaudible] -| un [dafalgā] hein

(Enregistrement 450 – 9 février 2017)

Dans cet extrait, nous observons que sur le court laps de temps qui sépare les répliques, Serge passe d'un tutoiement à un vouvoiement qui était exclusivement employé dans les interactions précédentes avec l'infirmière I5.

L'usage des termes d'adresse par **Caroline** est distinct de celui de Serge parce que nous observons son usage plus fréquent du tutoiement et ses hésitations entre l'usage du *vous* et du *tu* lors de ses prises de parole. Afin d'éviter une situation de vulnérabilité causée par un terme d'adresse, Caroline préfère recourir à l'appellatif zéro, ce qui lui permet de ne pas être corrigée

ni mise en vulnérabilité si son usage est inadéquat. Nous remarquons que contrairement à Serge et à l'usage habituel des infirmières-stagiaires, Caroline tutoie les infirmières, même si elle n'a pas été invitée à le faire. Nous ne relevons pas de situations interactionnelles lors desquelles les soignants expérimentés la corrigent ou mentionnent le retour au vouvoiement. Mais nous constatons tout de même qu'elle est la seule à tutoyer les infirmières presque à la première prise de parole.

*Interaction dans le couloir entre Caroline et I9 qui est la référente de la patiente dont Caroline a pris les paramètres*

**Caroline** c'est qui: qui est là: PrénomI9

**I9** oui

**Caroline** je viens te voir parce que: / la madame à la vingt-cinq elle a: des maux de tête

**I9** oui?

**Caroline** très fort voilà [passage inaudible]

**I9** d'accord/ ok

**Caroline** tu vas la voir?

**I9** je vais aller la voir |- si <Caroline> oui -| j'arrive à avoir ce putain d'ordinateur qui veut bien fonctionner

(Enregistrement 93 – 8 juin 2016)

En résumé, nous observons que Serge utilise adéquatement la compétence d'adresse. Ses usages des déictiques et formes nominales d'adresse correspondent aux emplois de la majorité des autres infirmières-stagiaires observées. Caroline, elle, recourt peu ou inadéquatement aux termes d'adresse de l'unité d'hématologie parce qu'elle s'abstient d'utiliser le prénom et le vouvoiement au profit de l'appellatif zéro, ou parce qu'elle recourt au tutoiement plutôt qu'au vouvoiement lorsqu'elle s'adresse à une infirmière.

### 1.2.2. Paul et Guillaume

En ce qui concerne l'usage des routines interactionnelles d'adresse, nous constatons que Guillaume et Paul n'ont pas la même compétence. S'ils respectent tous les deux les usages en vigueur vis-à-vis des médecins en recourant au vouvoiement et au syntagme *Mme/M. Nom*, ils utilisent *Prénom + tu* avec les autres soignants de l'équipe après quelques interactions, voire quelques répliques, seulement pour Paul et après une plus longue familiarisation pour Guillaume.

*Interaction dans le bureau médical entre Paul et I15*

**Paul** ah c'est pas vous qui s/ qui vous occupez ah si de Monsieur NomPatient

**I15** oui

**Paul** Monsieur NomPatient euh on va devoir reprélever des tubes de coag

**I15** oui?

**Paul** pour doser des facteurs / euh donc je t'ai fait aussi une prescription / ac/ euh tout de suite

**I15** ok  
**Paul** elle est faite euh et c'est euh pour euh avoir trois+ tubes? de coag donc c'est les bleus au citrate hein  
**I15** ah? pour savoir  
**Paul** non ce n'est pas pour ça  
**I15** ok  
**Paul** euh ça ce sera peut-être: lundi / peut-être / par/ parce que n'est pas encore euh certain  
**I15** pas certain  
 (Enregistrement 65 – 3 juin 2016)

**Guillaume**, lui, emploie majoritairement le vouvoiement et le prénom pour s'adresser aux autres soignants que les médecins. Certaines infirmières, d'ailleurs, le vouvoient et l'appellent *Monsieur*.

*Interaction dans le couloir entre IV18 et Guillaume*

**IV18** excusez-moi / Monsieur? / vous vous occupez? de Monsieur NomPatient?  
**Guillaume** oui  
**IV18** parce qu'on a scruté sa pompe à insuline mais on n'a pas trouvé de schéma  
**Guillaume** oui il y a je mets ça dès que mon ordinateur |- refonctionne je n'ai pas su le faire avant  
**IV18** ok ah: ok parce que j'ai pris son: -| sa glycémie |- et <Guillaume> oui -| il est à cent-soixante  
 (Enregistrement 507 – 5 avril 2017)

Ce n'est qu'après un mois que nous observerons Guillaume utiliser la routine interactionnelle d'adresse *Prénom* + *tu* à destination des aides-soignantes et des infirmières.

*Interaction dans le couloir devant le poste infirmier entre Guillaume et I3*

**Guillaume** tu as vu PrénomI3 le dossier  
**I3** ça doit être PrénomI28 qui l'a s'il n'est pas là-dedans / à moins que: il ne soit dans le dans l'autre chariot  
**SI27** il est euh sur euh  
**I3** ah il est là PrénomGuillaume il est par là dans la salle de garde  
**Guillaume** ouais // il est là?  
**I3** non: dans la salle de garde euh:  
**Guillaume** je rentre là  
**I3** ouais  
 (Enregistrement 573 – 21 avril 2017)

L'usage de la compétence d'adresse par Guillaume n'est pas adéquat aux habitudes des membres de l'unité dans ces premières interactions non seulement en ce qui concerne les termes d'adresse utilisés, mais aussi la manière indirecte avec laquelle il s'adresse aux personnes concernées.

*Staff médical matinal dans la salle de réunion médicale entre Guillaume, MC1, K4 et K5*

**Guillaume** est-ce que est-ce que les les kinés l'aspirent? euh  
**MC1** les kinés sont là tu |- peux leur parler directement <K4> (rires) -|  
**Guillaume** ah\

**MC1** (rires) tu n'es pas obligé de le faire (rires)  
**Guillaume** est-ce qu'on a essayé de l'asp/  
**K5** elle a elle a déjà été aspirée mais jusque là il n'y avait plus besoin?  
**K4** non  
**K5** parce que mardi elle euh elle euh elle arrivait quand même à tousser  
**Guillaume** ouais  
**K5** mais ce qu'il y a c'est que même si elle tousse+ ce n'est pas dit qu'elle avale correctement  
**Guillaume** ouais  
**K4** voilà ouais / t'as l'impression qu'elle tousse ça reste là  
**Guillaume** ouais  
**K4** et puis ça ne la dérange plus elle+ et au final t'aurais envie de cracher pour elle ou d'avaler pour elle mais / ça |- glougloute <Guillaume> ah oui -| au final juste |- dans <Guillaume> ouais -| la gorge quoi  
**MC1** mmh  
(Enregistrement 513 – 6 avril 2017)

Il a du mal à décoder les routines d'adresse et à les utiliser. Nous faisons un constat similaire avec l'usage de sa compétence d'adresse envers l'assistante As6 et les médecins-stagiaires qui se surnomment facilement alors que Guillaume, lui, conserve l'usage du prénom, voire se trompe de prénom lorsqu'il s'adresse à une médecin-stagiaire (Enregistrement 520 – 6 avril 2017). Elle lui répondra tout de même malgré son erreur.

**Paul** ne rencontre pas de difficultés du point de vue de ses adresses aux autres soignants. Le prénom qu'il utilise avec tous les soignants, sauf avec les médecins, est même remplacé au fur et mesure des interactions par le surnom, souvent réciproque, avec les aides-soignantes, les assistantes, les infirmières et les médecins-stagiaires. Cette liste d'interlocuteurs n'est pas exhaustive. Cette solidarité d'adresse se retrouve également dans ses interactions à l'égard du médecin M1. Il le tutoie et le prénomme non dans la volonté de transgresser les codes d'adresse mais de recourir aux mêmes pratiques linguistiques qu'As1 qui le tutoie et le prénomme à la suite d'une collaboration antérieure en tant que stagiaire lorsque M1 était lui-même assistant.

Si les usages des routines interactionnelles d'adresse sont respectés distinctement par les deux assistants en médecine – Paul se montrant plus compétent et plus solidaire que Guillaume –, nous observons néanmoins que Guillaume acquiert finalement les usages d'adresse du service.

### 1.2.3. Jeanne et Élis

Jeanne et Élis ont déchiffré seules les routines d'adresse de l'unité d'hospitalisation d'hématologie et elles se montrent compétentes interactionnellement dans leurs usages. En effet, elles utilisent, comme les expérimentés, le prénom et le tutoiement pour s'adresser aux soignants de l'équipe, toutes places institutionnelles confondues. Lorsqu'elles s'adressent à un membre extérieur, elles recourent au vouvoiement et à la formule *Mme/M. Nom*.

*Interaction dans le couloir devant le poste infirmier entre Élis et M12, médecin extérieur à l'unité d'hospitalisation d'hématologie*

**Élis** bonjour Monsieur |- NomM12 <M12> bonjour -| vous allez bien?

**M12** oui toi aussi?

**Élis** oui ça va nickel merci

(Enregistrement 296 – 12 octobre 2016)

Nous observons que leur usage des formes nominales d'adresse évolue de la même manière. Les jours avançant et les interactions se multipliant, Jeanne et Élis créent des affinités avec certains soignants expérimentés (médecins, infirmières, aides-soignantes et assistantes) qu'elles surnomment plutôt que de les prénommer.

*Interaction dans le poste infirmier entre Élis et AdS6*

**Élis** oh? salut SurnomAdS6

**AdS6** salut

**Élis** comment tu vas?

**AdS6** ça va et toi?

(Enregistrement 126 – 10 juin 2016)

Cette marque de rapprochement, de solidarité, n'est pas rejetée par les expérimentés dans les interactions collectées. Cette évolution marque une reconnaissance de leur compétence et de leur place dans l'unité. Elles sont d'ailleurs surnommées en retour.

En résumé, nous observons que Jeanne et Élis utilisent adéquatement la compétence d'adresse. Leurs usages de termes d'adresse sont de plus en plus solidaires, amenant à l'usage du surnom, et ils correspondent aux emplois de la majorité des autres soignants expérimentés.

### 1.3. Compétence d'adresse favorisant ou non la reconnaissance

**Compétence favorisant la reconnaissance.** Nous remarquons que, de manière générale, les six nouveaux arrivants étudiés ont déchiffré les routines d'adresse propres au collectif hématologique. La familiarisation et plus particulièrement le décodage se sont fait seuls ce qui permet de comprendre les hésitations dans l'emploi des déictiques de personne ou dans l'usage du prénom comme forme nominale d'adresse. Durant la familiarisation, les

nouveaux arrivants se sont efforcés de comprendre comment ils devaient s'adresser aux membres du collectif. Pour les aider dans cette tâche, la situation de premiers contacts leur a permis d'accéder à la présentation de leur interlocuteur. Nous constatons que l'ensemble des soignants expérimentés se présentent à l'aide de leur prénom aux nouveaux arrivants qui font de même en retour. Seuls, les médecins et les cheffes, infirmière et médecin, utilisent leurs prénom et nom. À la suite d'un tel usage des formes nominales d'adresse lors de la présentation, les nouveaux arrivants observent de quelle manière les membres du collectif se nomment durant leurs interactions verbales. Ils entendent quasiment exclusivement l'usage du prénom. C'est donc la seule source d'information sur l'identité dont ils disposent.

*Staff médical matinal dans la salle de réunion médicale entre Guillaume, IC1, IC3, K3, K4, K5, M3 et MC1*

**MC1** bon ben on va faire les présentations donc euh PrénomIC3 est notre nouvelle+ euh cheffe infirmière? / donc tu fais un double pendant

**IC3** jusqu'au dix mai |- jusqu'au+ onze mai+ onze mai

**IC1** jusqu'au: / jusqu'au -| onze mai une dizaine de jours

**MC1** ouais

**IC1** ouais

**MC1** PrénomGuillaume est notre: premier assistant de l'éta:ge / PrénomAs6 n'est pas là parce que elle s'est mariée ce weekend donc elle sera là demain normalement stagiaire stagiaire Docteur NomM3

**K4** PrénomK4 la kiné

**MC1** PrénomK4 la |- kiné tu connais <M3> PrénomK3 la kiné -| voilà voilà voilà et PrénomK5 que tu connais déjà aussi

(Enregistrement 596 – 2 mai 2017)

*Interaction dans la salle de réunion médicale entre As6, Guillaume, K4 et K5*

**K5** vos prénoms c'est comment?

**As6** PrénomAs6 / PrénomAs6

**K5** et toi?

**Guillaume.** PrénomGuillaume

(Enregistrement 496 – 4 avril 2017)

Après cette familiarisation, les nouveaux arrivants passent à la phase de reconnaissance et ils recourent aux prénoms des soignants avec lesquels ils souhaitent interagir. Un tel comportement d'adresse est observé chez les six nouveaux arrivants. Les seuls interactants qui ne sont pas adressés à l'aide du prénom sont les médecins et ce, par les assistants et stagiaires en médecine. En effet, Paul et Guillaume, comme les autres médecins-novices observés, emploient le syntagme nominal complexe *Mme/M. Nom* à l'attention des médecins.

*Interaction dans le bureau médical entre Guillaume et MC1*

**MC1** bien euh:? / Guillaume on en verra deux avec toi de ce côté-ci? NomPatient et NomPatiente

**Guillaume** mmh [...]

**MC1** ça va? euh: quand tu es prêt

**Guillaume** ça va euh c'est quand vous voulez moi: [...] Madame NomMC1 quel est en fait euh dans le cadre d'une allogreffe euh: la VOD plus précoce (xxx) à partir de de de quel jour

(Enregistrement 515 – 6 avril 2017)

Élisa et Jeanne, elles, prénomment les médecins de l'équipe et elles les tutoient. Quant à Serge et Caroline, ils ne sont pas observés en interaction avec un médecin durant l'enquête ethnographique.

Même si les nouveaux arrivants décodent ces deux sortes de formes nominales d'adresse, nous remarquons que les quatre novices étudiés – Serge, Caroline, Paul et Guillaume – utilisent moins couramment les formes d'adresse que les experts. Cet usage d'une forme nominale d'adresse *zéro* peut s'expliquer par le peu d'informations disponibles pour les novices à propos de l'identité de leur interlocuteur et par leur tendance d'entrer en interaction plutôt en s'excusant ou en posant une question directement lors de leur prise de parole. Le recours à cette forme nominale d'adresse peut également être l'illustration des difficultés rencontrées pour déchiffrer les routines d'adresse de l'équipe. Cependant, au fur et à mesure des interactions, nous remarquons qu'ils mobilisent de plus en plus des déictiques personnels et des formes nominales d'adresse pour interpeller les autres soignants.

Nous observons trois associations fréquentes lors de l'adresse aux soignants expérimentés : (1) *Prénom + tu*, (2) *Prénom + vous*, et (3) *Mme/M. Nom + vous*. Nous regroupons la deuxième et la troisième combinaisons qui sont réalisées respectivement par les infirmières-stagiaires à destination des infirmières, des aides-soignantes et aides logistiques ainsi que par les assistants et stagiaires en médecine à l'attention des médecins. Le vouvoiement illustre selon nous la relation asymétrique, du point de vue des places institutionnelles, entre les novices et les experts.

*Interaction dans le couloir juste après le rapport de transmission entre Serge et I19*

**Serge** PrénomI19 euh je vous rejoins hein / je fais |- les <I19> ah -| paramètres et:

**I19** ah tu travailles avec moi?

**Serge** oui

**I19** ok ça va

(Enregistrement 421 – 6 février 2017)

Quant à la combinaison *Prénom + tu*, elle est utilisée « immédiatement » par Élisa et Jeanne dans le respect des routines interactionnelles d'adresse des infirmières expérimentées. Paul emploiera progressivement cette association de termes d'adresse avec les infirmières, aides-soignantes et aides logistiques en abandonnant le *Prénom + vous* après avoir négocié

explicitement<sup>115</sup> ou non le passage du vouvoiement au tutoiement. Ce passage illustre une certaine reconnaissance, selon nous, mais aussi une certaine solidarité qui se construit entre Paul et une partie des membres du service. Cette solidarité peut être considérée comme en évolution puisque le changement de déictiques apparaît après quelques semaines, comme le passage du *Prénom* au *Surnom* avec certaines infirmières.

*Interaction dans le couloir entre Paul et I1*

**I1** PrénomPaul? tu veux quoi? comme euh perf euh chez NomPatiente [...]

**Paul** oui PrénomI1 il faut que je faut que |- je calcule je ne sais pas encore dilue-le <I1> c'est en vingt-quatre (xxx) -| dans vingt-quatre normalement

(Enregistrement 10 – 30 mai 2016)

Par conséquent, Paul tisse une relation plus solidaire avec quelques soignants de l'équipe. Nous observons que cette solidarité est marquée également par l'usage plus « précoce » des surnoms des infirmières et aides-soignantes par Élisabeth et par Jeanne.

Nous observons que cette solidarité se marque en retour lors de l'adresse des interlocuteurs à Paul, à Jeanne et à Élisabeth par l'usage de surnoms ou de termes affectifs, par exemple.

*Interaction dans le couloir entre Jeanne et I5*

**I5** tu as des gobelets à médicaments? toi poulette / il n'y en a plus dans la réserve

**Jeanne** tiens t'en veux?

**I5** il n'y en a plus là-bas oh oui [...] c'est bien gentil

(Enregistrement 594 – 2 mai 2017)

En retour, les soignantes expérimentées non seulement les tutoient, mais aussi les prénomment ou les surnomment soit à l'aide d'un diminutif de leur prénom, soit à l'aide d'un terme occasionnel affectif, soit à l'aide d'un surnom humoristique, soit une forme nominale d'adresse complexe qui souligne les qualités du nouvel arrivant. Ce dernier type d'adresse peut être illustré à l'aide d'une interaction entre Paul et MC1 qui souligne l'usage adéquat de sa

---

<sup>115</sup> Nous n'avons malheureusement pas été témoin d'une interaction verbale de négociation des termes d'adresse entre Paul et les soignants expérimentés. Mais nous postulons qu'une telle situation doit avoir eu lieu étant donné notre observation d'une négociation entre l'assistante As4 et l'infirmière I9.

*Interaction devant le poste infirmier entre As4 et I9*

**As4** pensez-vous que vous pouvez réaliser une bio supplémentaire ce matin parce que j'ai oublié de la valider hier soir?

**I9** vous pouvez me tutoyer, vous savez / ce sera plus facile pour travailler

**As4** d'accord merci j'avoue que ce sera plus facile / vous pouvez enfin tu peux aussi me tutoyer

**I9** je fais la bio dès que j'ai fini les pansements de Monsieur Nompatient à la chambre NuméroChambre

(Notes de terrain – octobre 2016)

compétence professionnelle lors d'un contexte de soins. Pour ce faire, elle emploie la forme nominale d'adresse *le bon Docteur NomPaul* qui marque la qualité d'un acte réalisé ainsi que la reconnaissance d'une compétence mobilisée par Paul. L'importance accordée aux termes d'adresse des interlocuteurs des nouveaux arrivants nous permet de mettre en évidence également, selon nous, leur compétence d'adresse comme étant adéquate au côté d'autres compétences.

**Compétence d'adresse provoquant de la vulnérabilité.** Les usages de la compétence d'adresse de Caroline nous aident à illustrer en quoi le recours aux déictiques et formes nominales d'adresse peut être jugé comme inadéquat. Comme d'autres nouveaux arrivants, nous remarquons que Caroline peine à déchiffrer les routines interactionnelles d'adresse des soignants de l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Par conséquent, elle utilisera davantage la forme nominale d'adresse *zéro* lors de ses interactions. Comme nous le verrons dans l'échange suivant, l'infirmière-stagiaire n'entre pas en interaction mais elle attend que sa présence silencieuse amène à une interaction.

*Interaction dans le couloir entre Paul et Caroline qui vient se placer à côté de lui sans prendre la parole et sans le solliciter*

**Paul** t'as une question particulière?

**Caroline** non non j'attends |- le:

**Paul** ah+ -| pardon, mais je |- vais on va se <Caroline> pour le signer -| bouger  
hein

**Caroline** tout |- juste

**Paul** ah non -| c'est celle-là

**Caroline** voilà je vous laisse tranquille

*(Enregistrement 16 – 31 mai 2016)*

Le recours au prénom sera tardif, mais elle l'utilisera plus fréquemment avec une infirmière ou une aide-soignante qui l'a supervisée ou qui l'a accompagnée durant un acte technique.

Le tutoiement pourra être sujet à des hésitations de la part des nouveaux arrivants puisque les routines d'adresse n'ont pas fait l'objet d'une explication de la part des membres du collectif soignant. Ainsi, Caroline et Serge hésitent dans leur choix du déictique personnel avec les infirmières. Cette hésitation se marque soit par le passage du *vous* au *tu* en repassant au *vous*, comme le fait Serge, soit par l'adoption du tutoiement à la suite d'une collaboration plus longue, comme ils le font tous les deux, soit par le choix de tutoyer – presque d'emblée et sans négociation, comme le fait Caroline. Cette hésitation dans le choix du pronom illustre une difficulté à se positionner par rapport à son interlocuteur et *in fine* une sorte de vulnérabilité :

les routines d'adresse doivent-elles être identiques à celles des expérimentés ou doivent-elles être adaptées ?

*Interaction dans le couloir entre Caroline et I19*

**Caroline** le numéro tu v/ c'est là?

**I19** normalement euh c'est ça oui si tu veux / ça va?

**Caroline** merci / et ça ce que je lis là c'est des euh

**I19** c'est quoi que t'as?

*(Enregistrement 124 – 10 juin 2016)*

Durant une situation interactionnelle, un soignant expérimenté parle avec d'autres soignants de ce qu'a fait ou a dit un nouvel arrivant. Si nous prenons l'exemple de Serge, il est nommé à l'aide de son prénom. Caroline, elle, est mentionnée à l'aide de sa fonction, *l'étudiante*. Une telle dépersonnalisation est, en partie, une marque de non-reconnaissance des compétences de Caroline. Cet usage, vecteur de vulnérabilité, est observé à l'attention d'autres infirmières-stagiaires et de novices en médecine durant l'enquête ethnographique.

Concernant les formes nominales d'adresse à l'attention des nouveaux arrivants, nous observons que certains expérimentés utilisent, en plus du prénom et de la fonction, le terme affectif *ma belle*. Selon nous, il est associé à une non-(re)connaissance ou un oubli du prénom du nouvel arrivant. Nous n'observerons pas l'usage de terme affectif à destination de Serge, contrairement à Caroline.

*AdS1 est dans l'embrasure de la porte d'une chambre en isolement et elle demande à Caroline, qui est dans le couloir, de lui fournir du matériel*

**AdS1** on peut juste lui redonner un petit sac ici ma belle

**Caroline** un petit sac à déchet? c'est en bas?

**AdS1** oui ce sont les sachets verts

*(Enregistrement 117 – 10 juin 2016)*

Si certains soignants expérimentés privilégient le terme affectif, d'autres redemandent aux nouveaux arrivants explicitement leur prénom.

*Interaction dans le couloir entre AdS4 et Caroline*

**AdS4** euh: / excuse-moi rappelle-moi ton prénom

**Caroline** PrénomCaroline

**AdS4** PrénomCaroline ok (rires)

*(Enregistrement 97 – 9 juin 2016)*

Lors de ses échanges avec Paul et Guillaume, les médecin-chef MC1 et infirmière-chef IC1 recourent à des termes occasionnels affectifs, *mon ami* et *fieu*, et des formes nominales générales, *les enfants* et *les gars* pour les mettre en garde de ne pas oublier une information importante ou pour leur signaler une erreur.

*Interaction dans le bureau médical entre Paul, As1, MC1 et SM1*

**MC1** voilà bon les gars il faut qu'on y aille

**As1** oui

**Paul** mh / oui

**MC1** rappel à l'ordre // et à la méthode

(Enregistrement 43 – 1<sup>er</sup> juin 2016)

*Interaction dans le bureau médical entre IC1, MC1, As6 et Guillaume qui ont oublié des bios ; IC1 installe une sanction pécuniaire pour l'oubli*

**IC1** alors les gars // à partir de lundi on paie // l'apprentissage

**MC1** ce n'est pas grave c'est la c'est la première semaine

**IC1** donc PrénomAs6 tu vas venir faire ton bon puis tu iras en chambre

**MC1** (rires)

(Enregistrement 503 – 5 avril 2017)

Nous observons que Serge se retrouve dans une situation similaire avec l'infirmière Élisabeth qui va le placer dans une situation vulnérable en s'adressant à lui à l'aide du terme affectif *mec* pour lui signaler une erreur et le remettre sur le bon chemin.

*Interaction dans le couloir entre Serge et Élisabeth*

**Élisabeth** ouais: ouais ouais euh mec+ non hein

**Serge** comment

**Élisabeth** ouais euh montre-moi pour voir il y a sûrement pas des comme ça / tu fais la moitié c'est ça? [passage inaudible] regarde c'est des trucs euh regarde [passage inaudible]

(Enregistrement 442 – 8 février 2017)

La compétence d'adresse peut donc aider les nouveaux arrivants dans leur quête de reconnaissance, ou non. Pour comprendre cette compétence, nous avons insisté sur le versant interactionnel. En effet, nous postulons que les termes d'adresse utilisés en retour par les expérimentés nous donnent des informations sur l'éventuelle reconnaissance ou la vulnérabilité des nouveaux arrivants. Au moyen des différents exemples, nous souhaitons illustrer que par leur usage de la compétence d'adresse, Serge, Caroline, Paul, Guillaume, Élisabeth et Jeanne tendent vers la reconnaissance, ou sont maintenus dans une situation de vulnérabilité, ou la vivent à nouveau. Nous pouvons néanmoins observer un passage vers la reconnaissance pour Serge, Paul, Élisabeth et Jeanne par l'évolution dans l'usage de certains termes d'adresse dans le respect des habitudes d'adresse du collectif.

Le choix de traiter des termes d'adresse comme routines interactionnelles est restrictif et subjectif mais nous souhaitons illustrer le jeu interactionnel qui se négocie entre les nouveaux arrivants et leurs interlocuteurs non seulement dès l'entrée dans le milieu de travail, mais aussi dès l'entrée en interaction. Nous aurions pu évoquer la question du parler hospitalier comme routine interactionnelle à déchiffrer et comme marque de reconnaissance ou de

vulnérabilité. Mais le parler hospitalier ne nous permettait pas d’aborder le profil des six nouveaux arrivants parce que nous avons relevé des difficultés explicites uniquement chez Caroline et Élisabeth, dues aux termes distincts entre le lexique français et le lexique belge.

## 2. Faire circuler les informations ou ne pas les donner

### 2.1. *Habitudes du collectif soignant*

**Dans un milieu hospitalier**, la transmission des informations entre les soignants est une compétence interactionnelle essentielle pour le bien-être des patients. En effet, le travail des professionnels en hôpital s’organise selon une répartition temporelle afin d’assurer un suivi permanent des soins. Comme explicité dans le cinquième chapitre, cette distribution du temps de travail prend la forme soit de pauses pour les infirmières, soit de tours de garde pour les médecins, par exemple. En vue de permettre les soins en continu, les différentes équipes infirmière et médicale se relaient et font circuler les informations de traitements et d’états du patient durant des réunions de relève<sup>116</sup>, appelées des rapports de transmission pour les infirmières et des staffs pour les médecins. Si les premiers rassemblent généralement des infirmières<sup>117</sup>, les seconds sont des réunions de concertation multidisciplinaire où discutent des médecins, novices et experts, avec une infirmière et des kinésithérapeutes. Elles sont donc l’occasion d’un échange entre des soignants de différents statuts, portant sur le projet de soins des patients. Du point de vue du contexte institutionnel, nous constatons que la transmission d’informations entre les soignants de statuts identiques et différents au sein d’une même équipe et même entre des équipes issues d’unités de soins distinctes est primordiale pour le bon déroulement du séjour des patients et pour la réalisation des tâches professionnelles.

*Interaction dans le couloir devant le poste infirmier entre IC1 et I15*

**I15** euh: PrénomIC1 quand je |- reprends <IC1> oui -| la pompe de [lizâksja] je dois mettre un (passage inaudible)

**IC1** ah? oui donc tu fais euh: euh:

**I15** (passage inaudible)

**IC1** oui+ oui mais il est épuisé c’est juste et donc voilà et euh normalement donc tu vas: il va te mettre euh il va tartiner son (xxx) mais j’ai mis un petit mot parce que bon / tu mets un petit mot pour qu’on soit attentif

(Enregistrement 503 – 5 avril 2017)

<sup>116</sup> Les situations de relève font l’objet de l’ouvrage de Grosjean, Michèle et Lacoste, Michèle. 1999. *Communication et intelligence collective. Le travail à l’hôpital*. Paris : Presses Universitaires de France (Le travail humain). Nous y retrouvons l’importance de l’information, qui est également soulignée par Carcassonne et Gladys (2006 : 220-221).

<sup>117</sup> Nous observons occasionnellement la présence d’une aide-soignante ou d’une infirmière-stagiaire durant le rapport de transmission infirmier.

Comme nous le voyons dans la dernière réplique, IC1 mentionne la présence d'un mot écrit pour mettre en évidence et pour rappeler une situation particulière à laquelle les soignants doivent être attentifs.

En ce qui concerne le contexte communautaire, nous observons que les situations de concertation d'informations sont présentes **dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie**. Chaque jour, les infirmières et aides-soignantes se réunissent lors de la transition entre chaque pause pour participer au rapport de transmission. En outre, tous les matins, les médecins, infirmières et kinésithérapeutes se réunissent pour faire le tour des patients de l'unité et pour parler de leur état ainsi que des thérapies et actes à visée diagnostique du jour. Ces deux instants de partage d'informations sont observés dans plusieurs services de l'hôpital universitaire belge francophone dans lequel nous avons mené l'enquête ethnographique. Nous constatons qu'en plus des deux types de rapports de transmission évoqués, les soignants de l'équipe hématologique se réunissent à d'autres occasions : le mardi pour discuter du projet de vie du patient entre les médecins, la psychologue, la diététicienne, les kinésithérapeutes et l'assistante sociale ; le mercredi pour échanger sur une question de médecine interne entre médecins ; et le jeudi entre tous les médecins du service d'hématologie pour passer en revue les pathologies et protocoles de soins des patients. Par l'ajout de ces trois situations de rencontres supplémentaires, nous postulons que la circulation de l'information est un élément caractéristique auquel doivent contribuer les nouveaux arrivants au même titre que les soignants expérimentés, que cela leur plaise ou non.

*Interaction dans le couloir entre la salle de réunion médicale et le bureau médical entre Guillaume et As6*

**As6** c'est vraiment une maladie les staffs ici ce n'est pas possible

**Guillaume** il faut c'est une manière de contrôler si: ça se passe bien // donc ici en fait il y a / le staff il y a la? la réunion là mardi il y a la CMO qui est le le staff du jeudi il y a le staff de médecine interne de mercredi euh: qu'est-ce qu'il y a d'autres? le staff de:

*(Enregistrement 582 – 25 avril 2017)*

Nous remarquons également que des soignants sont des relais d'informations, c'est-à-dire que les autres professionnels leur transmettent des informations sur un patient, sur un acte technique, etc. Ces soignants les véhiculent alors en retour aux personnes concernées, si cela s'avère nécessaire. Les professionnels qui endossent ce rôle sont les cheffes, médecin et infirmière, ainsi que l'infirmière administrative qui se trouve, quasiment exclusivement, dans le poste infirmier. Nous pourrions, toutes les trois, les qualifier d'antenne-relais des informations.

Étant donné les contextes institutionnel et communautaire, la transmission d'informations de soins, au sens large, fait l'objet d'une multitude d'**interactions verbales** entre les professionnels de même statut ou de statuts différents. Ce sujet est omniprésent pour garantir la qualité et la continuité des soins. Par conséquent, nous nous demandons comment les nouveaux arrivants acquièrent cette compétence interactionnelle sur le tas, c'est-à-dire comment ils participent à la transmission des informations lors de leurs propres interactions et s'ils y prennent part.

La compétence interactionnelle de type informationnel que nous évoquons jusqu'ici ne recouvre que l'acte de transmission de l'information d'un interactant à un autre au cours d'une interaction. Néanmoins, nous ne pouvons pas la réduire à la seule circulation (Puren 2009). Nous l'entendrons, comme le suggère Puren, comme une ressource qui permet à un (inter)locuteur d'« agir *sur* et *par* l'information en tant qu'acteur social » (2008, 2009). De fait, l'interactant, qu'il soit un nouvel arrivant ou un expérimenté, agit sur l'information en l'identifiant et en l'analysant ainsi qu'il agit par l'information en y recourant adéquatement en fonction du contexte interactionnel (Karsenti et Dumouchel 2010 : 223). Par conséquent, utiliser de manière appropriée sa compétence informationnelle dans une interaction ne revient pas nécessairement à transmettre de l'information ; elle peut s'actualiser sous la forme d'une recherche d'une information nécessaire pour échanger avec un interlocuteur ou sous la forme de silence d'une information inadaptée à l'interaction, par exemple. Dans la définition de la compétence informationnelle de Puren, nous relevons également le qualificatif d'« acteur social » donné à un (inter)locuteur. Cette idée repose sur le fait que ce dernier est responsable de son acte de réception de l'information, de son acte de décodage de l'information et de son acte de sa réutilisation lors d'une prochaine interaction (Puren 2009). Autrement dit, il pourra recevoir et transmettre une information, mais il pourra également la rechercher parce qu'il en a besoin pour une prise de parole ou pour une action (Aillerie 2012). Tout (inter)locuteur emploie donc différemment sa compétence informationnelle en fonction de la situation (inter)actionnelle qui se présente à lui sous la forme de réception ou de transmission, de décodage et d'analyse, ou de recherche de l'information (Creuzé 2010 : 451 ; Karsenti et Dumouchel 2010 : 224). Autrement dit, l'information n'est pas simplement donnée à l'interlocuteur par un locuteur, elle peut être à chercher dans les interactions, à décoder et à adapter à la nouvelle situation interactionnelle (Étienne 2012 : 137).

## 2.2. État des lieux des nouveaux arrivants

### 2.2.1. Serge et Caroline

Serge et Caroline participent chacun à leur manière à la transmission des informations lors de leurs prises de parole. Si nous pouvons considérer Serge comme un supertransmetteur des informations aux infirmières, aides-soignantes et infirmières-stagiaires, nous ne pouvons pas en dire autant de Caroline qui communique très peu, si nous la comparons à Serge. Néanmoins, nous observons une évolution dans son emploi de la compétence informationnelle. Nous présentons, dans cette section, de manière distincte l'usage de cette compétence par Serge et par Caroline.

**Serge** se familiarise rapidement avec la compétence informationnelle, c'est-à-dire qu'il perçoit rapidement l'enjeu de la circulation des informations pour la réussite des tâches professionnelles et des interactions verbales. Si nous l'observons silencieux dans les premiers échanges correspondant à la phase de familiarisation simple, il passe rapidement à la familiarisation avancée en produisant des régulateurs tels que *mmh*, (*ah*) *ouais*, *ça va* etc. Nous pouvons également considérer qu'il teste sa compétence informationnelle lors du rapport de transmission auquel il assiste « passivement » en se montrant détenteur d'une information comme le départ d'un patient qui pouvait sortir, en confirmant une information précédemment formulée par une infirmière, ou en répétant une information transmise et non entendue.

*Rapport de transmission dans la salle de réunion infirmière entre Serge, IV3, I3, I5 et I14*

**I3** donc lui il a: des grosses douleurs surtout dans son côté |- euh:

**I5** chute -| à la |- main <Serge> gauche -| gauche

**I3** gauche ouais voilà // donc euh au matin super mal / euh déjà avant qu'on arrive elle avait mis un paracétamol / puis je commence mon tour j'ai fait un [fI9S] de [kôRamal] parce que ça n'allait pas / puis dans le milieu de matinée il pleurait tellement il avait mal j'ai remis un perfu  
[...]

**I14** t'as donné quoi?

**I3** grosso modo hein |- si tu vois <Serge> hypnotique -| un [zOlpidem] tu ne lui donnes pas

**I14** d'accord

(Enregistrement 390 – 31 janvier 2017)

Il emploie ensuite sa compétence informationnelle pour obtenir des informations ou se montrer détenteur. Ayant ces informations en sa possession, il les transmet aux infirmières, aides-soignantes et infirmières-stagiaires en vue de collaborer à leurs tâches professionnelles. Nous observons donc que la compétence informationnelle ne se réduit pas à la transmission ;

elle se caractérise également par la recherche d’une information nécessaire pour (inter)agir. Ainsi, après avoir pris les paramètres d’un patient, il les communique à l’infirmière avec laquelle il travaille. Il n’hésite pas à expliciter l’état général du patient et même à la questionner sur ce qu’il faudrait mettre en œuvre.

*Interaction dans le couloir entre Serge et Éliisa*

**Serge** PrénomÉliisa / Monsieur NomPatient a une tension à dix-sept neuf  
**Éliisa** Monsieur NomPatient qu’est-ce qu’il a?  
**Serge** une tension à dix-sept neuf mais il n’est pas encore levé  
**Éliisa** d’accord  
**Serge** mais ici il sentait pendant la nuit que: il avait du mal euh à se rendormir après qu’il se soit levé  
**Éliisa** ah

*(Enregistrement 431 – 7 février 2017)*

Même s’il est reconnu comme détenteur et transmetteur des informations, son usage adéquat de la compétence informationnelle repose également sur sa non-omniscience associée à une quête de l’information. Malgré cette non-omniscience, nous observons qu’il s’informe en interrogeant les membres de l’équipe ou en lisant des documents comme ses notes ou le dossier de soins du patient. Il mobilisera tout au long de ses interactions sa compétence informationnelle comme le font les membres du collectif. Dans l’extrait proposé, nous pouvons observer Serge qui s’informe en interrogeant deux infirmières, I28 et I9, en vue d’agir adéquatement.

*Interaction dans le couloir entre Serge et I28*

**Serge** excusez-moi le [n2poZen] il se trouve où au frigo le trois-cents / euh je vais vous |- donner son <I28> chez qui -| nom mais euh: enfin la [sipRo] de: ben je ne sais plus quoi en fait c’est euh: en fait (xxx)  
**I28** c’est PrénomI9 oui ben il faut que t’aïlles demander le bon / normalement il y a un bon comme ça pour le [n2poZen] et si jamais c’est noté qu’on ne l’a jamais reçu on prendra dans un:  
**Serge** d’accord ça marche [15 secondes plus tard, Serge revient près de I28 après avoir interrogé I9] hum  
**I28** alors c’est pour qui?  
**Serge** c’est pour Monsieur NomPatient // et donc vous notez quoi comment ça:  
**I28** voilà on le mentionne on met seringue: de cinquante |- mais:  
**Serge** on peut -| injecter en fait après avoir mis le le [mEtodE]  
**I28** donc on met le glucose oui  
**Serge** oui  
**I28** tu: tu (xx) en première étape tu injectes ça dans ta seringue  
**Serge** d’accord ok  
**I28** puis tu purges  
**Serge** ouais  
**I28** et alors on met ça: donc ça fait vingt millilitres tu dois mettre (xxx)  
**Serge** d’accord ça va

*(Enregistrement 391 – 31 janvier 2017)*

Nous remarquons qu'en tant que « circulateur » d'informations, Serge décode les différentes possibilités de transmission. Il fait passer une information manquante, inconnue ou oubliée par son interlocuteur. Nous pourrions le voir comme étant une sorte de confirmateur et colporteur de l'information. Dans de telles situations interactionnelles, il ne vit pas la vulnérabilité, selon nous. Mais il pourra se retrouver dans une situation de vulnérabilité lorsqu'il peut avoir oublié de transmettre une information. Une telle chose lui sera reprochée et le positionnera dans une situation de vulnérabilité. Dans l'interaction suivante, nous verrons que l'infirmier-stagiaire se défend de cette erreur qu'il n'a pas commise puisqu'il a transmis les paramètres des patients qu'il a vus lors du rapport infirmier.

*Interaction dans le couloir entre Serge et I14*

- I14** il n'y avait pas de température? dans les paramètres?  
**Serge** euh: non  
**I14** si tu me dis les paramètres non?  
**Serge** non de mon côté non ben je vous l'ai: dit euh: au rapport euh je crois  
**I14** ouais de ton côté ouais? et les:  
**Serge** chez les |- autres je ne sais pas  
**I14** tu ne sais pas qui d'autre? a pris les -| paramètres / en fait  
**Serge** euh PrénomSI6 PrénomSI6 ouais

*(Enregistrement 459 – 9 février 2017)*

Serge vit également l'expérience de la vulnérabilité lorsqu'il demande explicitement une information. Pour ce faire, il développe différentes techniques interactionnelles : il reconnaît qu'il ne sait pas et il accepte de rechercher l'information. À l'aide de ces deux stratégies, nous pourrions affirmer que Serge accepte, en quelque sorte, la situation de vulnérabilité dans laquelle il se trouve par rapport aux informations, mais qu'il se met en quête de reconnaissance en cherchant l'information.

*Interaction dans le couloir entre Serge et I19*

- Serge** ouais je vais demander au médecin  
**I19** oui? ou sinon je veux bien aller chercher hein

*(Enregistrement 429 – 6 février 2017)*

Serge reçoit de la reconnaissance du point de vue de sa compétence informationnelle de la part des membres de l'équipe hématologique, parce qu'il se retrouve l'interactant de deux situations inédites dans notre corpus. En effet, il participe activement à un rapport de transmission infirmier et il est une antenne-relais entre les infirmières. Dans le premier cas, il se voit attribuer le rôle de transmetteur lors du rapport de transmission infirmier par I5, sa superviseuse. Nous tenons à mettre en évidence que Serge est le seul novice observé qui réalise une partie du rapport de transmission.

*Interaction dans le couloir entre Serge et I5*

**I5** je te ferai un petit rapport euh du staff euh parce que tantôt tu feras le rapport aux filles de l'après-midi

**Serge** ok |- ça va

**I5** comme moi -| je m'en vais du matin / ça va+?

**Serge** ça va pas de souci

*(Enregistrement 452 – 9 février 2017)*

Et dans le second cas, il sera le messenger d'une information qu'IA1 lui confie à destination d'I5. IA1 confie délibérément une information à Serge même s'il n'en est pas le destinataire. Il est chargé par IA1 et il se charge de la transmettre à son destinataire qui est l'infirmière I5.

*Interaction entre Serge et IA1 suivie par une entre Serge et I5*

**IA1** dis PrénomSerge / quand tu vois SurnomI5 tu peux lui demander euh pour changer les plaids enfin moi elle m'a dit de les enlever

**Serge** je le ferai [820 secondes plus tard] PrénomI5? / il y a: PrénomIA1 qui demandait quand vous vous arrêtez pour diner pour en fonction de l'heure

**I5** oh ben quand on veut hein / il est quelle heure? maintenant

**Serge** midi moins dix

**I5** ben écoute moi si il y a quelqu'un maintenant euh

**Serge** ben peut-être aller voir avec PrénomIA1 alors

**I5** oui je vais y aller

*(Enregistrement 457 – 9 février 2017)*

Avant de mentionner les comportements de Caroline par rapport à la circulation des informations, nous tenons à dresser un résumé des usages de la compétence informationnelle par Serge. Il est un transmetteur d'informations paramétriques, localisatrices, manquantes, inconnues, oubliées ou mal comprises et un confirmateur de certaines d'entre elles. Par son engagement et par le décodage de la compétence informationnelle, Serge est non seulement détenteur d'information qu'il utilise adéquatement en interaction, mais aussi reconnu comme un acteur déterminant dans la transmission, ce qui peut être prouvé par sa participation active au rapport infirmier de transmission. Néanmoins, cette reconnaissance ne l'empêche pas de vivre des situations interactionnelles de vulnérabilité reposant sur son emploi de la compétence informationnelle, comme quand il ne communique pas des informations liées à des tâches qu'il est en train de réaliser ou des informations qu'il détient.

Contrairement à Serge, **Caroline** est moins « soucieuse » de la transmission des informations. Un tel usage de la compétence informationnelle peut s'expliquer par une non-explicitation de l'importance de la circulation des informations par les expérimentés ainsi que par le décodage difficile pour Caroline durant la phase de familiarisation. Pendant ses tâches de soins, nous remarquons qu'elle détient des informations concernant les patients, essentielles pour leur bien-être et leurs soins, mais qu'elle ne les transmet pas. Ce sont les

expérimentés qui doivent l’interroger pour obtenir les informations qu’elle a récoltées. Or, nous observons durant l’enquête ethnographique que la grande majorité des infirmières-stagiaires transmettent directement les informations recueillies à leur infirmière référente.

*Interaction dans le couloir entre Caroline et I13*

**I13** t’as déjà fait dix-sept toi?  
**Caroline** oui  
**I13** et au: vingt il n’y avait rien?  
**Caroline** il n’y a personne  
**I13** ok ça va  
 (Enregistrement 60 – 3 juin 2016)

Si elle ne communique pas oralement les paramètres, elle les note dans leur dossier de soins après les avoir pris (notes de l’enregistrement 29 – 1<sup>er</sup> juin 2016). De manière générale, lors des interactions, nous constatons que l’infirmière-stagiaire s’efface lorsque des personnes discutent. Elle raconte peu et s’exprime peu. Elle discute d’ailleurs peu avec les autres infirmières-stagiaires (notes de l’enregistrement 127 – 10 juin 2016) contrairement à Serge. Caroline travaille de manière plus solitaire.

Néanmoins, nous observons qu’au cours de son stage, une évolution se produit : elle transmet un peu plus d’informations. Cette évolution marque la fin de la familiarisation et surtout le décodage de l’importance de la compétence informationnelle. Nous observons, dans l’interaction suivante, la participation de Caroline à la circulation de l’information en mentionnant à l’infirmière I9 la céphalée de la patiente qu’elle vient de voir.

*Interaction dans le couloir entre Caroline et I9*

**Caroline** c’est qui: qui est là: Prénom I9  
**I9** oui  
**Caroline** je viens te voir parce que: / la madame à la vingt-cinq elle a: des  
maux de tête  
**I9** oui?  
**Caroline** très fort voilà [passage inaudible]  
**I9** d’accord/ ok  
**Caroline** tu vas la voir?  
**I9** je vais aller la voir |- si <Caroline> oui -| j’arrive à avoir ce putain  
 d’ordinateur qui veut bien fonctionner  
 (Enregistrement 93 – 8 juin 2016)

Outre cette évolution, nous observons deux situations interactionnelles inattendues de transmission d’informations et inappropriées par rapport aux habitudes du collectif. D’une part, Caroline fait circuler une information de l’état peu reluisant d’un patient auprès de l’assistante As1, alors que c’est le rôle de l’infirmière référente. Elle fait preuve d’audace et entre dans le bureau médical.

*Interaction dans le bureau médical entre Caroline et As1*

**Caroline** ben je ne sais pas si c'est vous pour Madame NomPatient  
**As1** [passage inaudible] / non  
**Caroline** [passage inaudible]  
**As1** on va aller voir ça  
**Caroline** ça va d'accord  
**As1** et si on essaie de voir comment il est sans sans son o deux  
**Caroline** d'accord  
**As1** voilà  
**Caroline** merci:

*(Enregistrement 77 – 7 juin 2016)*

Et d'autre part, Caroline transmet des informations paramétriques issues d'un patient qu'elle a vu, aux infirmières qui sont en salle de réunion et qui participent au rapport de transmission. Elle se permet donc d'entrer dans la salle de réunion, d'interrompre le rapport et de faire circuler l'information.

*Rapport de transmission infirmier entre Élis, I1 et I4, dans lequel Caroline intervient*

**Caroline** bonjour  
**I1** bonjour  
**Caroline** qui s'occupe de: la première partie là au neuf  
**Élis** ben ce sera PrénomI4? du coup c'est ça?  
**I4** mmh  
**Élis** ouais  
**Caroline** ce sera neuf euh: deux? / euh il y a un changement de cure il avait: dire que sa cure était terminée / sa première poche  
**I4** son PPCR  
**I1** ok merci  
**Caroline** voilà

*(Enregistrement 78 – 7 juin 2016)*

En comparaison avec Serge, Caroline fait moins circuler l'information, de manière volontaire, aux soignants. Pourtant, nous ne pouvons pas la considérer comme n'ayant pas déchiffré l'enjeu de transmettre les informations en plus de les détenir étant donné son évolution.

Quant à la question de la non-omniscience, elle est présente dans le comportement linguistique de Caroline qui reconnaît ne pas maîtriser l'ensemble des informations disponibles, mais elle n'adoptera pas une attitude de quête, aussi proactive que Serge, pour combler le vide informationnel.

*Interaction dans le couloir entre Caroline et IV4*

**IV4** pour le moment tu peux prendre du huit au dix inclus pour les paramètres?  
**Caroline** je ne sais plus qui est dans la neuf  
**IV4** ah oh / tu sais hein parce que nous on est du huit au dix  
**Caroline** je vais prendre les paramètres

*(Enregistrement 45 – 2 juin 2016)*

Cependant, au fur et à mesure des interactions, Caroline se met en quête de l'information en posant des questions aux soignants expérimentés ou en cherchant l'information comme en

témoigne son échange avec l’infirmière I14. Dans l’extrait, l’infirmière-stagiaire a du mal à comprendre les informations pour préparer une combinaison de tubes et de robinets, qui permet une administration des médicaments à l’aide de perfusions et de pompes au patient. Elle se rendra dans la chambre pour reproduire à l’identique cette combinaison.

*Interaction dans le poste infirmier entre Caroline et I14*

**Caroline** donc / trois voies |- il n’y a pas besoin de (xxx) tu veux que j’aille <I14> alors ça? attends je réfléchis hein -| tu veux que j’aille voir?

**I14** non attends euh donc en premier je fais ça? je réfléchis qu’est-ce qu’il nous faut / une r/ une petite rampe sur la voie brune

**Caroline** une petite rampe

**I14** et juste un robinet sur les deux autres voies

**Caroline** un seul

**I14** ouais / parce qu’il n’a qu’une IV qu’une pompe une IV tu vois ce que je veux dire?

**Caroline** je vais aller voir comme ça je verrai

**I14** oui

(Enregistrement 94 – 8 juin 2016)

Après une phase de familiarisation longue, Caroline finit dans les derniers jours de son stage à déchiffrer l’importance de la circulation de l’information. Elle cherchera l’information lorsqu’elle ne la connaît pas et elle transmettra les paramètres des patients. Malgré cette évolution, Caroline ne sera pas reconnue dans tous ses usages de la compétence informationnelle qu’elle mobilise inadéquatement dans des situations interactionnelles, comme son intervention au milieu d’un rapport de transmission infirmier.

### 2.2.2. Paul et Guillaume

Les usages de la compétence informationnelle par les deux assistants sont distincts. Si nous observons une progression allant de la familiarisation simple à la mise en application dans les deux trajectoires d’acquisition de la compétence informationnelle, Guillaume est un assistant qui relaie peu ou mal les informations alors qu’il est détenteur de beaucoup d’entre elles, que ce soit d’un point de vue médical (actes techniques, soins, médicaments) ou du patient (état général, résultats d’analyses, etc.). Paul, lui, transmet les informations aux soignants ; il privilégie une transmission directe pour leur faire part de changement de traitement, de l’heure d’un acte technique ou encore pour demander un soin particulier. Cette transmission peut se faire oralement en direct, par le biais du téléphone ou via une note écrite par mail ou par un post-it déposé sur le chariot d’une infirmière, par exemple.

*Interaction dans le couloir entre Paul et I3 après que Paul l’interpelle dans le couloir*

**I3** ouais

**Paul** t’as vu le post-it? / tu as vu le post-it

**I3** oui oui oui j’ai fait hein j’ai coupé et on reprend à seize heures quart

**Paul** parfait

**I3** j'avais vu  
**Paul** j'ai: j'ai juste changé la: posologie enfin le: le débit dans la: PMI j'ai pas euh |- j'ai stoppé  
**I3** moi j'ai fait -| un report parce qu'en fait je devais changer la poche maintenant  
**Paul** ah super  
**I3** j'ai fait un report |- à seize heures <Paul> c'est magnifique -| trente donc euh ça c'est fait  
**Paul** ça c'est sublime  
**I3** eh oui  
*(Enregistrement 199 – 26 juillet 2016)*

Dans la phase de familiarisation avancée, nous observons les emplois de régulateurs par Paul et Guillaume ; les régulateurs sont cependant plus fréquents chez Paul. Même si leur emploi de la compétence informationnelle les distingue, nous observons qu'aussi bien l'un que l'autre se retrouve dans des situations problématiques, voire de vulnérabilité ou de non-reconnaissance, causées par un problème de communication entre eux et l'équipe infirmière. Dans l'extrait proposé, nous voyons que l'infirmière-chef IC3 a mentionné un problème de médicament rencontré chez un patient lors du staff médical matinal. Quatre heures plus tard, elle constate que rien n'a été changé de la part des médecins et qu'elle n'a pas reçu d'informations à ce propos.

*Rapport de transmission infirmier dans la salle de réunion infirmière entre IC3, I19, I23 et I29*

**IC3** alors lui? -| sur sa table de nuit? il a une boîte d'[ibRytinip] donc c'est un truc de: euh / thérapie ciblée? et il ne sait pas ce qu'il doit en faire? moi non plus j'ai demandé au staff ils m'ont dit oui oui on va regarder mais je viens de vérifier il n'y a rien donc euh  
**I23** (rires)  
**IC3** moi je ne vais pas courir tout le temps après eux euh un moment  
**I19** mais moi je me rappelle qu'il avait déjà ça mais: |- je ne sais pas parfois il est un peu:  
**IC3** écoute / enfin -| un moment? on est des infirmières on n'est pas des médecins non |- plus <I19> mmh -| tu vois? il m'a interpellée en me disant oui j'ai ça en effet je vois la boîte d'[ibRytinip] il me dit je l'ai? je ne sais pas si je dois le prendre ou pas? ben écoute j'ai j'ai posé la question? à un moment euh: voilà  
**I29** et chez lui? il ne le prenait pas alors  
**IC3** oui ça c'est bizarre je ne sais pas en fait ou alors il était oui |- on m'a donné cette boîte-là <I19> oui mais allez dans la PMI -| hier? oui qui? ben je ne sais plus? (rires) ok c'est très clair  
**I19** mais pour moi il les prenait déjà // et il avait déjà de l'[ibRytinip] donc pour moi c'est ça? je me dis que parfois les patients aussi euh:  
**I23** ils ne se prennent pas beaucoup en charge hein  
**I19** et en plus on ne risque pas d'avoir beaucoup d'infos? parce qu'aujourd'hui il n'y a que PrénomGuillaume  
**I23** (rires) mais |- il n'y aura plus <I19> donc voilà? <I11> rohlalalalala -| d'entrée donc ça va (rires)  
**I19** donc voilà les patrons c'est euh: sur appel donc euh  
*(Enregistrement 655 – 4 juillet 2017)*

L'emploi de la compétence informationnelle par Guillaume se marque d'une évolution allant du silence à la prise de parole pour transmettre les informations. Les informations transmises sont souvent sollicitées par une question de la part de son interlocuteur, un médecin ou une infirmière, que ce soit lors d'un échange dans le couloir, dans le bureau médical ou lors d'une réunion.

*Interaction dans le couloir entre Guillaume et I23*

**I23** c'est pour euh: Monsieur NomPatient

**Guillaume** oui

**I23** est-ce que tu sais regarder sa voie centrale il est revenu

**Guillaume** oui

**I23** voilà ça c'est pour Monsieur NomPatient

**Guillaume** oui

**I23** euh: donc sa voie centrale?

**Guillaume** oui? c'est bon ils l'ont fixée encore très ma:l euh

**I23** ah ouais

**Guillaume** j'espère que ça va aller

**I23** d'accord / et alors Monsieur me dit qu'il (xxx)

**Guillaume** mh je regarde

**I23** merci

**Guillaume** Monsieur NomPatient donc j'ai mis les perfus

**I23** d'accord je vais aller les faire

(Enregistrement 560 – 20 avril 2017)

Il lui arrive régulièrement par ailleurs de déposer des documents chez l'infirmière administrative IA1 sans lui expliquer de quoi il ressort sauf si elle le demande, comme nous le voyons dans l'interaction suivante.

*Interaction dans le poste infirmier entre Guillaume et IA1 qui lui dépose un papier*

**IA1** d'accord? euh il doit il doit être à jeun? pour sa:

**Guillaume** euh non je: / c'est euh |- une bio <IA1> d'accord -| mais il doit être à jeun mais l'épouse est au courant

**IA1** oui pas de problème

(Enregistrement 564 – 21 avril 2017)

Mais il progresse dans son usage de la compétence informationnelle pour être plus en adéquation avec les habitudes des expérimentés parce qu'il transmet l'objet des documents à IA1.

*Interaction dans le poste infirmier entre Guillaume et IA1*

**Guillaume** bonjour PrénomIA1

**IA1** bonjour PrénomGuillaume ça va?

**Guillaume** ça va tu vas bien?

**IA1** oui hein

**Guillaume** je te donne ici des demandes pour Monsieur NomPatient donc une radio on va lui faire aussi on aura peut-être besoin de lui faire un scan aussi je pense

**IA1** d'accord

**Guillaume** c'est le bon de la radio euh / ça c'est les |- transfusions?

**IA1** transfu: -|

**Guillaume** voilà chez Madame NomPatiente  
**IA1** oui  
**Guillaume** il va y avoir un scanner j'ai appelé ce matin elle l'aura normalement (xx)  
(Enregistrement 631 – 5 mai 2017)

En outre, nous observons que ses interlocuteurs lors de la transmission des informations sont exclusivement les soignants de l'équipe médicale, novices et experts, ainsi que l'infirmière administrative et occasionnellement l'infirmière-chef. Ces soignants, comme l'infirmière administrative, font circuler à leur tour l'information auprès des autres membres de l'équipe. IA1 a, comme explicité précédemment, le rôle d'antenne-relais. Dans l'extrait suivant, nous observons qu'elle obtient les informations de soins de Guillaume, qu'elle transmet aux infirmières par la suite.

*Interaction devant le poste infirmier entre Guillaume et IA1*  
**Guillaume** et j'ai demandé chez elle+ sa PL je lui ferai c'est un glaucome  
**IA1** un glaucome d'accord oui dans l'autre sens (rires) ok ben je vais préparer ça euh: si on dit aux filles début d'après-midi ça ne t'embête pas? / ben Madame NomPatiente ça va ben non façon faut le temps? euh  
**Guillaume** ben oui faut le temps que:  
**IA1** oui et puis après elle elle est trop vite pour sa voie centrale quoi  
**Guillaume** ouais c'est ça c'est ça  
**IA1** mais je fais une demande  
**Guillaume** ouais ça va ou alors on fait que:  
**IA1** d'abord NomPatiente? et puis Monsieur NomPatient après  
**Guillaume** ça va  
**IA1** oui? je vais tout préparer ça va?  
**Guillaume** ouais  
(Enregistrement 609 – 3 mai 2017)

Même s'il échange de plus en plus fréquemment avec IA1, Guillaume s'adresse très rarement à l'infirmière qui s'occupe du patient. Quand l'assistant a besoin de lui transmettre des informations pour un acte technique et pour rassembler le matériel dont il a besoin, nous l'observons en difficulté interactionnelle. Il est même aidé par la médecin-stagiaire pour se faire comprendre des infirmières.

*Interaction dans le poste infirmier entre Guillaume, IA2 et SM18*  
**Guillaume** dis  
**IA2** oui?  
**Guillaume** est-ce que tu peux demander la / le mot de passe du de l'ordinateur pour des facteurs de coag  
**IA2** hein?  
**SM18** pour une ponction de moelle  
**Guillaume** j'ai besoin des facteurs de coag pour pouvoir faire la ponction de moelle / il y avait un kit pour moi la dernière fois  
**IA2** il y en a un là? par exemple ça c'en est un tu vois là  
(Enregistrement 531 – 7 avril 2017)

Étant donné que Guillaume a des difficultés à utiliser sa compétence informationnelle du point de vue de la transmission, il n'est pas reconnu par les soignants de l'équipe d'hématologie en ce qui concerne sa circulation des informations et le fait de tenir compte des informations qui lui sont confiées (changement dans la prescription informatisée de soins, dans la procédure pour les cures, etc.). Cependant, il est reconnu par les médecins, et surtout par MC1, comme détenteur des informations sur les patients (leur état de santé, les résultats d'actes techniques, les informations des prises de sang, etc.). Cette reconnaissance repose sur son souhait de connaître « à fond » les dossiers des patients avant d'aller en staff médical matinal afin de pouvoir répondre à toute question éventuelle. Il effectue même un premier tour de service chez des patients qui ont l'air de se porter moins bien, par exemple. Il est le seul assistant qui est observé en train de faire le tour du service avant le staff médical matinal.

*Staff médical matinal dans la salle de réunion médicale entre Guillaume, I6, K5, As6 et MC1*

**I6** alors Monsieur NomPatient je n'ai rien à dire?

**MC1** t'as déjà vu ses blancs? à lui

**Guillaume** mh?

**MC1** t'as déjà vu ses blancs? / en |- fait <Guillaume> non -| la question que que j'ai posée? après dans ma tête c'est mais qu'est-ce+ que on ferait de mal à mettre un facteur de |- croissance

**Guillaume** ouais -| / ouais lui disait que ce n'est |- pas ne: z/

**MC1** sauf sauf à gagner -| deux jours |- d'hospitalisation tu t'imagines? <Guillaume> oui / oui -| après soixante-cinq jours:?

**Guillaume** ouais surtout qu'il est mais en fait il n'a pas rép/ parce que moi moi+ moi je lui ai demandé mais pourquoi dans l'article du du: du New England ils disent quand même que la médiane est à trente-deux vous dites par contre que d'habitude vous avez toujours des aplasies euh: de deux mois je crois c'est vrai que / je ne sais pas on va voir comme il est on: parce que la lun/ mardi c'était vraiment (rires) il commence à (xxx) du coup

**MC1** oui hier ça allait hein |- donc il est un petit mieux <Guillaume> hier ça allait mieux -| donc oui?

*(Enregistrement 563 – 21 avril 2017)*

La volonté de Guillaume de maîtriser son sujet trouve son origine, selon nous, dans le fait de ne pas être considéré comme incompetent médicalement par les médecins de l'unité. Malgré ce souhait d'omniscience par rapport à ses patients, nous observons une non-omniscience dans ses usages interactionnels. S'il peut explicitement dire très occasionnellement qu'il ne connaît pas l'information, nous constatons qu'il cherche une réponse soit seul en consultant les dossiers des patients ou les prescriptions, soit en posant des questions aux soignants. Il adopte très fréquemment la recherche seul.

*Staff médical matinal dans la salle de réunion médicale entre Guillaume, I6, K5 et MC1*

**Guillaume** ouais euh NomPatiente en fait euh hier j'ai rappelé le neurologue qui m'a dit qu'il passerait mais je crois qu'il n'est toujours pas passé

**MC1** ça c'est un problème

**Guillaume** ouais je ne sais pas si elle doit revenir en consultation: j'appelle sa neurologue: à NomHôpital |- et elle y va?

**MC1** va: on va -| je je dois regarder le papier de cette dame  
(Enregistrement 552 – 20 avril 2017)

**Paul** est reconnu pour sa compétence informationnelle qu'il utilise non seulement comme détenteur de l'information, mais aussi comme transmetteur aux différents soignants de l'équipe.

*Interaction dans le couloir entre Paul et MC1*

**MC1** on avance du bon côté / bon on va aller voir ton Monsieur Nompatient là regarder un petit peu ses |- urines

**Paul** oui: -| mais j'ai été voir tantôt / c'était bien rouge

**MC1** donc tu vas faire un petit |- lavage: le temps que:

**Paul** quasi pas de [kajo] ben c'est ça que je me posais comme question / je crois que ça va être nécessaire

*[MC1 cherche après le copem du patient]*

**MC1** attends voyons voir Nompatient Nompatient Nompatient

**Paul** Nompatient

**MC1** donc hier nous étions le trente-et-un // voilà / t'as eu les renseignements complémentaires? que les: tes infectiologues

**Paul** euh: ça doit encore être confirmé |- mais elle <MC1> ça va -| attend euh de dire si c'est ok / le BLSE

(Enregistrement 34 – 1<sup>er</sup> juin 2016)

Contrairement à Guillaume, il donne les papiers à l'infirmière administrative en les expliquant.

*Interaction dans le poste infirmier entre Paul et IA1*

**Paul** euh j'ai une petite: demande pour euh son genou / il doit donc aller à la |- radio

**IA1** oui j'ai vu -| t'as la radio

**Paul** surtout la: euh (xxx)

**IA1** c'est des prélèvements?

**Paul** oui les demandes sont marquées dedans

**IA1** quand tu d'accord

**Paul** et je me dis on profiterait bien du fait qu'il soit un peu |- shooté

**IA1** ah oui -| un petit peu shooté |- oui

**Paul** pour euh: -| -| quand t'as le temps pour une ponction

**IA1** et t'as besoin de: euh: -| de quoi?

**Paul** euh: une grosse: verte

**IA1** une grande aiguille euh verte?

**Paul** oui euh oui une comme ça ça devrait aller

**IA1** ah oui

**Paul** est-ce qu'on a: des petits capuchons?

**IA1** ouais désinfectant

**Paul** un masque il faut euh

**IA1** tu restérilises

**Paul** des (xx) euh: (xxx) et je mettrais quand même dans les tubes euh un tube: (claquement de langue) rouge et un mauve?

(Enregistrement 187 – 25 juillet 2016)

Contrairement à Guillaume, il transmet directement et régulièrement à l’infirmière qui s’occupe du patient les changements de traitement ou les informations utiles pour travailler, comme l’heure d’une ponction lombaire.

*Interaction devant le poste infirmier entre Paul et I4*

**Paul** Monsieur Nompatient donc il a du sang pour essayer de lui éviter un lavage / buccal ce qu’on peut faire c’est à travers le [sistokat] injecter une grosse seringue de soixante CC // ok tu tu / ben oui maximum mets peut-être d’en faire |- quelques-unes euh à la fois

**I4** du [skoRys] il a i: -| il n’a pas aimé parce que euh // mais de la nuit ils l’ont déjà fait ça (xx) mais là ce matin j’ai pris euh // y a j’en ai eu: trois / pour |- euh: pour <Paul> oui c’est ça -| toute euh

**Paul** ça revient |- bien ouais

**I4** ça revient -| facilement? t’injectes super facilement? et ça revient

**Paul** ok

**I4** moi j’ai: j’ai eu ce que j’avais injecté donc euh: maintenant

**Paul** allez va parfait si jamais ça venait à changer: n’hésite pas

**I4** je vais vite mettre passer le [melfalā]

(Enregistrement 38 – 1<sup>er</sup> juin 2016)

Il est reconnu par les médecins et assistants en médecine comme détenteur des informations sur les patients (leur état de santé, les actes techniques réalisés, les cures et les pathologies). Il en sera de même pour les infirmières qui viennent s’informer auprès de lui pour faire leur travail.

*Interaction dans le couloir entre Paul et I11*

**Paul** tu veux la bio?

**I11** non non |- je <Paul> ah -| j’ai besoin de toi en général pour |- te poser des questions

**Paul** d’acc bah: je je termine avec monsieur [=un patient] et je viens avec toi

**I11** ça va merci

(Enregistrement 199 – 26 juillet 2016)

Outre les assistantes, les infirmières et les médecins, Paul transmet des informations, sous la forme de mini-cours aux médecins-stagiaires<sup>118</sup>. Ce type d’interactions verbales est l’occasion, pour lui, de partager non seulement ses connaissances médicales, mais aussi les informations dont il dispose concernant le projet de soins et l’état médical de ses patients.

Nous observons que Paul, comme d’autres nouveaux arrivants, manifeste explicitement qu’il n’est pas omniscient que ce soit lors d’une interaction avec un médecin, un assistant ou une médecin-stagiaire, ou encore avec un autre soignant de l’équipe, comme Ô18.

*Interaction dans le bureau médical entre Paul et Ô18*

**Ô18** voilà je maintenant je ne sais pas du tout moi c’est ça je n’ai pas vu ce fils je ne sais pas dans quelle mesure il est prêt parce que les infirmières elles ont beau

<sup>118</sup> Nous observerons dans le huitième chapitre que Paul prend à cœur de former les médecins-stagiaires. Nous pourrions même dire qu’il s’autodésigne comme leur formateur.

passé trois fois par jour? après la nuit le jour ce sera quand même lui quoi qui assumera donc euh

**Paul** donc il y a il me dit qu'il y a CONSTamment une présence

**Ô18** ah? il y a constamment |- une présence donc voilà c'est ça

**Paul** oui donc il y a le fils qui |- travaille mais il y a |- le <Ô18> ouais |- petit-fils ou le petit-neveu je ne sais pas encore euh quoi euh: qui a dit qu'il était qu'il était toujours présent

**Ô18** ah: |- d'accord super olala

**Paul** ça c'était une des conditions |- pour |- euh pouvoir <Ô18> oui ben oui |- rentrer à la |- maison <Ô18> ouais ouais |- déjà à l'ancienne hospit |- mais qu'il <Ô18> d'accord |- y ait une présence euh |- continue <Ô18> ah oui super |- avec possibilité de revenir si euh: si problème |- euh rapidement <Ô18> ah oui super |- mais ça ils n'ont pas très bien compris puisqu'elle est venue après trois jours de fièvre mais bon / on réinsistera

**Ô18** ouais

(Enregistrement 19 – 31 mai 2016)

Il lui arrive d'ailleurs d'être confronté à des imprévus qui peuvent mettre en évidence sa non-omniscience, mais il se met tout de même en quête de trouver une solution soit en posant des questions, comme à MC1 dans l'interaction suivante, soit en cherchant par lui-même.

*Interaction dans le bureau médical entre Paul, MC1 et SM1*

**Paul** nous on a repéré un: pff un petit |- bins

**MC1** tu as |- repéré un bins?

**Paul** oui

**MC1** il faut me dire les bins hein

**Paul** enfin je je dis je mais c'est euh SurnomSM1

[18 secondes plus tard]

**MC1** c'est quoi comme bins?

**Paul** regardez / ici

**MC1** nous sommes dans quelle cure

**Paul** nous sommes dans la RDHAP

**MC1** RDHAP

**Paul** |- première

**MC1** toute+ |- nouvelle oui?

**Paul** il y a ici [deksamEtazon] J un à J quatre / et |- là de J deux à J quatre

**MC1** de J un à J quatre |- oui tout à fait / ce n'est pas un bins

**Paul** ah

**MC1** c'est parce que

**Paul** ah le J un |- il <MC1> là |- est déjà dans le: |- le: <MC1> voilà |- l' |- NomLogiciel

**MC1** la première |- [deksa] la [deksa] du |- jour <Paul> ok |- du vrai jour un elle est mise |- dans: <Paul> NomLogiciel |- NomLogiciel

(Enregistrement 43 – 1<sup>er</sup> juin 2016)

En résumé, nous observons que Paul et Guillaume participent à la transmission des informations lors de leurs interactions avec les membres de l'équipe soignante mais que leur compétence informationnelle est reconnue différemment que ce soit du point de vue de la détention ou de la transmission d'informations, ou que ce soit par leur interlocuteur. Paul est

reconnu comme plus compétent informationnellement que Guillaume parce qu'il contribue à la transmission entre les différents acteurs professionnels et qu'il communique aussi bien avec les médecins, l'infirmière administrative et l'infirmière-chef qu'avec les autres soignants.

*Interaction dans le bureau médical entre Paul et SM1 qui vient d'obtenir des informations par téléphone*

**Paul** donc je vais transmettre [aux infirmières] et continuer le petit tour

**SM1** je peux venir?

**Paul** oui hein

(Enregistrement 37 – 1<sup>er</sup> juin 2016)

Guillaume, lui, travaille davantage en solitaire, ce qui pose des problèmes dans la réalisation des soins pour une équipe de soignants œuvrant au bien-être des mêmes personnes. C'est également seul, la plupart du temps, que Guillaume cherche les informations manquantes alors que Paul n'hésite pas à interroger les autres soignants. Même si Paul est reconnu dans sa compétence informationnelle, il lui arrive de se trouver en situation de vulnérabilité causée par une non-transmission d'informations, aux infirmières par exemple.

*Interaction dans le couloir entre Paul et I9*

**Paul** euh: PrénomPatiente NomPatiente elle est là?

**I9** PrénomPatiente?

**Paul** NomPatiente

**I9** NomPatiente elle est au NuméroChambre elle est à jeun

**Paul** ah c'est |- ça que je voulais <I9> pour son examen -| entendre

**I9** mais elle avait déjà elle avait déjeuné? et depuis lors: donc on l'a mise à jeun parce que ça n'était pas prévu

**Paul** ben oui c'était prévu mais on n'avait pas dit qu'on (xxx) tout ça euh: prescriptions et tout ça t'as?

**I9** oui j'ai oui tout est là je lui mettrai

**Paul** depuis quelle heure?

**I9** euh depuis une demi-heure euh / ben oui on ne le savait pas donc on ne sait pas lui dire

*Interaction dans le couloir entre Paul et MC1*

**Paul** merde

**MC1** qu'est-ce qu'il y a merde euh

**Paul** ben euh: PrénomPatiente NomPatiente

**MC1** oui

**Paul** elle a son pet à midi et quelques? et euh: elle est à jeun depuis maintenant / je sonne pour voir si on sait le déplacer un petit peu? / plus tard?

**MC1** elle a déjeuné?

**Paul** elle a déjeuné et: on vient de changer les perfs

**MC1** ah oui ben ça c'est parce que:

**Paul** ben oui

**MC1** ça n'a pas été euh

**Paul** ben oui ben |- oui ben oui <MC1> anticipé -| je vais essayer de voir avec eux / je vais essayer de le déplacer |- un petit peu <MC1> oui -| ou l'annuler pour une fois

**MC1** voir si c'est pas possible ben: il faudra le

(Enregistrement 184 – 25 juillet 2016)

### 2.2.3. Jeanne et Élis

Jeanne et Élis ont un rapport à l'information qui illustre une acquisition de la compétence informationnelle lors de leurs interactions avec les autres soignants qui peuvent être des infirmières (dont la cheffe), novices ou experts, des aides-soignantes, des médecins, novices ou experts. Afin d'illustrer nos propos, nous mentionnerons les trois composantes de la compétence informationnelle reconnues et utilisées par les membres de l'équipe d'hématologie, à savoir la récolte d'informations, leur transmission et la quête d'informations lors d'une situation non-omnisciente. En outre, nous aborderons la trajectoire de cette compétence selon Élis et selon Jeanne, trajectoire particulière à chacune d'entre elles.

Dès la phase de familiarisation, nous constatons que les deux infirmières nouvellement arrivées déchiffrent l'importance du rapport au savoir pour participer à la vie professionnelle de l'unité d'hospitalisation, c'est-à-dire l'importance de détenir de l'information et de la transmettre. Dans l'interaction proposée, nous observons qu'Élis souligne l'importance d'échanger entre les membres de l'équipe soignante, d'autant plus lorsqu'un problème se présente.

*Interaction dans la salle de réunion infirmière entre Élis et I15*

- Élis** mais PrénomI14 il faut qu'elle y aille? là  
**I15** ben oui mais merde ce n'est pas |- mon côté à moi de: d'accord  
**Élis** ben oui+ mais moi c'est pour ça que je -| pensais que c'était toi je pensais que c'était toi? c'est pour ça puis après on m'a |- dit ben  
**I15** ben non? -| ce n'est pas moi moi je m'arrête à la NuméroChambre  
**Élis** ah mais là il faut |- parler enfin il faut il faut oui  
**I15** moi j'ai juste retiré l'aiguille -| j'ai appelé PrénomPaul? merde quoi  
**Élis** et puis le problème c'est que PrénomPaul c'est un il il est là que depuis deux mois? c'est normal qu'il ne sache pas tout? il faut  
**I15** oui et moi je: je n'ai jamais eu |- ça donc je ne sais pas non plus?  
**Élis** et puis oui il faut appeler la -| cheffe quoi?

*(Enregistrement 24 – 31 mai 2016)*

Elles passent, d'ailleurs, rapidement à la phase de familiarisation avancée lors de laquelle elles recourent à des régulateurs similaires aux autres soignants, tels que *mmh*, *(ah) oui*, *ouais*, *ça va*, *ok* et *d'accord*.

*Interaction dans la salle de réunion infirmière pendant le rapport de transmission*

- I15** un -| caté de dialyse en fémorale droite / donc je ne sais pas non plus ce qu'on va faire de ça si ils vont / une voie centrale machin / euh ah dans les OM il a mis DU par six heures mais il a une sonde vésicale de toute façon donc euh  
**Élis** mmh  
**I15** (respiration) euh donc c'est un patient pour le lever faut quand même être deux hein

*(Enregistrement 2 – 19 mai 2016)*

Après cette phase, elles inscrivent leurs prises de parole dans la phase de reconnaissance puisqu'elles transmettent des informations. Ces dernières sont liées à leurs expériences passées (connaissance des médicaments pour Éliisa et connaissance d'une autre manière d'être une infirmière en hématologie pour Jeanne) pour ensuite porter sur des sujets propres au collectif professionnel. Afin de transmettre le plus adéquatement possible les informations nécessaires pour les soins infirmiers, elles collectent des informations lors des rapports de transmission, auprès des infirmières, des assistantes en médecine, de l'infirmière-chef, de la médecin-chef et de l'infirmière administrative. Enrichies de leurs informations, elles transmettent aux autres soignants, experts ou novices, celles qui sont utiles pour l'interaction verbale ou l'acte thérapeutique à venir.

*Rapport de transmission lors duquel I3 raconte à Jeanne, I17 et I18*

**I3** on a refait ça: on a refait le petit pansement de l'ancien drain aussi / ça ne suinte pas il n'y a rien de spécial / sa+ microsonde donc a été: arrachée on ne m'a pas donné l'ordre de la remettre

**Jeanne** je ne lui remets |- pas hein

**I3** pour le -| moment

**Jeanne** pas trois fois quoi

**I3** on: attend de voir parce que du coup il y a: un: m: contrôle radio qui a déjà été fait demandé? mais+ / on: n'avait pas l'ordre de la remettre |- tu vois?  
<Jeanne> pff -| donc euh / on était toujours en attente ils devaient encore en discuter

**Jeanne** je lui |- avais déjà dit hier en plus

(Enregistrement 615 – 3 mai 2017)

Si elles se montrent compétentes en détenant et en transmettant les informations utiles et nécessaires, elles acceptent de ne pas « tout connaître sur tout » et elles se mettent en quête de l'information manquante soit en posant des questions à un autre soignant, soit en cherchant l'information par elles-mêmes. Ce comportement informationnel est également observé dans les interactions entre deux membres expérimentés de l'équipe hématologique. Un tel comportement peut se comprendre, selon nous, à cause de la répartition temporelle du travail de surveillance permanent des malades. Dans l'interaction entre Jeanne et I15, nous remarquons que la nouvelle arrivante dit explicitement à I15 qu'elle ne connaît plus l'habitude concernant le changement de pots à débit urinaire. Au lieu de commettre une erreur, Jeanne s'informe auprès de l'infirmière expérimentée.

*Interaction dans le couloir entre Jeanne et I15*

**Jeanne** à la: NuméroChambre

**I15** t'y arrives?

**Jeanne** ben j'ai j'ai fait hein j'avais juste une question?

**I15** oui

**Jeanne** pour les: par exemple son débit urinaire pour les pots?

**I15** oui

**Jeanne** euh: les les pots? sont changés? / deux fois semaine? c'est ça

- I15** oui le mardi et le vendredi donc il faut les changer  
**Jeanne** mais oui mais c'était pour ça? mais du coup je n'ai pas fait parce que je ne savais plus et voilà  
**I15** oui il faut les changer aujourd'hui  
**Jeanne** oui c'est ça on prend des nouveaux?  
*(Enregistrement 495 – 4 avril 2017)*

Outre ces usages similaires de la compétence informationnelle, nous remarquons qu'Élisa se distingue de Jeanne. En effet, nous remarquons des situations interactionnelles ne favorisant pas la reconnaissance mais provoquant de la vulnérabilité lors des échanges entre Élisa et les expérimentés. L'origine de la vulnérabilité repose sur un problème de transmission d'informations. Lors du rapport de transmission proposé, il y a eu un problème dans la gestion du traitement dont la cause peut être soit une mauvaise circulation des informations entre Élisa et l'infirmière de nuit, soit une compétence inadéquate de la gestion du dossier de soins informatisé du patient par la nouvelle arrivante. Peu importe la cause, nous constatons que l'usage de la compétence informationnelle d'Élisa est jugé inadéquat du point de vue des habitudes de l'unité d'hématologie et les autres infirmières lui conseillent de vérifier les démarches et les actes informatiques qu'elle a réalisés la veille pour « réparer » une possible erreur.

*Rapport de transmission dans la salle de réunion infirmière entre Élisa, I1, I16 et I3*

- I3** alors elle a une AP en vingt-quatre heures depuis hier elle a une pompe de [litikā] une pompe de [sō] de [sādo] une pompe de [siklo]+ euh sur vitesse deux CC heure  
**I1** tu l'as pas changé hier? la [siklo] toi  
**Élisa** si  
**I3** il y a eu un petit bug  
**Élisa** pourquoi  
**I3** elle l'a changé de la nuit je crois parce que en fait euh / c'était bizarre: euh elle croyait que ça n'avait pas été |- changé et que  
**Élisa** mais si ça a été changé -| la poche était toute neuve je l'ai changée hier |- vers huit heures <I1> tu l'as signée? -| trente  
**I1** |- et tu l'avais signée  
**I3** mais est-ce que -| ça a été signé parce que du coup euh: elle je crois qu'elle a dit hein mais j'ai pas noté parce qu'il n'y avait plus de place  
**I1** la poche n'était pas finie  
**Élisa** ah ben non elle était |- toute pleine  
**I3** non il me semble -| -| qu'elle <I1> non -| l'a changée  
**I1** mmh  
**I3** il me semble qu'elle l'a changée  
**I1** mais -| si elle avait (xx)  
**Élisa** même que je t'ai demandé -| elle est elle est où la -| [siklo] etcétera  
**I3** parce qu'elle avait -| dit: c'était quand même depuis le dimanche  
**Élisa** ah oui non non non  
**I3** donc voilà -| donc elle a changé cette nuit  
**Élisa** ben c'est peut-être moi qui ai pas euh -| checké le truc dans le: la -| PMI  
 <I3> ouais -| alors

- I3** c'est comme la vitesse ce n'était pas la bonne c'était vitesse |- trois
- I16** c'était -| ben c'était |- vitesse deux <Élisa> oui c'était vitesse trois -| dimanche
- I3** eh ben non c'était vitesse deux qu'ils voulaient
- Élisa** ah non |- on on on était vitesse on <I3> alors c'est que t'as pas t'as pas visé le truc alors -| était |- vitesse quatre et |- de <I3> ouais -| vitesse quatre on est passé à vitesse trois dans l'après-midi
- I3** ah ben écoute alors euh en tout cas |- euh elle de la nuit elle a mis vitesse deux parce qu'elle avait vu que c'était vitesse deux
- Élisa** parce que du coup j'ai été révérifié la vitesse avant de partir parce -| que tu vois je me dis ah merde j'ai oublié |- de révérifier la vitesse
- I1** t'avais déjà eu un changement -| mais peut-être que ah avant de partir au soir?
- Élisa** ouais et donc du coup je suis allée remodifier la vitesse parce que de vitesse quatre on était passé à vitesse |- trois
- I1** ah je ne sais -| pas
- I16** oh écoute euh
- Élisa** ouais
- I1** soit |- toute façon soit
- I3** je ne sais pas -| bref là c'est sur vitesse deux elle la la pom/ la: poche a été changée
- Élisa** du coup il y a le [siklo] quand même euh foutu en l'air quoi pour rien mais bon écoute
- I3** alors euh elle est à jeun
- I16** mais par contre il faudrait peut-être juste que tu t'assures si tu l'avais euh coché |- à vingt heures
- Élisa** checké -|
- I3** ouais regarde
- Élisa** mmh
- (Enregistrement 40 – 1<sup>er</sup> juin 2016)

Nous remarquons également qu'Élisa est plus prolixe que Jeanne parce que ses prises de parole se constituent de longs récits de soins ou d'événements professionnels et qu'elle n'hésite pas à glisser des anecdotes dans ce qu'elle raconte. Ce comportement informationnel prolifique est considéré par certaines infirmières comme trop abondant et inadéquat à la situation professionnelle. Néanmoins, nous constatons que certains jours, la transmission d'informations d'Élisa et donc son usage de la compétence informationnelle sont inhabituels, parce qu'elle est moins étayée, moins engagée, moins anecdotique et brève, comme l'illustre sa courte intervention lors du rapport de transmission du 10 juin 2016.

*Intervention d'Élisa lors du rapport infirmier entre I4, I11, I14 et I12*

- Élisa** les sortants sont faits ça va j'ai validé le sortant j'ai vidé le bac et tout ça j'ai fait un rinçage ben c'est le le rinçage est terminé chez Madame |- euh comment <I11> NomPatiente -| -| NomPatiente <I4> NomPatiente -| voilà j'ai j'ai dépaqué la: la mamie mais alors le problème c'est que l'ambulance elle n'avait pas été appelée donc là l'ambulance va: va être contactée le problème c'est que c'est à NomLieu donc c'est à plus d'une heure d'ici hein
- I14** oh ben écoute
- Élisa** enfin voilà elle est dépaquée machin elle |- s'habille
- I3** elle est bien: -| elle est là elle est gentille
- (Enregistrement 125 – 10 juin 2016)

L'observation de telles situations est de plus en plus fréquente au fur et à mesure de l'enquête ethnographique.

En résumé, Jeanne et Élisabeth sont reconnues comme compétentes informationnellement, comme Paul et Serge. Mais dans certaines interactions, Élisabeth se trouve en situation de vulnérabilité à cause d'un usage inadéquat de sa compétence dans l'échange, comme la transmission de trop d'informations que celles qui sont nécessaires pour la réalisation du travail.

### *2.3. Compétence informationnelle favorisant ou non la reconnaissance*

Après avoir présenté les usages de la compétence d'informations par les six nouveaux arrivants étudiés, nous proposons une réflexion en deux temps. D'une part, nous analyserons les compétences interactionnelles d'information comme favorisant la reconnaissance ; et d'autre part, nous étudierons celles qui provoquent de la vulnérabilité ou une forme de non-reconnaissance. Cette distinction repose sur la manière avec laquelle le nouvel arrivant contribue au passage de l'information entre les soignants en fonction de son statut et de l'interaction. Ainsi, une infirmière-stagiaire n'a pas les mêmes devoirs informationnels qu'une infirmière parce qu'elles ne réalisent pas les mêmes tâches et parce qu'elles ne participent pas aux mêmes interactions. Par exemple, une infirmière se doit d'assister au rapport de transmission ce qui n'est pas le cas d'une infirmière-stagiaire. Autrement dit, nous expliciterons en quoi la compétence aide ou non à la reconnaissance en fonction du statut de la personne et donc de sa place institutionnelle dans l'interaction verbale.

**Compétences favorisant la reconnaissance.** Le rapport à l'information des nouveaux arrivants peut les amener à sortir de la vulnérabilité et à contribuer interactionnellement à la vie de l'équipe. Pour ce faire, ils doivent identifier dans les prises de parole des soignants l'importance accordée à la circulation de l'information. Cette première tâche réalisée par les nouveaux arrivants relève de la phase de familiarisation. Lors des interactions verbales entre les membres de l'équipe, qu'elles soient spontanées ou cadrées lors des réunions, ils observent ce qui se dit et mettent en évidence la compétence informationnelle. Ils sont dans la phase de **familiarisation simple** lors de laquelle ils prennent peu, voire pas, la parole et ils analysent les échanges des expérimentés entre eux.

Vient alors la seconde étape de **familiarisation**, dite **avancée**, lors de laquelle le nouvel arrivant « s’essaiera » à la compétence informationnelle en prenant la parole, de manière très limitée, dans les interactions verbales. Cette prise de parole limitée est illustrée à l’aide de Serge. Après s’être tenu pendant la première partie du rapport de transmission entre les infirmières du matin et de l’après-midi, il utilise le régulateur *mmh* à plusieurs reprises. Cette prise de parole, limitée, est une expression de sa participation à l’échange ainsi qu’une validation de l’information transmise.

*Rapport infirmier lors duquel IV3 explique l’état du patient et ses soins*

**IV3** Monsieur NomPatient PrénomPatient LMA: euh: diabétique de type deux // euh que dire attends euh / ben apparemment il fait il fait des épisodes de tachycardie: mais il y a r/ il n’y a rien il n’y avait rien ce matin de particulier à dire par rapport à lui? i: il a une voie centrale à trois voies? il a une cure d’[aRasE] en vingt-quatre heures? // qui a été placée ce matin à onze heures et six heures après il faut faire le contrôle de: de son débit // c’est noté dans les |- feuilles

**Serge** mmh -|

**IV3** surveiller son débit tous les: six heures / il a un DU par six heures euh [laziksE] si inférieur à sept-cent-cinquante?

(Enregistrement 390 – 31 janvier 2017)

L’usage du *mmh* pour valider les informations n’est pas le propre de Serge. Les soignants expérimentés utilisent également ce régulateur.

Par la suite, Serge ose participer davantage à la circulation de l’information et entre alors dans la **phase de reconnaissance**, par une mise en application. En effet, il transmet une information manquante ou inconnue aux infirmières.

*Rapport infirmier lors duquel IV3 explique l’état du patient et ses soins*

**IV3** ben oui c’est ça (respiration) voilà donc c’est ok pour lui+ euh donc à côté près de la fenêtre tu as Monsieur NomPatient |- qui:

**Serge** il est parti ce -| monsieur

**I5** parti parti?

**Serge** oui -| il est |- parti ce monsieur

**IV3** ah ben voilà -| il devait |- partir

**I5** ah ben oui -| sortie le trente-et-un |- oui

**IV3** il était en -| partance: eh ben il est parti / ok voilà

(Enregistrement 390 – 31 janvier 2017)

Cette intervention de Serge qui ajoute une information aux propos d’IV3 marque le passage selon nous de la familiarisation à la reconnaissance parce qu’il se montre détenteur d’une information qu’il transmet. Par sa prise de parole, il ne sera pas remis à sa place par ses interlocutrices infirmières. Il est même valorisé, en quelque sorte, par I5 qui confirme ses dires et qui joue bien ainsi son rôle de superviseuse institutionnelle.

Dans la suite des interactions verbales collectées, nous observons que certains nouveaux arrivants se montrent compétents dans la circulation de l’information et sont reconnus comme

tels. Nous sommes donc à la phase de reconnaissance découlant d'un décodage et d'une acquisition de la compétence informationnelle mise en application. Pour atteindre la reconnaissance, les nouveaux arrivants mettent en œuvre leur compétence de trois manières : (1) ils récoltent l'information activement et ils se montrent détenteurs ; (2) ils la transmettent par une interaction avec un autre soignant sous une forme adéquate dans la nouvelle situation (Étienne 2012 : 137) ; et (3) ils acceptent de ne pas tout savoir, de ne pas être omniscients, mais ils cherchent à savoir.

D'abord, les nouveaux arrivants récoltent l'information nécessaire soit lors d'une réunion, soit lors d'une interaction à laquelle ils participent, soit à l'aide des dossiers des patients. Par la suite, le nouvel arrivant peut se montrer détenteur d'informations durant un échange avec un ou plusieurs expérimentés. Il détient donc une information non connue qu'il partage afin de mettre en application la compétence informationnelle, comme en témoigne le comportement de Serge.

*Interaction dans le couloir entre Serge et IV2*

**Serge** euh PrénomIV2

**IV2** oui

**Serge** j'ai les paramètres de Monsieur NomPatient / il est douloureux il a mal à la tête et me demande un [dafalgã] / parce qu'il en veut un absolument pour ses céphalées

**IV2** ok ça va c'est bon

*(Enregistrement 413 – 3 février 2017)*

Avant cette interaction entre l'infirmière IV2 et Serge, celui-ci s'est d'abord rendu au chevet d'un patient pour prendre ses paramètres de la matinée. Il possède donc des informations récentes sur l'état de santé du patient, plus récentes que celles transmises durant le rapport de transmission entre les infirmières. Nous pouvons donc affirmer qu'il détient des informations non connues par IV2.

Ensuite, comme l'illustre l'interaction, Serge fait part des paramètres du patient à IV2, qui est sa référente, et il lui transmet les informations concernant le patient et son état de santé après l'avoir vu et avoir pris ses paramètres. Il ne communique pas l'ensemble des paramètres, mais uniquement les informations problématiques ou soulignées par le patient. Par son interaction avec IV2, Serge transmet l'information.

Et enfin, la troisième forme que peut prendre la compétence informationnelle employée par un nouvel arrivant et qui favorise la reconnaissance est sa volonté de sortir de la non-omniscience. Cette dernière nous semble un caractère de la compétence informationnelle associé à la place de nouvel arrivant dans le milieu de travail. Contrairement à un expérimenté,

le nouvel arrivant ne connaît pas toute la culture hospitalière, ni toutes les routines interactionnelles, ni toutes les maladies, ni tous les traitements, etc. Si le nouvel arrivant reconnaît qu'il n'est pas omniscient, il essaie de chercher l'information qui lui permettra d'(inter)agir avec les expérimentés. Cette quête l'amène à chercher seul la réponse ou à solliciter les autres soignants à l'aide d'une question. Et cette « attitude » amorce une situation d'accompagnement, comme l'illustre la demande d'Élisa à ses collègues lors du rapport de transmission.

*Rapport infirmier lors duquel I15 explique qu'un acte à visée diagnostique sera réalisé chez un patient*

**Élisa** ça aussi il va falloir que tu me formes à tout ça là PBM PL machin bon hein parce que moi je com/ {j'y, je} |- comprends rien

**I11** mais PBM -| il peut y avoir autre |- chose

**Élisa** mais -| |- PBM c'est quoi ?

**I15** ben oui c'est ça -| que je comprends |- pas moi non plus

**I7** c'est biopsie -| avec |- une euh PP c'est <Élisa> attends / PBM c'est quoi? -| une ponction de biopsie de moelle |- hein même <Élisa> de moelle -| s'il y a les ponctions de moelle tout |- simplement

**I11** ah -| -| et c'est <Élisa> attends -| quoi la différence ?

**I7** H vingt-six /mais c'est qu'une biopsie ils font une carotte avec la biopsie ils |- prennent une carotte

**I11** une ponction de moelle -| ils ne prennent pas de carotte c'est juste le euh le sang / |- fin le le euh

**I7** la moelle -|

**Élisa** attends euh tu peux répéter ?

**I7** ben la PM c'est la ponction de moelle

**Élisa** la ponction de moelle {oui, ouais}

**I11** ils |- prennent juste la la aah

**I7** donc ils prennent sa |- (xxx) <Élisa> oui -| et la ponction de biopsie de moelle ils prennent une carotte si tu veux euh |- quand tu

**I11** en plus -| / ben oui euh tu vois quand i/ |- ils prennent la la grosse <I15> ils vont plus loin quoi -| -| tige <I7> dans l'os -| -| grise là <I15> dans l'os -| et qu'il |- tourne

**Élisa** carotte ? -|

*(Enregistrement 2 – 19 mai 2016)*

Nous assistons à une situation interactionnelle de compagnonnage entre Élisa et ses collègues infirmières, I7, I11 et I15.

Afin d'obtenir une certaine reconnaissance, les nouveaux arrivants emploient la compétence informationnelle, c'est-à-dire qu'ils participent à la transmission des informations. Si nous n'avons présenté que les cas de Serge et d'Élisa, Paul et Jeanne ont des usages similaires de la compétence dans leurs interactions verbales. Ils se montrent donc tous les quatre détenteurs et véhicules d'informations sans prétendre à l'omniscience. Un tel recours à la compétence informationnelle favorise leur reconnaissance.

**Compétences provoquant de la vulnérabilité.** Si la compétence informationnelle peut contribuer à la reconnaissance des nouveaux arrivants, elle peut également provoquer dans certaines interactions verbales de la vulnérabilité. Cette issue distincte peut être due à une familiarisation qui ne permet pas au nouvel arrivant de décoder l'importance accordée à l'information en milieu hospitalier, et plus particulièrement dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie, ou à une mise en pratique inadéquate de la compétence dans les contextes interactionnel et communautaire, ou encore à un maintien de la non-omniscience d'un nouvel arrivant. Nous proposons trois usages de la compétence informationnelle provoquant de la vulnérabilité ou de la non-reconnaissance des nouveaux arrivants.

La première situation se caractérise par une transmission restreinte ou nulle de l'information du nouvel arrivant à l'expérimenté. Le premier détient une information qui est inconnue au second. Il semble donc pertinent qu'il lui en fasse part, même si cette information relève d'un « rien à signaler ». Nous avons eu l'occasion d'observer de telles situations avec Caroline qui véhicule très peu les informations qu'elle a en sa possession. Ainsi, l'infirmière-stagiaire se charge de prendre les paramètres du patient ; elle détient donc des informations sur son état de santé. Caroline ne transmet pas à l'infirmière référente ni l'intégralité des données, ni une partie comme les soucis du patient. Elle complète les dossiers écrits sans même signaler que le patient va bien. Un tel usage de la compétence informationnelle amènera une infirmière à lui expliciter clairement qu'elle doit transmettre les données du patient à sa référente ; c'est son devoir. Elle se trouve donc dans une situation de vulnérabilité parce qu'elle n'a pas transmis les informations de l'état du patient.

*Interaction dans le couloir entre Caroline et I10*

**I10** est-ce que je peux avoir son poids ici / qu'on/ |- quand tu / hier cent-trois dix euh

**Caroline** Madame je ne sais plus

*(Enregistrement 86 – 8 juin 2016)*

À l'absence de transmission s'ajoute dans cet exemple, la non-omniscience de Caroline qui ne se souvient pas du poids de la patiente mais qui ne se met pas en quête de le trouver. En effet, elle ne se dirige pas vers les dossiers de soins et elle ne parcourt pas non plus ses notes. Si Caroline éprouve des difficultés pour décoder l'importance de la circulation des informations au sein du collectif, nous observons une évolution dans son usage de la compétence informationnelle au fur et à mesure de son stage, évolution due, entre autres, à une explicitation de la nécessité de transmettre les informations. Les infirmières lui ont expliqué à plusieurs reprises son erreur de ne pas les donner.

La deuxième situation est liée à l'omniscience paradoxale de Guillaume. Nous observons que ce nouvel arrivant connaît en profondeur les pathologies de ses patients, leurs besoins en médicaments et en sang. Son souhait d'omniscience est tel qu'il effectue déjà une partie du tour de ses patients avant le staff médical matinal. C'est le seul assistant en médecine que nous observons dans cette posture : il détient de l'information détaillée et inconnue des autres participants de la réunion. Cependant, il ne la transmet pas, ou peu, ou à la suite d'une demande explicite de la part d'un expérimenté.

*Staff médical matinal lors duquel IC3 raconte l'état des patients de l'unité à M3, Guillaume et K4*

**IC3** Madame NomPatiente: elle elle a eu sa ponction de moelle hier?

**M3** t'en sais quelque chose? ou / PrénomGuillaume

**Guillaume** mh?

**M3** (rires) la la ponction de moelle de Madame NomPatiente?

**Guillaume** ou euh: oui alors euh: elle serait en rémission

**M3** mmh

**Guillaume** elle serait en rémission mais ils ne se mouillent pas trop tant qu'ils n'ont pas la cytométrie

**IC3** dis alors elle? ce matin elle me dit qu'on lui a part/ qu'on lui a parlé de sortie? jeudi?

**Guillaume** ouais

**IC3** ah+? c'est possible

**Guillaume** c'est possible parce que on: on avait dit qu'on faisait la: la on continue l'arsenic pour avoir vingt-huit jours et après vous pouvez partir parce qu'elle a bien régénéré et euh

**IC3** vous lui avez parlé de port-à-cath? aussi

**Guillaume** euh: c'est possible |- oui oui oui tout à fait elle un port-à-cath elle doit avoir un <IC3> ah parce qu'elle m'a parlé de ça+ et ça l'inquiétait fortement -| port-à-cath je dois appeler ce matin

**IC3** d'accord parce que ça l'inquiétait: euh: voilà ok ça va

*(Enregistrement 647 – 4 juillet 2017)*

Cette omniscience paradoxale comme emploi de la compétence informationnelle est peut-être, pour Guillaume, une manière d'entrer dans l'équipe soignante et de ne pas être pris en défaut par ses membres. Malgré ce double souhait, nous avons constaté que l'usage de cette compétence ne lui permet pas d'obtenir de la reconnaissance par tous les membres de l'équipe. Les infirmières notamment déplorent son manque de communication. Elles en arrivent même à lui faire une fiche avec toutes les informations qu'elles souhaitent qui circulent, comme en témoigne l'intervention d'IV8 lors d'un rapport de transmission infirmier, ou à lui téléphoner pour obtenir l'information.

*Rapport de transmission infirmier dans la salle de réunion infirmière entre IV8, I23, I29 et Jeanne*

**IV8** Madame NomPatiente / euh: attends parce que elle c'est aussi par rapport au médecin? elle aurait une: une ponction de moelle la semaine prochaine à l'hôpital de jour? elle sortirait DEmain / j'ai installé un DU labo ce matin

**I29** pff

**IV8** qu'il faut reprendre demain? à huit heures // c'était euh le médecin là le mec là je ne sais plus son nom mais l'assistant |- PrénomGuillaume/  
**I29** PrénomGuillaumeErroné -|  
**IV8** ouais que j'ai interpellé trois fois la semaine passée et encore hier du coup j'ai pété un plomb sur l'autre [assistant qui est As6] parce que euh ils avaient encore laissé son [aktRapil] alors qu'on ne lui fait plus euh; rien euh depuis trois jours? et depuis la semaine passée je lui dis qu'il a: dilué le [solumEdROI] dans un+ CC? alors que: je trouve ça un peu ridicule  
**I29** mmh?  
**IV8** donc c'est euh: PrénomAs6 c'est ça hein  
**Jeanne** mmh  
**IV8** et par contre euh le magnésium il n'y avait pas de bilan qui (rires) a changé? elle m'a regardé et au passage je t'ai validé les quarante-quatre prescriptions non validées qu'elle me dit (rires) merci c'est gentil  
**Jeanne** hier on a eu que des emmerdes encore avec lui pour des |- frissons euh  
**IV8** mais putain mais ça fait -| ça fait une |- semaine? que je lui demande cette connerie-là hein  
**Jeanne** des [kleksan]? il mettait -| il mettait des [kleksan] et c'était marqué euh [kleksan] quarante x x x  
**IV8** mmh  
**Jeanne** [kleksan] quarante? à injecter zéro virgule zéro un  
**I23** (rires)  
**Jeanne** mais tous les jours avant tout le monde avait |- coché hein <IV8> ah oui -| comme ça sans rien dire hier je crois SurnomI7 lui a téléphoné trois fois et comme il ne revenait pas à un moment je lui sonne et je lui dis bon on t'a déjà téléphoné trois fois? nous on doit faire les injections aux patients donc il faut que ça soit ch/ mais je suis au labo eh ben je dis ben tu remontes du labo et tu fais tes prescriptions merde quoi et il est remonté et il me dit c'est toi qui m'as sonné? oui+  
**I23** ah ce weekend |- je suis restée assise à côté de lui  
**Jeanne** oui ça va alors il les -| a faites |- (rires)  
**I23** ouais -|  
**IV8** moi je te dis j'ai j'ai pris |- une feuille euh: <Jeanne> oui mais merde quoi -| et je l'ai laissée sur son bureau et ça fait une semaine qu'on: |- met le [soly] <Jeanne> oui et après t'as des -| dans un CC mais alors à chaque fois c'est une poche de cinquante que: |- tu vois  
**I23** mmh -|  
**I29** mh  
*(Enregistrement 593 – 27 avril 2017)*

La troisième et dernière situation est déjà illustrée dans l'extrait interactionnel précédent et elle concerne aussi bien Guillaume que Paul : c'est le problème récurrent de transmission succincte des informations médicales aux infirmières. Les assistants en médecine n'utilisent pas adéquatement leurs compétences informationnelles en ce qui concerne la transmission d'informations portant sur les actes techniques médicaux, les changements de médicaments, etc.

*Rapport de transmission lors duquel I3 raconte à I16, I1 et Élis*

**I3** alors moi en fait je ne l'avais pas encore vue depuis qu'elle est arrivée / je l'ai découverte aujourd'hui? mais tu vois depuis le trente-et-un mai euh ils suspectent une GVH digestive / ils avaient fait une PBL |- pour (xx) <Élis> hépatique -| voilà / ça et alors aujourd'hui ils lui ont fait une biopsie cutanée  
**Élis** ok

- I3** parce qu'elle est aussi tout euh arrangée hein |- au niveau <I16>  
où ça? -| de sa peau / alors exactement où je ne sais parce que PrénomAs1 est allée  
toute seule
- I16** donc elle a eu une biopsie |- aujourd'hui
- I1** ils n'avaient -| pas mis un [emla] un truc comme ça? ils n'avaient  
pas déjà dû faire ça? c'était pas chez elle
- I16** c'est aujourd'hui qu'elle a eu ça
- I3** ouais
- I1** |- enfin soit
- I3** ouais+ -| c'est aujourd'hui biopsie cutanée mais je ne sais pas à  
quel endroit il faudra chercher
- Élisa** attention que le pansement qu'elle a devant ce n'est pas ça la  
biopsie cutanée hein
- I1** tu notes (rires)
- observatrice** (rires)
- I3** ouais t'as enregistré? il faut chercher
- observatrice** oui (rires)
- I1** mh ben justement pas de communication c'est ça |- hein? <I3>  
mmh -| -| médecin <observatrice> ouais ouais -| infirmier voilà
- I3** ne sait pas euh: où a fait sa biopsie cutanée  
(Enregistrement 40 – 1<sup>er</sup> juin 2016)

Ce problème de transmission entre les assistantes en médecine et les infirmières est récurrent. Nous l'avons observé pour les trois paires d'assistantes qui se sont succédé lors de l'enquête ethnographique.

Pour résumer, après avoir présenté les habitudes institutionnelles et communautaires de la transmission des informations, nous nous sommes questionnée sur comment les nouveaux arrivants participent à la transmission des informations lors de leurs propres interactions. Nous remarquons que trois emplois de la compétence informationnelle peuvent permettre de se faire reconnaître : détenir l'information, la transmettre et accepter de chercher à savoir malgré la non-omniscience. D'autres usages, par contre, n'aident pas à la reconnaissance du nouvel arrivant : le décodage complexe de l'importance de la transmission d'informations, la transmission très restreinte, voire nulle, de l'information détenue, et le maintien dans la non-omniscience causé par la non-recherche de l'information.

### 3. Faire des blagues pour s'intégrer ou ne pas décoder l'humour

*« Tu n'as pas d'humour. » Le jugement tombe comme un couperet sur celui qui, blessé par une parole, un geste ou une attitude vécue comme une agression, s'obstine à ne pas rire du message censé être drôle parce qu'il avait été annoncé comme tel par son émetteur (Humbeeck 2017 : 7).*

#### 3.1. Habitudes du collectif soignant

La compétence interactionnelle de l'humour est nécessaire, selon nous, pour faire face à la réalité du travail de soignant (Goffman 1973a). En effet, ils sont confrontés à des patients pouvant être éprouvés par leur maladie, à des scénarios d'urgence, comme un arrêt cardiaque, qui appellent une gestion de stress, à des conditions de travail difficiles dues à un manque de moyens humains et matériels, etc. Nous n'avons pas pour objectif de dresser une liste exhaustive des facteurs rendant la tâche d'un soignant complexe, stressante et humainement difficile, mais de poser le décor d'un contexte institutionnel fait de tensions et de conditions parfois pénibles dans la réalisation du travail de soignant<sup>119</sup>. L'humour permet aux soignants de s'octroyer une parenthèse, une sorte de « respiration, en maniant l'art subtil de se désengager temporairement quand le réel frappe trop durement » (Humbeeck 2017 : 10). Afin d'alléger ce quotidien professionnel, nous remarquons que les membres de l'équipe d'hématologie recourent à l'humour sous différentes formes : (1) des blagues sur un collègue, sur une situation ou sur un patient,

*Rapport de transmission dans la salle de réunion infirmière entre Élisabeth, I1, I3 et I4*

**I3** ben euh: disons que: j'ai un ulcère gastrique maintenant mais ben |- voilà c'est fini quoi on le savait hein (rises)

**Élisabeth** t'as un ulcère gastrique? mais oui hier? j'ai bien senti -| au téléphone que t'étais toute euh sur les nerfs

<sup>119</sup> Nous ne sommes pas la seule à faire ce constat. De nombreux documentaires, articles de presse et émissions télévisuelles et radiophoniques en font état. Nous proposons quelques exemples :

- Burgraff, Éric. 8 février 2019. « Le rythme de travail infernal des assistants en médecine ». Dans *Le Soir*. En ligne : <https://plus.lesoir.be/205662/article/2019-02-08/le-rythme-de-travail-infernal-des-assistants-en-medecine> (page consultée le 5 novembre 2020).
- Chevalier, Sylvie. 24 septembre 2020. « #Investigation : Nos hôpitaux à bout de souffle ». Dans *RTBF.be*. En ligne : [https://www.rtbf.be/info/dossier/investigation/detail\\_nos-hopitaux-a-bout-de-souffle?id=10576633](https://www.rtbf.be/info/dossier/investigation/detail_nos-hopitaux-a-bout-de-souffle?id=10576633) (page consultée le 5 novembre 2020).
- Le Maire, Jérôme. 2017. *Burning-out. Dans le ventre de l'hôpital*. Film.
- RTBF. 20 mars 2019. « Questions à la Une ». Émission de télévision.
- RTBF. 23 septembre 2020. « Investigation ». Émission de télévision.
- Schaal, Barbara. 24 avril 2018. « Assistants médecins au bout du rouleau : une plainte contre le CHU de Liège ». Dans *RTBF.be*. En ligne : [https://www.rtbf.be/info/regions/detail\\_assistants-medecins-au-bout-du-rouleau-une-plainte-contre-le-chu-de-liege?id=9900289](https://www.rtbf.be/info/regions/detail_assistants-medecins-au-bout-du-rouleau-une-plainte-contre-le-chu-de-liege?id=9900289) (page consultée le 5 novembre 2020).
- Woelfle, Guillaume. 20 mars 2019. « Les conditions de travail des jeunes médecins dangereuses pour eux-mêmes et leurs patients ». Dans *RTBF.be*. En ligne : [https://www.rtbf.be/info/societe/detail\\_les-conditions-de-travail-des-jeunes-medecins-dangereuses-pour-eux-memes-et-leurs-patients?id=10175954](https://www.rtbf.be/info/societe/detail_les-conditions-de-travail-des-jeunes-medecins-dangereuses-pour-eux-memes-et-leurs-patients?id=10175954) (page consultée le 5 novembre 2020).

**I3**            oh non non c'était à l'aise hier (rires)  
**I4**            au soir c'était différent  
**I3**            non au soir je pense que ça va aller mais voilà non ce matin il y avait  
blindé blindé blindé  
**Élisa**        ah ouais?  
**I1**            ouais  
**Élisa**        beaucoup d'entrées? et des trucs comme ça  
**I3**            je n'ai pas encore fait les pansements de:  
**I4**            les entrées on en a eu trois hier |- c'est bon <I1> ah de Monsieur -| hein  
**Élisa**        oh? ben chapeau hein accroche-toi le cœur hein  
(Enregistrement 78 – 7 juin 2016)

(2) des calembours,

*Rapport de transmission dans la salle de réunion infirmière entre IC1, Élisa, I1 et I4*  
**IC1**            aujourd'hui j'ai fait dans le: piquer PAC sonde gastrique? |- sonde  
vésicale allez allez j'y vas j'y vas <Élisa> (rires) ça va d'aller ça va d'aller -| j'y vas  
voilà  
**Élisa**        ça va d'aller hein  
(Enregistrement 78 – 7 juin 2016)

(3) des chamailleries en tant qu'usage fréquent de l'humour entre deux interactants, etc. À ces trois formes viennent s'ajouter les situations d'autodérision dont font preuve les soignants sur eux-mêmes du point de vue de leur comportement, de leurs erreurs ou de leurs actes, techniques ou interactionnels. Notre objectif n'est pas de décrire le phénomène humoristique en langue française dans son ensemble<sup>120</sup>, mais de comprendre comment un nouvel arrivant décode que l'humour est une compétence interactionnelle clé pour entrer dans le métier de soignants. Par conséquent, nous considérons qu'il est « un indice [...] du degré d'intégration des travailleurs dans leur monde professionnel » (Le Lay et Pentimalli 2013 : 146) et qu'il est une sorte de « lubrifiant social » (Humbeeck 2017 : 241).

En tant que compétence, l'humour est un tremplin vers l'entrée dans le métier s'il est utilisé à bon escient, mais il est une ressource difficile à acquérir puisque ce qui fait rire une personne ne fait pas nécessaire (sou)rire son interlocuteur<sup>121</sup>. Autrement dit, nous postulons que l'usage de la compétence humoristique peut exclure ou inclure ; « [i]l anéantit aussi bien qu'il

<sup>120</sup> Notre traitement de l'humour n'est pas linguistique *stricto sensu* parce que nous n'étudierons pas comment sont formées les blagues situées mais il est interactionnel. Autrement dit, c'est l'usage de la compétence humoristique dans son émission et dans sa réception qui sera étudié parce qu'il contribue au passage vers la reconnaissance, selon nous.

<sup>121</sup> L'humour ne doit pas seulement être étudié comme un facteur ou un moyen de « sociabilité entre pairs » ou entre un nouvel arrivant et un membre du collectif ; il

*occupe une place centrale [également] dans le déroulement quotidien des activités. D'abord parce qu'il renseigne sur la place de chacun vis-à-vis de la hiérarchie [...]. Ensuite, parce qu'il permet de comprendre comment peuvent se réguler certaines formes d'interaction au travail. Enfin, parce que l'humour et le rire qu'il suscite jouent une fonction de libération momentanée des contraintes affectives et relationnelles de l'activité (Le Lay et Pentimalli 2013 : 156-157).*

relève » (Humbeeck 2017 : 12). Nous présenterons dans cette section comment le recours à l'humour peut permettre à un nouvel arrivant de favoriser sa reconnaissance ou de provoquer de la vulnérabilité parce que sa blague est incomprise ou jugée inadéquate dans le contexte interactionnel<sup>122</sup>. La non-réaction à la suite de l'emploi de l'humour est également une manière de positionner le nouvel arrivant en situation de vulnérabilité.

Avant d'aborder concrètement cette compétence humoristique, nous tenons à souligner ses enjeux pour les membres de l'équipe d'hématologie toutes places institutionnelles confondues. Selon nous, elle aide à dédramatiser (1) le travail à flux tendu causé par un effectif réduit et par un temps limité à consacrer à chacun – patient ou soignant –, (2) la masse de travail à réaliser due à un nombre important de patients dont la maladie ébranle leur état de santé, (3) la gestion des imprévus lors d'un acte thérapeutique, lors de l'absence d'un soignant ou lors d'une interaction verbale entre deux participants et (4) les distractions ou erreurs de l'un ou l'autre soignant. Pour ne donner qu'un exemple, nous observons que le comportement des infirmières et des aides-soignantes entre le couloir et les chambres n'est pas le même. Si elles adoptent une attitude positive, compréhensive et bienveillante en chambre, elles relâchent la pression dès qu'elles sortent ou dès qu'elles sont dans le poste infirmier. Durant cette période de lâcher-prise, de défolement, nous observons qu'elles blaguent en imitant un patient ou qu'elles se moquent d'elles-mêmes ou d'autrui afin d'alléger la situation difficile qu'elles viennent de vivre au chevet du patient. Cet exemple nous permet d'illustrer que l'humour est un moyen de compenser « les désagréments liés aux activités » professionnelles et surtout d'insister sur le caractère contextuel de ces blagues que nous pourrions appeler des « blagues situées » puisqu'elles ne peuvent être comprises que dans le milieu de travail étudié et dans la relation qui unit les interactants (Humbeeck 2017 : 14 ; Le Lay et Pentimalli 2013 : 165 et 173).

Le nouvel arrivant dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie déchiffrera-t-il l'importance de l'humour pour les soignants ? Acquerra-t-il cette compétence, c'est-à-dire arrivera-t-il à faire (sou)rire son interlocuteur et donc à comprendre ce qui est adéquat humoristiquement dans une interaction verbale de ce milieu de travail ? En outre, si le nouvel arrivant peut se montrer compétent dans la production humoristique, il peut également se

---

<sup>122</sup> Cette analyse par l'humour repose sur le point de vue de Humbeeck qui souligne que

*[d]e nos jours, celui qui manque d'humour est considéré comme un infirme. [...] Arme perverse de destruction massive, outil subtil de domination interactive, instrument sélectif de discrimination par le rire, l'humour donne le ton à une modalité relationnelle qui, dans le « vivre ensemble », peut conduire au meilleur comme au pire (2017 : 8).*

montrer compétent dans la réception humoristique. Comme le proposent Le Lay et Pentimalli, certains codes professionnels peuvent être transmis au nouvel arrivant à l'aide de l'humour (2013 : 167). C'est à lui de déchiffrer dans l'humour les codes présents dans les blagues et calembours des expérimentés.

### 3.2. *État des lieux des six nouveaux arrivants*

Seule, Caroline ne déchiffre pas l'importance de l'humour pour les soignants de l'équipe d'hématologie, ou du moins elle ne le manifeste pas verbalement. Les cinq autres nouveaux arrivants étudiés décodent, en partie, les routines interactionnelles humoristiques des soignants expérimentés. Nous observons que Serge ne s'essaie pas à l'usage productif de la compétence humoristique et qu'il se cantonne à la réaction humoristique aux prises de parole de son interactant lorsqu'il considère la blague située dans un contexte et avec un sujet adéquats. Quant aux quatre autres nouveaux arrivants, Paul, Guillaume, Élisabeth et Jeanne, nous observons des usages de leur compétence humoristique parfois favorisant, parfois défavorisant leur quête de reconnaissance.

#### 3.2.1. *Serge et Caroline*

Nous remarquons que Caroline et Serge n'utilisent pas la compétence humoristique de la même manière que les quatre autres nouveaux arrivants. Cette différence peut se comprendre, selon nous, par le peu de temps qu'ils passent dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie.

Nul usage de la compétence humoristique n'est observé de la part de **Caroline** lors de l'enquête ethnographique. Elle ne produira pas de blague ni de calembour lors de ses interactions avec les soignants expérimentés, ni avec les autres infirmières-stagiaires. Elle ne rit pas non plus lors d'une blague des infirmières découlant d'une question de sa part.

*Interaction dans le poste infirmier entre Caroline, I9 et I14*

**Caroline** excusez-moi on prend là l'alcool?

**I14** oui

**I9** j'avais justement une petite soif euh donne-moi-le:

**I14** non une grande soif

*(Enregistrement 93 – 8 juin 2016)*

Nous pensons que l'absence de la compétence humoristique de manière « passive », en riant des blagues des expérimentés, et de manière « active », en produisant des blagues, repose sur le non-décodage par Caroline de l'humour comme moyen interactionnel quotidien.

Dès les premières interactions, **Serge**, lui, se rend compte que la compétence humoristique est présente dans les prises de parole des soignants expérimentés. Après cette

phase de familiarisation simple, il entre dans la phase de familiarisation avancée en riant des blagues des infirmières, I3 et I5, lors du rapport de transmission.

*Rapport de transmission infirmier entre Serge, I3, I5 et I14*

**I3** et lui il voulait un vélo et il a un vélo normalement

**Serge** mmh

**I3** donc voilà / parce que c'est un |- prof de sport que j'ai entendu dire

**I5** autogreffe le deux du deux ah: -| c'est un PDG prof de gym

**I3** ouais voilà

**Serge** mmh |- (*rires*)

**I5** ça on avait un patient euh -| ah qu'est-ce que vous faites dans la vie ah je suis PDG ah mais PDG dans une boîte? euh qu'est-ce que vous dans quel genre d'entreprise ah+ ben moi je suis prof de gym ah bon ben oui PDG prof de gym ah je dis oui oui ce n'est pas la même cat/ le même domai:ne il dit non non mais enfin qu'il me dit ça fait bien quand on dit je suis PDG et je dis ça c'est vrai (souffle) |- j'étais gênée

*(Enregistrement 390 – 31 janvier 2017)*

Néanmoins, en dehors de cette situation interactionnelle qu'est le rapport infirmier, Serge ne mobilise pas sa compétence humoristique. Nous pouvons donc en déduire qu'il a compris que l'humour pouvait être utilisé mais pas dans n'importe quelle situation, ni dans n'importe quel lieu. Son usage de la compétence humoristique est donc, également, limité même s'il rit des blagues d'infirmières, contrairement à Caroline.

*Interaction dans le couloir entre Serge et Élis*

**Serge** PrénomÉlis? euh

**Élis** oui

**Serge** elle est partie où Madame NomPatiente

**Élis** non si: elle est: fixée à son mur regarde (*rires*) parce qu'elle: est vieille+

*(Enregistrement 410 – 2 février 2017)*

### 3.2.2. Paul et Guillaume

Contrairement à Serge et Caroline, Paul et Guillaume utilisent la compétence humoristique pour faire des blagues ou des calembours, blagues qui sont reconnues par leurs interlocuteurs. Néanmoins, le parcours des deux assistants dans l'acquisition de cette compétence n'est pas identique.

Nous observons que **Guillaume** met plus de temps pour se familiariser aux pratiques humoristiques des soignants expérimentés et même pour rire de leurs blagues. Mais après quelques interactions, il recourt à la compétence humoristique d'abord en participant à la blague en riant.

*Staff matinal médical dans la salle de réunion médicale entre Guillaume, As6, I6, K5 et MC1*

**I6** donc il a eu [EmOk] et [paRasEtamOl] qu'est-ce que je peux encore dire / ses glycémies c'est mieux là pour l'instant / il a des plasmas toujours toutes les huit heures? hein |- lui

**MC1** oui -|  
**I6** euh: voilà sinon |- il va  
**MC1** ah j'ai rêvé -| de ça ça m'a énervé  
**As6** (rires)  
**Guillaume** mais il euh supporte relativement moi je l'ai vu+ il était sur la chaise |- percée <I6> oui oui -| là  
**I6** ce matin il s'est relevé de la chaise sans problème quoi  
**MC1** ça n'empêche que j'ai quand même rêvé de son facteur sept  
**Guillaume** (rires)  
**MC1** je voyais le facteur sept |- oh ça m'a <Guillaume> (rires) -| énervé  
 (Enregistrement 513 – 6 avril 2017)

Ensuite, il propose des blagues qui sont perçues et reconnues par les interlocuteurs ou non.

*Staff matinal médical dans la salle de réunion médicale entre Guillaume, As6, I6, K5 et MC1*  
**MC1** qu'est-ce que t'appelles une PTT  
**As6** une ponction transthoracique  
**MC1** ah ben c'est une ponction transthoracique  
**As6** ok  
**Guillaume** oui c'est ça parce que moi je connaissais un moscovite quoi |- (rires)  
 <K5/MC1/As6> (rires) -| mais non ça n'est pas ça  
**As6** oui en langage |- non non <Guillaume> ouais ouais -| hématologique euh PTT oui (rires)  
 (Enregistrement 525 – 7 avril 2017)

Et enfin, il surenchérit sur les blagues des autres.

*Staff matinal médical dans la salle de réunion médicale entre Guillaume, As6, I3, K4, et MC1*  
**MC1** bon ben on va voir |- aujourd'hui? peut-être <Guillaume> on croise les doigts -| aujourd'hui peut-être qu'il en aura huit-cents?  
**Guillaume** oui peut-être  
**MC1** fais-le un peu courir avant |- sa prise de sang  
**Guillaume** bon vous marchez (rires) -| et vous faites quatre fois les escaliers  
**K4** on peut -| (rires)  
**MC1** (rires) -|  
**Guillaume** pour que ses neutrophiles |- redescendent un coup  
 (Enregistrement 542 – 19 avril 2017)

Quant à **Paul**, il déchiffre très rapidement les usages humoristiques des soignants expérimentés. Nous ne l'observons d'ailleurs qu'une seule fois silencieux lors d'une blague.

*Staff médical matinal dans la salle de réunion médicale entre Paul, As1, I10, K2 et MC1*  
**I10** par contre PrénomI5 me disait s'il y a je pense que Madame n'a pas capté euh  
**MC1** le |- risque ?  
**I10** tout le le risque d'arrêter le traitement et que euh ça évolue et que euh voilà  
**MC1** oui  
**As1** est-ce -| qu'il a <MC1> c'est dur -| chauffé ?  
**I10** non  
**As1** |- ok

**I10** on m'a -| pas parlé de -| température  
**As1** merci  
**MC1** (rires) voilà une -| question <I10> une bonne: -| précise: Docteur euh  
**As1** (rires) ouais  
**MC1** NomAs1  
**As1** -| (rires) <MC1> (rires) -|  
**I10** m: Monsieur NomPatient?  
**As1** (rires)  
**MC1** (rires)  
**I10** monsieur Nompatient on se tracasse parce qu'il y a plus de bio deux fois par jour mais il est toujours à sept CC heure de potassium  
*(Enregistrement 3 – 20 mai 2016)*

Dans toutes les autres interactions verbales collectées dont il est l'interactant et qui se compose d'une blague, il en est soit le producteur, soit le receveur. Lorsque son interlocuteur produit une blague, il peut seulement en rire, ou l'alimenter en surenchérissant. Nous observons beaucoup d'interventions « rieuses » de la part de Paul dans le corpus avec des interlocuteurs de divers statuts.

*Interaction dans le bureau médical entre Paul, un livreur et MC1*

**Livreur** bonjour  
**Paul** oui bonjour?  
**Livreur** bonjour j'ai une livraison pour euh PrénomMC1 NomMC1  
**Paul** ah  
**MC1** ah c'est moi /// colis piégé?  
**Paul** mh (ton du rire) / je vais d'abord sortir (rires)  
**commentaires** MC1 ouvre le colis  
*(Enregistrement 188 – 25 juillet 2016)*

Lors de ces premières blagues, il se retrouve dans la même posture que Guillaume ; il échoue parfois à faire rire ses interlocuteurs, mais Paul, lui, rit de sa blague.

*Staff social dans la salle de réunion médicale entre Paul, K2, Ô1 et Ô3*

**Ô3** euh tu vois elle est elle n'était pas en ordre au niveau mutu etcétera elle me dit qu'au niveau administratif -| elle ne gère pas <Ô1> je vais aller -| du tout donc sa maman reprend les choses en main mais je pense que ça ne lui plait pas trop que: sa maman s'occupe de tout ça  
**Ô1** ok je vais passer la voir  
**Paul** elle a le profil à vouloir être indépendante mais à ne pas être capable euh (rires)  
**Ô1** d'accord  
**Paul** enfin c'est vrai quand même c'est ce que j'ai comme impression  
**K2** c'est le début de l'indépendance  
**Paul** oui (rires)  
**K2** c'est quand tu veux+? mais que tu n'y arrives pas encore tu sais là / voilà  
*(Enregistrement 27 – 31 mai 2016)*

Mais nous observons que ses premières blagues avec les médecins ou assistants en médecine ou portant sur lui-même ne sont pas un échec.

*Staff médical matinal dans la salle de réunion médicale entre I10, Paul, MC1 et As1*

**I10** il a un DU / qui n'est pas terrible -| alors il a été [lazixE] euh à deux heures du matin parce qu'il n'avait que cinquante -| CC dans la <MC1> ouf pff -| seringue

**MC1** ouf -| ouf ouf: <Paul> ou: olalala -|

**I10** en sachant qu'il a -| une gradation <MC1> ouf: -| par -| six heures dans

**Paul** maxi -| -| maxi: (rires)

**MC1** (rires)

**I10** à deux heures trente elle a essayé de rincer la sonde en se -| disant il y a peut-être un: <MC1> ouais elle est peut-être bouchée ouais -| bouchée ça n'a pas fonctionné elles ont fait un [blad9Rskan] il y avait -| zéro <MC1> rho -| dans la: -| vessie <MC1> olalala <As1> purée -| -| donc elles ont appelé l'assistant

**Paul** ce qui est bien c'est qu'il a déjà son caté de -| dialyse (rires)

**MC1** oui

*(Enregistrement 3 – 20 mai 2016)*

Plus la période d'assistantat avance, plus Paul rit et fait des blagues. Elles sont, dans un premier temps, réservées aux échanges avec As1 et MC1 lors du staff médical ou dans le bureau médical. Réservées à ces deux interactants, ses blagues peuvent être vues comme des moyens de séduire ou d'obtenir de la reconnaissance de la part de sa collègue et de sa référente (Humbecq 2017 : 241). Et dans un second temps, il utilise sa compétence humoristique avec les infirmières, les aides-soignantes, les médecins et même des personnes extérieures à l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Il est donc reconnu pour sa compétence humoristique par les autres soignants. Comme eux, il l'utilise pour dédramatiser la masse importante de travail à réaliser, la gestion d'un imprévu, les situations difficiles du point de vue des patients, une erreur commise, ou la complexité d'une procédure. La reconnaissance de sa compétence se marque même par l'entrée humoristique en interaction entre Paul et l'infirmière I9.

*Interaction dans le bureau médical entre Paul et I9*

**Paul** qui voilà?

**I9** hoj bonjour [avec l'accent italien]

**Paul** bonjour [avec l'accent italien]

**I9** oh vous vous aimez bien vous aimez les PM rouges? [toujours avec l'accent italien]

**Paul** (rires)

**I9** vous voir rouge

**Paul** (rires) pourquoi? tu vois que ça rame

**I9** non c'est c'est très bien euh: PrénomMC1?

**Paul** pas ce matin

**I9** d'accord euh: elle avait apparemment proposé: à: PrénomPatiente NomPatient de lui photocopier son schéma de: traitement / parce que: elle n'a pas été bien lors de la: PL? la deuxième et euh: -| elle <Paul> oui -| aimerait bien anticiper

**Paul** la prochaine -| c'est <I9> euh -| jeudi

**I9** c'est jeudi?

**Paul** ouais et -| PL plus PM

**I9** pour ne pas prévoir de -| visite ce jour-là

**Paul** PL plus PM

**I9** la totale

*(Enregistrement 198 – 26 juillet 2016)*

Cependant, il lui arrive de recourir à l'humour pour adoucir une situation de vulnérabilité due à une erreur qu'il a commise.

*Staff médical matinal entre Paul, As2, IC1, K2, MC1 et SM4*

**IC1** et alors il faut revoir la prescription du [maksilaziks] parce que comme c'est prescrit là on a une pompe qui coule en nonante-six heures il fait pétant de chaud ça ne va pas vous voulez bien regarder

**Paul** ah c'est un quart d'ampoule

**IC1** oui ben |- oui justement <Paul> (rires) -|

(Enregistrement 170 – 22 juillet 2016)

S'il tente par l'humour d'adoucir l'erreur réalisée et soulignée par IC1, il peut se retrouver dans une interaction où sa blague est rejetée par cette dernière ce qui le place alors en situation de vulnérabilité. IC1 refuse de reconnaître la compétence humoristique comme utilisée adéquatement dans le contexte interactionnel ; elle juge sa blague comme inappropriée.

*Interaction dans le bureau médical entre Paul, As2 et IC1*

**IC1** euh: et nous allons installer Madame NomPatiente en troisième lit à la NuméroChambre

**Paul** ah

**As2** c'est un troisième |- lit

**Paul** c'est une -| |- vivante

**IC1** oui+ en troisième -| lit hein

**As2** (rires)

**Paul** (rires) il y a un peu d'espoir |- quand même

**IC1** et ne ris -| |- pas parce que je vais pleurer

**As2** et tu vas faire des -| superposés? bientôt

**IC1** oui bien sûr je vais aller chez |- NomMagasin tu ne savais <Paul> (rires)  
<Observatrice> (rires) -| pas

**As2** (rires)

**Paul** alalala

**As2** tu devrais |- hein

**IC1** ne me titillez pas trop -| |- parce que sinon je vais péter un câble

**Paul** il y a vraiment une -| il y a vraiment une sale vague pour l'instant

**IC1** une sale vague t'appelles ça une sale vague toi

**Paul** c'est un tsunami (rires) la bio est prescrite |- maintenant <IC1> d'accord ok -| et j'ai plus qu'à valider

(Enregistrement 170 – 22 juillet 2016)

Si l'usage de la compétence humoristique de Paul est plus fréquent que celui de Guillaume, l'un et l'autre ont déchiffré, à la suite d'une familiarisation, l'importance de l'usage de blagues et de calembours pour les membres de l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Ils sont également conscients qu'ils ne peuvent pas y recourir partout tout le temps et avec n'importe quel soignant au risque de se trouver en situation de vulnérabilité. Nous observons que Paul est reconnu dans sa compétence humoristique également par ses pairs, les assistantes As1 et As2, qu'il taquine de bon cœur.

### 3.2.3. Jeanne et Élixa

Jeanne déchiffre très vite la place de l'humour dans les interactions des membres de l'unité d'hématologie et surtout entre les infirmières. Son usage de la compétence humoristique illustre l'adéquation non seulement contextuelle mais aussi productive et réceptive. Elle blague sur la situation cocasse et floue concernant l'orteil d'un patient avec l'infirmière I17.

*Rapport de transmission dans la salle de réunion infirmière entre Jeanne, I17, SI25 et I28*

**SI25** mais euh: sinon rien de spécial je veux dire là-dessus il n'y a pas de: c'est un peu rouge oui ses orteils sont un petit peu rouges aussi / apparemment ça n'était pas comme ça donc euh selon lui ça s'aggrave mais euh: ils n'ont pas l'air d'être euh: très inquiets je veux dire donc voilà il va peut-être garder son orteil

**I17** ah

**SI25** peut-être enfin c'est ce qu'elle a dit c'est pour ça qu'elle veut voir |- lundi en fait <I17> d'accord -| voilà peut-être refaire une radio aussi pour (xx)

**I17** d'accord parce qu'hier on a dit qu'on coupait |- (rires)

**Jeanne** non non hier on coupait: et -| aujourd'hui |- on garde

**I17** on garde -| euh (rires)

**Jeanne** ben on |- verra: hein

**SI25** mais c'est ça i/ -| lui-même il préférerait qu'on enlève en fait

**Jeanne** et lundi ben? voilà

**I17** mh

**Jeanne** peut-être qu'on lui enlèvera peut-être que |- la moitié

**I17** la -| moitié peut-être (rires)

**Jeanne** peut-être

**I17** |- (rires)

**Jeanne** (rires) -|

*[800 secondes plus tard]*

**I28** et donc il est un peu euh paniqué par rapport à ça / mais il est / aussi sous [sEfEpim] depuis un petit temps donc / euh: sa pompe de [kõtRamal] toujours sur vitesse un mais euh pff / il n'a pas mal hein il est même il vit bien

**I17** et alors il a bien dormi? sans le bout de son lit

**I28** ah je n'ai pas demandé: |- zut alors

**I17** (rires) -| j'aurais bien voulu savoir

*(Enregistrement 615 – 3 mai 2017)*

Si Jeanne est parfois en décalage avec l'humour des infirmières dans un premier temps comme en témoigne son absence de rire durant le dialogue entre I17 et I28, nous l'observons par la suite comme adoptant les usages humoristiques des infirmières et aides-soignantes expérimentées.

L'emploi de la compétence humoristique d'Élixa prend la même forme que Jeanne. En effet, elle déchiffre rapidement l'importance des blagues pour alléger la pénibilité et la charge de travail. Après s'être familiarisée, elle recourt volontiers à l'humour concernant les patients, la situation professionnelle ou les erreurs commises avec les infirmières, les aides-soignantes, les assistants et les médecins.

*Interaction dans le poste infirmier entre Élisabeth, I14 et I19*

Élisabeth ouais (rires) d'ailleurs c'est quoi tout ça  
 I19 ah ben c'est  
 I14 (rires)  
 I19 cadeau de PrénomI2 c'est  
 I14 putain (rires)  
 Élisabeth arrête c'est  
 I14 (rires) c'est quoi tout ça  
 Élisabeth (rires) ça c'est non c'est  
 I14 oh j'adore  
 I19 ça c'est le travail de PrénomI2  
 Élisabeth (rires) c'est  
 I14 (rires) oh putain mais ça ce n'est pas possible  
 Élisabeth non mais attends regarde? et SurnomI19 |- (rires) c'est  
 I14 (rires) -|  
 I19 mais moi ça ne me fait pas rire franchement |- la fois passée toutes les  
perfs <I14> non non on rigole jaune -| vides c'est  
 I14 oui  
 I19 moi ça ne me fait pas rire c'est  
 I14 en fait il ne change pas du tout les poches  
 I19 mais qu'est-ce qu'il a fait pendant la nuit  
 Élisabeth ça ce n'est pas pro ça c'est [passage inaudible] c'est  
 I14 c'est mes perfs? de la nuit? en fait oui oui ben oui / non ce n'est pas possible  
 Élisabeth SurnomI19 souris t'es filmée  
 I19 oui c'est ça c'est  
 I14 souriez vous êtes filmées  
 Élisabeth (rires)  
 I19 j'ai un calme légendaire mais parfois ça explose quand même hein  
 Élisabeth ouais  
 I14 aïe aïe aïe / tu nous préviens? qu'on pète ensemble  
 I19 oui (rires) d'accord  
 I14 (rires)  
 Élisabeth doux Jésus sainte Marie Joseph  
 I14 mère de grâ:ce  
 Élisabeth mère de grâce  
 I14 priez pour nos pauvres pécheurs  
 (Enregistrement 115 – 10 juin 2016)

Élisabeth peut également faire preuve d'autodérision sur ses erreurs ou sur ses actes afin de les dédramatiser et de ne pas être maintenue dans une situation de vulnérabilité.

*Interaction dans le couloir entre Élisabeth, I10 et I19*

I10 SurnomÉlisabeth? t'as oublié un truc?  
 I19 pour son chariot?  
 I10 son (xx)  
 Élisabeth oh il y a un souci je crois que j'ai chouré ton chariot?  
 I10 ah oui t'as chouré |- mon chariot  
 Élisabeth (rires) -| parce qu'elle ramène encore  
 I10 elle a juste chouré mon chariot en fait  
 Élisabeth oh putain je suis désolée attends  
 I10 non? |- mais c'est <Élisabeth> parce que -| pas grave? hein

**Élisa** mais je ne comprenais pas mais pourquoi est-ce qu'elle me ramène un chariot? j'ai le mien / roh lala je te pff  
**I19** tu n'avais rien préparé toi tu le prends et tu t'en vas (rires) / trop cool  
**Élisa** roh je suis (rires) désolée PrénomI10 je te jure je n'ai pas fait exprès (rires)  
**I10** boh je ne vais pas en faire un truc d'état |- tu ne dois pas te tracasser je vais m'en remettre hein  
**Élisa** pff je suis un cas soc/ -| pff / il est temps qu'on m'extrade  
**I19** oui franchement  
**Élisa** (rires)  
**I19** j'espère qu'il n'y a pas de maladie vénérienne hein  
**Élisa** (rires)  
**I10** tu crois que ça va s'arranger? ailleurs?  
**Élisa** (rires)  
**I10** comment? tu crois que ça va s'arranger? ailleurs?  
**Élisa** (rires) |- c'est  
**I10** (rires) -|  
 (Enregistrement 288 – 11 octobre 2016)

Si elle est reconnue par son usage de la compétence humoristique par les rires et les surenchérissements de ses interlocuteurs, nous observons que le recours à l'humour est un facteur, parmi d'autres, de la vulnérabilité vécue par Élisa. En effet, nous observons qu'au fur et à mesure des interactions, sa compétence humoristique est moins utilisée, voire elle est même critiquée par les infirmières et aides-soignantes.

*Rapport de transmission dans la salle de réunion infirmière entre I15, I16, Élisa, AdS1 et IV8*

**I16** et sa bouche?  
**I15** c'est mieux  
**I16** ah  
**IV8** c'est mieux: ouais |- je la lui <I16> ça va -| ai faite ce matin juste avec de l'eau  
**I16** il faut faire des bains de bouche parce qu'il a des gingivites hémorragiques il a des croutes énormes mais il paraît  
**I15** mais maintenant ça va mieux  
**AdS1** mais bain de bouche? avec euh quoi  
**I16** de l'eau  
**IV8** de l'eau juste de |- l'eau <AdS1> ah -| simple  
**I16** parce que sinon il ne veut  
**IV8** ouais  
**Élisa** pour un cunni ça doit bien râper  
**I15** ah [avec un air de dégoût]  
**I16** oh [avec un air de dégoût]  
**Élisa** ça va hein  
**IV8** il peut même te le faire avec tes règles tu vois?  
**Élisa** (rires)  
**AdS1** bandes de dégoutantes  
**Élisa** oh (rires)  
 (Enregistrement 137 – 18 juillet 2016)

Cette non-reconnaissance de l'humour associée à une diminution de sa proximité est un indice d'un sentiment de vulnérabilité vécu par Élisabeth durant ses interactions verbales en milieu professionnel. Si la blague d'Élisabeth est produite dans une situation interactionnelle (durant le rapport de transmission dans la salle de réunion infirmière) où sont produites et reçues de nombreuses blagues des membres du collectif, nous constatons que ses usages humoristiques ont tendance à leur déplaire ou à ne pas être reconnus comme adéquats aux habitudes des soignants expérimentés. Élisabeth se retrouve donc occasionnellement en situation de vulnérabilité et ce, même s'il est reconnue par I1 et IA1, lors de leurs chamailleries, comme compétente humoristiquement. Nous pourrions donc considérer les usages de la compétence humoristique d'Élisabeth comme favorisant sa reconnaissance et comme provoquant de la vulnérabilité. Cette situation intermédiaire peut être illustrée à l'aide d'une citation de Humbeeck :

*[n]e pas avoir le sens de l'humour, c'est se priver de ce que le rire contient de meilleur lorsqu'il se partage joyeusement au sein d'un couple ou d'une communauté. [...] Faire de l'humour à tort et à travers, c'est cependant aussi prendre le risque de rompre, de blesser, voire, à coups de plaisanteries inappropriées, de s'isoler. [...] Entre le rire qui tue et la plaisanterie qui relève, les enjeux de l'humour blessent parfois au hasard (2017 : 9).*

### 3.3. Compétence humoristique favorisant ou non la reconnaissance

Comme dans les autres sections, pour traiter la compétence humoristique, nous ne faisons état que de certaines situations interactionnelles dans lesquelles elle est présente. Le contexte interactionnel nous semble encore une fois primordial étant donné que l'humour se marque dans les réactions des interactants et dans leur compréhension humoristique d'une prise de parole (Le Lay et Pentimalli 2013 : 153). Au moyen des échanges entre les nouveaux arrivants et les soignants de l'unité d'hospitalisation d'hématologie, nous essayons d'identifier les usages de la compétence humoristique, qui favorisent la reconnaissance ou qui provoquent la vulnérabilité. Par leurs emplois, nous nous rendons compte que les nouveaux arrivants font de l'humour « un instrument de résilience » en vue de se faire une place dans le métier (Humbeeck 2017 : 10).

La compétence humoristique nécessite une familiarisation et un décodage des codes et des valeurs des membres de l'équipe professionnelle pour pouvoir créer une sorte de décalage par rapport à la réalité, décalage provoquant le rire ou au moins un sourire et donc illustrant une maîtrise, même partielle, de la compétence interactionnelle (Le Lay et Pentimalli 2013 : 142, 145 et 154).

**Compétence humoristique favorisant la reconnaissance.** Pour que la compétence humoristique soit utilisée par les nouveaux arrivants étudiés, nous observons qu'ils passent par une phase de familiarisation prenant la forme soit d'une non-réaction de leur part lorsqu'il assiste à la blague d'un expérimenté, soit d'un rire partagé avec les autres interactants<sup>123</sup>. Étant donné les données collectées, la première attitude sous la forme du silence relève de la familiarisation simple, alors que la seconde, de la familiarisation avancée. La première attitude est illustrée avec les usages de la compétence humoristique provoquant la vulnérabilité. Durant la familiarisation avancée, nous observons que les nouveaux arrivants utilisent leur compétence humoristique sous la forme d'un rire en réponse à la blague de l'expérimenté.

*Staff médical matinal dans la salle de réunion médicale entre Guillaume, As6, I6, K5 et MC1*

**I6** alors Madame NomPatiente: qui est à la NuméroChambre

**MC1** oui:?

**I6** euh elle n'a rien de particulier pour la nuit pas de température

**MC1** hier on avait évoqué une sortie:? (rires) il a aussi mal dormi que moi  
|- (rires)

**Guillaume** (rires) -| oui excusez-moi

**MC1** euh à quel euh on avait évoqué la sortie pour quand?

**Guillaume** Madame NomPatiente aujourd'hui

**MC1** ah voilà il me semblait bien

**I6** sortie aujourd'hui ok

(Enregistrement 513 – 6 avril 2017)

Cette contribution aux blagues est, pour certains nouveaux arrivants, le seul emploi de leur compétence humoristique, comme c'est le cas de Serge. Cette limitation de la compétence à la phase de familiarisation avancée peut se comprendre par l'absence d'une transmission explicite de la manière avec laquelle la compétence humoristique doit être utilisée adéquatement. Néanmoins, si Serge ne l'emploie qu'en riant, il le fait dans des situations interactionnelles, et plus particulièrement dans des lieux qu'il juge adéquats. Ainsi, nous l'observons participer, en riant, au rapport de transmission dans la salle de réunion infirmière.

*Rapport de transmission dans la salle de réunion infirmière entre Serge, I5, I14 et I3*

**I14** tu veux quel côté? -| euh

**I5** oh je |- m'en fous <I14> SurnomI5 -| écoute je viens aujourd'hui et demain j'ai congé jeudi puis je reviens vendredi? en matin et puis apparemment j'irai peut-être en chambres le weekend parce qu'il paraît qu'il y a des problèmes d'horaire donc je ne sais pas encore on me dira quoi vendredi donc voilà maintenant si t'es là demain écoute choisis |- euh: t'es <I14> je suis là demain matin -| là demain matin ben choisis si tu fais matin demain moi comme je fais soir avec SurnomÉlisa qui n'est pas là aujourd'hui donc euh moi je reprendrai le côté euh que j'avais aujourd'hui |- donc c'est bon

**I14** d'accord: -| qu'est-ce que je vais prendre

<sup>123</sup> Mais cette compétence réceptive de l'humour n'illustre pas la compétence productive (Humbeeck 2017 : 230).

**I5** inspire-toi  
**I14** pff je ne suis pas tellement inspirée  
**I5** je m'en doute |- (rires)  
**I14** pic et pic et -|  
**Serge** (rires)  
**I14** un deux: euh quatre ah |- non vingt  
*(Enregistrement 390 – 31 janvier 2017)*

Mais Serge ne réagira pas aux blagues formulées par un expérimenté dans le couloir, par exemple. Il considère donc par l'ancrage contextuel de sa compétence humoristique, qu'il n'est pas adéquat d'y recourir en toute situation interactionnelle ni en toute circonstance. Le décodage du caractère contextuel de la compétence humoristique est un facteur favorisant la reconnaissance d'un usage adéquat d'une blague.

*Interaction dans le couloir entre Serge et I5*

**I5** euh:? PrénomSerge tu sais me passer les langes tu sais / les grosses  
bambinettes là tu vois?  
**Serge** en quelle taille?  
**I5** euh: ben il n'y a pas de taille normalement c'est juste à mettre non+ pas  
une complète // c'est juste de ceux: qu'on ne ferme pas tu vois c'est juste ceux à mettre  
dans les culottes quoi / t'as? ben il a trouvé  
**Serge** s'il vous plaît  
**I5** merci:? c'est pour mes fuites urinaires quand j'ai des problèmes  
*(Enregistrement 455 – 9 février 2017)*

La non-participation de Serge à la blague d'I5 n'est pas jugée inadéquate. Elle ne provoque donc pas, selon nous, de vulnérabilité.

Après s'être familiarisé à quelques usages de blagues situées, le nouvel arrivant décide de faire la blague. La reconnaissance d'un emploi adéquat de la compétence humoristique se manifeste par le rire de l'interlocuteur ou par l'enrichissement de sa blague par ce dernier ou par la combinaison des deux.

*Staff médical matinal dans la salle de réunion médicale entre Guillaume, As6, I3, K4, K5, MC1 et M4*

**I3** chez lui et il y a trois perfs de prescrites / comme ça  
**MC1** et trois perfs de prescrites (rires)  
**Guillaume** ça va mais je suis généreux  
**K4** (rires)  
**MC1** (rires)  
**I3** ouais / du coup on a mis euh les trois |- en une  
**MC1** c'est les -| soldes peut-être |- deux <M4> mmh -| plus un gratuit  
**I3** oui c'est / voilà  
*(Enregistrement 542 – 19 avril 2017)*

En riant de son erreur, Guillaume peut espérer non seulement marquer une connivence avec son interlocuteur, mais aussi adoucir le rappel à l'ordre qui découle de sa faute (Le Lay et Pentimalli

2013 : 167). Guillaume n'est pas le seul nouvel arrivant à utiliser ce subterfuge pour éviter de se retrouver en situation de vulnérabilité ; Paul et Élisabeth le font également.

Nous remarquons que les premiers usages, après la familiarisation, se font dans les mêmes circonstances interactionnelles que les blagues observées par le nouvel arrivant, c'est-à-dire dans le même lieu et avec les mêmes interactants ou des interactants de même statut. Ce n'est qu'à une étape supplémentaire de maîtrise de la compétence, celle de la reconnaissance, que nous observons une variation contextuelle qui est une sortie du mimétisme pour un réinvestissement personnel de la compétence humoristique par le nouvel arrivant.

*Interaction dans le couloir entre I28 et I23 qui coupe une mèche de cheveux d'I28 et Guillaume intervient*

**Guillaume** allez

**I23** si tu veux un petit:

**Guillaume** vous faites pour les hommes aussi?

**I23** (rires)

**I28** ah bien sûr

**I23** viens ici

**I28** allez viens t'asseoir (rires)

**Guillaume** il n'y a plus beaucoup à couper hein (rires)

**I23** (rires)

**I28** ça y est euh il se décoince

**I23** (rires)

(Enregistrement 554 – 20 avril 2017)

L'intervention de Guillaume dans l'interaction entre les deux infirmières est appréciée et est même jugée comme adéquate étant donné qu'elles rient à la suite de sa prise de parole.

L'emploi de la compétence humoristique favorise la reconnaissance de certains nouveaux arrivants parce qu'ils l'utilisent adéquatement et dans des circonstances proches des membres de l'unité d'hospitalisation d'hématologie à savoir sur la situation professionnelle quotidienne (la masse de travail, la multiplicité des codes ou le travail à flux tendu, par exemple), sur un collègue, sur un patient ou sur soi-même.

*Interaction dans le poste infirmier entre IA1, Élisabeth, I17 et M13*

**IA1** oui ah ben c'est toi qui vas t'occuper des patients d'endo alors

**Élisabeth** bonjour

**IA1** voilà

**M13** voilà (xxx) il doit monter c'est un patient qui est |- monté

**IA1** oui Monsieur -| NomPatient il est déjà monté

**Élisabeth** celui pour son: oui c'est ça oui il est déjà en vadrouille? |- il n'est plus dans sa chambre <I17> il est déjà en balade -| il n'est pas (xx)?

**I17** oui

**M13** ah non |- c'est juste pour ses glycémies

**I17** ah lui il est en balade -|

**Élisa** on n'a pas eu le temps de lui: |- piquer <I17> non -| quoi que ce soit il est je pense qu'il est parti fumer / (rires) sans balancer hein |- (rires) <IA1> (rires) <I17> (rires) -|

**M13** mais euh donc demain? vous le sanglez au lit |- (rires) <Élisa> ça va -| mais euh simplement pour enlever euh le plus gros il y a juste une cicatrice derrière le pavillon? ici devant désinfecter un peu les côtés

**Élisa** mmh

(Enregistrement 257 – 5 octobre 2016)

**Compétence humoristique provoquant de la vulnérabilité.** Lors de la familiarisation simple, nous remarquons que les nouveaux arrivants ne participent pas à la blague. Ils sont donc placés en situation interactionnelle de vulnérabilité par rapport aux expérimentés soit parce qu'ils ne comprennent pas que les propos des membres du collectif relèvent de la blague<sup>124</sup>, soit parce qu'ils ne la comprennent pas. Ainsi, les assistants, Guillaume et As6, ne participent pas à la blague portant sur le code des places assises lors du staff médical parce qu'ils ne les connaissent pas, ou pas bien. Seules, les soignantes expérimentées, MC1, IC1 et K4 rient. Nous voyons donc une mise en marge des assistants.

*Staff médical matinal dans la salle de réunion médicale entre Guillaume, As6, IC1, K4 et MC1*

**IC1** alors si tu veux mon avis? / c'est-à-dire que ceci est ma place et ceci est la place du Docteur NomMC1

**MC1** c'est dit vous êtes prévenus

**IC1** le premier qui pique notre place gare à lui

**MC1** c'est-à-dire |- que <IC1> ok -| ça met de mauvaise humeur / on a on a un petit côté maniaque un petit côté maniaco-dépressif |- dans ce service

**IC1** oui quand même -| il y a un petit côté maniaco-dépressif

**K5** (rires)

**MC1** (rires)

**IC1** hein? PrénomK5?

**MC1** (rires)

**IC1** mais on survit hein+

**K5** c'est le signe |- aussi de: <MC1> on survit -| c'est le |- métier qui rentre

(Enregistrement 496 – 4 avril 2017)

Après avoir décodé l'importance du recours à l'humour dans certaines situations interactionnelles, les nouveaux arrivants l'utilisent. Si leur usage de la compétence humoristique peut favoriser leur reconnaissance auprès des membres du collectif, il peut également provoquer de la vulnérabilité parce que la blague ne plait pas à certains soignants,

*Interaction dans le couloir entre Paul, SM1 et I12*

**Paul** alors ça fait quoi

**SM1** mh

**Paul** ça fait quoi

<sup>124</sup> Il n'y a pas de mention explicite telle qu'« [u]n simple "lol", un vague "c'est pour rire" ou un contexte énonciatif qui suppose de ne rien prendre au sérieux » (Humbeeck 2017 : 7).

**SM1** c'est euh / je suis encore sous l'adrénaline  
**Paul** (rires)  
**I12** tu peux mettre le la seringue avec dans le bac / j'ai déjà jeté la rose  
**Paul** ah il me semblait bien qu'il en manquait une  
**SM1** c'est vrai que j'ai: enfin j'aime bien les actes techniques  
**Paul** oh ben écoute: c'est aussi ça: le but euh d'être ici hein / ce n'est pas que+ faire des dossiers  
**SM1** (rires)  
**Paul** ici il y a encore |- la <I12> ouais -| serin:gue  
**I12** mais c'est c'est le dos hein maintenant  
**Paul** ouais hein  
**I12** il faudra juste que tu m'aides à la remonter dans son lit  
**Paul** voilà  
**I12** tu ne regardes pas la patate chaude  
**Paul** (rires) non ça ça va  
**I12** oui mais si ça se perd en cours de route non  
**Paul** (xxx) (rires) je lui ai donné  
**I12** toute façon euh voilà la prise de sang de la madame du vingt euh  
**Paul** roh putain  
**I12** moi ça me: ça me |- fait pas rire hein  
**Paul** c'est chiant ça -| c'est vraiment très chiant  
*(Enregistrement 68 – 3 juin 2016)*

parce qu'elle est inappropriée dans le contexte ou dans sa forme,

*Interaction dans le poste infirmier entre Élisabeth et MC1 avec intervention d'IA1*

**Élisabeth** alors Monsieur NomPatient  
**MC1** on va prendre tout ce qu'il nous faut  
**Élisabeth** donc aujourd'hui on starte quel truc? je n'ai pas retenu  
**MC1** aujourd'hui on starte ah merde attends c'est moi qui me suis trompée donc je refais (xx) ici c'est (xx) ici c'est // ça sent le pipi ici  
**Élisabeth** ah c'est pas moi hein ça je te rassure hein |- je n'ai pas de fuite urinaire <MC1> ça sent le pipi -| (rires)  
**MC1** tu ne trouves pas que ça sent le pipi?  
**IA1** ben ça sent surtout le renfermé |- et euh  
**Élisabeth** ça sent: -| le renfermé? le le [skons] / l'animal |- quoi  
**IA1** (rires) -|  
**MC1** tu ne |- veux pas? me passer une <IA1> ce n'est pas emballant -| une agrafeuse / voilà donc pas de [vêkRistin]? on attaque direct le [mEto]  
**Élisabeth** ah tout de suite d'accord  
**MC1** oui écoute eh ben direct euh  
**Élisabeth** ouais ouais  
**MC1** et donc c'est bon  
**Élisabeth** ouais ouais ouais |- c'est ça <MC1> donc ici -| ouais ouais t'attaques direct |- ok ouais ça va <MC1> on est à H moins trois -| ok ok ben très bien  
**MC1** ça va  
**Élisabeth** ouais ok très bien pas de problème  
**MC1** et alors donc euh: je disais quelque chose je disais |- quelque <Élisabeth> ah -| chose je disais quoi?  
**Élisabeth** que ça puait le pipi -| (rires)  
**MC1** oui tu as raison mais ça ce n'est pas une info très intéressante c'est que je me suis trompée dans l'ordinateur -| et donc il faut que je le change dans l'ordinateur  
*(Enregistrement 81 – 7 juin 2016)*

parce qu’aucun interlocuteur ne rit sauf le nouvel arrivant qui est le créateur de la blague,

*Staff médical matinal dans la salle de réunion médicale entre Guillaume, As6, I17, MC1 et M3*

**MC1** NomPatient/ NomPatient?

**As6** non |- euh <Guillaume> non -| |- il est aux <I17> à la NuméroChambre -| soins |- en fait <I17> oui -| il n’est pas dans la liste

**MC1** ah |- comment il s’appelle

**Guillaume** c’est la bombe -| à |- retardement de vendredi

**I17** NomPatient -|

**M3** c’est vrai?

**Guillaume** (rises)

**MC1** oui?

**I17** qui a quatre-vingt-six ans? c’est tout ce que je sais et il est aux soins suite à un choc septique

**M3** attends

**MC1** vendredi

**As6** il est arrivé mochissime vendredi (rises)

**MC1** ah c’est celui que |- PrénomIC1 m’a <MC2> et: hop -| raconté / transfert aux soins

**I17** voilà

*(Enregistrement 533 – 18 avril 2017)*

### Synthèse : « Quand tu ne sais pas, tu cherches »

Par l’étude de trois compétences interactionnelles dans les interactions verbales des six nouveaux arrivants choisis, nous avons pu nous rendre compte que certains usages des compétences favorisent leur reconnaissance en tant que membres de l’unité d’hospitalisation d’hématologie. Par ces emplois, nous proposons une réponse à une de nos sous-questions de recherche, à savoir comment un nouvel arrivant peut-il être reconnu par et pour ses compétences interactionnelles mises en œuvre lors de ses échanges avec les membres de l’équipe soignante ? Si la quête de reconnaissance est un des objets de notre recherche, nous nous sommes également intéressée aux usages des compétences interactionnelles qui provoquent des situations de vulnérabilité pour les nouveaux arrivants. Ce second objet de recherche repose sur notre conception théorique de la vulnérabilité. En effet, comme explicité dans la première partie, le nouvel arrivant peut être reconnu dans sa compétence interactionnelle lors d’un échange et être mis dans une situation de vulnérabilité dans un autre. Cette hypothèse théorique est vérifiée par les différents exemples interactionnels proposés dans ce septième chapitre. De fait, l’usage d’une compétence par un nouvel arrivant peut faciliter sa reconnaissance dans l’interaction A et provoquer de la vulnérabilité dans l’interaction B.

Après avoir présenté différents usages des compétences d’adresse, d’information et d’humour des six nouveaux arrivants, nous synthétisons, dans cette section, les usages de ces

trois compétences favorisant d'une part la reconnaissance et d'autre part, provoquant de la vulnérabilité. Elle se clôturera sur une réflexion concernant les pratiques des six nouveaux arrivants.

**Compétences facilitant la reconnaissance.** Les usages des compétences seront présentés sans différencier les soignants et les nouveaux arrivants du point de vue de leur place institutionnelle parce que nous remarquons qu'ils les partagent.

La compétence d'adresse est reconnue chez certains nouveaux arrivants parce qu'ils utilisent les mêmes routines interactionnelles que les expérimentés, à savoir l'usage majoritaire de la combinaison *Prénom + tu* pour les membres et l'emploi de *Mme/M. Nom + vous* pour les non-membres, à l'exception des adresses entre les médecins novices et experts. La reconnaissance est renforcée par une solidarité marquée par l'usage de surnom entre les nouveaux arrivants et les membres de l'équipe. Cette forme nominale d'adresse illustre, selon nous, une relation plus proche entre les interactants et l'acceptation de faire une place au nouvel arrivant dans le collectif soignant, en lui accordant de recourir au surnom. Certaines formes nominales d'adresse utilisées par les expérimentés, comme *le bon Docteur NomPaul* créée par MC1, sont une manière de reconnaître les qualités du nouvel arrivant.

Les emplois de la compétence informationnelle aidant à la reconnaissance sont au nombre de trois. Premièrement, le nouvel arrivant doit se montrer détenteur de l'information qu'il a obtenue lors d'une interaction précédente, qu'il a lue dans un dossier ou qu'il a en sa possession grâce à son bagage professionnel ou à la participation à une réunion. Deuxièmement, il transmet cette information pendant une réunion ou pendant une interaction avec l'interlocuteur concerné. Ce dernier peut être le soignant qui a besoin de l'information ou le soignant-relais, comme l'infirmière administrative, qui passera le message à la personne qui en a besoin. Plus il transmet l'information, plus le nouvel arrivant sera reconnu comme compétent par les membres du collectif. Et troisièmement, de par sa place de nouvel arrivant, il accepte de ne pas être omniscient. Mais pour être reconnu dans sa compétence informationnelle, le nouvel arrivant se met en quête de ce qu'il ne connaît pas soit seul, soit à l'aide d'autrui. Par la demande d'aide à un autre, il accepte potentiellement d'entrer en situation d'accompagnement. Ce comportement de recherche d'une information est également adopté par les expérimentés de l'équipe d'hématologie.

Quant à la compétence humoristique, elle est une aide pour soulager la charge professionnelle psychique, physique et mentale vécue par les soignants du collectif. Nous observons que l'usage de la surenchère d'une blague d'un expérimenté, la production d'une blague au bon endroit et au bon moment ainsi que les chamailleries contribuent à la reconnaissance du nouvel arrivant. Pour que cette dernière soit possible, nous nous rendons compte non seulement d'une progression dans la familiarisation, mais aussi d'une évolution dans le contexte humoristique. En effet, les premières blagues formulées par les nouveaux arrivants se font entre soignants de même statut ou entre le nouvel arrivant et son superviseur ; ce n'est que dans un second temps qu'ils blaguent avec des soignants d'autres statuts et dans des lieux distincts.

**Compétences provoquant de la vulnérabilité.** D'autres usages des compétences n'aident pas à la reconnaissance du nouvel arrivant, mais ils provoquent de la vulnérabilité.

L'emploi de la compétence d'adresse peut amener un nouvel arrivant à vivre une situation de vulnérabilité parce qu'il ne respecte pas les routines interactionnelles. En outre, qu'il utilise adéquatement ou non les habitudes d'adresse des membres du collectif, le nouvel arrivant peut se trouver en situation de vulnérabilité à la suite d'une interpellation sous la forme de *les enfants*, *les gars*, *mon ami* ou encore *mec*. Ces différentes formes nominales d'adresse accompagnent un rappel à l'ordre dû à un comportement inadéquat du nouvel arrivant, une mise en garde le rendant dépendant d'une situation d'accompagnement ou une mise en évidence d'une erreur commise.

En ce qui concerne la compétence informationnelle, le non-décodage de l'importance de la transmission d'informations est un obstacle pour le travail soignant. De plus, le fait de ne pas chercher une information en tant que nouvel arrivant, le positionne en situation de vulnérabilité puisqu'il n'a pas suffisamment de matériel informationnel pour agir. À ces deux premiers emplois s'ajoute un troisième : l'usage inadéquat de la compétence informationnelle par le nouvel arrivant. L'inadéquation est due soit à son oubli de transmission de l'information, soit à une transmission restreinte ou mal réalisée de l'information détenue, soit à l'inadéquation de la transmission par rapport au contexte interactionnel.

L'humour est une compétence complexe à déchiffrer seul et il peut amener à différencier un nouvel arrivant des membres du collectif parce que celui-là ne comprend pas qu'il y a une blague et il ne rit pas. Mais au-delà de la familiarisation, nous observons que l'usage de la

compétence humoristique peut être non compris par les expérimentés qu'ils aient ou non le même statut que le nouvel arrivant. Par ailleurs, la blague peut amener de la vulnérabilité parce qu'elle est ratée. Ce « ratage » de la compétence humoristique repose sur le fait que la blague déplaît à l'interlocuteur ou parce qu'elle ne convient pas au contexte interactionnel.

Nous observons que les **six nouveaux arrivants** étudiés ont chacun des usages des compétences distincts. Néanmoins, Caroline et Guillaume se retrouvent plus fréquemment en situation de vulnérabilité que les quatre autres. Un tel constat repose sur leurs difficultés à déchiffrer les routines interactionnelles d'adresse, d'informations et d'humour des membres du collectif soignant. Les périodes de familiarisation de Guillaume, par exemple, sont longues pour les trois compétences choisies. Serge, Élisabeth et Paul, eux, sont reconnus pour leurs compétences interactionnelles : Serge pour son engagement informationnel, Élisabeth pour son engagement adressé solidaire et Paul pour son engagement humoristique. Pourtant, cela ne les empêche pas de vivre occasionnellement des situations de vulnérabilité à cause d'un usage inadéquat par rapport au contexte interactionnel ou d'une erreur commise dans l'emploi de la compétence. Quant à Jeanne, elle est reconnue dans ses compétences et nous n'avons que rarement eu l'occasion de l'observer en situation de vulnérabilité. Son engagement interactionnel et ses comportements sociolinguistiques sont très proches, voire même identiques, aux infirmières qui sont des membres de l'unité d'hospitalisation d'hématologie.



## Chapitre 8 – Se faire accompagner pour faciliter la reconnaissance

Ce huitième chapitre fait état des accompagnements vécus par les nouveaux arrivants et menés par des membres de l'équipe soignante pour montrer en quoi la supervision peut être un moment d'amenuisement de la vulnérabilité ou au contraire, de renforcement de celle-ci. Nous avons donc comme objectif de présenter les situations d'accompagnement favorisant la reconnaissance ou provoquant de la vulnérabilité chez les six nouveaux arrivants étudiés. Nous expliciterons quelques situations d'accompagnement vécues par ces derniers et nous tenterons de comprendre celles qui aident à leur reconnaissance par l'octroi, entre autres, d'autonomie. Concrètement, nous nous interrogerons sur l'existence d'une progression dans l'accompagnement du nouvel arrivant vers une plus grande autonomie dans ses actes à la suite de la reconnaissance de ses compétences professionnelles.

### Introduction

Dès leur arrivée ou durant leur journée dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie, nous avons remarqué que les nouveaux arrivants se retrouvent parfois démunis face à une situation professionnelle parce qu'ils ne possèdent pas la compétence nécessaire pour la réaliser. Afin de remédier à une telle situation, deux possibilités d'actions s'offrent au nouvel arrivant : soit il se met en quête seul de la solution, soit il demande de l'aide aux professionnels expérimentés. Rechercher chez l'autre une compétence interactionnelle propre au collectif d'hématologie amène le nouvel arrivant à participer à une situation d'accompagnement. Plutôt que d'apprendre en solitaire, c'est au contact de l'autre qu'il acquiert la culture hospitalière et les compétences professionnelles de l'équipe. Nous ferons donc état, dans ce chapitre, de l'accompagnement des nouveaux arrivants par les expérimentés du collectif soignant.

Avant d'analyser des situations interactionnelles d'accompagnement vécues par les six nouveaux arrivants, nous rappelons ce que nous entendons par **accompagnement**. L'accompagnement est une situation interactionnelle et professionnelle lors de laquelle un nouvel arrivant, en tant qu'acteur inexpérimenté, est pris en charge par un soignant expérimenté et compétent dans le but de rendre le premier compétent (linguistiquement, relationnellement ou techniquement), reconnu et autonome dans le milieu du travail (Kunégel 2005 : 129). Le nouvel arrivant se trouve donc du point de vue de ses compétences en situation de vulnérabilité par rapport à l'expérimenté. Néanmoins, durant l'interaction, le second aide le premier à

s'outiller pour devenir autonome et être reconnu comme compétent. Autrement dit, une situation interactionnelle d'accompagnement est une situation de vulnérabilité, mais elle est également un moyen pour le nouvel arrivant de gagner en compétence et en reconnaissance. Peu importe l'issue de l'accompagnement, cette situation est un lieu explicite d'enrichissement et de partage des compétences interactionnelles de l'expérimenté-accompagnateur ainsi que de négociation de places. En effet, au départ, une relation asymétrique sur le plan des compétences lie les deux interactants ; elle peut évoluer au fur et à mesure de l'échange et amener à une reconnaissance et à une autonomie de l'accompagné. Cette évolution est rendue possible par l'engagement de chaque interactant. L'un et l'autre doivent s'investir dans l'échange afin de mutualiser leurs forces, leurs compétences, mais l'engagement n'est pas toujours identique. Ainsi, nous observons des situations où le nouvel arrivant souhaite être accompagné et l'expérimenté accepte de le faire ainsi que des situations où ce dernier impose un accompagnement au nouvel arrivant qui soit y participe, soit le fuit.

La mutualisation des compétences professionnelles interactionnelles peut prendre différentes formes dans une situation d'accompagnement : l'expérimenté-accompagnateur peut transmettre une compétence à l'aide d'un mini-cours au nouvel arrivant accompagné ; il peut l'assister dans une mise en application, c'est-à-dire que l'expérimenté dialogue avec le nouvel arrivant et qu'il le guide dans ses gestes et ses prises de parole ; il peut également l'aider parce que l'accompagné l'a sollicité pour gérer un problème ou un imprévu alors que ce dernier agit en autonomie. Les trois exemples proposés font référence respectivement à la transmission, à la mise en application assistée et à la mise en application semi-assistée. Lors de ces trois formes d'accompagnement, ce dernier peut non seulement être imposé par l'expérimenté ou sollicité par le nouvel arrivant, mais aussi être une interaction entre deux professionnels de même statut (compagnonnage) ou de statuts différents (tutorat). L'accompagnement sous la forme de tutorat est institutionnalisé dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie parce que chaque nouvel arrivant a un expérimenté-tuteur institutionnellement ; ce soignant est son supérieur hiérarchique dans les six cas étudiés. Nous avons laissé de côté le compagnonnage pour Serge, Caroline, Paul et Guillaume parce que ce sont des situations interactionnelles entre deux nouveaux arrivants et non entre un nouvel arrivant et un professionnel expérimenté. Si le compagnonnage n'est pas explicité pour ces quatre nouveaux arrivants<sup>125</sup>, cette forme

---

<sup>125</sup> Le compagnonnage permet d'offrir une image positive de soi, pour Paul et Serge, parce que le compagnonnage se passe bien et qu'ils sont sollicités et reconnus comme compétents par leurs pairs.

d'accompagnement est mise en évidence pour Jeanne et Élixa dont les compagnons, pour elles, sont des infirmières expérimentées.

La diversité d'interactions d'accompagnement peut également se comprendre par une supervision collective des nouveaux arrivants par les membres de l'équipe hématologique. Si institutionnellement chaque nouvel arrivant novice a un superviseur attitré qui doit donc l'accompagner durant ses (inter)actions en milieu hospitalier, nous observons que cet accompagnateur n'est pas toujours présent et que d'autres soignants expérimentés prennent le relais de l'accompagnement. Ce passage de témoin est voulu par les médecin-chef et infirmière-chef de l'unité d'hospitalisation : elles souhaitent et elles veillent à ce qu'un superviseur soit présent en leur absence. Cette contrainte « infligée » aux soignants expérimentés semble naturelle à certains d'entre eux qui aménagent alors du temps pour accompagner ou tutorer, mais elle peut paraître contraignante pour d'autres qui ne se rendront que peu ou pas disponibles pour les nouveaux arrivants.

Concrètement, par l'analyse des interactions verbales, nous essaierons de comprendre quelles formes d'accompagnement par les soignants expérimentés peuvent aider les nouveaux arrivants dans leur quête de reconnaissance. Pour ce faire, nous étudierons plusieurs interactions pour chaque nouvel arrivant afin d'observer si un passage a lieu de la vulnérabilité à la reconnaissance et s'il obtient davantage d'autonomie au fur et à mesure de ses échanges. Associée à la reconnaissance, cette progression vers l'autonomie se marque dans les places interactionnelles du nouvel arrivant accompagné par un expérimenté, comme nous l'avons expliqué dans le sixième chapitre. De fait, lors de la transmission, le nouvel arrivant est un acteur supervisé qui déchiffre les compétences nécessaires dans les propos explicatifs de l'expérimenté. Durant la mise en application assistée, le premier passe à l'action tout en restant un acteur supervisé par le second qui le guide dans ses faits et gestes. Et dans la mise en application semi-assistée, le nouvel arrivant gagne en autonomie puisqu'il est supervisé à distance par l'expérimenté ; il est donc devenu un acteur complémentaire pour les tâches du collectif. L'analyse des formes d'accompagnement, comme une aide dans la quête de reconnaissance, est un moyen pour illustrer la progression du nouvel arrivant vers l'autonomie, vers sa reconnaissance et vers sa responsabilisation.

Dans ce huitième chapitre, les situations interactionnelles d'accompagnement retenues sont présentées d'interaction en interaction, ce qui nous permet de voir une trajectoire professionnelle se tracer. La présentation ne sera pas exhaustive, mais limitée à notre sujet de recherche, à savoir en quoi l'accompagnement favorise-t-il la reconnaissance ou en quoi provoque-t-il de la vulnérabilité chez le nouvel arrivant qui interagit avec les soignants expérimentés ? Nous expliciterons les trois formes d'accompagnement (transmission, mise en application assistée et mise en application semi-assistée) pour chaque binôme de nouveaux arrivants à cause de leurs statuts différents qui amènent à des situations interactionnelles particulières avec les soignants du collectif. Grâce aux interactions d'accompagnement, nous tenterons de vérifier quelques hypothèses : (1) le compagnonnage faciliterait davantage la reconnaissance que le tutorat ; (2) l'accompagnement imposé provoquerait plus de situations de vulnérabilité que l'accompagnement sollicité ; (3) une progression linéaire de la transmission à la mise en application semi-assistée sans retour en arrière permettrait au nouvel arrivant d'atteindre la reconnaissance et d'être autonome. Pratiquement, nous nous intéressons aux places occupées par les interactants et négociées durant l'échange. Nous observerons plus spécifiquement comment évolue verbalement un nouvel arrivant accompagné par un soignant expérimenté, nouvel arrivant qui souhaite devenir un acteur autonome dans le collectif. Nous clôturerons ce chapitre en synthétisant nos observations sur Serge, Caroline, Paul, Guillaume, Élisabeth et Jeanne ainsi qu'en proposant une typologie des situations interactionnelles d'accompagnement en deux groupes : celles qui favorisent la reconnaissance et celles qui provoquent de la vulnérabilité.

## 1. Serge et Caroline

Dans cette section, nous présenterons des situations interactionnelles d'accompagnement entre les deux infirmiers-stagiaires, Serge et Caroline, et les soignants expérimentés de l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Lors de ces échanges, ils interagissent avec l'infirmière-chef, IC1, l'infirmière-référente, les infirmières expérimentées, les aides-soignantes et les aides logistiques. Nous analyserons donc uniquement des situations de tutorat puisque les interactions de compagnonnage ne sont pas l'occasion d'interagir avec un membre du collectif d'hématologie. Nous espérons observer non seulement une progression de l'accompagnement, qu'il soit imposé ou sollicité, de Serge et Caroline, mais aussi une évolution dans leur autonomie et dans leur reconnaissance.

### 1.1. *Acquérir des compétences grâce à la transmission*

Durant le stage de Caroline, l’infirmière qui occupe la place d’accompagnatrice institutionnelle est l’infirmière-chef IC1<sup>126</sup>. Lors de ses premiers échanges avec Caroline, IC1 impose un accompagnement sous la forme d’une transmission des règles et des devoirs des infirmières-stagiaires pendant leur séjour professionnel dans l’unité d’hospitalisation. Elles doivent pouvoir prendre les paramètres des patients, faire des toilettes et des changements de lits. Au terme du stage, elles doivent également être capables de changer une trousse de perfusion et un pansement de voie centrale. Cette situation d’explicitation des attendus est similaire à celle vécue par Serge. Les attendus sont des prérequis de la formation de l’infirmière-stagiaire. Ces derniers se transforment en attendus dans le milieu hospitalier puisque les professionnels s’attendent à ce qu’elle soit capable de réaliser les tâches prérequis ou attendues. Après ces premiers moments interactionnels entre Caroline et IC1, l’infirmière-chef alterne entre des interactions de transmission et de mise en application assistée imposée pour mettre une sonde urinaire à un patient ou pour aider un médecin qui réalise une ponction de moelle, par exemple. Dans ces différents échanges d’accompagnement, Caroline soit déchiffre les habitudes de l’équipe infirmière d’hématologie lors des mini-cours d’IC1, soit elle agit sous la supervision directe et rapprochée de l’infirmière-chef qui lui apprend à acquérir le bon geste pour poser une sonde urinaire à un patient, entre autres.

À l’entame de son stage, Serge est accompagné par IC1 qui lui transmet quelques codes et prérequis, comme elle l’a fait avec Caroline. Contrairement à celle-ci, Serge a comme référente institutionnelle l’infirmière I5 et non plus IC1 pour la suite de son stage. Cette différence par rapport à Caroline repose sur un changement d’organisation dans l’équipe infirmière et d’un passage de flambeau de la supervision institutionnelle des stagiaires d’IC1 et I13 à I5 et I16<sup>127</sup>. Cette configuration en binôme est déjà d’actualité pour Caroline. Les premières interactions entre I5 et Serge prennent la forme d’un accompagnement de transmission du fonctionnement de la supervision selon cette infirmière expérimentée. Elle souhaite que le dialogue s’installe entre elle et les infirmières-stagiaires. Elle ne veut pas

---

<sup>126</sup> Deux infirmières sont considérées comme superviseuses institutionnelles des infirmières-stagiaires : IC1 et I13. Avec les rotations temporelles de ces soignantes expérimentées, la place de superviseuse est attribuée à deux infirmières pour qu’il y en ait une présente lorsque des stagiaires sont dans l’unité. Nous n’observons pas d’interaction entre Caroline et I13 lors de notre enquête ethnographique.

<sup>127</sup> Nous n’observons pas de supervision entre I16 et Serge lors de l’enquête de terrain.

qu'elles restent avec leurs questions, qu'elles n'osent pas les poser et qu'elles agissent sans avoir de réponse, comme en témoigne l'interaction proposée.

*Interaction dans la salle de réunion infirmière entre Serge, I5 et I14*

**I5** ok ok et vous aviez déjà vu vos prérequis et tout ça avec la cheffe quand vous êtes |- arrivés ah ben ça <Serge> ouais ouais ouais -| va ok // elle vous a un peu tout expliqué? |- normalement <Serge> ouais ouais -| j'aurais dû être là moi / en fait avant c'était Madame NomI13 mais elle n'est plus là maintenant c'est moi?

**Serge** mmh

**I5** qui ai pris le flambeau / avec PrénomI16 mais PrénomI16 elle a fait des nuits donc |- elle est <Serge> ouais -| en congé elle revient |- que ce <Serge> ah ouais -| weekend donc voilà / voilà voilà / maintenant je dis dès le départ s'il y a un souci ou quoi que ce soit n'attendez pas la dernière minute ne restez pas sans rien dire au plus tôt c'est dit au plus tôt on peut euh: / résoudre les problèmes voir ce qu'on peut faire / et euh

**Serge** ouais ça va pas |- de souci

**I5** et voilà -| si vous avez des questions euh: on est tout à fait dispo / normalement je ne devrai plus tomber en rade

**Serge** (rires)

*(Enregistrement 390 – 31 janvier 2017)*

Cette prise de contact est l'occasion d'une familiarisation et d'une évaluation des compétences de Serge par I5. C'est également une interaction lors de laquelle I5 se montre vulnérable dans sa place de superviseuse institutionnelle parce qu'elle y débute. Nous pourrions y voir une situation exceptionnelle de partage de la vulnérabilité entre I5 et Serge.

Nous observons que les situations d'accompagnement imposé de transmission ont lieu majoritairement entre le nouvel arrivant et son infirmière-référente. Avec les autres expérimentés, l'accompagnement prend la forme d'une mise en application (semi-)assistée.

## *1.2. Mettre en application de manière assistée pour acquérir le bon geste*

Après les premières interactions de transmission entre une infirmière-stagiaire et sa référente, nous l'observons rapidement passer à l'action. Elle prend les paramètres des patients, elle fait leur toilette et change leur lit en autonomie. Nous ne constatons donc pas de mise en application assistée dans ces trois tâches qui doivent être acquises depuis sa première année en école d'infirmières.

Ce sont dans de nouvelles situations de soins non encore réalisées qu'une mise en application assistée s'installe. De fait, nous remarquons que les infirmières expérimentées accompagnent les infirmières-stagiaires, comme Caroline et Serge, lors d'un changement de trousse ou d'un pansement de voie centrale. Leur supervision est omniprésente : l'expérimenté et le nouvel arrivant réalisent ensemble, à quatre mains, l'acte technique. De telles situations

interactionnelles ont été observées lors de notre enquête ethnographique, mais par respect pour le patient et en adéquation avec notre méthodologie, nous n'avons pas transcrit ces échanges de mise en application assistée. Cependant, nous pouvons mentionner que Serge acquiert plus rapidement la bonne technique et la bonne prise de parole que Caroline lors de ces interactions d'accompagnement. Par conséquent, il est plus rapidement reconnu comme compétent par l'infirmière qui l'accompagne alors que Caroline, elle, est plus lente à l'exécution, elle doute de ses actes (de parole) et elle sollicite fréquemment son accompagnatrice pour valider ce qu'elle est en train de faire ou de dire.

Outre les mises en application assistées dans la chambre d'un patient, nous avons collecté des interactions dans le poste infirmier entre Serge ou Caroline et une infirmière expérimentée qui l'accompagne dans la préparation d'une poche à perfusion. Cette action est nouvelle pour les deux nouveaux arrivants qui sont assistés par un expérimenté. Concernant Caroline, nous remarquons que l'infirmière I9 adopte une situation interactionnelle de mise en application assistée évolutive dans l'interaction proposée. D'abord, I9 évalue les compétences de l'infirmière-stagiaire afin de constater si elle comprend l'acte qu'elle est en train de réaliser et si elle est capable d'expliquer ce que signifie « milli équivalents » lorsqu'elle prépare la poche à perfusion. Ensuite, elle lui donne ses recommandations avant que Caroline passe à l'acte en lui spécifiant qu'il est primordial non seulement qu'elle comprenne ce qu'elle fait avec la poche de liquide physiologique, mais aussi qu'elle soit capable de vérifier ce qu'a préparé une autre infirmière dans une poche à perfusion avant d'administrer le médicament à un patient. Et enfin, I9 l'aide à acquérir une bonne technique pour puiser dans les poches à perfusion en guidant son geste. L'interaction proposée illustre un accompagnement sous la forme d'une mise en application assistée de Caroline par l'infirmière expérimentée I9.

*Interaction dans le poste infirmier entre Caroline et I9, lors de laquelle intervient I10*

**I9** c'est une pompe de combien que tu dois faire  
**Caroline** de euh je prends oui euh: quarante-huit on dilue  
**I9** en tout?  
**Caroline** en tout  
**I9** et en potassium tu vas:? tu vas prendre combien  
**Caroline** deux / il faut quarante  
**I9** quarante  
**Caroline** vingt et vingt  
**I9** il y a vingt et vingt?  
**Caroline** oui c'est ça?  
**I9** pas vingt millilitres hein c'est vingt milli c'est vingt milli équivalents  
qu'il te faut / la prescription |- de potassium <Caroline> c'est quarante -| c'est quarante  
milli équivalents  
**Caroline** oui  
**I9** et dans une flapule tu as?

- Caroline** dans un: donc il y a vingt millilitres?
- I9** oui
- Caroline** donc il faudra deux millilitres
- I9** oui il y a vingt millilitres mais il y a combien de milli équivalents par par euh: / par flapule? / hein?
- Caroline** ça
- I9** donc s'il y a un milli équivalent par flapule / et qu'il t'en faut quarante
- Caroline** ah oui c'est ça ne va pas ça
- I9** donc ça veut dire qu'il y a combien de milli équival/ on va t'amener un tabouret t'attraper
- Caroline** attendez je suis perdue là
- I9** ah ben oui je vois
- Caroline** donc il y en a un et il en faut quarante / eh ben s/ |- non mais s/:
- I9** t'es sure? -| sur ta flapule il est marqué qu'il y a / un milli équivalent par?
- Caroline** vingt millilitres par milli
- I9** par millilitres+ donc ça veut dire que comme il y en a vingt millilitres tu as?
- Caroline** donc vingt euh:
- I9** milli équivalents |- donc
- Caroline** équivalents -| d'accord
- I9** là t'as vingt-mille équivalents donc si t'en prends deux t'en auras?
- Caroline** quarante
- I9** quarante donc c'est correct mais il faut toujours vérifier |- jamais <Caroline> oui -| faire confiance / ta collègue elle peut très bien avoir la tête en l'air? ou n'importe quoi donc |- tu dois <Caroline> oui -| vraiment vérifier tout ce que tu puises alors tu vas puiser quoi d'abord?
- Caroline** ça d'abord
- I9** pourquoi? / je fais |- ma chiente <Caroline> parfois -| aujourd'hui
- Caroline** voilà
- I10** je te l'ai -| déjà dit ça
- Caroline** parce que oui -| oui
- I9** oui oui oui
- Caroline** est-ce que (rires) parce que: on ne sait jamais si je me trompe euh: / en fait c'est moins grave avec ça que: c'est de perte de ça? c'est ça?
- I9** mmh / non+
- Caroline** |- ah
- I9** il y a de ça+ mais il n'y a pas que ça
- Caroline** il n'y a pas que ça
- I9** non / tu vas puiser combien? de CC de physio
- Caroline** huit
- I9** huit il y en a combien en tout
- Caroline** |- cinquante
- I9** dans la poche -|
- Caroline** cinquante?
- I9** tu vas faire quoi avec le reste?
- Caroline** je vais les mettre de côté?
- I9** ah oui donc ça veut dire? que / tu vas le? / si tu le mets de côté ça veut dire que tu risques de le réutiliser?
- Caroline** oui
- I9** |- donc
- Caroline** ah oui -| pour éviter d'avoir du produit dedans
- I9** voilà voilà
- Caroline** d'accord

**I9** c'est pour ça uniquement pour ça tu vois  
 [32 secondes plus tard]  
**Caroline** j'aurais dû:? / d'abord  
**I9** comment ça / attends tu veux faire quoi  
**Caroline** pour avoir moins difficile après pour tirer  
**I9** tu pousses dessus alors simplement |- tu pousses <Caroline> je pousse -|  
 ouais voilà  
**Caroline** ok  
**I9** alors si tu ne veux pas avoir difficile de tirer? tu pousses sur ta perf  
 qu'est-ce qui t'empêche de mettre une pression sur ta perfusion?  
**Caroline** hop cent-trente-et-un  
**I9** tu prends ça  
**Caroline** donc ça je le laisse de côté? après je prends vingt de chaque /// ma façon  
est bonne ou:  
**I9** oui / tant que tu ne: stérilises pas  
**Caroline** voilà  
**I9** chacun a sa manière hein / il faut que tu le sentes il faut que tu te sentes  
 à+ l'aise+ // c'est ça le principal tout en ne stérilisant pas ton aiguille // et donc en  
 tout tu vas avoir:? combien de millilitres?  
**Caroline** quarante-huit  
**I9** quarante-huit  
**Caroline** là je retire par contre |- pour éviter <I9> ouais -| que ça: gicle et je mets  
 ma (xxx) / voilà  
**I9** voilà // t'as quarante-huit? [Caroline montre la seringue à I9] magnifique  
**Caroline** ça va? tu me valides mon geste  
**I9** je valide ton geste  
 (Enregistrement 94 – 8 juin 2016)

Durant cette interaction de tutorat, nous remarquons que Caroline est assistée continuellement par I9 soit de manière imposée, soit de manière sollicitée comme avec sa réplique « j'aurais dû:? / d'abord ». La nouvelle arrivante est en situation de vulnérabilité tout au long de l'échange. Cette dernière se manifeste de différentes façons : elle n'a pas confiance en elle lorsqu'elle est interrogée par I9 et lorsqu'elle réalise son geste technique (« ma façon est bonne ou: ») ; elle manifeste son incompréhension face à la tâche qu'elle doit réaliser et expliquer (« attendez je suis perdue là ») ; elle se fait rappeler à l'ordre par I10 parce qu'elle a oublié une information communiquée précédemment qui lui permettrait de répondre aux questions d'I9 (« je te l'ai déjà dit ça ») ; et lorsqu'elle vient de réaliser un acte, elle demande une évaluation de ce dernier directement à I9 (« ça va? tu me valides mon geste »). Caroline a donc besoin de reconnaissance dans ce qu'elle fait. Une telle attitude interactionnelle manifeste une non-confiance en ses compétences malgré l'autonomie partielle laissée par I9, qui reflète également une reconnaissance partielle illustrée par l'omniprésence d'I9 lors de l'accompagnement de Caroline et par les sollicitations continues de cette dernière pour ne pas être seule.

Quant à Serge, il est peu observé en mise en application assistée, car il se montre compétent et autonome ; il est reconnu comme tel par les infirmières expérimentées. Dans

l'interaction proposée, il est accompagné par I8 afin de préparer une poche à perfusion. L'infirmière expérimentée commence à lui expliquer de manière détaillée comment il doit réaliser l'acte tout en le guidant, mais Serge finit par intervenir et mentionner qu'il a déjà effectué cette tâche hier sous la supervision d'une autre infirmière. De cette situation découle une mise en autonomie du nouvel arrivant par I8 qui continuera tout de même à le superviser mais à distance.

*Interaction dans le poste infirmier entre Serge et I8*

**I8** tiens tu peux prendre le (xx) là Monsieur NomPatient deux fois encore de la [sikloviR] / voilà? tu mets: / le (xx) il faut le diluer donc si [passage inaudible] alors il faut [passage inaudible]

**Serge** euh oui oui comme hier

**I8** tu l'as fait hier?

**Serge** je l'ai fait hier oui

**I8** ok

**Serge** j'ai pris quatre virgule |- quatre je me suis <I8> ah: c'est rien -| trompé / mais j'avais déjà vu

**I8** bon je te laisse faire ça?

**Serge** ça marche pas de problème

**I8** et il y aurait le magnésium aussi donc euh huit grammes de magnésium

*(Enregistrement 404 – 2 février 2017)*

### *1.3. Agir tout en étant accompagné(e) à distance*

Le tutorat sous la forme d'une mise en application semi-assistée caractérisée par une autonomie du tutoré est observé dans la plupart des interactions entre Serge et les infirmières. Si Serge sollicite sa tutrice occasionnellement et si celle-ci lui rappelle quelques codes et lui donne des consignes d'actions, nous observons que de manière générale Serge agit seul. Une telle sorte d'accompagnement illustre une reconnaissance de ses compétences professionnelles. Néanmoins, Serge n'échappe pas à des situations interactionnelles de vulnérabilité en passant d'une place d'acteur complémentaire à celle d'un accompagné qui a oublié un code. Autrement dit, ce n'est pas parce qu'il est reconnu qu'il ne peut pas vivre à nouveau une situation de vulnérabilité. Dans l'échange proposé entre Élisabeth et Serge, nous observons que l'accompagnement imposé par l'infirmière positionne le stagiaire en situation de vulnérabilité parce qu'il aurait oublié de prendre les paramètres d'un patient. Néanmoins, il tente d'en sortir en expliquant que ce n'est pas son erreur, mais qu'il va les prendre. Nous remarquons qu'Élisabeth laisse de côté le problème de paramètres et qu'elle reconnaît les compétences de Serge en lui confiant les médicaments qu'il administrera au patient de manière autonome et en le félicitant de lui donner le débit de la poche à perfusion.

*Interaction dans le couloir entre Serge et Élisabeth*

**Élisabeth** tu n'avais pas pris les: paramètres de lui / parce qu'il n'est rien noté euh sur le copem

**Serge** non

**Élisabeth** tu n'as pas été?

**Serge** en fait moi j'ai dû aller manger tard

**Élisabeth** ah |- ouais ouais

**Serge** et je suis -| remonté / les filles avaient fait euh: oui donc euh voilà je vais aller les faire

**Élisabeth** ah ça va ça a été chez Monsieur NomPatient? ça coule? c'est fini dans combien de temps / regarde: peut-être mesurer les (xx)

**Serge** là ça coule en huit heures: c'est ça? / donc euh: (xxx)

**Élisabeth** c'est ça parfait

**Serge** et: Monsieur NomPatient les paramètres

**Élisabeth** attends je vais te filer les médocs // un demi / un demi [zoviRaks] c'est ça et alors euh il faut aller sortir ses urines // tu me fais signe parce que sinon je vais (xxx)

**Serge** d'accord  
[2 minutes plus tard]

**Élisabeth** PrénomSerge?

**Serge** oui

**Élisabeth** tu fais quoi?

**Serge** je vais chercher un pied euh: pour la pompe de Monsieur NomPatient il n'y a pas de pompe en chambre

**Élisabeth** il n'y a pas+ de pousse-seringue+?

**Serge** non

**Élisabeth** oh / il faut en réf/

**Serge** donc je vais en chercher une en chambres stériles  
(Enregistrement 410 – 2 février 2017)

Dans cette interaction, nous remarquons que les actes de Serge en autonomie restent surveillés par Élisabeth, notamment lorsqu'elle le voit partir dans l'unité de chambres stériles alors qu'il doit être en train de prendre des paramètres et d'administrer à un patient les médicaments qu'elle lui a confiés. Nous remarquons que, malgré la situation de vulnérabilité qui lui est imposée par la réplique d'Élisabeth (« tu fais quoi ? »), Serge se montre compétent en prenant l'initiative de trouver lui-même le matériel manquant pour pouvoir agir au mieux. Un tel comportement ne sera pas sanctionné, mais plutôt apprécié par Élisabeth ainsi que par les autres infirmières expérimentées.

Si Serge est autonome et reconnu comme compétent, il reste tout de même surveillé par les infirmières expérimentées et par son infirmière-référente, I5. Nous pouvons donc l'observer comme un acteur complémentaire au sein de l'unité d'hospitalisation d'hématologie, qui reste tout de même accompagné ponctuellement parce qu'il sollicite une aide ou parce qu'une infirmière expérimentée, comme I5, lui impose un tutorat. Dans l'interaction proposée, I5 vérifie qu'il a commencé les paramètres et lui rappelle qu'aujourd'hui, il doit changer les pots de débit urinaire (DU).

*Interactions dans le couloir entre Serge et I5*

**I5** PrénomSerge?

**Serge** oui

**I5** tu es où PrénomSerge? // ah ça va tu as commencé les |- paramètres par  
 <Serge> oui -| là ok moi je commence par de l'autre côté alors on se demandait par  
 où tu avais par quel bout+ tu avais commencé // PrénomSerge aujourd'hui on est  
vendredi on change les pots à DU hein // parce que je ne t'ai encore jamais vu donc  
 euh mais ça va ok

(Enregistrement 412 – 3 février 2017)

Si I5 impose une situation de tutorat, Serge se montre autonome et il a pris l'initiative de commencer les paramètres sans l'en informer. La suite de l'accompagnement prend la forme d'une mise en application semi-assistée puisque Serge prend les paramètres des patients et il leur distribue leurs médicaments par voie orale. I5, elle, évalue ponctuellement Serge pour savoir où il en est et s'il ne rencontre pas de difficulté. Ses interpellations sont également l'occasion de lui fournir quelques consignes ou de lui rappeler des codes propres à l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Malgré ces prises de parole, nous remarquons que Serge est reconnu dans ses compétences et il évolue de manière autonome en sollicitant ponctuellement l'aide d'I5 sous la forme d'une mise en application semi-assistée quand il ne sait pas comment agir. Nous pouvons donc voir que l'accompagnement entre Serge et I5 a évolué, d'une transmission à une mise en application semi-assistée, grâce à la reconnaissance des compétences de l'infirmier-stagiaire, mais qu'il reste présent soit en étant imposé, soit en étant sollicité sous la forme d'une mise en application semi-assistée.

*Interaction dans le couloir devant le poste infirmier entre Serge et I5*

**I5** euh: vingt vingt-et-un t'as déjà été? Madame NomPatiente t'as donné ses médicaments?

**Serge** ben j'ai eu vu j'ai j'ai dû lui donner

**I5** ah ben moi je continue les paramè:tres |- Madame <Serge> ok -|  
 NomPatiente elle est isolée comme elle est isolée si tu veux:? tu peux tourner comme  
 ça pour une fois

**Serge** ok

**I5** surtout si c'est elle

**Serge** ben ouais

**I5** euh: ben donc donne tes per os on va moi je vais regarder pour aller  
 donner les IV en même temps pour chez Madame NomPatiente toi tu continues les  
 par là comme ça quand ils vont déjeuner: ils prennent leurs médicaments et+ puis+  
 une fois que t'es arrivé quand t'auras fini les per os tu peux faire les IV hein comme  
 ça |- euh:

**Serge** d'accord donc dès -| que j'ai fini de donner les per os je commence les IV  
 [...]

[I5 interpelle Serge depuis la porte d'une chambre]

**I5** PrénomSerge? / tu sais me rendre normalement il y a une trousse? / et une  
 rampe pour seringue (xx) et une pousseuse pour le [laziks] / parce que: elle n'a pas  
 uriné assez / et ici il faut que je redemande aux médecins parce que: // elle est à trente-  
 huit deux Madame on avait dit quoi au rapport? qu'elle elle avait du [perilstil]?

**Serge** ça et du (xxx)

- I5** je ne suis pas sûre que j'aie tout noté à ce moment-là / j'ai il y avait un |-  
perfu
- Serge** elle avait trente-sept -| huit et on |- avait rien f/ <I5> trente-s/ -| trente-sept  
huit et du coup elle n'avait rien reçu
- I5** il n'avait rien fait elle avait eu des hémocs quand la dernière fois
- Serge** trente-sept huit? deux poches de plaquettes hier mais il n'a pas reçu de:  
des hémocs moi je pense que c'était hier la dernière fois
- I5** parce que là elle a trente-huit deux donc euh: / je vais refaire une paire  
d'hémocs?
- Serge** ok ben: je vais vous ramener ça et je vais préparer tout ce qu'il faut
- I5** mais des hémocs je j'ai pour faire en chambre j'ai des flacons: et |- tout  
ça
- Serge** ah vous avez -| tout? ce qu'il faut?
- I5** oui mais maintenant euh: elle elle a eu un perfu euh: // je ne sais pas quand
- Serge** il y a une (xx) de hier? / on n'a même pas été
- I5** non non parce |- que ici euh: <Serge> [passage inaudible] -| ben oui mais:  
|- il y a un flacon <Serge> je ne sais pas vous aider -| de perfu? et ce n'est pas noté /  
faudrait peut-être qu'on donne un [dafalgã]? je pense
- Serge** on verra
- I5** ouais on peut lui donner un [dafalgã] hein
- [...]
- Serge** mais euh: -| ses perfs elles n'étaient pas terminées: mais j'en ai deux  
est-ce que je dois est-ce qu'on doit les changer maintenant?
- I5** l'heure il est mis quoi dans la PMI / à changer au tour du matin? / tu sais  
moi si elles sont prévu:es euh // je les change en fonction de la PMI hein de toute  
façon elles seront quand même comptabilisées il faudrait chaque fois faire des reports  
etcétera
- Serge** mais alors ça ne serait pas enfin c'est un peu du gaspillage // euh: [passage  
inaudible]
- I5** ou sinon euh [passage inaudible] eh ben on échangera mon tour |- en  
trousse <Serge> ça va ok -| on ira encore bien
- (Enregistrement 450 – 9 février 2017)

À la fin de cette situation interactionnelle de tutorat, nous pourrions affirmer que Serge est un acteur complémentaire des tâches d'I5 parce qu'elle le sollicite, notamment, sur des informations transmises lors du rapport de relève dont l'infirmière ne se souvient pas. Cette idée est renforcée par le fait qu'I5 lui donne sa place lors du rapport de transmission entre les infirmières du matin et de l'après-midi. Cette pratique est inédite dans notre corpus parce qu'habituellement, I5 fait son rapport à une autre infirmière. En confiant cette tâche de transmission, I5 reconnaît les compétences de Serge et elle le rend autonome en le détachant de sa supervision. Nous pourrions donc considérer que Serge comme ayant atteint la dernière phase de la trajectoire professionnelle située qu'est la reconnaissance puisqu'il est « libéré » de l'accompagnement d'I5, qui l'a néanmoins préparé au rapport de transmission.

*Interaction dans le couloir entre Serge et I5*

- I5** je te ferai un petit rapport euh du staff euh parce que tantôt tu feras le  
rapport aux filles de l'après-midi
- Serge** ok |- ça va
- (Enregistrement 452 – 9 février 2017)

Lors des situations interactionnelles de tutorat vécues par Caroline, la nouvelle arrivante se montre autonome pour réaliser des tâches qui doivent être acquises depuis sa première année en école d'infirmières, à savoir la prise des paramètres ainsi que les toilettes et les changements de lits. Caroline est reconnue par les infirmières et aides-soignantes comme relativement compétente pour effectuer ces actes, relativement parce qu'elles continuent à la superviser. Ce maintien de l'accompagnement imposé sous la forme d'une mise en application semi-assistée repose sur les erreurs et les oublis fréquents de Caroline. Lorsqu'elle commet une erreur, elle se retrouve fréquemment en situation de transmission ou de mise en application assistée ; elle vit donc un retour en arrière dans sa progression vers l'autonomie, comme nous l'observons dans son interaction avec I10. L'infirmière expérimentée vérifie un à un les paramètres du patient avec Caroline pour s'assurer qu'elle récupère bien toutes les informations. Nous pouvons constater un retour à un accompagnement de transmission lorsque l'infirmière lui explique l'état d'aplasie du patient et les médicaments qu'il peut ou non recevoir.

*Interaction dans le couloir entre Caroline et I10 lors de laquelle I9 intervient*

**I10** tu les pèses bien? hein PrénomCaroline?

**Caroline** quelques-uns

**I10** ici sur le copem et tu mets le poids parce que si on oublie fin de journée moi je n'aime pas quand on oublie de noter // poids // je ne dis pas que ça peut comme / prends-en si jamais il fallait en recoller

**Caroline** je mets là-dedans?

*[530 secondes plus tard]*

**I10** on va regarder ses paramètres // elle évalue sa douleur à combien? PrénomCaroline?

**Caroline** à huit / c'est beaucoup

**I10** nonante-cinq: nonante-cinq-mille plaquettes euh

**Caroline** qu'est-ce qu'elle a en cours euh:

**I10** ben je lui ai donné un [dafalgã]? parce q/ je me suis dit selon la prescription le [dafalgã] systématiquement donc je le mets là? / ce n'est pas l'idéal parce qu'elle entre en aplasie et si elle chauffe on remarque qu'il y a de la température tu vois? / tu vois la démarche? / donc elle rentre en aplasie donc il n'est peut-être | pas conseillé le [dafalgã] <Caroline> elle est entrée en aplasie hier -| mais là tu viens de me dire qu'elle avait mal à la tête // tu m'as dit qu'elle avait mal la tête on va prendre les paramètres / mais alors si elle veut si elle devait chauffer ben là maintenant

**Caroline** ok ça va

**I10** ce sera pour la prochaine fois / donc euh: voilà / je vais le dire à PrénomIC1 / je vais le dire à PrénomIC1 et euh: // alors quand tu as / comme ça / je vais mettre les deux critères c'est la ligne ici / tu vois?

**Caroline** oui

**I10** les mettre ici / et même noter parce que (xxx) / et signer / voilà c'est tout / je vais venir prendre sa satu: *[520 secondes plus tard]* est-ce que je peux avoir son poids ici / qu'on/ | quand tu

**I9** tu es exigeante je trouve PrénomI10 franchement t'exagères

**I10** oui je sais mais bon / cent-trois dix euh

**Caroline** Madame je ne sais pas

**I10** on est d'accord? / d'accord pour un petit sept-cents?

*(Enregistrement 86 – 8 juin 2016)*

Nous remarquons que Caroline est en situation de vulnérabilité lors de son interaction avec I10 qui lui souligne ses oublis et ses erreurs (« tu les pèses bien? hein PrénomCaroline? » ; « est-ce que je peux avoir son poids ici »), mais qui prend le temps de lui transmettre ce qu'elle doit réaliser pour s'améliorer (« ici sur le copem et tu mets le poids »). Cette supervision rapprochée et omniprésente d'I10 est critiquée par I9 qui la trouve exigeante et qui juge, selon nous, que sa supervision est excessive. Par cette réplique, I9 souhaite adoucir la vulnérabilité vécue par Caroline et reconnaître indirectement qu'elle est compétente pour prendre les paramètres.

#### *1.4. Progresser vers l'autonomie grâce à l'accompagnement*

Serge et Caroline vivent des situations de tutorat durant leur stage dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Ils sont accompagnés non seulement par la référente des infirmières-stagiaires, mais aussi par différentes infirmières. Nous pouvons donc observer que le tutorat est collectif. Cette disposition se comprend par la répartition temporelle du travail infirmier à pauses. Un autre point commun entre Serge et Caroline en ce qui concerne le tutorat est qu'ils le sollicitent ou qu'il leur est imposé par les soignants expérimentés. Durant les situations d'accompagnement sollicité et imposé, les tuteurs non seulement leur transmettent des codes et des routines interactionnelles, mais aussi ils leur laissent appliquer leurs compétences tout en les supervisant.

Dans leurs interactions d'accompagnement de tutorat avec les infirmières de l'unité d'hospitalisation d'hématologie, Serge et Caroline vivent des situations proches, mais leurs progressions vers la reconnaissance et l'autonomie sont distinctes. Nous observons que l'un et l'autre sont accompagnés, de manière sollicitée ou imposée, à l'aide de transmission ou de mise en application (semi-)assistée par le soignant expérimenté. Ils gagnent en autonomie au fur et à mesure des interactions. De plus, Serge et Caroline se portent volontaires pour aider leur accompagnateur dans sa tâche. Mais cet engagement est, selon nos observations, plus fréquent chez Serge que chez Caroline : Serge prend plus d'initiatives qu'elle.

Néanmoins, ces deux infirmiers-stagiaires nouvellement arrivés n'ont pas la même progression vers l'autonomie et la reconnaissance. Les situations de tutorat imposé se font de plus en plus rares au fur et à mesure des interactions de Serge et de l'infirmière tutrice I5 pour laisser la place à une autonomie et à des aides ponctuelles, soit sollicitées soit imposées. Il est reconnu dans ses compétences par la tutrice institutionnelle I5 et par les autres infirmières, ce qui fait que son accompagnement prend majoritairement la forme d'une mise en application

semi-assistée et d'une reconnaissance comme acteur complémentaire relativement autonome et relativement supervisé. Cela ne l'empêche néanmoins pas de vivre ponctuellement des situations de vulnérabilité parce qu'une infirmière expérimentée relève une erreur ou évalue son travail. Il n'est pas rare non plus que Serge se place lui-même en situation de vulnérabilité en rappelant qu'il a besoin d'évaluations pour son dossier scolaire.

*Interaction dans le poste infirmier entre Serge et I17*

**Serge** est-ce que tu peux: faire une évaluation pour aujourd'hui

**I17** oui hein

*(Enregistrement 407 – 2 février 2017)*

Caroline, elle, se trouve fréquemment en situation d'accompagnement imposé parce qu'elle commet des erreurs lorsqu'elle prend ses paramètres ou lorsqu'elle fait les toilettes, si bien que l'expérimenté lui demande de l'attendre avant d'agir, et l'empêche donc d'agir de manière autonome, comme l'illustre son interaction avec l'aide-soignante AdS1.

*Interaction dans le couloir entre Caroline et AdS1*

**AdS1** attends j'arrive

**Caroline** euh je suis là

**AdS1** viens j'arrive

**Caroline** ah

**AdS1** j'arrive attends-moi

*(Enregistrement 79 – 7 juin 2016)*

Nous observons que toute la matinée, AdS1 assiste Caroline dans tous ses faits et gestes ; elle lui laisse donc peu d'autonomie. Quant aux tâches infirmières, nous remarquons que Caroline sollicite fréquemment l'accompagnement d'une infirmière afin de l'aiguiller dans son action. Au moyen des situations de tutorat entre Caroline et IC1, I9 ainsi qu'I10, nous avons illustré que la nouvelle arrivante se trouve à la fois en situation de vulnérabilité durant certains tutorats (avec I10, entre autres), mais qu'elle est reconnue également dans quelques compétences et elle réalise, de manière relativement autonome, certaines tâches (avec I9, par exemple). Malgré cette reconnaissance partielle, Caroline vit toujours épisodiquement la vulnérabilité parce qu'elle commet de nombreuses erreurs ou elle hésite durant ses (inter)actions. Une telle situation amène la nouvelle arrivante à avoir peu de confiance en elle et à solliciter régulièrement un tutorat pour vérifier qu'elle agit adéquatement. Même si un soignant expérimenté l'évalue comme compétente et la laisse effectuer la tâche, Caroline se place elle-même en situation de vulnérabilité en sollicitant régulièrement de l'aide. Elle souhaite donc être accompagnée dans ses (inter)actions. Ainsi, I14 évalue que la nouvelle arrivante peut lui préparer une trousse, mais nous observons dans l'interaction que cette dernière ne se sent pas compétente pour agir seule, comme l'illustrent les passages soulignés dans l'interaction suivante, et qu'elle demande des explications détaillées à l'infirmière I14. Ces explications amènent à un retour en arrière de la

forme d'accompagnement puisque Caroline passe d'une mise en application semi-assistée à une mise en application assistée.

*Interaction dans le poste infirmier entre Caroline et I14*

**I14** est-ce que tu saurais me préparer un changement de trousse pour moi s'il te plaît // je te laisse faire ça

**Caroline** oui mais:

**I14** ouais fini ça je te je t'explique après ça va

[200 secondes plus tard]

**Caroline** qu'est-ce que tu voulais que je te prépare là SurnomI14

**I14** un changement de trousse donc euh en |- fait pour <Caroline> dis-moi -| le patient au: dix-huit

**Caroline** il faut une trousse quoi

**I14** alors il faut que: je te dise ça tout de suite c'est ça que je voulais regarder mais on m'empêche de faire mes: infos / c'est le greffé pulmonaire là / attends |- je vais <Caroline> ouais -| prendre l'ordi ici

**Caroline** vas-y prends-le

**I14** donc je vais faire ça donc c'est trois:

**Caroline** trois |- voies?

**I14** trois -| voies avec [dialaflo] parce que c'est des cents CC

[...]

**Caroline** donc trois voies cinq donc cinq euh pour trois

**I14** alors que: dis: ici c'est donc euh c'est au // dix-huit euh: // pas besoin vraiment de rampe en fait parce que il n'a qu'une seringue de: [simEven] comme donc euh c'est trois voies trois-cents CC de physio [...] donc la voie brune |- tu mobilises |- grande rampe <Caroline> ça je vois -| c'est ça

**Caroline** oui donc il faut (xxx)

**I14** avec la suite euh comme d'habitude?

**Caroline** oui

**I14** oui?

**Caroline** oui

**I14** et: les deux autres? c'est juste un robinet

**Caroline** donc rallonge un robinet |- et c'est <I14> ouais -| tout / donc les deux autres oui |- s/: ça

**I14** tu prépares juste -| et on regardera après euh

**Caroline** j'ai mis ça? avec

**I14** [dialaflo:]

**Caroline** je nettoie avec ça

**I14** ouais?

**Caroline** je mets ça |- après <I14> ça -| et je |- fais ça après et <I14> on va le mettre là -| c'est tout

**I14** voilà euh elle est euh prolongateur robinet un |- prolongateur

**Caroline** robinet -| et un autre comme ça

**I14** voilà c'est ça ouais?

**Caroline** et

**I14** et ici ça t'as ça

**Caroline** ouais deux rallonges / trois fils c'est bon // deux robinets aussi? il y a ça il y a ça il y a ça il y a ça combien faut-il encore c'est ça?

**I14** oui voilà ça va?

**Caroline** ok donc voilà

(Enregistrement 94 – 8 juin 2016)

Si nous remarquons une évolution des situations d'accompagnement vers la reconnaissance et l'autonomie de Serge et de Caroline, le premier a une trajectoire d'accompagnement se soldant par une autonomie supervisée à distance par rapport à ses tuteurs alors que la seconde a une trajectoire qui se définit par une supervision, sollicitée ou imposée, nécessaire malgré une autonomie relative octroyée par les expérimentés. Nous pourrions donc caractériser Serge d'acteur complémentaire relativement autonome et Caroline d'actrice supervisée qui agit, mais qui sollicite de l'accompagnement. Le caractère complémentaire trouve son origine dans les sollicitations de Serge et dans les rappels épisodiques faits par certains soignants expérimentés.

## 2. Paul et Guillaume

Dans cette section, nous présenterons des situations interactionnelles d'accompagnement entre les deux assistants en médecine, Paul et Guillaume, et les soignants expérimentés de l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Lors de ces échanges, ils interagissent avec les médecins-chefs et les infirmières-chefes, les médecins, les infirmières expérimentées, les aides-soignantes, les aides logistiques, les kinésithérapeutes et d'autres soignants de l'équipe. Nous analyserons donc des situations de tutorat puisque le statut différencie Paul et Guillaume de leurs interlocuteurs. Par l'étude de situations interactionnelles d'accompagnement, nous espérons observer une progression de leur accompagnement, imposé ou sollicité, allant de la forme de la transmission à la mise en application semi-assistée ainsi qu'une évolution dans leur autonomie et dans leur reconnaissance.

### 2.1. Acquérir des compétences grâce à la transmission

Paul et Guillaume se retrouvent en situation d'accompagnement imposé durant leurs premiers jours dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Dès leur arrivée, ils sont accompagnés par la médecin-chef MC1 qui leur transmet les habitudes et les codes du collectif médical. Par ces interactions, cette dernière joue son rôle d'accompagnatrice institutionnelle et plus particulièrement, de tutrice puisqu'elle a un statut distinct de Paul et Guillaume. La médecin-chef s'investit dans sa place de tutrice et elle impose un accompagnement rapproché des assistants.

*Interaction dans le couloir entre la salle de réunion médicale et le bureau médical après le staff matinal médical entre Guillaume et MC1*

**MC1** on va travailler ensemble aujourd'hui euh: il y a beaucoup de choses à apprendre beaucoup de choses à apprendre donc euh

*(Enregistrement 496 – 4 avril 2017)*

Une telle forme d'accompagnement repose sur sa volonté d'un suivi identique de procédures et d'une continuité des soins<sup>128</sup> malgré le changement d'assistants tous les six mois. Elle a mis sur pied un dossier pédagogique informatique dans lequel les médecins novices ont accès à des documents explicatifs et à des aide-mémoires, comme en témoigne l'interaction entre MC1 et Guillaume.

*Interaction dans le bureau médical entre Guillaume et MC1*

**MC1** alors regarde ici documentation médicale? / instructions

**Guillaume** et là-dedans excusez-moi il y a même les ronds les les progr/ les |- les les: protocoles il y a tout ouais

**MC1** oui? tu as tout tu as tout -| ouais là ici donc euh je vais te l'imprimer comme ça ce sera déjà un truc que tu auras lu / une fiche de lecture donc euh:

(Enregistrement 515 – 6 avril 2017)

Nous observons au cours de l'enquête ethnographique que MC1 continue à enrichir les documents pédagogiques qu'elle propose aux médecins novices. Ainsi, dans l'échange qu'elle a avec Paul, elle a décidé, à la suite de problèmes récurrents dans la prescription médicale informatisée rencontrés par ce dernier et d'autres assistantes, de créer des modèles de prescription. MC1 se rend compte également à l'usage que le support pédagogique l'aidera au quotidien.

*Interaction dans le bureau médical entre Paul et MC1*

**MC1** hier j'ai fait une ébauche de nouveaux trucs? // regarde / que c'est magnifique / j'ai fait plusieurs modèles ça c'est en fait l'idée c'est de ne plus avoir à réfléchir quand on doit prescrire des |- [gRanosit] ou les [n2poZen]

**Paul** ah ça me plaît -| bien ça

**MC1** tu vois?

**Paul** mmh

**MC1** cinq microgrammes kilo ou dix microgrammes kilo / en fonction de la catégorie de poids / le mat/ que tu travailles en [gRanosit] ou en [n2poZen] tu vois? ça c'est le premier modèle ça c'est le deuxième modèle / je c/ je crois que celui-là est bien / celui-là c'est tout en blanc et celui-là c'est tout en blanc

**Paul** et euh les indications de cinq ou dix

**MC1** ah ben ça justement tu les trouves dans euh: la procédure |- euh: voilà

**Paul** ah oui d'accord oui oui -| pour les ah oui / avec chimio

**MC1** ouais |- avec chimio première fois oui oui

**Paul** premier essai de (xxx) avec deuxième -| essai de (xxx)

**MC1** voilà / ah et j'ai compté chaque fois large quoi j'ai chaque fois pris le nonante-neuf le quatre-vingt-neuf le septante |- neuf

**Paul** mmh -| ah c'est bien ça

(Enregistrement 33 – 1<sup>er</sup> juin 2016)

---

<sup>128</sup> Ce souhait de continuité est apprécié par les soignants de l'équipe d'hématologie, et particulièrement par les infirmières, qui voient leur travail rester identique d'une paire d'assistants à une autre.

Nous constatons que le support créé par MC1 est apprécié par l'assistant parce qu'il se rend compte que cela l'aidera pour soigner les patients (« ah ça me plaît -| bien ça » ; « ah c'est bien ça »).

Mais quelle forme prend l'accompagnement de MC1 dans ses interactions avec Paul et Guillaume ? Le tutorat est imposé régulièrement par la médecin-chef dans les premières semaines de l'assistanat. Elle leur transmet des procédures de soins (en ce qui concerne les traitements par cure, par exemple) et des routines d'organisation (comme la répartition des patients entre les deux assistants, son absence le mardi matin). Les interactions de transmission se déroulent le plus souvent dans le bureau médical, mais elles peuvent occasionnellement avoir lieu lors du staff médical, par exemple, quand la médecin-chef explicite le protocole de cure d'un patient. Ces échanges sont des mini-cours parce que MC1 ralentit son débit de paroles pour faciliter la compréhension de son interlocuteur et parce que l'assistant se place en posture de spectateur qui écoute et prend note des explications. En outre, il déchiffre dans les propos de MC1 les habitudes du collectif tout en s'efforçant d'acquérir de nouvelles compétences, comme nous l'observons dans le cours portant sur un protocole inhabituel de traitement. Les passages de transmission sont soulignés dans l'extrait.

*Interaction dans le bureau médical entre Paul et MC1*

**MC1** bon qui c'est qui va s'occuper de Monsieur NomPatient / qui c'est qui le connaît?

**Paul** euh moi

**MC1** ok / je vais te donner les |- feuilles pour // alors ça s'appelle facteurs de croissance ça s'appelle (xxx) / fichier imprimer // euh mmh on va mettre du feuille rose donc cinq feuilles roses

**Paul** tiens je n'ai pas encore eu moi des

**MC1** tu n'as pas |- encore eu du <Paul> de de du: -| rose? et bien voilà

**Paul** ah n/ ni du rose non / et pourquoi rose?

**MC1** parce que c'est comme ça

**Paul** ah (rires)

**MC1** le [plERiksafOR] c'est rose // des règles dans ce service

**Paul** (rires)

**MC1** non historiquement / tout ce qui est chimio / fin historiquement / on a un jour décidé |- (rires) <Paul> oui: -| un jour lointain décidé que tout ce qui était chimio c'était vert / et que tout ce qui était / protocole euh un truc un peu inhabituel / tu vois c'est si c'était (xxx) c'était rose

**Paul** ah oui je vois

**MC1** voilà c'est comme ça // tu en as déjà fait du [plERiksafOR]? ou pas

**Paul** non non non

**MC1** eh bien / tiens // [up] / donc la grosse subtilité avec le [plERiksafOR] c'est qu'il faut / que tu connaisses / l'heure approximative à laquelle les: / gens de la cytapphérèse |- vont faire la <Paul> vont faire -| cytapphérèse parce que selon tu vas voir / selon l'heure de la cytapphérèse la la: mmh (claquement de langue) dose de [plERiksa] // la do/ l'heure d'administration je recommence |- l'heure <Paul> ouais -| de la dose de [plERiksafOR] dépend de l'heure de la |- cytapphérèse <Paul> d'accord -| tu dois avoir un intervalle / qui est de je ne sais plus combien: donc regarde ici: / euh /

ici là // euh // voilà voir avec le TS l'heure prévue pour la cytapphérèse du lendemain / si la cyta est entre huit et onze heures le [peRiksafOR] administré entre deux et cinq heures du matin / donc euh |- oui je pense

**Paul** et le le le euh -| schéma c'est une administration

**MC1** oui donc |- tu gardes+ <Paul> je garde -| le [gRanosit]

**Paul** |- ouais

**MC1** tu -| gardes le [gRanosit]? / et tu revérifies bien que tes doses de [gRanosit] sont bien celles-là

**Paul** mmh

**MC1** d'accord? / et+ tu ajoutes le [pERiksa]

**Paul** d'accord

**MC1** d'accord? / alors / demain? il va aller à la cytapphérèse à l'heure qui va être convenue par euh par (xx)?

**Paul** oui

**MC1** avant de rentrer (xxx) euh et on va te dire ok / cytapphérèse réussie on a tout ce qu'il faut / ou bien c'est encore un peu juste on peut remettre jusque / trois administrations |- successives de <Paul> ah oui c'est ça (xxx) -| [mozobil]

**Paul** ok maximum trois / pour trois cytapphérèses euh

**MC1** oui mais donc aujourd'hui il a déjà eu un/ une cytapphérèse mais qui |- est insuffisante <Paul> incomplète oui -| en nombre / et donc on espère que demain

**Paul** et on ne sait pas avoir une idée: euh sur la qualité de la cytapphérèse? de demain euh avec le euh

**MC1** on devra |- avoir / les résu/

**Paul** [mozobil] / oui mais on -| ne sait pas -| maintenant

**MC1** ah -| non tu auras -| déjà une idée avec ton précompte aujourd'hui il avait un précompte qui n'était pas terrible à vingt-quatre / si demain ton précompte en CD trente-quatre passe à: quatre-vingt-neuf ou à cent-vingt-cinq

**Paul** mmh

**MC1** la rentabilité+ de sa de de ta cytapphérèse demain sera beaucoup meilleure

**Paul** ouais ouais ouais

**MC1** demain tu as toujours un précompte à vingt-huit ou à vingt-neuf autrement dit que t'as l'impression que ton [mozobil] ou rien / c'était la même chose

(Enregistrement 28 – 31 mai 2016)

Nous observons que Paul intervient peu lors des premiers mini-cours de MC1, mais par la suite, il intervient ponctuellement. C'est l'occasion pour lui de se montrer compétent (« et le le le euh schéma c'est une administration »). Au fur et à mesure des interactions de transmission avec la médecin-chef, Paul et Guillaume interviennent davantage lors de ses explications et il leur arrive de remettre en doute la théorie explicitée par l'expérimentée sur la base de leurs connaissances. Nous observons une telle situation lors d'un staff médical entre Guillaume et MC1. L'assistant ne se place donc plus en spectateur qui déchiffre en silence ou en recourant ponctuellement à des régulateurs ; il entame un dialogue qui amène à une discussion possible entre les deux interactants concernant la distinction entre la théorie et la pratique. L'intervention de Guillaume n'est pas mal perçue ou jugée inappropriée par MC1. Elle reconnaît d'ailleurs que des cas pratiques permettent de remettre en doute la théorie qu'elle énonce (« preuve est faite / que ce n'est pas le cas »).

*Staff médical matinal dans la salle de réunion médicale entre MC1, As6 et Guillaume*

**MC1** alors en théorie selon le grand tableau de classement de des des des  
|- mmh <AS6> anti -| des antiémétiques enfin pardon des antiémétiques mais de la f/  
du POTENTiel hématogène des médicaments / l'[aspaRa] est faiblement émétisant

## Guillaume mouais |- en pratique

**MC1** en pratique -| euh / (rires) preuve est faite / que ce n'est pas le cas

(Enregistrement 525 – 7 avril 2017)

Les mini-cours de la médecin-chef s'estompent au fur et à mesure des interactions avec les assistants. Néanmoins, elle continue à les accompagner tout en les laissant agir. Nous n'observons pas d'autres soignants expérimentés endosser le rôle de transmetteur lors des premières situations d'accompagnement de Paul et de Guillaume.

## 2.2. Mettre en application de manière assistée pour acquérir le bon geste

Après avoir été accompagnés sous la forme d'une transmission par la médecin-chef, Paul et Guillaume sont assistés à l'aide d'une mise en application pour une durée très courte. Cet accompagnement de MC1 consiste à voir les patients de chaque assistant avec lui et à lui montrer, tout en le laissant partiellement agir, comment elle souhaite qu'il se conduise dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie. De telles situations interactionnelles se tiennent dans les chambres des patients ; nous ne proposons donc pas d'échange pour les illustrer par respect pour ces derniers. Cependant, l'interaction proposée entre Guillaume et MC1 met en évidence que la seconde accompagne le premier pour faire son tour de service.

### Interaction dans le bureau médical entre Guillaume et MC1

**MC1** bien euh: ? / PrénomGuillaume on en verra deux avec toi de ce côté-ci?  
NomPatient et NomPatiente

**Guillaume** mmh

**MC1** on verra ces deux-là ensemble

**Guillaume** mmh

**MC1** ça va? euh: quand tu es prêt

**Guillaume** ça va euh c'est quand vous voulez moi: je vais juste un instant à la toilette et |- on peut y aller

**MC1** oui oui à - ton aise hein? et ça ne vient pas à cinq minutes hein

(Enregistrement 515 – 6 avril 2017)

À la suite de ces situations interactionnelles, nous observons encore ponctuellement des interactions de mise en application assistée entre MC1 et les deux assistants. Ce caractère ponctuel peut s'expliquer par le fait que MC1 les rend autonomes et elle les laisse agir tout en continuant de les superviser de loin, mais parfois de plus près. Par conséquent, des situations de mise en application assistée viennent entrecouper une mise en application semi-assistée. Ces retours ponctuels dans la progression vers l'autonomie portent sur la prescription informatique

et sur la réalisation d'un acte technique particulier chez un patient ; en tant que retours en arrière, ces interactions d'accompagnement sont des situations de vulnérabilité pour les assistants. Ainsi, dans l'interaction entre MC1 et Paul, nous constatons que la prescription médicale informatique n'est pas simple à effectuer. La médecin-chef le guide : Paul est devant l'ordinateur et MC1 lui explique les démarches en prenant possession, par intermittence, du clavier et de la souris (« je rajoute ») ou elle lui dicte ce qu'il doit encoder (« tu mets rémission et avec PBM machin »). Lors de l'accompagnement, l'assistant demande quel élément il doit cocher (« j'ai PBM mais c'est avec biopsie »).

*Interaction dans le bureau médical entre Paul et MC1*

**MC1**        donc tu vois ici je rajoute parce que / quand tu mets PBM montrant une nécrose médullaire sans signe d'intégration lymphomateuse: tu n'as pas+ défini ta réponse thérapeutique

**Paul**        ah |- oui oui

**MC1**        t'as juste été descriptif / comme si tu dis euh petscan négatif

**Paul**        oui

**MC1**        ce n'est pas un/ une évaluation de la réponse thérapeutique hein c'est un des éléments qui te donne ton |- évaluation <Paul> mmh -| donc ici tu mets rémission |- et avec <Paul> d'accord -| PBM machin soit tu peux même / en étant très optimiste mettre rémission complète / et si tu es encore plus puriste? hémato euh cytologique

**Paul**        ah ouais ça c'est encore mieux / parce qu'on |- n'a pas encore

**MC1**        puisque chez lui -| on n'a pas de marqueur cytogénétique ni de marqueur moléculaire donc c'est de toute façon la réponse

**Paul**        |- tautologique euh la:

**MC1**        euh: la plus+ -| profonde que l'on puisse définir

**Paul**        mmh

**MC1**        on pourrait définir une maladie résiduelle

**Paul**        sur base: de

**MC1**        sur base de [lyminofEnotip] de la cytométrie en flux

**Paul**        mmh

**MC1**        en cytométrie en flux

**Paul**        sur la moelle?

**MC1**        sur la moelle

**Paul**        mais on n'a pas de cyto en euh en flux |- parce que (xxx)

**MC1**        on n'a pas de moelle -| donc on ne saurait pas / donc c'est une réponse complète cytologique

**Paul**        ah oui

**MC1**        avec PBM on prend / d'accord? / voilà

**Paul**        euh oui j'ai PBM mais c'est avec biopsie

**MC1**        avec biopsie / voilà / ok

*(Enregistrement 37 – 1<sup>er</sup> juin 2016)*

Malgré ces interactions de mise en application assistée ponctuelles, nous observons que, dans la très grande majorité des situations qui suivent les mini-cours de MC1, Paul et Guillaume agissent en autonomie tout en restant supervisés à distance par MC1.

### 2.3. Agir tout en étant accompagné à distance

Au fur et à mesure des interactions entre MC1 et les deux assistants, les situations de transmission et de mise en application assistée disparaissent pour laisser la place à la mise en application semi-assistée. Cette progression dans l'accompagnement entre la médecin-chef et les deux nouveaux arrivants est rendue possible par la reconnaissance d'une partie de leurs compétences professionnelles ainsi que par la transmission d'habitudes de l'équipe médicale et des procédures de l'unité. Nous observons que la mise en application assistée lors de la consultation d'un patient évolue en une consultation par l'assistant uniquement, comme en témoigne l'interaction entre MC1 et Paul qui réalise la ponction lombaire (PL) d'un patient seul.

*Interaction dans le couloir entre Paul et MC1*

**MC1** bon je t'abandonne euh |- PrénomPaul

**Paul** il y avait -| encore quelqu'un? ou

**MC1** mais non je crois que non

**Paul** d'accord ben je vais aller voir si la PL est / réalisable

*(Enregistrement 35 – 1<sup>er</sup> juin 2016)*

Néanmoins, cet octroi d'autonomie reste conjugué à une supervision à distance. MC1 vérifie et surveille les actes de Paul et Guillaume, dont elle a connaissance notamment lors des staffs médicaux. Outre un accompagnement encore présent de la médecin-chef, nous observons que les assistants n'hésitent pas à la solliciter lorsqu'ils ne savent pas ou lorsqu'ils ne sont pas sûrs de ce qu'ils font. Dans l'échange entre Guillaume et MC1 proposé, cette dernière lui impose un accompagnement en lui donnant une consigne concernant la prescription d'un acte pour un patient. Cette prise de parole de la médecin-chef (« tu tu prescrites l'hémogramme? tu prescrites |- le: le <Guillaume> oui -| [kofo] tu fais MAINtenant hein ») découle d'une discussion qu'ils ont eue lors du staff médical matinal et elle rappelle à Guillaume ce qu'il doit faire en priorité avant de commencer à consulter en autonomie les dossiers des patients. Nous observons dans la même interaction une seconde forme de mise en application semi-assistée : la sollicitation d'un accompagnement de la part du nouvel arrivant. En effet, Guillaume interroge MC1 concernant une procédure d'allogreffe qu'il doit réaliser parce qu'il ne maîtrise pas toutes les compétences qui lui permettraient de la faire (« Madame NomMC1 quelle est en fait euh dans le cadre d'une allogreffe euh: la VOD plus précoce (xxx) à partir de de de quel jour »). Par l'accompagnement de MC1, il espère acquérir les compétences qui lui manquent et agir adéquatement.

*Interaction dans le bureau médical entre Guillaume et MC1*

**MC1** tu tu prescris l'hémogramme? tu prescris |- le: le <Guillaume> oui |-  
[kofo] tu fais MAINtenant hein

**Guillaume** oui

**MC1** et non+ mieux que ça fais en urgence

**Guillaume** oui

**MC1** tu passes par le bon urgence tu as complet hémato

**Guillaume** je vais dire ils sont ils sont (xx) presque tous donc je crois que ça commence à aller / alors je vais ici euh:

**MC1** parce que (rises) si on n'a pas les [kofo] et plus et et que et que quand on les a ils sont tous foireux ça va être la: la journée ça (rises)

*[42 secondes plus tard]*

**Guillaume** Madame NomMC1 |- quelle <MC1> oui |- est en fait euh |- dans le  
 <MC1> dis-moi |- cadre d'une allogreffe euh: la VOD plus précoce (xxx) à partir de  
de de quel jour

**MC1** VOD c'est théoriquement à partir du ving:tième jour

**Guillaume** ouais jamais avant / ça n'existe pas quoi ça

**MC1** ben: quinzisième: |- c'est

**Guillaume** la la la |- la moelle n'a pas encore pris non

**MC1** oui |- c'est <Guillaume> ok |- ça mais c'est c'est / la VOD ça n'est pas /  
 une vraiment la prémisses de greffe qui la déclenche hein c'est la |- toxicité  
 <Guillaume> ouais |- du conditionnement

*(Enregistrement 515 – 6 avril 2017)*

Nous observons des situations similaires entre MC1 et Paul. Nous constatons que certaines interactions de mise en application semi-assistée évoluent vers une collaboration entre les assistants et la médecin-chef. En effet, ayant été reconnus comme compétents par cette dernière, MC1 et les nouveaux arrivants en arrivent à discuter collégialement du traitement d'un patient ou d'un examen à faire. L'issue de la discussion peut être un mélange des propos de la médecin-chef et de Paul ou de Guillaume, comme nous pouvons l'observer dans l'interaction suivante.

*Interaction dans le bureau médical entre Paul et MC1*

**Paul** Monsieur NomPatient a un point six d'INR spontanément

**MC1** ce n'est pas une erreur de labo?

**Paul** mais hier il était à un point cinq

**MC1** ah? / eh bien: alors il va falloir chercher et comprendre (rises)

**Paul** on: fait les facteurs? |- ou:

**MC1** chercher |- pour comprendre et il n'y a? que ça? dans sa: truc

**Paul** euh oui

**MC1** et il ne prend pas un petit euh

**Paul** il serait environ rien du tout [metfORmin] et rien

**MC1** caché un petit [sêtRô] caché?

**Paul** (rises) ça ça ne serait pas sympa ça |- (rises) parce que si on <MC1> donc  
 personne n'est |- commence à nous mettre des patients qui prennent du [sêtRô] caché

**MC1** on pourrait tester le facteur c'est vrai [...] / ...]

**Paul** je |- rajoute euh euh: je peux le rajouter sur la bio |- d'aujourd'hui?

**MC1** non |- ça il faut que tu demandes l'autorisation au laboratoire

*(Enregistrement 65 – 3 juin 2016)*

Même si une collaboration se dessine entre Paul et MC1, nous remarquons qu'elle occupe toujours la place de superviseuse et détentrice des habitudes avec sa dernière réplique.

Si nous observons toutes ces similarités dans les interactions de mise en application semi-assistée entre MC1 et les deux assistants étudiés, nous devons mettre en évidence que Paul et Guillaume n'ont pas la même relation tutorale avec leur référente. En effet, MC1 évalue positivement et régulièrement les compétences de Paul lors de leurs interactions.

*Interaction dans le bureau médical entre Paul et MC1*

**MC1** il est déjà? parti? Monsieur NomPatient

**Paul** oui / ah vous vouliez lui le: |- saluer

**MC1** non je -| oui j'ai |- j'ai

**Paul** ah oui -| non il est parti enfin |- je crois

**MC1** tu as -| eu le bon réflexe

*(Enregistrement 42 – 1<sup>er</sup> juin 2016)*

MC1 félicite Paul non seulement d'agir en autonomie, mais aussi de prendre des initiatives sans nécessairement demander continuellement son aval. Nous n'observons pas de telles situations entre Guillaume et MC1. Les échanges de mise en application semi-assistée entre ces deux derniers interactants prennent davantage la forme d'une correction d'un acte de Guillaume ou d'un rappel à l'ordre comme dans l'interaction proposée où la médecin-chef replace le contenu qui peut être ou non abordé lors du staff médical matinal.

*Staff médical matinal dans la salle de réunion médicale entre Guillaume, As6, MC1 et I6*

**Guillaume** et les anesthésistes qu'est-ce qu'ils en disent

**MC1** ça n'est pas aux anesthésistes de décider? c'est à nous+ comme je viens de dire

**Guillaume** mais euh l'indication avait été posée de: |- ce cas

**MC1** oui+ mais -| le problème c'est qu'entretemps il a fait une septicémie à strepto mitis euh qu'il a fait une décompensation ascitique qu'il n'avait pas avant la la la décision opératoire? etcétéri etcétéra donc aujourd'hui c'est une des choses à décider |- euh <As6> mmh -| au staff / écoute ça fait partie de la discussion // ici c'est: la c'est la: c'est la transmission ce n'est pas la discussion

*(Enregistrement 552 – 20 avril 2017)*

MC1 insiste sur la distinction entre la discussion et la transmission : la première concerne la réunion strictement médicale hebdomadaire lors de laquelle les médecins de l'équipe d'hématologie discutent du projet de traitement d'un patient ; la seconde est l'occasion de partager sur l'état général des patients entre les médecins, les infirmières et les kinésithérapeutes.

Les erreurs répétées de Guillaume l'amènent à être supervisé continuellement par MC1 ou par un autre médecin faisant fonction. Quand il n'a pas obtenu le prélèvement qu'il souhaitait chez un patient, MC1 l'invite non pas à recommencer le même acte technique, mais à en choisir

un autre pour s'assurer de récupérer des « grains ». Elle lui rappelle également que tout acte technique ou tout prélèvement doit pouvoir se justifier dans le projet de traitement d'un patient. Cet objectif, Guillaume semble l'oublier alors qu'il est primordial dans les procédures habituelles de MC1.

*Staff médical matinal dans la salle de réunion médicale entre Guillaume, MC1 et I19*

**I19** Monsieur NomPatient donc il a eu sa ponction de moelle hier? |- il a

**Guillaume** mais: -| je dois je dois la refaire parce qu'il n'y avait pas de grain

**I19** ah / tu l'as refait: euh ce matin?

**Guillaume** (rires)

**MC1** il faut faire une biopsie alors hein

**Guillaume** ouais

**MC1** parce que le risque c'est que tu n'en aies pas à nouveau

**Guillaume** ouais

**MC1** et qu'alors on ne soit pas contributif

**Guillaume** lui il n'a pas beaucoup de plaquettes ce patient |- j'ai: <MC1> et alors -| je peux

**MC1** la seule contre-indication à la biopsie? c'est la CIVD

**Guillaume** ouais

**MC1** donc euh: si tu veux? je peux le faire |- mais euh

**Guillaume** il est tout -| vieux oui

**MC1** qu'est-ce qu'on cherche?

**Guillaume** mais |- non mais j'aurais voulu <MC1> une transformation? -| je suis ça c'est richterisé quoi euh

**MC1** ben: il faut le prouver que ce soit richterisé

**Guillaume** ouais

**MC1** non tu fais une |- biopsie ce n'est pas parce qu'il est vieux? <Guillaume> mais le problème c'est qu'il a quatre oui -| justement ce sera plus facile les os seront moins:

**Guillaume** ouais mais |- je sais <MC1> durs -| qu'il est né en DateNaissance ben même si c'est un Richter je ne sais pas ce qu'on va lui proposer?

**MC1** alors pourquoi (rires) est-ce qu'on fait la moelle?

**Guillaume** oui

**K5** (rires)

**Guillaume** ben parce que oui ça va je vais faire non le problème |- c'est qu'il a une oui

**MC1** (rires) dis+ si+ tu l'as fait? tu -| l'as fait pour avoir un résultat

**Guillaume** ça va |- je vais la <MC1> d'accord? -| faire

[...]

**MC1** je dis+ si -| on fait un examen c'est pour avoir un résultat

**Guillaume** oui mais parfois euh d/ dans quand on fait une aspiration on a des des des cellules des des de celles qui sont claires même |- à l'aspiration quoi

**MC1** alors ce que tu peux faire -| c'est COMMENCer par faire ton aspiration?

**Guillaume** si j'ai des grains?

**MC1** si tu as des grains? tu stoppes mais si tu n'as pas de grain |- tu enchaînes <Guillaume> d'accord -| sur une biopsie / on coupe la poire en deux

(Enregistrement 588 – 27 avril 2017)

Nous observons que Guillaume se retrouve à plusieurs reprises en situation de vulnérabilité lors de l'échange et qu'il n'arrive pas expliciter les raisons du prélèvement en lien avec la maladie du patient. Les incertitudes, les erreurs et les explications vagues de l'assistant amènent MC1 à

renforcer ou du moins à pérenniser une surveillance plus accrue de ses actes en comparaison de ceux de Paul.

Nous repérons une autre situation similaire qui différencie la reconnaissance et la supervision à distance octroyée aux deux nouveaux arrivants. Le mardi matin, la médecin-chef MC1 est absente de l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Les assistants sont habituellement supervisés par un autre médecin du service d'hématologie en son absence, mais il arrive qu'ils soient autonomes sans supervision pour la matinée. Lors de notre enquête ethnographique, nous observons une situation d'un mardi matin<sup>129</sup> lors duquel MC1 est absente et le nouvel arrivant, Paul ou Guillaume, doit travailler seul parce que son binôme assistant est en récupération de garde. Paul n'est pas supervisé par un médecin expérimenté de toute la matinée et il réalise en autonomie l'ensemble de ses tâches. Guillaume, lui, est accompagné avant et pendant le staff matinal par M3, mais il est autonome durant la suite de la matinée. La présence de M3 illustre, selon nous, la volonté de garder un œil sur Guillaume qui commet régulièrement des erreurs. Cette situation nous permet également d'illustrer la reconnaissance partielle des compétences des assistants par MC1 qui leur laisse la gestion de l'unité d'hospitalisation après quelques semaines. En effet, M4 est présent tous les mardis matin des mois qui ont précédé pour superviser les assistants en l'absence de MC1. Or, durant les deux mardis évoqués, Paul agit plus en autonomie que Guillaume ; nous pouvons donc en déduire que les compétences du premier sont plus reconnues que celles du second assistant.

Outre la mise en application semi-assistée de MC1, d'autres soignants expérimentés interagissent avec Paul et Guillaume en les accompagnant. Cette situation découle d'une erreur commise par les assistants en ce qui concerne une prescription ou une procédure, par exemple. Un soignant expérimenté qui interagit de la sorte avec Paul et Guillaume est l'infirmière-chef IC1. Par ses prises de parole, elle leur impose un accompagnement parce qu'ils ont réalisé une erreur. Elle leur rappelle alors l'habitude du collectif ou elle leur explique ce qui est attendu pour qu'ils se corrigent. Dans l'interaction proposée, Guillaume a mal prescrit un traitement ce qui lui vaut une remarque de la part de l'infirmière-chef. Nous observons que lors des

---

<sup>129</sup> L'exemple évoqué se passe respectivement le 26 juillet 2016 pour Paul et le 4 juillet 2017 pour Guillaume. Cela fait donc trois mois qu'ils sont assistants dans l'unité d'hématologie. Nous postulons qu'en ce qui concerne la familiarisation au collectif, ils en sont temporellement au même point.

premiers échanges de ce type entre les assistants et IC1, MC1 intervient dans l'échange pour adoucir la remarque de l'infirmière et la vulnérabilité des assistants en les défendant.

*Staff médical matinal dans la salle de réunion médicale entre Guillaume, IC1, MC1 et As6*

**IC1** ouais / euh et donc je vous rappelle si on peut éviter de mettre des pompes à potassium sur des voies périphériques / merci pour les patients+?

**MC1** oui écoute ça c'est - parce qu'hier <IC1> ce n'est pas grave - on n'a pas eu le temps de faire - tout

**IC1** ce n'est? pas? grave?

*(Enregistrement 496 – 4 avril 2017)*

L'intervention de MC1 peut également être l'occasion de transmettre une information à l'assistant pour qu'il ne reproduise plus l'erreur à l'avenir et qu'il ne se voit pas imposer un accompagnement de la part de l'infirmière-chef, comme l'illustre la réplique soulignée dans l'échange proposé.

*Interaction dans le bureau médical entre Paul, IC1 et MC1*

**IC1** ah PrénomPaul tu sais bien que je suis chiante

**Paul** non du tout - je n'aurais même jamais dit ça

**IC1** si si si moi+ - je te le dis là alors on passe d'un extrême à l'autre - la pompe <Paul> (rires) - de [maksilaziks] en nonante-six heures mais maintenant tu m'as mis une ampoule (rires) de [laziks] en huit heures - mais

**Paul** une AMPoule? - j'ai mis trois ampoules en: euh oui trois ampoules en vingt-quatre heures

**IC1** oui mais t'as mis: et t'as la manière dont tu l'as prescrite c'est - une ampoule en huit heures

**Paul** j'ai fait un code: - j'ai euh - j'ai testé

**MC1** il y a une pompe il - y a une pompe spéciale? soit [maksilaziks] - soit quand tu es <Paul> c'est une pompe à - en-DEssous du [maksilaziks] sur la ligne qui est faite qui s'appelle pompe [laziks] prends celle-là

**Paul** d'accord

*(Enregistrement 173 – 22 juillet 2016)*

Nous observons que les premiers échanges entre IC1 et les assistants sont l'occasion d'une intervention de MC1 qui les aide pour sortir de la vulnérabilité provoquée par l'accompagnement « fautif » de l'infirmière-chef. Plus tard, nous remarquons que MC1 n'intervient plus dans les interactions d'accompagnement imposé par IC1.

En plus de la mise en application semi-assistée de la médecin-chef et de l'infirmière-chef, des situations interactionnelles de tutorat sont vécues par Paul et Guillaume avec les autres soignants expérimentés de l'unité. Elles peuvent prendre trois formes : (1) le soignant expérimenté fait état d'une erreur commise par l'assistant et il lui explique comment la résoudre, (2) il lui impose un accompagnement à l'aide d'un rappel de codes, et (3) Paul ou Guillaume sollicite un expérimenté pour accéder aux habitudes du collectif.

Les erreurs mentionnées par les infirmières et les kinésithérapeutes à Paul et Guillaume portent habituellement sur une prescription informatique mal réalisée. À la suite de la mention de l'erreur, le soignant expérimenté accompagne l'assistant pour qu'il puisse se corriger, comme le fait I6 avec le temps d'écoulement d'un traitement. L'infirmière transmet à Guillaume l'habitude du traitement, dont il n'a pas connaissance (« normalement on les fait couler en vingt-quatre heures »).

*Interaction dans le couloir entre Guillaume et I6*

**I6** dis chez Madame NomPatiente c'est toi?  
**Guillaume** oui  
**I6** je dois lui redonner un hémogramme maintenant? dix milligrammes |- en  
 <Guillaume> oui -| plus  
**Guillaume** oui  
**I6** ça c'est pour après ça  
**Guillaume** c'est ça  
**I6** mais non: c'est ça fais attention parce que tu l'as mis à dix-sept heures  
**Guillaume** mais: oui  
**I6** normalement on les fait couler en vingt-quatre heures  
**Guillaume** oh oui ça va je vais mettre en vingt-quatre heures merci hein  
**I6** oui

(Enregistrement 556 – 20 avril 2017)

Les soignantes expérimentées considèrent que les erreurs sont produites par les assistants, mais il arrive que ce soit MC1 qui l'ait commise. Ainsi, I12 mentionne à Paul une erreur qu'il aurait faite concernant le dosage d'un médicament. Mais l'assistant n'est pas fautif; c'est la médecin-chef qui s'est trompée et elle le reconnaît comme l'illustrent les répliques soulignées.

*Interaction dans le bureau médical entre Paul, I12 et MC1*

**I12** euh: moi fâchée contre toi  
**Paul** ah bon  
**I12** moi? eh bien moi? avoir été maltraitée par assistant de GARde hier soir  
**Paul** ah? pour quelle raison  
**I12** parce que Monsieur NomPatient je n'avais pas les dosages de [IEoRal]  
**Paul** ah?  
**MC1** c'est à moi que tu dois engueuler c'est moi  
**I12** (rires) je ne sais pas qui c'était |- mais voilà  
**Paul** moi pas -| savoir  
**MC1** la faute c'est à moi  
**I12** je me suis faite engueuler |- par l'assistant <MC1> la faute c'est moi -| de garde |- mais <Paul> c'est vrai? -| je suis restée choquée |- au <MC1> donc -| téléphone je ne sais pas qui c'était |- honnêtement  
**MC1** la faute -| c'est moi? d'accord? j'avais mis sur ma feuille que je devais mettre deux [siklo] et de fait j'ai oublié de les régler  
**I12** mais |- euh: du coup euh (rires) <MC1> c'est ma faute c'est moi que tu peux être fâchée contre moi -| moi fâchée mais euh je ne sais pas qui c'était l'assistant mais je me suis fait remballer

(Enregistrement 63 – 3 juin 2016)

Outre les erreurs, les soignantes expérimentées rappellent les procédures à suivre pour prescrire un soin ou pour préparer un retour à domicile. Ainsi, la kinésithérapeute K5 interrompt la discussion entre Guillaume, IC3 et M3 concernant la sortie d'une patiente pour rappeler qu'il y a une procédure à respecter lors de cette dernière (« il faut appeler l'assistante sociale? hein si il y a des trucs à mettre en place au domicile »).

*Staff médical matinal dans la salle de réunion médicale entre Guillaume, K5 et IC3*

**IC3** euh elle va bien? franchement ce matin je n'ai |- rien à dire

**Guillaume** si tout va |- bien moi je la laisserais partir même demain après-demain c'est |- pas

**M3** oui |- c'est bien oui oui franchement

**Guillaume** euh: Madame NomPatiente |- donc qui est ar/

**K5** euh oui -| il faut appeler l'assistante pardon il faut appeler l'assistante sociale? hein si il y a des trucs à mettre en place au domicile

**Guillaume** mmh ok

**K5** et comme vous n'avez |- aucune <IC3> oui -| perspective? de:

**IC3** il lui faudra quand même une |- petite enfin <K5> oui oui -| une infirmière le matin: parce qu'elle ne sait pas faire toute seule? euh: voilà

**K5** il faut aménager un peu quoi

**IC3** mmh

*(Enregistrement 647 – 4 juillet 2017)*

Paul et Guillaume se retrouvent donc en situation de vulnérabilité lors des différentes situations d'accompagnement imposé. Même s'ils agissent en autonomie, nous remarquons que les soignants expérimentés veillent à ce que les deux assistants respectent les règles du collectif en les leur rappelant ou en les leur expliquant. Si une supervision est encore présente, il leur arrive également de solliciter un accompagnement auprès d'autres soignants, comme nous l'avons expliqué précédemment avec MC1. Nous observons que Paul et Guillaume sollicitent régulièrement les infirmières administratives parce qu'ils ne connaissent pas la procédure pour conserver un médicament ni la localisation d'un matériel, par exemple.

*Interaction dans le poste infirmier entre Paul, IA1 et I12*

**Paul** ça je peux recongeler?

**IA1** non |- on ne peut jamais <I12> (rires) -| recongeler oui |- ça c'est sûr

**Paul** on ne peut pas recongeler -| quelque chose qui était décongelé

**IA1** voilà

**Paul** euh ben ici il y en a un aussi // sinon ça donne la diarrhée

**I12** mh?

**Paul** sinon |- ça donne la diarrhée [...] je vais déjà chez PrénomPatiente // c'est quoi le chariot euh: |- par f/

**I12** ah? il est dans la salle -| de bain je vais aller le chercher hein

**Paul** dans la salle de bain?

**IA1** ah ben le [kâbâ] c'était un: anciennement euh: la salle de |- bain

**Paul** c'est ça? -| le [kâbâ]

*(Enregistrement 67 – 3 juin 2016)*

#### *2.4. Progresser vers l'autonomie grâce à l'accompagnement*

Grâce à l'analyse des interactions verbales, nous constatons que les formes d'accompagnement vécu par Paul et Guillaume évoluent au cours de leur entrée dans le métier : ils vivent d'abord des situations de transmission, ensuite une mise en application assistée et enfin, une mise en application semi-assistée.

Dès leur arrivée, la médecin-chef MC1 leur impose un tutorat pour leur transmettre les us et les coutumes de l'équipe médicale d'hématologie. Les mini-cours qu'elle dispense ont comme objectif d'assurer une continuité malgré le changement d'assistants tous les six mois dans l'unité d'hospitalisation. Au cours de ces interactions de transmission, les deux nouveaux arrivants écoutent et déchiffrent les compétences dont ils auront besoin pour (inter)agir dans le milieu professionnel. Il leur arrive même au fur et à mesure des échanges de partager ou de nuancer les propos théoriques dispensés par MC1 à l'aide de leurs connaissances.

Après cet accompagnement sous la forme d'une transmission avec la médecin-chef, Paul et Guillaume mettent en application ce qu'ils ont appris lors des mini-cours et ils sont assistés, pendant une courte durée, par MC1 pour faire le suivi de leurs patients. Cette mise en pratique à quatre mains leur permet d'acquérir les compétences et modalités propres à l'unité d'hématologie et d'agir de manière appropriée selon les critères de la médecin-chef. À l'issue de la mise en application assistée, nous observons qu'elle reconnaît progressivement les compétences professionnelles de Paul et de Guillaume, et elle leur octroie de l'autonomie tout en continuant à les superviser à distance.

Si la mise en application semi-assistée permet à MC1 d'imposer un accompagnement ponctuellement, elle est également l'occasion pour les deux nouveaux arrivants de la solliciter lorsqu'ils ne savent pas comment agir ou lorsqu'ils évaluent qu'il leur manque des compétences dont ils ont besoin pour passer à l'action. Même si nous observons que les deux assistants étudiés sont en mise en application semi-assistée avec MC1, la reconnaissance et l'autonomie accordées à Guillaume diffèrent de celles de Paul. En effet, une certaine entraide se met en place entre Paul et MC1 qui sollicite même son aide. Par cette demande d'accompagnement, elle le reconnaît comme compétent. Malgré cette reconnaissance, nous observons que durant la même interaction, MC1 adopte par la suite la place d'accompagnatrice en lui notifiant qu'il s'est trompé. Ce n'est donc pas parce que Paul est reconnu dans certaines de ses compétences qu'il ne peut pas se retrouver à nouveau en situation d'accompagnement et de vulnérabilité dans la même interaction.

*Interaction dans le bureau médical entre Paul et MC1*

- MC1** ça a du sens? ça de mettre à+ la fois de [loksibytilin] et de [latlamfylosin]
- Paul** euh: pff ch:/ / ça c'est pour qui? |- NomPatient
- MC1** ben pour -| Monsieur NomPatient sur une sonde urinaire
- Paul** parce qu'il est douloureux? / ben [ladaksjō] euh il n'y a pas trop d'intérêt [loksibytilin] oui
- MC1** donc je stoppe [ladaksjō]
- Paul** ben Monsieur c'était peut-être un traitement qu'il avait avant et puis on l'a sondé
- MC1** oh merde je vais j'ai j'ai (xx) tant pis
- Paul** oui+ oui mais donc si on l'a sondé ce n'est pas:
- MC1** pff ok je vais une fois éclaircir ce traitement parce que mon dieu ça ne va pas /.../ il l'a eue à quelle heure? à huit heures?
- Paul** huit heures
- MC1** voilà donc la prochaine: c'est |- c'est à <Paul> minuit -| minuit
- MC1** bon il ne comprend rien la seule façon de faire c'est de faire plusieurs lignes avec chaque fois tu vois il faut programmer la dose
- Paul** mh
- MC1** je vais le faire parce que c'est super c'est super euh super chiant donc euh
- Paul** mh: on ne peut qu'espérer qu'il récupère (rires) un peu de fonction |- rénale (rires) alalala
- MC1** oui c'est ça mais: bon dans dans l'immédiat je vais faire comme ça -| dans l'immédiat regarde ce que je vais faire je vais |- laisser cette ligne attends <Paul> en: en mettant trois euh -| je vais laisser cette ligne-ci je vais laisser cette |- ligne-ci
- Paul** en fait -| il faut le faire en en variable: ordre par le docteur et |- euh (xxx)
- MC1** non non non non -| pas comme ça deux grammes donc cette ligne-ci je laisse une dose normale / une par heure je la saute pour qu'on OUbliE pas qu'il a du [sEfEpim] alors après vingt-quatre heures aujourd'hui nous sommes le vingt-deux juillet seize heures demain ça fait vingt-trois juillet ensuite la prochaine dose vingt-quatre juillet ça fait / vingt vingt-quatre ça fait huit+ euh et huit huit heures du matin? / je compte |- bien attends <Paul> (xxx) -| vingt heures vingt-quatre heures huit heures du matin? ça refait seize heures de l'après-midi? c'est normal?
- Paul** euh
- MC1** non / c'est douze heures |- en <Paul> moi -| fait c'est vingt |- c'est
- Paul** je pense -| ce qu'il faut faire:
- MC1** il faut faire comme ça
- Paul** trois fois par jour?
- MC1** non
- Paul** avec des x x
- MC1** non non parce que tu changes les heures donc attends donc c'est vingt-deux juillet à vingt-quatre heures vingt-trois juillet à seize heures ensuite c'est le vingt-quatre juillet à seize heures moins huit heures
- Paul** huit heures
- MC1** huit heures je suis là le vingt-cinq juillet?
- Paul** à vingt-quatre
- MC1** à vingt-quatre |- heures comme <Paul> donc celle-là est bon huit -| donc
- Paul** vingt-quatre |- seize huit huit
- MC1** il me semble? que le plus simple -| ce serait de faire comme ça euh /// moi je propose de faire comme ça? et après toi tu m:/ toi tu me dis: ton ton idée
- Paul** ok
- MC1** on va voir+ la meilleure
- (Enregistrement 171 – 22 juillet 2016)

Au terme de cette interaction, nous observons que Paul et MC1 se reconnaissent mutuellement et une collaboration les unit puisque la médecin-chef propose de confronter leurs méthodes de prescription et d'élire la meilleure.

Quant à Guillaume, il est reconnu plus partiellement par MC1 que Paul lors de nos analyses. Une cause de cette distinction est la fréquence d'erreurs commises par les deux nouveaux arrivants. Elles sont plus fréquentes chez Guillaume que chez Paul et elles sont jugées plus graves que celles de Paul.

*Staff médical matinal dans la salle de réunion médicale entre Guillaume, IC1 et MC1*

**IC1** alors moi j'ai eu un téléphone un coup de téléphone de l'époux de Madame NomPatiente

**MC1** oui?

**IC1** qui me disait qu'elle devait rentrer aujourd'hui mais elle n'est pas dans le carnet

**MC1** donc aujourd'hui |- euh:

**Guillaume** effectivement elle était prévue -| donc à neuf heures et demi à (xxx) moi je ne l'avais pas noté hein

**MC1** ah oui mais ça mon ami

**IC1** donc |- euh:

**Guillaume** mais cela dit -| |- est-ce qu'elle p/ elle fait le (xx) demain / quoique

**MC1** donc euh:

**IC1** j'ai pris le: téléphone -|

**Guillaume** ça peut nous |- arrang/

**IC1** j'ai dit à -| |- Monsieur oui

**MC1** on va faire demain -| |- oui

**Guillaume** parce qu'il -| y en a déjà trois aujourd'hui

**MC1** on va faire demain parce qu'aujourd'hui ça ne va pas être possible on est |- qu'à deux et euh et il y a trois entrées

**IC1** et ben écoute je vais retéléphoner à Monsieur -| et je vais lui dire que ce sera demain / pour |- un problème de place

**MC1** oui donc mais je pense qu'on -| avait dit qu'elle devait téléphoner par rapport à ça

**IC1** mais c'est peut-être ça hein mais Monsieur me dit (xxx) être à et demi à neuf heures et demi parce qu'elle dort je dis écoutez Monsieur je vais aller en réunion je vous resonnerai et on verra qu'est-ce qu'il en est

*(Enregistrement 596 – 2 mai 2017)*

Malgré les multiples rappels de codes et situations d'accompagnement de MC1 (comme « ah oui mais ça mon ami » de l'interaction précédente) durant la mise en application semi-assistée, Guillaume continue à commettre les mêmes erreurs. Un tel comportement (inter)actionnel ne favorise pas sa reconnaissance et provoque des situations de vulnérabilité, voire même de non-reconnaissance de ses compétences professionnelles interactionnelles en tant qu'assistant.

À côté des situations d'accompagnement évolutives entre la médecin-chef MC1 et les deux assistants étudiés, nous observons des interactions de mise en application semi-assistée entre eux et les autres soignants expérimentés de l'unité d'hospitalisation, à savoir

l'infirmière-chef IC1, des infirmières, les infirmières administratives, des kinésithérapeutes, des médecins et d'autres soignants. Cette liste n'est pas exhaustive, mais notre souhait est de mettre en évidence que les interactions de tutorat entre les deux assistants et les soignants expérimentés prennent la forme de mise en application semi-assistée. De fait, Paul et Guillaume sont reconnus dans une partie de leurs compétences et ils ont obtenu de l'autonomie dans leurs actes, mais ils se voient occasionnellement (plus fréquemment pour Guillaume) imposer un accompagnement parce qu'ils ont agi de manière inadéquate (non-respect d'un code, erreur d'encodage de traitement, etc.). Malgré leur autonomie, les deux nouveaux arrivants sollicitent occasionnellement l'aide d'un soignant expérimenté afin d'acquérir une compétence manquante ou d'ajuster une compétence qu'ils possèdent afin qu'elle soit utilisée de manière appropriée pour les membres de l'équipe d'hématologie.

Si Paul et Guillaume ont gagné en reconnaissance et en autonomie à l'issue des différents accompagnements, nous pouvons illustrer cette évolution par leur rôle d'accompagnateur d'infirmières et de médecins-stagiaires. Ce sont les deux types d'interactions de tutorat mené par un assistant en médecine que nous observons le plus couramment lors de l'enquête ethnographique<sup>130</sup>.

Paul est sollicité régulièrement par les infirmières concernant une prescription incomprise ou concernant l'état d'un patient. Ainsi, l'infirmière I3 entre dans le bureau médical pour lui demander ce qu'elle doit faire avec une prescription qu'elle ne comprend pas. Elle n'ose pas administrer une quantité trop importante de médicaments ; elle sollicite donc Paul pour qu'il l'aide.

*Interaction dans le bureau médical entre Paul et I3*

**I3** question conne  
**Paul** dis-moi  
**I3** j'ai une question conne  
**Paul** question d'une conne t'as dit? c'est ça?  
**I3** ouais question conne |- mais réponds à la question quand même <Paul>  
 (rires) -| Monsieur NomPatient a |- pris <Paul> ouais -| deux kilos cent il n'a pas assez  
 fait pipi tu vois  
**Paul** ouais?  
**I3** donc j'essaie un [laziks]  
**Paul** ouais?

---

<sup>130</sup> Rappelons néanmoins que Paul accompagne occasionnellement la médecin-chef MC1 pour lui expliquer du nouveau matériel de soins ou pour comprendre le projet de soins d'un patient. Nous observons Paul et Guillaume accompagner très occasionnellement les infirmières-chefes, IC1 et IC3.

**I3** mais il y en avait un deuxième en (xx) je crois par euh PrénomAs2 alors je ne sais |- pas est-ce que tu veux <Paul> pourquoi elle a -| que j'en fasse deux moi j'en ai déjà fait un+

**Paul** un ce n'est pas inquiétant

**I3** oui |- voilà je le garde

**Paul** on ne va pas le transfuser? lui -| tu vas le transfuser il en aura encore |- un

**I3** c'est parce -| que: hier il devait en avoir un normalement après sa transfu que je n'ai pas fait parce qu'il avait |- une petite tension

**Paul** t'as fait le -| [laziks] avant? ou après

**I3** là j'ai fait |- le <Paul> de -| [laziks] maintenant |- mais hier il a eu un sang et je n'ai pas fait <Paul> ah donc il a déjà reçu deux (xx) -| le [laziks]

**Paul** ouais laisse le [laziks] agir et il en aura de toute façon |- un <I3> oui -| après euh ici

**I3** ouais d'accord

*(Enregistrement 198 – 26 juillet 2016)*

Lors de cette interaction, Paul est reconnu comme pouvant aider I3 qui se trouve en situation, elle, de vulnérabilité face à la prescription médicale. Guillaume, contrairement à Paul, n'est presque pas sollicité par les infirmières. Un tel comportement illustre que Paul est mieux reconnu dans ses compétences que Guillaume qui commet davantage d'erreurs et qui ne respecte que rarement les procédures de soins propres à l'unité d'hospitalisation d'hématologie.

Outre l'accompagnement des infirmières, les deux assistants étudiés accompagnent les médecins-stagiaires lors de leur séjour dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie même si ces dernières sont institutionnellement sous la responsabilité de la médecin-chef MC1 et du responsable de service d'hématologie MC2. Pourtant, pratiquement, nous observons que les stagiaires sont accompagnées par les assistants, comme Paul et Guillaume. Ces deux derniers se trouvent entre deux situations de tutorat d'un point de vue médical : ils sont accompagnés, de manière imposée ou sollicitée, par les médecins, et particulièrement par MC1 ; et ils accompagnent les médecins-stagiaires. Paul et Guillaume se placent donc en situation « intermédiaire » : ils sont en situation de vulnérabilité lorsqu'ils sont accompagnés, mais ils sont reconnus comme compétents par les stagiaires lorsqu'ils les accompagnent ainsi que par les médecins experts qui leur délèguent la supervision de ces novices. Les comportements interactionnels de Paul et Guillaume en tant que tuteurs des stagiaires ne les distinguent pas des autres assistants puisque soit ils imposent un accompagnement sous la forme d'une transmission ou d'une mise en application assistée, soit ils répondent aux sollicitations des stagiaires. Néanmoins, la reconnaissance et la mobilisation des compétences diffèrent entre Paul et Guillaume qui n'accompagnent pas de la même manière les médecins-stagiaires.

Paul adopte un tutorat qui ressemble à celui de MC1 : il impose, dans les premiers échanges, des mini-cours pour expliquer les traitements des patients, leurs dossiers de soins et les prescriptions de transfusion, comme l'illustre l'interaction avec SM1. Même si Paul a du

travail, comme lorsqu'il est seul pour la matinée à gérer l'unité d'hospitalisation, il prend le temps de former la stagiaire, à la manière de MC1.

*Interaction dans le bureau médical entre Paul et SM1, dans laquelle intervient As1*

**Paul** un petit -| rappel?

**SM1** |- oui si c'est possible?

**Paul** (rires) -| euh je vais t'expliquer donc pour tous les |- patient:ts <SM1> mmh -| y compris ceux de la euh des chambres stériles

**SM1** mmh

**Paul** euh le matin ben il faut voir s'il y a besoin de transfusion euh plaquettes ou euh globules rouges / euh et donc euh

**SM1** je vais un par un |- les patients? ouais

**Paul** tu regardes un par un les -| bios ici euh huit point huit |- et euh vingt-trois

**SM1** et j'écris l'évolution? -| euh

**Paul** euh alors le l/ les politiques transfusionnelles elle est elle est remise ici mais en gros pour faire simple en dessous de huit d'hémoglobine on met une unité euh sauf si les gens avec cardiopathie ischémique alors là on met euh on vise euh plutôt neuf en dessous de neuf / euh et puis si jamais ils font de la fièvre etcétera plutôt huit et demi / s'ils ne sont pas bien euh / euh si c'est en dessous de sept c'est deux unités

**SM1** mmh

**Paul** et puis euh pour les plaquettes c'est vingt-mille

**SM1** vingt |- mille ouais?

(Enregistrement 5 – 30 mai 2016)

Outre cette posture de transmission par mini-cours, il assiste la médecin-stagiaire qui l'accompagne lors d'une mise en application. Cette dernière prend la forme d'une mise en application assistée puisqu'ils auscultent ensemble et en même temps les patients, puisqu'ils réalisent une ponction lombaire à quatre mains, etc. Même si la supervision est régulière et fréquente, Paul laisse de l'autonomie à la stagiaire parce qu'il lui confie l'anamnèse d'entrée d'un patient, la mise à jour du dossier de soins, la réalisation d'une gazométrie, par exemple.

*Interaction dans le bureau médical entre Paul et SM1*

**SM1** euh dis je voulais te demander euh à NomPatiente tu veux que je fasse une gazo? ou je peux je peux la faire

**Paul** ah+ ben+ oui excellent t'es à: l'aise avec les gazo?

**SM1** ouais

**Paul** même chez les grosses? (rires) ah: c'est la question |- piège

**SM1** ouais -| (rires) ouais

**Paul** écoute si euh:

**SM1** non je vais aller essayer

**Paul** si tu es à l'aise euh: et euh moi il n'y a aucun souci

**SM1** ok

**Paul** c'est des choses euh / qu'il faut faire tu+ sais+

(Enregistrement 14 – 31 mai 2016)

Avant la tâche, Paul s'assure que la stagiaire SM1 est compétente pour réaliser l'acte et après celui-ci, Paul lui demande de raconter ce qui s'est passé et il l'évalue tout en la conseillant. Nous observons donc que Paul accompagne également à l'aide d'une mise en application

semi-assistée les médecins-stagiaires. Ces différentes formes d'accompagnement sont évolutives et dépendent des compétences qu'il reconnaît à ces dernières. Durant ces interactions de tutorat, les compétences de Paul en tant qu'assistant sont reconnues par les médecins-stagiaires.

Guillaume, lui, est un accompagnateur peu prolixe, voire silencieux. Il ne fait pas de mini-cours aux médecins-stagiaires et il leur explique peu les actes médicaux à réaliser ou les changements dans les plans de soins. Néanmoins, quand Guillaume se trouve en situation interactionnelle d'accompagnement, ses prises de parole ont la forme d'une transmission à destination d'une médecin-stagiaire comme SM25 qui l'écoute et ne produit pas de régulateur ni de question.

*Interaction dans le couloir entre Guillaume et SM25*

**Guillaume** alors Monsieur: NomPatient comme tu l'as entendu ce monsieur il est venu parce qu'il a une LMA il est déjà venu pour une? / plus une myéloblastique? avec euh trente-huit neutro / première euh [passage inaudible]

*(Enregistrement 600 – 2 mai 2017)*

Contrairement aux stagiaires tutorées par Paul, celles suivies par Guillaume sont peu autonomes parce que l'assistant réalise leurs tâches à leur place. Habituellement, dans l'unité d'hospitalisation, les médecins-stagiaires s'occupent de réaliser la commande de sang pour les patients. Guillaume est le seul assistant observé qui effectue cette tâche, ce qui par conséquent ne laisse pas la médecin-stagiaire SM19, par exemple, apprendre à commander des poches de sang et de plaquettes.

*Interaction dans la salle de réunion médicale, après le staff et après un coup de téléphone de Guillaume, entre Guillaume et SM19*

**SM19** c'est quoi?

**Guillaume** c'est pour Madame NomPatiente

**SM19** tu sais je n'ai pas: ses plaquettes? c'est pour

**Guillaume** non non non on l'avait déjà fait je vais lui (xxx)

**SM19** mais du coup euh enfin il faut qu'on lui mette deux poches?

**Guillaume** non hein parce qu'on a déjà mis une poche

**SM19** une seule?

**Guillaume** on va voir si elle la remonte ou pas pour demander des des des plaquettes en plus

**SM19** et Madame NomPatiente il faut lui mettre une poche parce qu'elle est à trente-trois-mille

**Guillaume** ah oui oui oui elle il faut mettre une poche que j'ai commandée hier

**SM19** donc je ne dois pas la: la faire la prescription

**Guillaume** non je vais juste le rappeler tantôt à la banque

**SM19** ah oui oui oui

*(Enregistrement 660 – 5 juillet 2017)*

Néanmoins, Guillaume accepte qu'une médecin-stagiaire le suive dans son quotidien d'assistant et il lui propose de l'accompagner lors d'une ponction lombaire. Nous observons

d'ailleurs que Guillaume sollicite la présence d'une médecin-stagiaire pour l'assister et ne pas être seul durant l'acte technique d'une ponction lombaire comme le prévoit la procédure.

*Interaction dans le poste infirmier entre Guillaume et IA1*

**IA1** ah ouais là euh attends je vais te mettre un petit sac euh / voilà / tu prends quand même une fille? avec toi

**Guillaume** euh: ben je vais avec la stagiaire

(Enregistrement 652 – 4 juillet 2017)

Étant donné le comportement particulier d'accompagnateur de Guillaume, nous constatons qu'il n'est pas reconnu, ou peu, dans ses compétences de tuteur. Il est même, dans certains cas, non reconnu par la médecin-stagiaire qui n'écoute pas la consigne qu'il lui donne et qui va voir le patient au lieu d'aller manger.

*Interaction dans le couloir entre Guillaume et SM17*

**Guillaume** PrénomErronéS17 // je viens d'avoir PrénomAs6 elle dit que tu peux aller manger hein parce que: Madame NomMC1 a déjà: revu euh Monsieur NomPatient

**SM17** ah parce que j'allais le voir maintenant

**Guillaume** ça n'est pas nécessaire parce que Madame NomMC1 l'a vu

**SM17** c'est comme tu veux

**Guillaume** je te décharge de ça comme ça tu peux aller manger tranquille va maintenant

**SM17** ok / ben je vais voir euh je vais lui demander

**Guillaume** ah ok

(Enregistrement 520 – 6 avril 2017)

En résumé, nous pourrions caractériser les situations d'accompagnement vécues par les deux assistants en médecine au contact de la médecin-chef MC1 comme favorisant leur autonomie et leur reconnaissance progressive et donc comme provoquant de moins en moins de vulnérabilité puisque la supervision se relâche et puisque les accompagnements les ont aidés à obtenir de la reconnaissance et à être évalués comme relativement aptes à agir de manière autonome. Néanmoins, lors des situations interactionnelles de tutorat imposé ou sollicité auprès d'un soignant expert, Paul est davantage reconnu comme compétent par ses tuteurs que Guillaume qui commet de nombreuses erreurs. Quant aux interactions dont ils sont les accompagnateurs, elles illustrent une reconnaissance des compétences de Paul par ses tutorés et un non-investissement dans les tâches d'accompagnateur par Guillaume. Un tel comportement interactionnel entraîne une supervision maintenue dans le cas de ce dernier alors qu'entre Paul et ses interlocuteurs, qu'ils soient des soignants expérimentés ou des médecins-stagiaires, se crée une sorte d'entraide et de partage de la reconnaissance.

Nous pourrions dire que Paul devient un acteur complémentaire et autonome tout en étant occasionnellement supervisé alors que Guillaume est paradoxalement à la fois un acteur

autonome et à la fois un acteur supervisé qui continue à être surveillé non seulement par la médecin-chef MC1, mais aussi par d'autres soignants expérimentés. Par conséquent, Guillaume est un acteur complémentaire supervisé. Malgré une reconnaissance des compétences des deux assistants en médecine et une certaine autonomie gagnées lors des situations d'accompagnement, nous remarquons qu'une situation de vulnérabilité peut à nouveau être vécue s'ils commettent une erreur, ou s'ils sont évalués comme ayant agi inadéquatement lors de la tâche, ou encore s'ils évaluent qu'il leur manque des compétences pour effectuer leurs actes de soins.

### 3. Jeanne et Élisabeth

Dans cette section, nous présenterons des situations interactionnelles d'accompagnement entre les deux infirmières nouvellement arrivées, Jeanne et Élisabeth, et les soignants expérimentés de l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Lors de ces échanges, elles interagissent avec l'infirmière-chef, IC1, les infirmières expérimentées, les médecins, les aides-soignantes et les aides logistiques. Nous analyserons donc des situations de tutorat et de compagnonnage. Nous espérons observer une progression de leur autonomie et de leur reconnaissance grâce à l'accompagnement, imposé ou sollicité, allant de la transmission à la mise en application semi-assistée.

#### 3.1. Acquérir des compétences grâce à la transmission

Jeanne et Élisabeth se retrouvent en situation d'accompagnement imposé durant leurs premiers jours dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Dès leur arrivée, elles sont accompagnées par l'infirmière-chef IC1 qui leur transmet les habitudes et les codes du collectif infirmier. Elles font ensemble le tour du service et IC1 leur explique quelques règles et valeurs de l'unité d'hospitalisation. Par ces interactions entre l'infirmière-chef et les nouvelles arrivantes, IC1 joue son rôle d'accompagnatrice institutionnelle et plus particulièrement, de tutrice puisqu'elles ont deux statuts distincts. Dans l'interaction suivante, nous mettons en évidence quelques répliques qui constituent un mini-cours dispensé par l'infirmière-chef et écouté par la nouvelle arrivante Jeanne.

*Interaction dans le couloir devant le poste infirmier entre Jeanne et IC1*

**IC1** tout ce qui est prise de sang c'est ici / donc tu as tout ce qu'il te faut en termes de MATériel donc tu vois elle elle euh: le médecin a prescrit donc tu en as parce que je t'ai déjà coché la PL? donc en fait le médecin a dit il faut changer les tu:bes / voilà tu vois ici elle a (xxx) pour cathéter central?

**Jeanne** mmh

- IC1** c'est à lui de faire le bon et ça nous sert ça nous sort des étiquettes / puis tu vois tu as les nom et prénom et c'est (xxx) il faut toujours coller les étiquettes tu vois / alors tu: pour que ce soit plus facile avec le numéro au-dessus parce que: en fait ça (xxx) n'importe quoi voilà
- Jeanne** ok
- IC1** et ça une |- fois
- Jeanne** et je dois -| faire comme ça pour faire une prise de sang |- comme ça?
- IC1** s: on p/ -| on peut les faire nous-mêmes
- Jeanne** d'accord
- IC1** donc on sait prescrire nous-mêmes et alors une fois que ça a été fait? PrénomI15 va les va+lider comme quoi elle les aura faites
- Jeanne** oui? et et ça alors est-ce que ça part au télétube ou c'est quelqu'un on doit le descendre |- nous-mêmes
- IC1** ça part au -| télétube
- Jeanne** d'accord
- IC1** ça part au télétube
- Jeanne** tant mieux [120 secondes plus tard] et alors tout ce qui est do:sage etcétera on voit c'est dans le |- programme
- IC1** oui -| oui
- Jeanne** d'accord ça va
- IC1** oui /// donc ça en fait tu es directement dans la PMI et tu prends directement dans le NomProgramme / je vais revenir pour te montrer [580 secondes plus tard] trois voies deux voies? une trois voies
- Jeanne** je dois recommencer?
- IC1** regarde un petit peu compte le nombre de trucs que tu as à mettre |- ça va? <Jeanne> merci -| et alors en fonction de ce que tu as mettre [passage inaudible] ici je n'ai pas de [passage inaudible] euh: lui c'est: deux pompes et [passage inaudible] // si tu as des rallonges contre donc pour une alimentation parentérale c'est cette trousse-là avec les pompes à la vis parce qu'on a eu des soucis en fait euh: euh on mettait des trousse comme ça sur les pompes parentérales [passage inaudible] donc en fait une pompe à [vâko] et une pompe parentérale [passage inaudible]
- Jeanne** donc de toute façon ce que tu me montres là c'est celle-là
- IC1** oui / sauf si tu le mets pour euh: [passage inaudible]
- Jeanne** oui:
- IC1** mais sinon c'est ça
- Jeanne** d'accord
- IC1** et ça c'est pour chimio / la [zEniZys] avec les robinets est à transférer [920 secondes plus tard] donc quand tu as une perf qui coule en parallèle ben là c'est c'est c'est tu ne peux pas euh / tu es obligé de faire couler quelque chose |- avec quoi
- Jeanne** oui+ -| d'accord
- IC1** ça va? |- donc <Jeanne> oui -| euh / donc ici je vais mettre / la PL à l'après-midi // je vais la signer donc je suis ici maintenant? [passage inaudible] mais tu sais changer hein c'est la session de PrénomI15 hein il faut attendre quelques jours
- Jeanne** ah oui
- IC1** [passage inaudible] normalement c'est A zéro N un mais c'est un: truc pour se référer euh ça veut dire que: / si tu veux c'est dans la cure euh: il faut que je (xxx) tu vois ici c'est juste c'est A zéro N moins ici c'était A zéro N quinze
- Jeanne** oui
- IC1** mais ça correspond si tu veux au: / au pot ici regarde (xx)
- Jeanne** ah oui ça correspond à ça
- IC1** celui-LÀ doit correspondre celui que tu mets doit |- correspondre <Jeanne> c'est ça -| mais imaginons mais ça imaginons une cure avec du [glifozat] un huit heures |- et un <Jeanne> oui -| à vingt heures mais le premier il va être à H N zéro
- Jeanne** oui:

**IC1** et celui du soir ça sera H N douze |- par exemple <Jeanne> oui oui -|  
mais+ comme on en par exemple le weekend on en a six+  
**Jeanne** ouais  
**IC1** ben il faut: quand on va chercher dans le frigo il faut bien prendre le N  
douze le |- soir voilà  
**Jeanne** oui+? c'est -| ça et l'autre le matin  
**IC1** voilà  
**Jeanne** ça va  
**IC1** pour que ce soit correspondant aux aux préparations mais parfois on a des  
soucis  
**Jeanne** ouais |- d'accord  
*(Enregistrement 498 – 4 avril 2017)*

Lors de cette interaction de transmission, nous remarquons que la tutrice IC1 fait passer de multiples informations à Jeanne concernant la localisation du matériel de soins, les prescriptions pour les actes techniques dans l'ordinateur, des contraintes administratives sur l'identification des médicaments et du matériel, la procédure d'un soin spécifique à l'hématologie, etc. Au fur et à mesure des répliques de l'infirmière-chef, Jeanne tente de déchiffrer et d'acquérir les codes et les compétences dont elle aura besoin pour (inter)agir. Elle n'est donc pas passive lors de son écoute des propos d'IC1. Elle est une spectatrice qui déchiffre la culture du collectif infirmier et elle ponctue cette tâche de régulateurs. De plus, elle se montre compétente à divers endroits en posant des questions ciblées à l'infirmière expérimentée (« et ça alors est-ce que ça part au télétube ou c'est quelqu'un on doit le descendre »). Élisabeth est observée dans la même posture lors de ses premiers moments dans l'unité d'hématologie. À la fin de ces premiers moments de transmission entre IC1 et Jeanne ou Élisabeth, l'infirmière-chef impose une situation de compagnonnage aux nouvelles arrivantes pour qu'elles mettent en application ce qu'elles ont appris sous la supervision d'une infirmière.

À côté des situations interactionnelles de tutorat imposé par IC1 dans les premiers moments dans l'unité d'hématologie, nous observons qu'Élisabeth et Jeanne, comme les autres infirmières, sont accompagnées par les médecins pour leurs actes techniques. En effet, soit ils imposent un tutorat, soit ils sont sollicités par les infirmières pour les tutorer car elles ne comprennent pas la prescription médicamenteuse ou le soin à réaliser. Le médecin transmet donc la procédure ou il explique comment l'acte technique doit être effectué, comme en témoigne l'interaction entre Élisabeth et M13.

*Interaction dans le couloir entre Élisabeth et M13*

**M13** euh simplement pour enlever euh le plus gros il y a juste une cicatrice  
derrière le pavillon? ici devant désinfecter un peu les côtés  
**Élisabeth** mmh  
**M13** et donc il y a un gros tampon dans son (xx) plus retirer celui-là  
**Élisabeth** ça va

**M13** et il n'y a pas besoin d'aspirer autre chose et puis on refait un (xxx) moi  
je [passage inaudible]  
**Élisa** ah oui ok  
**M13** tout s'est bien passé pour lui? et l'autre? c'était qui était un peu moins  
beau euh: je vais voir la famille de l'autre patient de Monsieur NomPatient  
**Élisa** mmh  
**M13** mais euh: et alors on va passer par la porte d'entrée voir s'il est ce n'est  
pas l'idéal mais c'est / et donc demain? juste pour les deux c'est enlever le |- turban  
<Élisa> mh -| désinfecter la plaie |- et refermer <Élisa> enlever le turban ouais c'est  
ça -| et éventuellement vous m'appellez  
**Élisa** ouais ouais ça va  
**M13** s'il y a quoi que ce soit  
**Élisa** ok je m'occupe |- de ça pas de problème  
**M13** ça va? bon pour Monsieur -| NomPatient c'est facile  
**Élisa** ouais voilà -| merci hein  
(Enregistrement 257 – 5 octobre 2016)

Les situations d'accompagnement entre Élisa et le médecin M13 placent la première comme tutorée et non détentrice de la compétence et le second comme tuteur qui transmet le déroulement pratique de l'acte technique. Nous pouvons donc affirmer que l'infirmière est reconnue pour sa mise en pratique des soins, mais qu'elle est guidée par la transmission du médecin qui vient s'assurer que l'acte technique sera réalisé comme il le souhaite sans pour autant l'assister lors d'une mise en application de ses recommandations. Durant le soin, Élisa agit en toute autonomie, ce qui illustre la reconnaissance d'une partie de ses compétences par le médecin même si antérieurement il lui a expliqué comment elle doit agir. C'est à la nouvelle arrivante de déchiffrer et d'acquérir, à l'aide des propos de M13, le bon geste à appliquer.

Nous constatons donc que dès l'arrivée des nouvelles arrivantes Jeanne et Élisa, elles sont accompagnées par l'infirmière-chef, tutrice institutionnelle. Cet accompagnement prend la forme, dans les premiers échanges, de transmission ce qui permet aux nouvelles arrivantes d'acquérir plus rapidement les habitudes du collectif. En outre, des situations de transmission sont également observées entre une infirmière et un médecin. De tels échanges ne sont pas réservés aux infirmières nouvellement arrivées puisque nous remarquons que des infirmières expérimentées peuvent se retrouver dans une situation similaire lors de notre enquête de terrain.

### 3.2. *Mettre en application de manière assistée pour acquérir le bon geste*

Après avoir été accompagnées sous la forme d'une transmission par l'infirmière-chef, Jeanne et Élisa sont assistées lors de mises en application non pas par cette dernière, mais par des infirmières expérimentées de l'unité. Par conséquent, la mise en application assistée est un compagnonnage qui est imposé par IC1 qui confie, aux expérimentées, la formation des

nouvelles arrivantes. De cette situation découle un système de marrainage mis en place par les infirmières. En effet, une infirmière expérimentée prend sous son aile une nouvelle arrivante pour l'aider dans son parcours d'entrée dans le métier. Un système de compagnonnage est donc mis en place communautairement entre les infirmières. Nous verrons que ce n'est pas parce qu'une infirmière est la marraine d'une nouvelle arrivante que d'autres ne peuvent pas occasionnellement la accompagner.

Du point de vue du marrainage, nous observons déjà une distinction entre Jeanne et Élisabeth. Si la marraine de Jeanne (I17) se montre présente et accompagnatrice, ce n'est pas le cas de la marraine d'Élisabeth. En effet, nulle infirmière expérimentée ne joue communautairement ce rôle durant l'enquête ethnographique. Nous pourrions proposer plusieurs explications à cette absence explicite, comme l'absence probable de sa marraine pour des raisons de santé ou son départ de l'équipe depuis l'arrivée d'Élisabeth. Mais nous ne nous attarderons pas sur ces considérations. Nous souhaitons seulement mettre en évidence la distinction dans le marrainage des deux infirmières nouvellement arrivées étudiées.

Durant les premiers jours dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie, Jeanne et Élisabeth sont accompagnées par les infirmières qui leur transmettent leurs trucs et astuces professionnels en les assistant lors de leurs actes, comme nous pouvons l'observer dans l'interaction entre Élisabeth et I1.

*Interaction dans le poste infirmier entre Élisabeth, qui est en train de préparer une trousse, et I1*

**Élisabeth** tu crois que ça on fait comme ça? ou

**I1** ouais

**Élisabeth** parce qu'il n'est pas mis dessus

**I1** c'est celle-ci?

**Élisabeth** oui

**I1** ah c'est quinze minutes ça va

**Élisabeth** oui sa cure dure quinze minutes quoi?

**I1** ouais ben ouais ouais je veux dire ça n'est pas une heure? quoi

**Élisabeth** ouais

*(Enregistrement 79 – 7 juin 2016)*

Nous observons que les situations d'accompagnement entre les infirmières et les deux nouvelles arrivantes étudiées prennent dans les premiers échanges la forme d'une mise en application assistée. Néanmoins, les interactions de compagnonnage évoluent rapidement vers une mise en application semi-assistée et donc vers l'octroi de plus d'autonomie parce que les compétences d'Élisabeth et de Jeanne sont reconnues comme adéquates par les infirmières expérimentées.

### 3.3. *Agir tout en étant accompagnée à distance*

Si les situations de compagnonnage peuvent prendre la forme d'une mise en application assistée lors des premiers moments interactionnels, nous remarquons qu'elles évoluent rapidement en mise en application semi-assistée pour Jeanne et Élisabeth. Ce changement illustre non seulement une reconnaissance de leurs compétences professionnelles, mais aussi une solidarité qui se crée entre elles et les infirmières de l'équipe.

Même si les nouvelles arrivantes agissent de manière autonome, elles sollicitent ponctuellement un accompagnement de la part d'une infirmière expérimentée pour confirmer une intuition ou pour s'assurer de leurs connaissances à propos d'un élément spécifique et peu complexe tel qu'un terme du parler hospitalier ou une localisation de matériel. Lorsque les actes techniques sont plus complexes comme la supervision d'une cure, Élisabeth et Jeanne ne se sentent pas en confiance pour les réaliser seules malgré la reconnaissance de leurs compétences et l'autonomie obtenue. Par conséquent, elles sont assistées par une infirmière expérimentée ; elles collaborent pour travailler.

*Rapport de transmission infirmier dans la salle de réunion infirmière entre Jeanne, I3, I5 et I6*

**I5** ou tu veux qu'on fasse? ensemble?

**Jeanne** les deux premiers trucs comme j'ai fait hier?

**I5** ben les deux premières: je ne sais pas moi PrénomI3

**I3** c'est comme vous voulez

*[100 secondes plus tard]*

**I5** c'est pour ça que je te dis? est-ce que tu veux? |- qu'on fasse ensemble

**Jeanne** euh: oui on va faire -| ensemble je crois *[30 secondes plus tard]* on fait à deux? alors?

**I5** écoute on va changer sur la f/ écoute on va se mettre en duo

*(Enregistrement 558 – 20 avril 2017)*

Durant cette collaboration où Jeanne est actrice complémentaire relativement autonome et relativement supervisée par l'expérimentée I5, cette dernière prend la place d'accompagnatrice occasionnellement pour imposer une consigne, pour rappeler un code (« pas oublier le [movikOI] là ») ou pour évaluer la compétence de la nouvelle arrivante.

*Interaction dans le couloir entre Jeanne et I5*

**I5** pas oublier le [movikOI] là

**Jeanne** oui? coche coche

**I5** oui voilà / je vais regarder sa (xxx) c'est jusque seize heures? si jamais

**Jeanne** ouais *[400 secondes plus tard]* moi j'ai stoppé le magnésium hein

**I5** tiens ma poule

**Jeanne** dankeschön / attends mais je |- l'ai déjà? qu'est-ce que tu:

**I5** voilà oui mais -| ce n'est pas un: physio elle n'avait plus de:

**Jeanne** cinquante et elle a mis un cent

**I5** voilà / oh mon dieu euh je fais une hémorragie

**Jeanne** allez arrête un coup c'est t/ pied un coup c'est ton hémorragie  
**I5** il faut noter l'heure de fin du [Rituksimap] si jamais  
**Jeanne** on va passer par |- tout par tous les stades  
**I5** chez Monsieur NomPatient -| il y a un DU par six heures c'est très bien  
qu'on n'a pas relevé regarde [90 secondes plus tard] lui il est parti la première fois au  
matin  
**Jeanne** ah? il n'est toujours pas revenu?  
**I5** mais je ne pense pas parce que: attends non non non non non  
[160 secondes plus tard] il te manque quoi?  
**Jeanne** la (xx) de Madame NomPatiente  
[30 secondes plus tard]  
**I5** tiens+ j'ai |- pris celui <Jeanne> tu l'as? -| de Madame NomPatiente et  
quand on aura celui de NomPatiente tantôt  
**Jeanne** on échangera  
**I5** donc je le mettrai seulement ne le c/ tu ne sauras pas le cocher comme il  
n'est pas encore disponible  
**Jeanne** ah oui  
**I5** je le remettrai: euh après en ordre  
(Enregistrement 559 – 20 avril 2017)

Par la suite, les situations de compagnonnage sollicitées sous la forme d'une mise en application semi-assistée se font plus rares et elles portent sur la mention des problèmes ponctuels comme une porte qui ne ferme plus bien dans une chambre à pression, par exemple, ou sur la confirmation d'un acte lorsque les nouvelles arrivantes remplissent les dossiers de soins.

Durant ces accompagnements de compagnonnage, Jeanne et Élisabeth se trouvent placées en situation de vulnérabilité, mais ce n'est pas pour autant qu'elles sont jugées incompetentes par les infirmières expérimentées et qu'elles ne se mettent pas en quête de reconnaissance. Nous proposons un exemple : si le parler hospitalier peut faire défaut à Élisabeth et l'amener à solliciter un compagnonnage, nous constatons que, quelques instants plus tard, elle se montre compétente dans l'usage de ce dernier et elle est même évaluée positivement par les soignantes expérimentées. Elle a gagné de la reconnaissance.

*Rapport de transmission infirmier dans la salle de réunion infirmière entre Élisabeth, I6, I11 et I15*  
**Élisabeth** ça aussi il va falloir que tu me formes à tout ça là PBM PL machin bon hein parce que moi je com/ {j'y, je} |- comprends rien [...] et -| PL ?  
**I6** PL c'est |- ponction lombaire <I15> ponction lombaire -| avec |- souvent  
**I11** là tu (xxx) -| t'introduis |- dans  
**I6** voilà -|  
**Élisabeth** là tu injectes?  
**I15** (xxx)  
**I6** ben euh ça dépend ou bien |- c'est thérapeutique <I15> des fois ils ouais -| ou bien c'est euh diagnostic quoi  
**Élisabeth** ouais il va falloir qu'on me [pets] ça parce que euh  
**I11** (rises)  
**I6** (rises)  
**Élisabeth** bon bref  
[700 secondes plus tard]

- I15** madame NomPatiente donc euh elle ne ben toujours ses douleurs au flanc gauche euh on alterne [kõtRamal] [dafalgã] / moi je lui ai mis un [kõtRamal] ce matin / je ne sais plus te dire l'heure exacte euh je n'ai pas noté / et ils vont discuter au staff pour savoir si on enlève sa rate ou pas
- Élisa** ah ouais
- I15** s/ apparemment c'est de là que ça
- Élisa** donc une splénectomie hein en terme jargon médical
- I11** c'est c'est c'est très bien / très bien très good
- I15** donc elle n'a plus de [siklo]
- (Enregistrement 2 – 19 mai 2016)

Outre une mise en application semi-assistée sous la forme d'un compagnonnage, nous observons que Jeanne et Élisa, comme les infirmières expérimentées, sollicitent ponctuellement un tutorat auprès d'une aide-soignante ou d'une aide logistique. L'échange se déroule de manière solidaire comme avec les infirmières.

À côté des tutorats sollicités aux aides-soignantes et aides logistiques, des tutorats sollicités ont lieu entre les deux nouvelles arrivantes et l'infirmière-chef IC1 pour s'assurer d'un code de procédure, d'un fonctionnement de cure, de la présence d'un port à cathéter ou d'une voie centrale chez un patient, comme dans l'exemple proposé ci-dessous.

*Interaction dans le couloir entre le poste infirmier et le bureau médical entre Jeanne et IC1*

- Jeanne** euh il a une perf? parce que je vois que tout est préparé pour la trousse
- IC1** oh non Monsieur NomPatient je ne sais pas mais il a une voie centrale
- Jeanne** ah oui
- IC1** il est en isolement protecteur donc tu ne peux pas prendre
- Jeanne** je ne peux pas rentrer avec tout ça / juste avec les tubes
- IC1** ouais
- (Enregistrement 505 – 5 avril 2017)

Nous pouvons déduire des situations de mise en application semi-assistée ponctuelles que Jeanne et Élisa sont reconnues dans leurs compétences en tant qu'infirmières ; elles travaillent d'ailleurs de manière autonome. Si toutes les deux demandent occasionnellement une aide ou une validation d'une intuition à l'infirmière-chef, c'est le cas également des infirmières expérimentées. Elles demandent un accompagnement sous la forme d'une mise en application semi-assistée auprès de leur supérieure.

Cependant, Élisa continue à être accompagnée par IC1 qui surveille les (inter)actions d'Élisa avec d'autres soignants lorsqu'elle leur demande de l'aide. L'accompagnement imposé par IC1 vient doubler la mise en application semi-assistée sollicitée par Élisa auprès d'une infirmière expérimentée. Nous pourrions en déduire que la surveillance de l'infirmière-chef

renforce la situation de vulnérabilité vécue par la nouvelle arrivante lorsqu'elle demande l'aide d'I1 dans l'interaction proposée.

*Interaction dans le poste infirmier entre Élisabeth et I1 ainsi qu'IC1 qui intervient*

**Élisabeth** dis tu crois que je te le dépieque? euh le NomPatient

**I1** comment?

**Élisabeth** tu crois que je le dépieque?

**I1** euh: |- ben: il faudrait oui

**IC1** maintenant ses plaquettes sont finies -| oui

*[IC1 sort du poste infirmier]*

**Élisabeth** ah oui quand ses plaquettes sont finies? bien sûr (rires)

**I1** on ne sait jamais hein (rires)

*(Enregistrement 80 – 7 juin 2016)*

Si la sollicitation de compagnonnage d'Élisabeth auprès d'I1 la place en situation de vulnérabilité parce qu'elle n'est pas sûre de son action, l'intervention d'IC1, elle, renforce la situation de vulnérabilité en faisant d'Élisabeth une tutorée et en mentionnant une information qu'elle devrait savoir. Nous pourrions voir par l'intervention d'IC1 un retour à une situation de transmission alors qu'elle était en mise en application semi-assistée. Nous remarquons que la nouvelle arrivante utilise l'humour pour atténuer la situation de vulnérabilité provoquée par l'intervention de l'infirmière-chef (« ah oui quand ses plaquettes sont finies? bien sûr (rires) ») et I1 adopte une posture d'adoucissement par sa réplique (« on ne sait jamais hein (rires) »). Le retour de l'accompagnement imposé d'IC1 est un moyen de ne plus reconnaître Élisabeth ou de la remettre en situation de vulnérabilité alors qu'elle agit de manière autonome et qu'elle a été reconnue. Une situation similaire est observée entre Élisabeth et IC1 qui la considère comme incompetente étant donné qu'elle a oublié qu'il n'y avait pas de place dans l'unité d'hospitalisation pour un transfert de patiente. Pourtant, cette information a fait l'objet d'un échange durant le rapport de transmission, auquel elles ont participé toutes les deux.

*Élisabeth est au téléphone avec une soignante des urgences et intervention d'IC1*

**Élisabeth** ben merci beaucoup vous la montez? là alors ça va

**IC1** qui+?

**Élisabeth** Madame NomPatiente

**IC1** non+ hein+ il n'y a pas de place

**Élisabeth** comment ça? ah c'est ah oui |- attendez j'ai un problème <IC1> non+: -| parce que la chambre elle n'est pas prête hein

**IC1** la dame elle doit encore avoir son sang

**Élisabeth** euh: attendez alors ce qu'on va faire c'est que quand: le patient va sortir je vous appelle quand vous pourrez la monter parce que là? il faut couler un sang et encore préparer la chambre

**IC1** et elle doit avoir |- du sang

*[Intervention de L1 dans l'interaction entre IC1 et Élisabeth qui est au téléphone avec une soignante des urgences]*

**L1** mais et -| non elle peut la patiente -| elle <Élisabeth> non -| peut monter des urgences on a préparé un troisième lit

**Élisabeth** ah attends c'est toi qui euh qui fais

**L1** à la onze? / pour la onze?  
**Élisa** non ce n'est pas pour la onze  
**L1** à la onze quand Madame NomPatient sera partie / elle peut monter?  
 parce qu'on a mis un troisième lit  
**Élisa** ah ah ben donc elle peut monter alors |- bon  
**IC1** ah -| ben écoute  
**Élisa** donc euh s/ c'est c'est bon? je dis ok? ou pas alors  
**IC1** oui |- alors oui  
**L1** il y a un troisième -| lit  
**Élisa** elle peut monter ça va  
**IC1** si c'est |- bon pour toi alors euh  
**L1** SurnomIA1 nous a dit -| qu'on pouvait prendre celui des chambres stériles  
 et de la mettre là c'est ce qu'on a fait  
**IC1** quoi dis?  
**L1** SurnomIA1 nous avait dit de prendre le lit des chambres stériles? |- parce  
 qu'en <Élisa> parce que -| fait ils ont sonné? ils ont dit qu'ils allaient avoir  
 énormément d'ambulances?  
**Élisa** oui c'est ça et c'est |- ça qu'ils disaient ils sont: bloqués  
 [...]  
**IC1** désolée PrénomÉlisa mais je n'avais pas l'info  
**Élisa** ben non mais je ne savais pas ben: moi non plus et je ne sais pas pourquoi  
j'ai dit ben oui montez je pensais que c'était  
**IC1** parce que: je n'ai pas eu l'info donc euh c'est pour ça que je t'ai arrêtée  
**Élisa** mais t'as bien fait? parce que sinon (rires) dans le cas où ça n'aurait pas  
été (rires) le: |- je je crois que j'aurais été mal  
**IC1** euh: voilà mais je n'avais -| j'ai je n'ai pas eu l'info donc euh voilà  
**Élisa** donc du coup je vais chez M/ euh le petit NomPatient? et euh: et alors  
 euh je je reste avec lui  
**IC1** mais tu peux: tu peux faire autre chose? mais tu lui dis bien que sans sans  
 sans lui mettre euh |- de:  
**Élisa** oui? -| sans le |- le oui bien sûr  
**IC1** sans sans le stresser mais -| dire ben voilà euh: celui-là ben je viendrai  
 euh tu tu vas voir euh cinq minutes après dix minutes après quoi |- tu lui <Élisa> ça  
 va -| dis bien que s'il y a: le moindre souci? ben://tu peux rester les premiers CC |- hein  
**Élisa** ouais -| ça va  
**IC1** parce que c'est c'est quand même euh  
 (Enregistrement 79 – 7 juin 2016)

L'aide logistique L1 vient adoucir la situation de vulnérabilité vécue par Élisa en affirmant que la patiente peut venir dans l'unité. Avant de donner la réponse au soignant qu'elle a au téléphone, Élisa sollicite IC1 en lui demandant une validation de sa part (« donc euh s/ c'est c'est bon? je dis ok? ou pas alors »). Cette réplique de la nouvelle arrivante est une forme de mise en application semi-assistée qu'elle utilise pour ne pas se retrouver à nouveau mise en situation de vulnérabilité par l'infirmière-chef. Par la suite, nous remarquons qu'IC1 s'excuse auprès d'Élisa et reconnaît qu'elle s'est emportée. La nouvelle arrivante, elle, tourne la situation en dérision (« mais t'as bien fait? parce que sinon (rires) dans le cas où ça n'aurait pas été (rires) le: |- je je crois que j'aurais été mal ») et passe vite à un autre sujet de conversation qu'elle introduit en demandant une validation à IC1 de ce qu'elle doit faire avec un patient qui a une

cure à risque (« donc du coup je vais chez M/ euh le petit NomPatient? et euh: et alors euh je je reste avec lui »). Cette mise en application semi-assistée sollicitée par Élisabeth a pour objectif de ne pas se retrouver prise en faute une nouvelle fois.

Les situations de mise en vulnérabilité d'Élisabeth par IC1 sont observées à plusieurs reprises durant l'enquête ethnographique. Si certaines compétences de la nouvelle arrivante sont reconnues, ce n'est pas le cas d'autres comme le respect de quelques codes propres à l'unité d'hospitalisation d'hématologie. En effet, il arrive à Élisabeth de ne pas en respecter certains et donc de commettre des erreurs qui la placent en vulnérabilité, comme l'illustre l'échange portant sur un comportement interactionnel inadéquat de la nouvelle arrivante.

*Staff matinal médical dans la salle de réunion médicale entre IC1, IC3 et MC1*

**MC1** voilà / oui et alors euh il y a eu un petit euh malentendu mais c'est vrai que mon mon terme prêtait à confusion pour Monsieur NomPatient j'avais mis déperforer la voie centrale et mettre un pansement occlusif

**IC1** et elles ont retiré la voie |- centrale

**MC1** et elles ont -| retiré la voie centrale / alors euh bon je dis ok le terme peut prêter à confusion mais le pansement occlusif euh / je veux dire / PrénomÉlisabeth oui on a été trois à comprendre de la même façon je dis mais

**IC1** mais te poser la |- question

**MC1** il faut -| alors à ce moment-là poser la question hein

**IC1** si vous vous êtes posé la question

**MC1** s'ils se sont posé la question alors on |- demande

**IC3** c'est qu'ils n'étaient -| pas sûrs

**IC1** qu'est-ce qu'on fait

**MC1** mais il faut dire que |- c'était vendredi c'était vendredi <IC1> ah oui mais il y a son port-à-cath -| dans le bazar oui c'est ça

**IC1** on a remis une |- périphérique ah oui d'accord

**MC1** oui+ on a remis une périphérique -| c'était vendredi dans le |- bazar euh <IC1> oui euh -| vendredi c'était vraiment un vrai bordel ici euh non c'est la vérité hein c'est la vérité et donc je dis mais quel est l'imbécile+ qui a été retiré la voie centrale (rires) alors

*(Enregistrement 596 – 2 mai 2017)*

C'est la seule erreur d'infirmière que nous entendons raconter par IC1 pendant le staff médical et Élisabeth est la seule infirmière citée comme étant fautive. Elle n'est pas reconnue dans sa compétence du code qui stipule que si une infirmière hésite, après avoir demandé aux autres infirmières, elle doit solliciter les médecins pour agir adéquatement.

Si Élisabeth « bénéficie » d'une surveillance de ses (inter)actions par l'infirmière-chef, nous constatons qu'IC1 impose fréquemment des situations de tutorat également aux infirmières expérimentées, sous la forme d'une transmission comme lors de la relève infirmière.

*Rapport de transmission infirmier dans la salle de réunion infirmière entre Élisabeth, IC1, I1, I3 et I4*

**IC1** et: après? il faudra mettre sa [dOkszoRybisin] alors la personne qui met sa [dOkso]? elle reste dans la chambre pendant le quart d'heure hein? donc c'est une [âtRasiklin]? je rappelle qui si jamais ça pète ça nécrose hein donc euh: euh pas faire

peur à la personne? mais il faut être dans les barrages et toutes les cinq minutes? allez le voir? être sûr euh voilà // PrénomI13 dit qu'il y a un superbon reflux? mais il faut quand même surveiller parce que: une [dOkso] qui pète? c'est une [ãtRasiklin] ça fait des dégâts

Élisa ok

(Enregistrement 78 – 7 juin 2016)

Si Élisabeth n'est pas la seule infirmière à vivre les accompagnements imposés par l'infirmière-chef, nous observons que de telles situations sont plus fréquentes entre ces deux interactantes qu'entre Jeanne et IC1. Nous remarquons également que lors des interactions de surveillance d'IC1, il n'est pas rare qu'Élisabeth revienne à un stade antérieur de situations d'accompagnement, à une transmission ou à une mise en application assistée alors que l'échange devrait prendre la forme d'une mise en application semi-assistée étant donné l'autonomie d'Élisabeth dans ses actes.

### 3.4. Progresser vers l'autonomie grâce à l'accompagnement

Grâce à l'analyse des interactions verbales, nous constatons que les formes d'accompagnement vécu par Jeanne et Élisabeth évoluent au cours de leur entrée dans le métier. Dès leur arrivée, l'infirmière-chef IC1 leur impose un tutorat pour leur transmettre les us et les coutumes de l'équipe infirmière d'hématologie. Au cours de ces interactions, les deux nouvelles arrivantes écoutent et déchiffrent les compétences dont elles auront besoin pour (inter)agir dans le milieu professionnel. Très vite après cet accompagnement sous la forme d'une transmission, Jeanne et Élisabeth mettent en application ce qu'elles ont appris et ce qu'elles connaissent du métier d'infirmière en étant assistées non plus par l'infirmière-chef, mais par les infirmières expérimentées. Des situations de compagnonnage se mettent en place très brièvement pour laisser la place à une mise en application semi-assistée. S'étant montrées compétentes et ayant été reconnues par les infirmières et l'infirmière-chef, Jeanne et Élisabeth agissent de manière autonome tout en n'hésitant pas à demander de l'aide ponctuellement soit aux infirmières expérimentées, soit à l'infirmière-chef. Nous remarquons qu'elles recourent plus volontiers au compagnonnage des infirmières qu'au tutorat d'IC1. Nous pensons que ce choix peut se comprendre non seulement par la relation solidaire qui se crée entre les membres du corps infirmier et les nouvelles arrivantes, mais aussi par une situation de vulnérabilité moins douloureuse en compagnonnage qu'en tutorat. Cependant, la reconnaissance et l'autonomie octroyées à Jeanne se distinguent de celles d'Élisabeth qui est encore placée, par intermittence, en situation d'accompagnement imposé par IC1 à la suite d'erreurs ou d'oublis de sa part.

Si la situation de vulnérabilité poussant Jeanne et Élisabeth à solliciter un accompagnement ou à se le voir imposer s'amenuise au fur et à mesure des interactions et des journées de travail, et si elles ont gagné en reconnaissance et en autonomie à l'issue des différents accompagnements, nous pouvons illustrer cette évolution par leur rôle d'accompagnatrice d'infirmière ou d'aide-soignante expérimentée ainsi que d'infirmières-stagiaires. En situation de compagnonnage sollicité par une infirmière, Jeanne et Élisabeth peuvent lui transmettre un code, ou lui expliquer un médicament, ou l'assister pour un soin, par exemple. En demandant un accompagnement à Jeanne ou Élisabeth, les infirmières expérimentées reconnaissent leurs compétences. Dans l'interaction proposée, nous constatons qu'I14 reconnaît les connaissances médicamenteuses d'Élisabeth.

*Interaction dans le poste infirmier entre Élisabeth et I14*

**I14** ça va comment? encore le pic euh  
**Élisabeth** [pikvalE]?  
**I14** ouais le [pik] ça c'est  
**Élisabeth** il doit le prendre deux heures après le [nEoRal]  
**I14** euh quand je mets sa pompe de [siklo] là  
**Élisabeth** c'est pas du [nEoRal] per os? qui l'a?  
**I14** je l'ai eu hier c'était:  
**Élisabeth** (xxx)? parce que: moi je l'ai eu après tu donnes le [nEoRal] si c'est per os et deux heures après |- l'administration?  
**I14** on est peut-être passé |- per os oui  
**Élisabeth** ouais donc après ouais deux heures après  
**I14** lui c'est deux |- heures <Élisabeth> ouais |- après ok  
*(Enregistrement 115 – 10 juin 2016)*

Une entraide est donc manifeste entre Jeanne ou Élisabeth et les infirmières expérimentées. Cette solidarité repose sur la reconnaissance des compétences des unes et des autres. Nous proposons un exemple de cette solidarité avec Jeanne. Cette dernière a travaillé toute la matinée dans l'unité d'hospitalisation. Lorsque l'après-midi débute, elle constate que le nombre d'infirmières pour faire les tâches de l'après-midi est insuffisant : il n'y a que l'infirmière I6. Jeanne décide donc de l'aider au maximum pour alléger son travail après son départ. La nouvelle arrivante prend les paramètres des patients ; elle leur donne les médicaments par intraveineuse ; elle administre les soins liés à un changement de prescriptions médicales, etc. L'infirmière I6 lui en est extrêmement reconnaissante et elle la laisse agir parce qu'elle sait qu'elle est compétente et autonome.

À ces situations explicites de reconnaissance des compétences de Jeanne et d'Élisabeth, nous pouvons ajouter leur rôle comme accompagnatrices des infirmières-stagiaires. Ce rôle, elles ne l'endossent pas dès leur arrivée, mais après quelques semaines au sein de l'équipe d'hématologie. Leurs comportements interactionnels en tant que tutrices d'infirmières-

stagiaires ne les distinguent pas des autres infirmières expérimentées puisque soit elles imposent un accompagnement sous la forme d'une transmission ou d'une mise en application assistée, soit elles répondent aux sollicitations des infirmières-stagiaires, comme le fait Élisabeth avec SI18 dans l'interaction proposée. La nouvelle arrivante explique à la stagiaire que lorsqu'elle entre en chambre pour prendre les paramètres des patients, elle doit également enlever les petites poches à perfusion (« babies »).

*Interaction dans le couloir entre Élisabeth et SI18*

**Élisabeth** euh il faut retirer les babies quand tu rentres dans sa chambre hein tu savais ça

**SI18** non

**Élisabeth** les babies de [maksipim] / il faut les retirer

**SI18** ok je vais le faire

**Élisabeth** tu prends des bouchons rouges?

**SI18** ils sont où?

**Élisabeth** au [kâbâk] ah où ici? ah oui pardon [370 secondes plus tard] t'as terminé? [passage inaudible] alors tu vas t'habiller pour rentrer dans sa chambre / rentre peut-être après alors et alors [passage inaudible] je vais chercher un truc au poste infirmier j'arrive j'arrive tu peux vérifier que tout est complet pour qu'on puisse rentrer ça va? / chez Madame au NuméroChambre hein

**SI18** comment?

**Élisabeth** c'est là au NuméroChambre

**SI18** ouais

**Élisabeth** donc c'est bon c'était très bien PrénomSI18 ça va?

**SI18** merci [120 secondes plus tard] euh juste pour vous demander: est-ce qu'on pourra faire une |- éval

**Élisabeth** ouais -| on fera ça tout à l'heure ça va?

**SI18** ça marche merci

(Enregistrement 295 – 12 octobre 2016)

Élisabeth rend autonome SI18 lorsqu'elle l'envoie dans la chambre enlever les petites perfusions, mais elle maintient une supervision sous la forme d'une mise en application (semi-)assistée en donnant des consignes, en vérifiant si les tâches ont été réalisées et en évaluant la prestation de l'infirmière-stagiaire.

Quant à Jeanne, elle adopte des comportements interactionnels proches d'Élisabeth durant les situations interactionnelles d'accompagnement des infirmières-stagiaires. Néanmoins, elle leur accorde moins d'autonomie et elle ne les considère pas comme des actrices autonomes ni complémentaires. Ainsi, elle ne leur confie pas les médicaments à donner en intraveineuse, par exemple. En outre, nous observons Jeanne à la place d'accompagnatrice des infirmières pendant une heure durant une matinée, le temps que la cheffe occasionnelle du jour soit présente. Une telle place octroyée par la cheffe institutionnelle, IC3, repose sur la reconnaissance des compétences de Jeanne en tant qu'infirmière. Élisabeth n'est pas observée dans une telle place.

En résumé, nous pourrions caractériser les situations d'accompagnement vécues par Jeanne comme favorisant son autonomie et sa reconnaissance progressive et donc comme provoquant de moins en moins de vulnérabilité puisque la supervision se relâche et puisque les accompagnements l'ont aidée à obtenir de la reconnaissance et à être évaluée comme apte à agir de manière autonome. Quant à Élisabeth, si elle est autonome et reconnue en partie, elle reste « surveillée » par IC1 à la suite des erreurs qu'elle a commises. Nous pourrions donc qualifier Jeanne d'actrice autonome alors qu'Élisabeth est une actrice non seulement autonome, mais aussi supervisée, c'est-à-dire une actrice complémentaire relativement supervisée. Malgré une reconnaissance de Jeanne et d'Élisabeth gagnée lors des situations d'accompagnement, nous remarquons qu'une situation de vulnérabilité peut à nouveau être vécue si elles commettent une erreur, ou si elles sont évaluées comme ayant un comportement inapproprié par rapport aux tâches à réaliser, ou encore si elles éprouvent des difficultés à effectuer leurs actes de soins. Nous n'observons pas Jeanne dans une telle situation lors de notre enquête ethnographique, contrairement à Élisabeth. Celle-ci sollicite souvent le compagnonnage d'I1 qui préfère lui proposer son aide afin que la période de travail se passe au mieux pour toute l'équipe et que la nouvelle arrivante la vive sans trop de vulnérabilité.

*Interaction dans la salle de réunion infirmière entre Élisabeth et I1*

**I1** bon ben on fait comme ça comme on a dit?  
**Élisabeth** je m'occupe |- de quoi  
**I1** Prénom Élisabeth -| comme d'hab hein tu m'appelles toutes les cinq minutes quand t'as besoin de quelque chose hein / comme hier  
*(Enregistrement 40 – 1<sup>er</sup> juin 2016)*

En outre, Élisabeth vit plus régulièrement des problèmes de manipulation dans la prescription médicale informatisée, dans la gestion d'un médicament ou d'une sortie d'un patient. Malgré l'autonomie et la reconnaissance obtenues, elle se retrouve donc à nouveau en situation de vulnérabilité par l'accompagnement d'un soignant expérimenté, comme I4 dans l'interaction proposée.

*Interaction dans le poste infirmier entre Élisabeth et I4 qui se rend compte qu'Élisabeth n'a pas vu qu'une cure s'était terminée et qu'elle la devance pour la suite du traitement*

**I4** je mets une poche de rinçage hein  
**Élisabeth** oui ça va ok  
**I4** celle-là elle va être mise  
**Élisabeth** et fais couler le: tu sais? avant le: tu vois parce qu'il y a une partie tu vois? qui n'était pas fermée? et que ça montait un petit peu  
**I4** oui  
**Élisabeth** là si tu pouvais ouvrir ça pour que ça coule tout bien?  
*(Enregistrement 80 – 7 juin 2016)*

La situation d'accompagnement imposée par I4, dans cette interaction, place Élisabeth en compagnonnage et en vulnérabilité. Mais cette dernière se montre compétente vis-à-vis d'I4 et

renverse la situation de compagnonnage pour en devenir elle-même l'accompagnatrice. L'affirmation d'I4 illustre la reconnaissance de la compétence d'Élisa dans la situation interactionnelle et elle met un terme à l'accompagnement.

### Synthèse : « Quand tu ne sais pas, tu demandes » (Lilti 2014)

Par l'analyse des situations interactionnelles d'accompagnement vécues par les six nouveaux arrivants étudiés, nous remarquons que certains échanges favorisent la reconnaissance alors que d'autres provoquent de la vulnérabilité. S'ils obtiennent de la reconnaissance de leur accompagnateur ou de leur accompagné durant une interaction, cela ne les empêche pas de se trouver dans un échange suivant en situation de vulnérabilité, avec le même interactant ou avec un autre. Malgré la réapparition possible de la vulnérabilité dans leur quête de reconnaissance, nous constatons que Serge, Caroline, Paul, Guillaume, Jeanne et Élisa progressent, chacun à leur rythme, vers l'autonomie et donc dans les formes d'accompagnement vécu. S'ils sont tous les six pris sous l'aile d'un soignant expérimenté qui leur transmet une partie de la culture hospitalière de l'unité d'hématologie dès leur entrée, ce tutorat imposé évolue rapidement vers une mise en application (semi-)assistée.

Après avoir présenté différentes situations d'accompagnement, sous la forme de tutorat et de compagnonnage, sollicité et imposé, de transmission et de mise en application (semi-assistée), nous proposons, dans cette section, de mettre en évidence les comportements interactionnels durant un accompagnement qui aident à obtenir de la reconnaissance ou qui amènent à la vulnérabilité. En effet, nous souhaitons répondre à notre deuxième sous-question de recherche : quelles formes d'accompagnement par les soignants expérimentés peuvent venir soutenir la reconnaissance des nouveaux arrivants ? Ces formes d'accompagnement peuvent être des situations interactionnelles ainsi que des comportements interactionnels de la part des nouveaux arrivants ou de leurs interlocuteurs. Pour clôturer cette section, nous tracerons les trajectoires professionnelles situées des six nouveaux arrivants en lien avec les situations interactionnelles de tutorat et de compagnonnage et la progression constatée de la transmission à la mise en application semi-assistée.

**Situations d'accompagnement favorisant la reconnaissance.** Nous présentons l'accompagnement comme la clé d'une certaine reconnaissance en deux temps. Nous mettons en évidence, d'une part, les situations d'accompagnement dans lesquelles les six nouveaux

arrivants sont le plus fréquemment reconnus et d'autre part, les comportements d'accompagnement qui favorisent la reconnaissance.

Occuper la place d'accompagnateur lors d'une interaction de tutorat ou de compagnonnage est une manière pour le nouvel arrivant d'être reconnu par l'interactant comme compétent et comme pouvant l'aider à dépasser l'obstacle qui se présente à lui. À l'inverse, la place d'accompagné qui sollicite semble *a priori* une posture de vulnérabilité dans l'interaction. Néanmoins, le nouvel arrivant peut se montrer compétent en formulant une demande ciblée, documentée ou précise, voire une confirmation à son accompagnateur. Nous ne rejetons pas la sollicitation d'un accompagnement dans la quête de reconnaissance. Cette dernière est également facilitée par la progression de l'accompagnement entre le nouvel arrivant et le soignant expérimenté. De fait, le passage de la transmission à la mise en application semi-assistée illustre non seulement l'octroi d'une autonomie au nouvel arrivant, mais aussi, et surtout, la reconnaissance de certaines compétences professionnelles linguistiques, relationnelles ou techniques. Une dernière situation d'accompagnement qui favorise la reconnaissance est l'évaluation positive de l'accompagnateur qui a imposé son aide au nouvel arrivant. L'évaluation de l'interlocuteur est la formulation explicite d'une reconnaissance des compétences du nouvel arrivant comme étant utilisées de manière adéquate dans l'(inter)action.

Afin d'être évalués positivement ou d'être reconnus comme compétents, les nouveaux arrivants étudiés adoptent des comportements interactionnels qui y contribuent. Nous en relevons trois au terme de notre analyse. Le premier comportement est l'engagement des nouveaux arrivants à l'égard des autres soignants : ils se montrent volontaires pour réaliser des tâches, ils prennent des initiatives tout en en référant à leurs accompagnateurs et ils acceptent d'effectuer, du moins pour certains, des actes pour la première fois tout en étant accompagnés ou en sollicitant ponctuellement de l'aide. Proposer une tâche inédite à un nouvel arrivant est une manière pour l'expérimenté de reconnaître ses compétences. Le deuxième comportement consiste à se montrer solidaire en partageant ses compétences lors d'une mise en application semi-assistée et en proposant son aide aux autres professionnels. De fait, le travail en collaboration est une marque de reconnaissance (Rémary et Filliettaz 2017 : 27-28). Le troisième et dernier comportement est le fait de se montrer autonome dans la réalisation des tâches tout en acceptant une supervision imposée ou tout en sollicitant un accompagnement s'il s'avère nécessaire. Cette attitude interactionnelle permet à l'accompagnateur de concilier à la fois la production et la formation durant sa journée de travail. Cet équilibre est d'ailleurs facilité

par une reconnaissance mutuelle du nouvel arrivant comme un acteur complémentaire, c'est-à-dire qu'il est relativement autonome et relativement supervisé.

**Situations d'accompagnement provoquant la vulnérabilité.** Nous adoptons la même configuration en deux temps que pour la reconnaissance, à savoir les situations d'accompagnement les plus fréquentes et les comportements d'accompagnement qui provoquent de la vulnérabilité.

Que ce soit sous la forme d'un compagnonnage ou d'un tutorat, l'imposition d'un accompagnement par un soignant expérimenté peut entraîner une situation interactionnelle de vulnérabilité pour le nouvel arrivant parce qu'il a commis une erreur. Cette dernière est rendue explicite par l'accompagnateur ce qui place le nouvel arrivant en vulnérabilité. De fait, les compétences qu'il a utilisées ne sont pas reconnues comme adéquates dans le contexte interactionnel. Afin d'aider le nouvel arrivant dans une tâche future, le tuteur ou le compagnon corrige son erreur en lui transmettant le code ou en lui montrant le geste adéquat. Cette liste n'est pas exhaustive, mais elle nous permet de regrouper différentes erreurs produites par les six nouveaux arrivants choisis et de mettre en évidence que l'autonomie accordée ou la mise en application semi-assistée sera abandonnée par l'accompagnateur pour un retour à la transmission ou à la mise en application assistée. Outre cet accompagnement imposé à la suite d'une erreur, nous constatons qu'une sollicitation fréquente de la part d'un nouvel arrivant à l'égard d'un accompagnateur a comme conséquence que le second ne reconnaît pas le premier comme compétent dans l'(inter)action.

En plus de ces situations d'accompagnement provoquant de la vulnérabilité, nous avons remarqué que certains comportements (inter)actionnels des nouveaux arrivants l'entraînent également. Nous en citerons trois qui sont observés chez plusieurs d'entre eux. Premièrement, la supervision excessive ou omniprésente de la part d'un accompagnateur n'est pas toujours bien reçue par l'accompagné. Elle ne lui permet pas d'être autonome et elle ne lui donne pas l'occasion de se montrer compétent. Deuxièmement, le travail solitaire ne favorise pas la reconnaissance. Ce comportement repose sur le fait que lorsqu'un nouvel arrivant ne comprend pas une situation, un code, un acte technique, il est invité non pas à chercher seul comment il peut dépasser le problème, mais à solliciter ses collègues ou les soignants expérimentés pour qu'ils lui expliquent les différentes issues possibles. Ce comportement d'accompagnement fait écho à la réplique « Quand tu ne sais pas, tu demandes » empruntée au film *Hippocrate* de Lili

(2014). Nous considérons de plus que le travail en solitaire ne contribue pas aux dynamiques de compagnonnage fréquentes entre les membres du collectif soignant. Et troisièmement, la non-confiance en soi d'un nouvel arrivant, explicitée lors de certaines interactions, le positionne d'emblée en situation de vulnérabilité par rapport à l'interlocuteur qui impose, dans certains cas, un accompagnement pour y remédier et qui, dans d'autres, réalise les tâches professionnelles à la place du nouvel arrivant.

**Six trajectoires professionnelles situées en accompagnement.** Nous observons que les six nouveaux arrivants étudiés vivent chacun des situations d'accompagnement et ils évoluent distinctement même s'ils passent de la transmission à la mise en application semi-assistée. Caroline, Guillaume et Élisabeth se retrouvent plus fréquemment en situation de vulnérabilité que les trois autres durant les interactions de mise en application semi-assistée. Un tel constat repose sur les erreurs qu'ils commettent régulièrement et qui provoquent une imposition d'accompagnement de la part d'un soignant expérimenté. Nous observons que Guillaume et Élisabeth ont parfois du mal à accepter la supervision réalisée par les infirmières-chefes parce qu'ils sont mis en situation de vulnérabilité alors qu'ils se sentent compétents pour réaliser la tâche. En outre, Serge, Paul, Guillaume, Élisabeth et Jeanne sont reconnus en partie pour leurs compétences ce qui les amène à être autonomes tout en sollicitant occasionnellement un accompagnement, et à occuper la place d'accompagnateurs lors d'interactions de compagnonnage et de tutorat. Même s'ils sont reconnus, cela ne les empêche pas de vivre ponctuellement des situations de vulnérabilité à cause d'un acte considéré comme une erreur dans le contexte (inter)actionnel de l'unité d'hospitalisation d'hématologie.

## Chapitre 9 – Six trajectoires entre vulnérabilité et reconnaissances

Ce dernier chapitre a pour objet de comprendre les six passages de la vulnérabilité à la reconnaissance ainsi que la place obtenue et construite par Serge, Caroline, Paul, Guillaume, Jeanne et Élisabeth, au cours de leurs interactions avec les soignants expérimentés, dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Pratiquement, nous tracerons les trajectoires des six nouveaux arrivants étudiés en tentant de comprendre comment ils sont passés de l'expérience de la vulnérabilité à une forme de reconnaissance au sein du collectif.

### Introduction

Nous portons notre attention sur un point de vue social dans ce dernier chapitre en précisant la trajectoire professionnelle située des six nouveaux arrivants étudiés. La description de chaque trajectoire repose sur les différents épisodes interactionnels qu'ils ont vécus à la suite de rencontres avec les soignants expérimentés. D'échange en échange, ils avancent vers une forme de reconnaissance pour se créer une place au sein du collectif. Nous prenons donc de la hauteur par rapport aux épisodes interactionnels décrits dans les septième et huitième chapitres et nous nous centrons sur le contexte global de la trajectoire : l'entrée comme membre dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Le changement de place du nouvel arrivant au sein du collectif prend la forme d'un passage de la vulnérabilité à la reconnaissance, du sentiment d'étranger à celui de membre à part entière, ou pas. De fait, le nouvel arrivant met en œuvre des compétences professionnelles interactionnelles pour être reconnu et pour se construire une place ; en retour, il reçoit de la reconnaissance et une place en « récompense » de la part des expérimentés.

Ce dernier chapitre est l'occasion de revenir sur le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance et de l'ancrer dans la dynamique d'une place qui est créée par le nouvel arrivant parmi les membres du collectif professionnel qui lui font une place. Contrairement à ce que nous pourrions penser et à ce que laisse penser l'appellation *trajectoire*, cette dernière n'est nécessairement pas linéaire, mais elle se compose de multiples épisodes interactionnels. Elle se caractérise d'épisodes de continuité vers la reconnaissance et d'épisodes de discontinuité qui perturbent la quête de reconnaissance (Beckers et De Lièvre 2010 : 15). La linéarité de la trajectoire est donc à relativiser même si le séquençage temporel en donne l'impression.

Dans ce chapitre, nous nous efforcerons de répondre à notre troisième et dernière sous-question de recherche : comment les nouveaux arrivants, au fil des interactions et des

différentes places interactionnelles qu'ils y occupent par rapport à leurs interlocuteurs, qui sont des soignants expérimentés, font-ils évoluer leur positionnement de façon à favoriser leur reconnaissance et leur insertion ? Pour ce faire, nous verrons d'abord comment ils vivent la vulnérabilité lors de leur trajectoire. Ensuite, nous nous consacrerons à l'issue de la quête des six nouveaux arrivants étudiés afin de comprendre quel type de reconnaissance ils ont obtenu au terme de notre enquête ethnographique et quelle place ils se sont créée dans le collectif. Et enfin, nous proposons une réflexion sur l'entrée dans le métier comme une transition professionnelle, rarement linéaire, pour le nouvel arrivant qui vit une succession d'épreuves interactionnelles qui favorisent sa reconnaissance ou qui provoquent de la vulnérabilité.

### 1. La vulnérabilité dans les six quêtes de reconnaissance

Caroline, Serge, Paul, Guillaume, Jeanne et Élisabeth sont six nouveaux arrivants dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Comme explicité lors de la première partie, cette entrée est vécue comme une expérience de la souffrance, et plus particulièrement comme une situation de vulnérabilité. Par la « rencontre » du milieu professionnel et de sa culture hospitalière ainsi que par la rencontre des soignants expérimentés qui sont membres de l'équipe d'hématologie, les six nouveaux arrivants sont blessés, plus ou moins fortement, en fonction de leur bagage socioprofessionnel, de leur statut et de leurs préconceptions envers le milieu de travail.

Nous posons comme point de départ une relation asymétrique entre les six nouveaux arrivants et les membres de l'unité d'hospitalisation amenant les premiers à vivre la vulnérabilité dès leur entrée dans le milieu hospitalier, ainsi que durant leurs interactions avec les seconds. En effet, durant une interaction, le nouvel arrivant déconstruit ses *a priori*, remodèle ses compétences et tente de sortir de la vulnérabilité. Pour y arriver, il se met en quête de reconnaissance pour se faire une place dans le collectif professionnel ; cette reconnaissance n'est possible que parce qu'il se reconstruit en lien avec l'autre et parce qu'il est aidé par l'autre. Si l'expérimenté est un facilitateur de reconnaissance et un adjuvant dans la sortie de la vulnérabilité, il peut, à l'inverse, être une sorte d'opposant dans la quête de reconnaissance et d'une place.

Si les interactions avec les membres expérimentés peuvent aider le nouvel arrivant à entrer dans le métier, elles peuvent également être l'occasion d'un retour à la vulnérabilité ou du maintien de cette situation. Nous nous proposons d'illustrer, à l'aide des trajectoires de Caroline, Guillaume et Élisabeth, que la quête d'une reconnaissance peut mener à un maintien ou à un retour à une situation de vulnérabilité. Quant à Serge, Paul et Jeanne, ils ne sont pas exempts

d'épisodes interactionnels provoquant une blessure linguistique. Ils sont reconnus et ont une place au sein du collectif, mais il est possible qu'ils vivent épisodiquement, c'est-à-dire lors de certaines interactions, une situation de vulnérabilité. Cette dernière réapparaît parce que l'échange auquel ils participent ne leur permet pas d'avancer vers la reconnaissance, ni même d'atteindre cette phase de la trajectoire, mais il les repositionne dans une phase antérieure à celle dans laquelle ils se trouvent, soit en mise en application assistée soit en familiarisation. Cette situation peut s'expliquer par une diversité de facteurs, mais nous postulons qu'elle est due à leur difficulté d'agir adéquatement en employant leurs compétences interactionnelles ou à une erreur commise. Nous observons donc une bifurcation par un retour en arrière selon la conception linéaire de la trajectoire proposée dans le sixième chapitre. Le caractère dynamique de la trajectoire peut également se marquer d'une interaction à l'autre. Imaginons qu'un nouvel arrivant est en phase de mise en application assistée avec l'expérimenté X dans l'épisode interactionnel 3, il peut être en familiarisation lors de l'épisode 4 parce que la situation (inter)actionnelle lui échappe du point de vue relationnel, linguistique ou technique.

La présente section a comme objet la vulnérabilité comme élément constitutif du passage fait d'imprévus et de bifurcations. Nous scinderons les binômes de nouveaux arrivants pour expliciter d'abord pourquoi trois d'entre eux ratent leur quête de reconnaissance et ensuite pourquoi les trois autres sont reconnus. Et enfin, nous reviendrons sur le concept de vulnérabilité.

### *1.1. Trois trajectoires « vulnérables »*

La présence de la vulnérabilité dans les situations interactionnelles dans le monde professionnel n'est pas perçue comme une « fatalité » dans notre recherche, mais comme révélatrice que la personne n'est pas à sa place ou qu'elle n'a pas trouvé sa place. Qu'une interaction ou un événement comme l'entrée dans le métier fasse vivre une situation de vulnérabilité à un nouvel arrivant est un indice qui révèle que la personne n'est pas, pas encore ou pas tout à fait, à sa place dans l'interaction ou dans le collectif. Les causes d'une telle situation sont multiples, mais nous n'en pointons que trois : une relation compliquée avec autrui, le non-respect de la culture hospitalière et l'inadéquation des actions et des compétences utilisées par rapport au contexte professionnel ou interactionnel. Ces trois facteurs provoquent potentiellement une blessure linguistique chez le nouvel arrivant qui se retrouve incapacitant dans son pouvoir dire durant l'interaction. En outre, dans le collectif, cette blessure peut avoir un impact sur sa participation et sur la place qu'il souhaite y construire.

Si la vulnérabilité est vécue par Élisabeth, Guillaume et Caroline dès leur entrée dans le métier, nous observons que leur trajectoire, au terme de l'enquête ethnographique, se solde par un échec de leur quête de reconnaissance. Ils sont et restent donc tous les trois en situation de vulnérabilité. Pour comprendre cette issue de leur trajectoire, nous souhaitons faire état des indices linguistiques qui ont provoqué la vulnérabilité. Ces indices illustrent un usage inadéquat des compétences interactionnelles des nouveaux arrivants par rapport aux contextes local et global.

Le seul indice interactionnel que nous pouvons mettre en évidence chez les trois nouveaux arrivants qui ont échoué dans leur aspiration à la reconnaissance est la mention répétée et fréquente de leurs **erreurs** par les membres du collectif. En tant qu'objet de l'échange, l'erreur amène à une situation d'accompagnement qui vulnérabilise Caroline, Guillaume et Élisabeth. En effet, ils se voient tous les trois réexpliquer un code, une procédure ou une routine interactionnelle de l'équipe. Une telle situation interactionnelle fragilise les trois nouveaux arrivants et elle les blesse non seulement linguistiquement, mais aussi socialement pour trouver une place. En outre, dans la dynamique trajectorielle, nous remarquons que ces erreurs sont fréquemment mentionnées durant la phase de mise en application (semi-)assistée des nouveaux arrivants. À la suite de l'erreur, ils font un bond en arrière dans leur trajectoire et ils se retrouvent à nouveau en transmission, une étape précédente qui les éloigne de la reconnaissance.

Nous relevons quatre autres indices interactionnels dans la trajectoire de Caroline, Guillaume et Élisabeth qui provoquent de la vulnérabilité : le **silence**, l'**absence d'initiative**, la **mauvaise compréhension** et la **non-confiance en soi**<sup>131</sup>. Néanmoins, les comportements interactionnels de ces trois nouveaux arrivants sont hétérogènes. De tels résultats peuvent se comprendre à la lumière du contexte interactionnel et de la relation entre le nouvel arrivant et les membres du collectif professionnel ainsi que du parcours singulier de chaque nouvel arrivant pour entrer dans le métier. Malgré ces résultats, nous tenons à mentionner ces indices de la vulnérabilité afin de comprendre leur trajectoire.

Nous observons que Caroline et Guillaume sont **silencieux** la plupart du temps lors des interactions. Ce caractère taiseux est un obstacle pour leur reconnaissance notamment parce

---

<sup>131</sup> La non-confiance en soi peut être considérée comme une cause des comportements sociolinguistiques que sont le silence, l'absence d'engagement et la mauvaise compréhension.

qu'ils ne contribuent que très peu à la circulation des informations et à la résolution des problèmes rencontrés. *A contrario*, Élisabeth est très prolixe ; nous dirions même trop prolixe. Son comportement linguistique d'en dire trop (notamment sur sa vie personnelle) ne l'aide pas dans sa quête de reconnaissance et il est même jugé comme une attitude trop familière et inappropriée par certains membres du collectif, comme I19.

*Interaction dans la salle de réunion infirmière entre Élisabeth, I10 et I19*

**I19**           quoi?

**Élisabeth**    ben j'avais envoyé un message à PrénomM1 pour l'inviter au souper enfin pour faire court et puis il me dit c'est toute l'unité NuméroUnité ben non c'est que toi et moi voyons / mais euh j'ai mis |- humour français et

**I10**           et elle renvoie humour -| français

**Élisabeth**    et lui il met dommage humour belge

**I19**           (rires)

**Élisabeth**    [sujet personnel]

**I19**           pourquoi tu nous racontes? tout

(Enregistrement 109 – 9 juin 2016)

Le silence peut être mis en relation avec le **peu d'initiatives** (inter)actionnelles prises par Caroline et Guillaume par rapport aux tâches à réaliser. Leur participation est souvent conditionnée par une consigne de la part de l'expérimenté. Cette situation interactionnelle peut se comprendre à l'aide de leur statut de novice. Néanmoins, nous observons que Serge et Paul, eux, se montrent proactifs et volontaires : ils sollicitent des tâches à réaliser et ils proposent leur aide même s'ils sont des novices. Élisabeth adopte le même comportement que Serge et Paul, mais à l'excès, selon nous. Elle se montre trop disponible ce qui provoque un déséquilibre entre sa vie privée et sa vie professionnelle, déséquilibre occasionnant une situation de vulnérabilité.

*Interaction dans la salle de réunion infirmière entre Élisabeth, I1, I3 et I4*

**Élisabeth**    (souffle) ma nounou était ravie hein cinq changements de planning en: en trois semaines de temps? |- je peux te dire que

**I1**           écoute euh tu la paies -| assez cher hein

**Élisabeth**    ah oui mais: elle m'a quand même pris oui mais elle m'a quand même pris la tête hein |- elle m'a <I1> ouais? -| dit je te jure écoute euh ça ne va pas? cinq changements de planning? euh la veille pour le lendemain moi je dis elle me dit vous n'êtes pas obligée d'accepter à chaque fois qu'on vous appelle pour euh alors euh je dis ben

**I3**           ouais mais hier tu voulais? quand même |- tu voulais <Élisabeth> ouais -| repasser |- euh parce que sinon moi moi je le faisais? ton soir hein

**I4**           pour les repassages de de soir matin? euh c'est la -| veille que tu le sais hein

**Élisabeth**    comment?

**I4**           le repassage de soir au matin c'est le soir que tu le sais hein

**Élisabeth**    ah oui oui

(Enregistrement 78 – 7 juin 2016)

La **mauvaise compréhension** de certains codes est un indice de la vulnérabilité également partagé par Caroline et Guillaume. Ils ne comprennent pas pourquoi un code X doit

être utilisé pour passer à l'action Y et ils n'arrivent pas à le mettre en œuvre malgré une explication préalable de la part d'un expérimenté. Cette mauvaise compréhension persistante leur fait vivre des situations de vulnérabilité occasionnées par un retour à la phase de mise en application assistée sous la forme de situations interactionnelles d'accompagnement imposé. Néanmoins, le comportement interactionnel de Guillaume pourrait être analysé d'une autre manière : au lieu de veiller à la continuité des règles du collectif lors de ses prises de parole et de ses gestes, il peut choisir de rompre avec les habitudes qu'il juge non opérantes, par exemple, et en adopter d'autres. Le risque d'un tel usage de ses compétences est l'incompréhension de ses propos ou de ses actes par les membres du collectif, l'amenant à une vulnérabilité puisqu'il n'est pas reconnu dans sa maîtrise des règles du milieu professionnel. Quant à Élisabeth, elle n'est pas observée en situations similaires de mauvaise compréhension des codes. Lorsqu'ils lui sont incertains, elle sollicite une autre infirmière pour obtenir une explication. Ce comportement est également adopté par les infirmières-membres. Pourtant, nous remarquons qu'une telle sollicitation de compagnonnage peut se transformer en un tutorat imposé par l'infirmière-chef IC1 qui estime par son intervention qu'Élisabeth devrait connaître et savoir appliquer le code. Par conséquent, malgré l'autonomie dont dispose la nouvelle arrivante dans ses actes, elle est mise en suspens, ou enlevée, à cause d'une mise en application assistée imposée par IC1.

Un dernier indice interactionnel qui est à l'origine de l'échec de la reconnaissance est **l'absence de confiance en soi**, rendue explicite par Élisabeth et Caroline. La première se met elle-même en situation de vulnérabilité parce qu'elle n'a pas confiance en sa compétence professionnelle technique lui permettant de faire une prise de sang. Or, cet acte est l'un des plus représentatifs et des plus courants dans le métier d'infirmière. Après avoir accepté de réaliser une prise de sang à I5, elle décide de ne pas la faire et de déléguer cet acte technique à I10 par manque de confiance en elle.

*Interaction dans la salle de réunion infirmière entre Élisabeth et I10*

**I10** non? mais ça ne me dérange pas attends

**Élisabeth** c'est gentil merci merci merci

*Interaction dans le poste infirmier entre Élisabeth et I5*

**Élisabeth** dis SurnomI5 ça ne te dérange pas (rires) si c'est PrénomI10 qui te pique  
|- non mais <I5> non non -| ce n'est pas ça (rires) c'est que j'ai je je pique mais j'ai  
peur de te faire mal |- des fois tu vois <I5> ben pff -| et je sais qu'elle elle pique bien

**I5** ok

**Élisabeth** (rires) / je préfère laisser faire une bonne |- piqueuse

**I5** ok -|

*(Enregistrement 288 – 11 octobre 2016)*

Cette absence de confiance en elle pour piquer et prélever du sang, qui est un acte quotidien d'une infirmière en hématologie, elle la manifeste également lorsqu'elle doit faire cet acte chez

un patient et elle est encore présente même après cinq mois de travail dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie.

*Interaction dans le couloir devant le poste infirmier entre Élisabeth et I10*

**Élisabeth** ah j'espère que je vais arriver à le piquer au NuméroChambre

**I10** mais oui

**Élisabeth** ok

*(Enregistrement 288 – 11 octobre 2016)*

Sa non-compétence de piqueuse n'est néanmoins pas mise en évidence par les autres infirmières qui, elles, de ce que nous observons durant l'enquête ethnographique, ont confiance en sa compétence pour réaliser des prélèvements veineux.

Quant à Caroline, elle n'a pas confiance en elle lorsqu'elle doit réaliser un acte infirmier de préparation de médicaments. Elle sollicite très fréquemment l'accompagnement par tutorat pour s'assurer que le geste de puiser un médicament dans une poche à perfusion est bien réalisé.

*Interaction dans le poste infirmier entre Caroline et I9*

**Caroline** donc ça je remets ça // ça tu l'as mis où

**I9** je mets tout ce qui est le soir sur ce ça se met là / la seule différence entre les planches c'est que là c'est du douze au dix-neuf? là c'est du vingt au vingt-six et tu as un rappel de: (xx) / au niveau des chambres / |- donc onze <Caroline> le onze -| c'est là au-dessus ça va?

**Caroline** je le mets comme ça? ou je |- les mets dans: oui?

**I9** oui oui tu le tapes là -| euh

**Caroline** comme ça

**I9** ouais là il faut le mettre dans un rétroforme mais pff / (xxx)

**Caroline** il faudrait que je note mince je l'ai mis où

**I9** donc sur la perf tu notes la date et l'heure et

**Caroline** |- ouais

**I9** tu les remets -| dans le bac du patient ça va? [160 secondes plus tard] ça va? ti+

**Caroline** qu'est-ce que je suis énervée en vrai allez

**I9** ça ne sert à rien de t'énervier / parce que de toute manière tu ne trouves pas alors un petit truc si jamais du côté-là / c'est toujours de ce côté-là

**Caroline** oui

**I9** alors il suffit juste de ne pas s'énervier

**Caroline** d'accord

*(Enregistrement 94 – 8 juin 2016)*

Sa non-confiance en elle est d'ailleurs illustrée par son énervement mis en mots par Caroline.

Guillaume, lui, se montre confiant. Nous pourrions même considérer qu'il est trop confiant parce qu'il réalise des actes sans, nécessairement, respecter les règles de l'unité d'hospitalisation. Son comportement lors de la réalisation d'une ponction lombaire comme un « cowboy », selon l'infirmière I5, en est la preuve (Enregistrement 558 – 20 avril 2017).

Si ces cinq indices interactionnels que sont les erreurs mentionnées, la non-confiance en soi, le silence, la mauvaise compréhension et le « non-engagement » provoquent de la vulnérabilité lors des interactions verbales, nous pouvons observer que le comportement inverse, comme une grande confiance en soi ou la proximité, peut également entraîner de la vulnérabilité. Par conséquent, le comportement interactionnel des nouveaux arrivants est évalué en adéquation ou non avec le contexte et la relation entre ces derniers et leurs interlocuteurs.

En outre, du point de vue interactionnel, nous observons que la vulnérabilité peut surgir dès l'entrée de l'échange, mais qu'elle la clôture fréquemment pour les trois nouveaux arrivants précédemment évoqués. Une telle issue contribue à l'échec de la reconnaissance dans l'échange. Cet échec repose sur le fait que, dans leurs interactions avec les expérimentés, les nouveaux arrivants se montrent moins compétents, qu'ils n'utilisent pas leurs compétences interactionnelles de manière appropriée et qu'ils commettent fréquemment des erreurs, voire les mêmes erreurs. Du point de vue communautaire, nous faisons le même constat, c'est-à-dire que plusieurs interlocuteurs ne reconnaissent pas socialement les trois nouveaux arrivants. Cette non-reconnaissance trouve son origine dans les relations compliquées, marquées parfois par une inimitié, entre un nouvel arrivant et un membre du collectif. De telles situations sociales ne favorisent pas la reconnaissance du premier par le second et elles provoquent une situation de vulnérabilité qui se manifeste par une blessure chez le nouvel arrivant.

La trajectoire d'Élisa, contrairement à celle de Caroline et de Guillaume, se caractérise par une bifurcation de la quête de reconnaissance. Si une reconnaissance mutuelle s'installe au fur et à mesure des interactions entre cette nouvelle arrivante et les infirmières, les aides-soignantes, les aides logistiques, les kinésithérapeutes, les médecins et les assistantes en médecine ainsi que les infirmières-stagiaires, cette trajectoire qui semblait linéaire au premier regard bifurque à cause de la relation asymétrique distante et compliquée entre Élisabeth et l'infirmière-chef IC1. L'entrée dans le métier de la première se solde donc par un échec de la reconnaissance causé, entre autres, par le refus de reconnaissance de IC1, qui est sa supérieure.

### *1.2. Des retours en arrière de vulnérabilité possibles chez les reconnus*

À l'inverse de Caroline, Guillaume et Élisabeth, Serge, Paul et Jeanne réussissent leur quête de reconnaissance en étant reconnus pleinement par les membres du collectif et en s'y trouvant une place dépendant de leur statut. Cependant, nous remarquons que même s'ils sont reconnus dans la communauté et même si la majorité de leurs compétences interactionnelles sont reconnues dans l'échange, ils vivent occasionnellement des situations de vulnérabilité. Elles

sont d'ailleurs provoquées par des usages inadéquats de leurs compétences interactionnelles, usages qui se marquent par les cinq mêmes indices interactionnels qui contribuent à l'échec de la reconnaissance chez Caroline, Guillaume et Élisabeth : les erreurs, le silence, la mauvaise compréhension, la non-confiance en soi et le peu d'initiatives. Dans cette section, nous tenterons de comprendre pourquoi Serge, Paul et Jeanne vivent des situations de vulnérabilité alors que leur trajectoire les a amenés à se construire une place et à être reconnus, en nous aidant des trois phases que sont la familiarisation, la mise en application assistée et la reconnaissance.

La mention d'erreurs par les membres du collectif est présente dans les interactions auxquelles participent Serge, Paul et Jeanne. Néanmoins, les soignants de l'équipe leur en font état moins fréquemment que pour Caroline, Guillaume et Élisabeth. Au fur et à mesure des échanges, leurs erreurs s'estompent ; ils vivent donc moins de retours en arrière, qui prennent la forme de mise en application assistée, dans leur autonomie (phase de reconnaissance). Cette progression vers la disparition des erreurs repose sur le fait que Serge, Paul et Jeanne se montrent compétents. Nous prenons un exemple pour chacun d'entre eux. Serge rejette des erreurs qui lui sont attribuées et qui ne sont pas les siennes, comme le signalement de la présence en chambre. Il se montre compétent et nous pouvons en déduire qu'il a dépassé le stade de la familiarisation concernant le code des sonnettes.

*Interaction dans le couloir entre Serge et Élisabeth*

**Élisabeth** tu dois enlever ta présence PrénomSerge

**Serge** ah oui oui oui il y a les aides-soignantes qui | - font sa toilette

**Élisabeth** ah d'accord -| ça va

*(Enregistrement 431 – 7 février 2017)*

Paul tourne les erreurs à la rigolade et cette manière de faire est bien accueillie non seulement par les médecins, mais aussi par les infirmières. Jeanne sollicite ces dernières, mais elle n'est pas prise en faute durant notre enquête de terrain. Si Serge et Paul vivent à l'entrée de quelques interactions des situations de vulnérabilité dues à leurs erreurs, nous observons que la vulnérabilité est amoindrie ou disparaît au terme de l'échange grâce à leurs compétences interactionnelles et à l'autonomie qu'ils ont obtenue. Les erreurs commises par un nouvel arrivant et mentionnées à l'entrée d'un échange verbal peuvent donc soit renforcer la vulnérabilité vécue, comme c'est le cas pour Caroline, Guillaume et Élisabeth, soit être une occasion de se montrer compétent, comme c'est le cas de Serge, Paul et Jeanne. Ces deux options sont liées au contexte de l'interaction, à la relation qui lie les interlocuteurs et aux compétences utilisées.

Un constat similaire peut être fait pour les quatre autres indices interactionnels : le silence, la mauvaise compréhension, la prise d’initiatives et la confiance en soi. Nous ne prenons qu’un exemple : le silence. Serge et Paul rompent le silence des premiers contacts, correspondant à la familiarisation, pour participer aux interactions. Nous remarquons d’ailleurs que Paul recourt très fréquemment aux régulateurs, plus fréquemment que Serge. Mais leurs usages respectifs des régulateurs, et non du silence, sont bien accueillis par les membres du collectif qui ne les évaluent pas comme inappropriés interactionnellement. La rupture du silence n’entraîne pas pour autant une prolixité de leur part, contrairement à Élisabeth. Quant à Jeanne, nous observons qu’elle est moins prolixe au départ, comme les autres nouveaux arrivants, et qu’elle ne sera pas aussi prolixe que Serge et Paul. Elle a un caractère plus taiseux, mais elle participe aux interactions verbales comme la plupart des infirmières de l’unité.

Comment pouvons-nous expliquer la présence de situations de vulnérabilité alors que la trajectoire professionnelle située de Serge, Paul et Jeanne se solde par une reconnaissance et par une place ? Nous justifions les situations de vulnérabilité comme des épisodes interactionnels de retour en arrière durant leur quête de reconnaissance qui caractérise l’entrée dans le métier. Dans le sixième chapitre, la trajectoire professionnelle située est présentée comme non linéaire et comme ayant trois phases constitutives pouvant être vécues linéairement ou non. Les péripéties interactionnelles de vulnérabilité sont en quelque sorte une régression momentanée du parcours vers la reconnaissance et ce retour à une phase antérieure n’est pas un obstacle à la reconnaissance. Cette idée trouve son origine dans la dynamique incapacitante et capacitante d’une personne en situation de vulnérabilité. Certes, elle est blessée dans une partie de ses compétences, mais elle reste capable de mobiliser d’autres compétences pour minimiser ou faire disparaître la vulnérabilité de l’interaction. Nous remarquons d’ailleurs que Serge et Paul ont tendance à tourner à leur avantage un échange qui commence par un rappel à l’ordre ou par la mention d’une erreur en se montrant compétents aux yeux de leur interlocuteur, comme l’illustre l’interaction entre Paul et IC1.

*Interaction dans le bureau médical entre Paul et IC1*

**IC1** bio NomPatient ECG thora/ euh ECG euh:  
**Paul** échocœur  
**IC1** échocœur |- EFR <Paul> ponction? -|  
**Paul** je vais le faire |- oui  
**IC1** tout ça par informatique -| et la bio  
**Paul** ouais  
**IC1** comme ça je peux l’envoyer tu as vu Monsieur NomPatient?

**Paul** j'ai vu Monsieur NomPatient |- pas de problème <IC1> super ok -|  
Monsieur NomPatient peut sortir

**IC1** Monsieur NomPatient |- pourra sortir ok <Paul> c'est bon ça (rires) -| et  
toutes les voies centrales

**Paul** elles sont |- toutes demandées (rires) non c'est fait

**IC1** bon ok

(Enregistrement 170 – 22 juillet 2016)

Si une tension entre capacité et incapacité du dire est présente chez les six nouveaux arrivants étudiés qui souhaitent entrer dans le collectif soignant, nous remarquons que l'incapacité est moins immobilisante chez Serge, Paul et Jeanne que chez Caroline, Guillaume et Élisabeth. Une telle distinction repose sur la reconnaissance obtenue des membres de l'équipe et sur les relations qu'ils ont créées au fur et à mesure des interactions. En outre, nous observons que les situations de vulnérabilité surgissent la plupart du temps à l'entrée en interaction ou en cours, et elles la clôturent rarement, contrairement aux trois nouveaux arrivants qui ratent leur quête de reconnaissance. La prise de parole d'un expérimenté à l'entrée ou au cours de l'échange peut blesser le nouvel arrivant et le « projeter » dans une situation de vulnérabilité qu'il s'efforce de minimiser ou de faire disparaître en se montrant compétent et en espérant être reconnu à la fin de l'interaction. Cette attitude est adoptée par Serge, Paul et Jeanne. Élisabeth, elle, y recourt également lors de ses interactions avec les infirmières et les aides-soignantes. Quand elle interagit avec IC1, elle n'arrive pas à se faire reconnaître comme compétente par la cheffe et elle reste donc en situation de vulnérabilité au terme de l'échange.

Serge, Paul et Jeanne sont reconnus et ont trouvé une place dans l'équipe hématologique ; leur trajectoire les distingue donc des trois autres nouveaux arrivants. Cependant, à tout moment ils peuvent se retrouver dans une situation interactionnelle de vulnérabilité qui les fera régresser dans leur reconnaissance, voire qui leur fera renégocier la place qu'ils ont gagnée. De fait,

*[p]enser que l'on va pouvoir trouver sa place et y rester accroché une fois pour toutes, sans jamais en bouger, est un fantasme, dont la vie se chargera tôt ou tard de nous débarrasser ! La « place juste » s'apparenterait plutôt à une trajectoire vers un idéal, parfois accessible, mais également sujet à des remaniements constants (Allais et Goutman 2012 : 39).*

La trajectoire qu'ils tracent se caractérise donc par des avancées vers la reconnaissance ainsi que par des retours en arrière qui sont des retours à la vulnérabilité. Les trois nouveaux arrivants qui réussissent leur quête de reconnaissance se montrent compétents aux yeux des membres de l'équipe soignante, même si leurs compétences reposent sur un fonds de vulnérabilité, dû à leur statut (Zielinski 2011 : 97). Le « fonds de vulnérabilité » met en évidence la tension entre

l'incapacité et la capacité vécue par le nouvel arrivant. Par cette notion, nous considérons que tout nouvel arrivant même s'il est en marche vers la reconnaissance peut à tout moment, lors d'une (inter)action, se retrouver en situation de vulnérabilité. Un tel basculement de la reconnaissance du nouvel arrivant à une vulnérabilité repose sur le contexte interactionnel et surtout sur l'évaluation de ses compétences par l'expérimenté. Cette conception du passage de la vulnérabilité à la reconnaissance repose sur les caractères dynamique et imprévisible de la trajectoire professionnelle située. Ainsi, à la fin de chaque interaction, lors de laquelle peut s'effectuer un passage de la vulnérabilité à la reconnaissance, la trajectoire d'un nouvel arrivant peut avoir pris une bifurcation inattendue sans pour autant avoir « perdu » de vue l'objectif final (de Saint-Georges 2008 : 176). En effet, il est possible de choisir un autre chemin pour atteindre la fin souhaitée.

Nous pourrions aller un peu plus loin dans notre réflexion et proposer que toute interaction entre un membre du collectif professionnel et un nouvel arrivant se caractérise par un fonds de vulnérabilité. Cette proposition repose non seulement sur notre conception de la trajectoire qui admet des épisodes imprévisibles, rétrospectifs et prospectifs (de Saint-Georges 2008 : 175-176), mais aussi sur la tension entre capacité et incapacité vécue par un acteur en vulnérabilité comme le nouvel arrivant lors de son entrée dans le métier. La transition d'un milieu à un autre est un changement qui peut occasionner une blessure, être vécu comme troublant, blessant, ou être encourageant (Wenger 2005 : 101). Souvenons-nous que le nouvel arrivant n'est pas dépossédé de toutes ses compétences et qu'il peut se montrer capacitant dans une situation de transition marquée par la vulnérabilité. C'est le cas de Serge, Paul et Jeanne.

### *1.3. Le caractère dynamique de la vulnérabilité*

Les six nouveaux arrivants se mettent en quête de reconnaissance en interagissant avec les membres de l'équipe d'hématologie afin de sortir de la situation de vulnérabilité provoquée par leur entrée dans le métier. Cette étape, nous l'étudions comme l'expérience d'une blessure qui peut être pansée à l'aide de la reconnaissance des compétences interactionnelles, notamment linguistiques, relationnelles et techniques, de chacun d'entre eux et par les situations d'accompagnement qui les aident à les acquérir. Par l'étude des trajectoires de Caroline, Serge, Guillaume, Paul, Élisabeth et Jeanne, nous pouvons considérer que la vulnérabilité est un concept dynamique. Elle est un processus reposant sur une incapacité linguistique et interactionnelle qui n'est pas totale, mais partielle et dépendante du contexte de l'échange et de la reconnaissance qui se construit entre les interlocuteurs. Notre analyse des interactions verbales

entre les nouveaux arrivants et les membres expérimentés de l'équipe hématologique nous a permis de mettre en évidence que la vulnérabilité peut être dépassée à l'aide de la reconnaissance, mais elle peut également surgir à tout moment que ce soit lors d'une rencontre entre deux personnes ou entre un nouvel arrivant et un collectif professionnel. L'analyse menée nous permet de poser l'existence d'un fonds de vulnérabilité présent potentiellement dans toute interaction entre deux professionnels qu'ils soient expérimentés tous les deux ou nouveaux arrivants ou encore un expérimenté et un nouvel arrivant.

Dès lors, la trajectoire professionnelle située n'est pas un « long fleuve tranquille », mais elle est une sorte de saga constituée d'épisodes contribuant à la quête de reconnaissance, mais aussi d'épisodes de vulnérabilité. Au cours de chaque interaction qui est un épisode, nous postulons que des négociations ont lieu entre les interlocuteurs afin de définir leurs places l'un par rapport à l'autre, de se reconnaître mutuellement en veillant à la préservation des faces de chacun. Penser que lorsqu'une reconnaissance est partagée et que lorsqu'une place est établie dans une interaction, elle reste toujours la même dans d'autres, est un leurre (Allais et Goutman 2012 : 39). Ni la reconnaissance ni la place ne sont acquises une fois pour toutes que l'interactant ait ou non une place dans le collectif (Faïta 2010 : 86 ; Moïse, Meunier et Romain 2015 : 32). De fait, la place et la reconnaissance octroyées peuvent être remises en jeu lors d'une prochaine interaction (Boltanski et Thévenot 1991 : 164-165). Cette remise en cause de la reconnaissance et de la place peut trouver son origine dans une « défaillance », un problème matériel, relationnel ou discursif qui se présente lors d'un échange (Boltanski 1991 : 170). La personne se retrouve donc « dépossédée » de la reconnaissance et de la place octroyée précédemment et vit une situation de vulnérabilité.

Le surgissement de la vulnérabilité comme l'octroi de la reconnaissance sont dépendants du contexte interactionnel, de la relation entre les interactants (leur degré de connaissance mutuelle, leur contrat de communication et leur rapport de places interactionnelles), ainsi que des compétences qu'ils utilisent et la manière avec laquelle ils le font. Pour que la reconnaissance soit possible, selon nous, ces trois paramètres doivent être congruents ; si ce n'est pas le cas, l'interaction devient une situation de vulnérabilité qui est l'indice qu'un ou plusieurs de ces paramètres ne fonctionnent pas ou plus globalement que l'un des interactants n'est pas à sa place dans le collectif.

Nous proposons quelques interactions verbales impliquant Paul pour illustrer le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance comme une trajectoire composée d'épisodes vers la reconnaissance et de retours en vulnérabilité.

*Interaction dans le couloir entre Paul et MC1*

**Paul** euh on m'a sonné parce que euh enfin c'est PrénomI9 qui m'a sonné parce que Monsieur NomPatient a eu fort mal au ventre tout d'un coup apparemment il |- en a <MC1> et c'est |- parlé tout à l'heure

**MC1** non il avait mal moi en fosse iliaque gauche / il a des douleurs abdominales? |- particulièrement <Paul> ouais |- en fosse iliaque gauche moi quand je l'ai vu

**Paul** ouais

**MC1** donc ça a changé quoi

**Paul** ben euh mal au ventre maintenant c'était |- peut-être sa sa fosse iliaque gauche oui

**MC1** oui c'est ça mais tu |- tu comprends ce que je veux dire? |- moi ça <Paul> oui oui |- n'était pas l'estomac c'était la crête iliaque

**Paul** ah mais mais PrénomI9 n'a pas souligné/ précis/ enfin euh elle n'a |- pas précisé

**MC1** je vais je |- vais aller voir

(Enregistrement 56 – 2 juin 2016)

*Interaction entre le couloir et le sas d'entrée d'une chambre entre Paul, MC1 et SM1*

**MC1** on va mettre une petite protection en dessous du lit

**Paul** ah euh: où est-ce |- que ça se trouve

**MC1** pour autant que |- l'on en ait?

**Paul** ouais |- ici

**MC1** tu l'as? |- super

[470 secondes plus tard]

*Interaction dans le couloir entre Paul, I12 et MC1*

**Paul** peut-être euh peut-être une diurèse par quatre+ heures c'est ce qu'il est mis? non hein pour Monsieur NomPatient pas de diurèse par quatre heures hein

**I12** parce que dans les ordres médicaux c'est ça

**MC1** diurèse par quatre heures pour qui?

**Paul** Monsieur NomPatient

**MC1** Monsieur NomPatient?

**Paul** c'est une grande (xx)

**MC1** par VINGT-quatre heures

**Paul** vingt-quatre ben je v/ je vais le changer |- essayer <I12> merci |- d'y penser

(Enregistrement 58 – 2 juin 2016)

Si nous observons Paul en situation de vulnérabilité lors de son interaction avec MC1 concernant la localisation de la douleur de la patiente (à savoir le ventre pour Paul, la fosse iliaque pour MC1), la médecin-chef l'évalue positivement («super») dans une interaction suivante parce qu'il est capable de trouver le matériel dont ils ont besoin pour faire l'acte technique, matériel dont elle ne connaît pas elle-même le lieu de rangement. Mais quelques interactions plus tard, Paul revit une situation de vulnérabilité avec MC1 lorsqu'il se trompe de prescription pour le débit urinaire d'un patient. Il est corrigé par la médecin-chef. Ces trois épisodes nous permettent d'illustrer notre conception dynamique de la trajectoire et de la vulnérabilité. Nous tenons à souligner que rien n'empêche que l'interaction entre ces deux interactants, qui suit la situation de vulnérabilité provoquée par une erreur de Paul, contribue à la quête de reconnaissance ; elle peut potentiellement provoquer à nouveau de la vulnérabilité.

Les situations de vulnérabilité peuvent trouver une issue au moyen des interactions qui sont un facteur les favorisant. En effet, au cours de ces dernières, se développe également la quête de reconnaissance d'autrui. Nous souhaitons préciser que le sentiment de vulnérabilité, s'il disparaît, ce n'est que momentanément étant donné l'existence d'un fonds de vulnérabilité. Il pourrait revenir et être ressenti de nouveau par l'un des interactants. Autrement dit,

*[r]ien n'est jamais acquis et tout incident de vie peut, malgré tout, fragiliser l'estime de soi ; un acte de violence, une séparation, un licenciement, une discrimination, une insulte peuvent alors malmener le sujet et chacun, en fonction de son histoire et de sa personnalité, est plus ou moins vulnérable ou protégé face à des atteintes à l'intimité (par exemple une insulte qui porte sur le corps, sur les êtres aimés), aux rapports sociaux (par exemple une insulte qui porte sur la place professionnelle) ou à l'identité collective (par exemple une insulte qui porte sur le parti, la religion, les valeurs culturelles). [...] Mais, quoi qu'il en soit, le sujet cherche, pour se protéger des blessures et des attaques possibles de la vie et des souffrances engendrées, à s'adapter aux diverses situations qu'il traverse, selon une estime de soi plus ou moins protectrice (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 55).*

## 2. Des reconnaissances particulières et contrastées

Nous proposons, dans cette section, un éclairage plus large que celui d'une interaction verbale entre un nouvel arrivant et un soignant expérimenté. Certes, un échange verbal est le lieu d'une négociation de places entre les interactants et d'une certaine reconnaissance. Nous souhaitons néanmoins tracer la trajectoire des six nouveaux arrivants d'un point de vue plus global, c'est-à-dire dans le collectif soignant de l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Pour y arriver, nous recourons aux différents épisodes interactionnels vécus et nous nous efforçons de mettre en correspondance ces événements singuliers pour établir la reconnaissance, le type de relation avec les expérimentés et la place de chacun des six nouveaux arrivants étudiés.

Au fur et à mesure des interactions verbales avec les soignants expérimentés, le nouvel arrivant passe par différentes places interactionnelles, transitoires, avant d'obtenir une place « de maintien » dans le collectif, une place institutionnelle. Par conséquent, les différentes places interactionnelles occupées successivement lui permettent *in fine* de trouver sa place institutionnelle au sein du collectif (Jacques-Jouvenot et Schepens 2009 : 342-343). En fonction des places interactionnelles et de la reconnaissance obtenues durant ses échanges verbaux, sa trajectoire peut prendre différentes formes. Cette dernière est également conditionnée, selon Wenger, par la participation et nous le rejoignons sur ce point puisque c'est par l'usage de ses compétences interactionnelles que le nouvel arrivant tente d'être reconnu. Nous reprenons les idées de Wenger pour présenter quatre scénarios trajectoriels possibles mêlant les concepts de reconnaissance, de participation et de place (2005 : 188). Premièrement, si un individu participe

complètement grâce à une reconnaissance pleine, il sera un membre à part entière du collectif. Deuxièmement, s'il ne participe pas à cause d'une absence de reconnaissance, il est considéré comme extérieur au collectif. Troisièmement, s'il participe à certaines (inter)actions et si quelques compétences sont reconnues, il occupe une place périphérique au collectif ; il n'en est ni un membre à part entière ni un « étranger ». Et quatrièmement, il participe, mais ses actions ne sont pas reconnues ; la reconnaissance de ses compétences lui est refusée et il se retrouve en marge du collectif.

À l'aide des trois notions que sont la reconnaissance, la participation et la place auxquelles nous ajoutons les relations interactionnelles, nous présentons l'issue de la quête de reconnaissance des six nouveaux arrivants dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie en binôme parce que c'est de manière contrastive que nous avons pu établir leurs reconnaissance, place et participation. Nous tenons à souligner que leur trajectoire repose non seulement sur leur statut ainsi que sur la période durant laquelle nous les avons observés<sup>132</sup>.

### 2.1. *Avoir ou ne pas avoir de place : Serge et Caroline*

**Serge est reconnu pleinement** à la fin de son stage par les membres du collectif, et plus particulièrement par les infirmières et aides-soignantes. Cette sorte de reconnaissance peut être non seulement mise en évidence par les propos des soignants expérimentés au sujet de Serge, mais aussi mise en lien avec l'autonomie attribuée à cet infirmier-stagiaire durant ses tâches.

*Interaction dans le couloir devant le poste infirmier entre IA1, I14 et I28*

|            |                                                           |
|------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>IA1</b> | ça n'est pas gai quand ils partent hein moi je n'aime pas |
| <b>I14</b> | moi non plus / surtout PrénomSerge                        |
| <b>IA1</b> | ouais c'est le plus sympa il est vraiment: euh            |
| <b>I14</b> | ouais                                                     |
| <b>I28</b> | ouais                                                     |

*(Enregistrement 463 – 9 février 2017)*

Concernant l'autonomie, nous observons une évolution de son accompagnement qui aboutit à une mise en application semi-assistée. En effet, il réalise des tâches seul et il prend des initiatives lorsqu'il réalise une tâche non demandée, mais il n'hésite pas à solliciter un soignant

---

<sup>132</sup> Serge et Caroline sont deux infirmiers-stagiaires observés pendant dix jours lors de leur stage dans le collectif. Dix jours, c'est le temps que Serge a passé dans l'unité ; Caroline, elle, est restée trois semaines, mais nous l'avons observée dix jours au milieu de son stage. Paul et Guillaume sont des assistants en médecine qui travaillent pendant six mois dans l'unité, respectivement d'avril à octobre 2016 et d'avril à octobre 2017. L'un et l'autre ont été observés durant les trois à quatre premiers mois de leur assistantat. Quant à Élisabeth et Jeanne, elles sont observées durant une fourchette temporelle distincte. Si nous observons Élisabeth de mai 2016 à mai 2017, Jeanne est observée d'avril à juillet 2017. Cette distinction temporelle n'est pas un frein pour notre compréhension de leurs trajectoires respectives. En effet, Jeanne obtient rapidement la reconnaissance des membres du collectif, tous statuts confondus, ce qui n'est pas le cas d'Élisabeth qui a une trajectoire fluctuante.

expérimenté lorsqu'il n'est pas sûr de lui. Même s'il est autonome, notamment dans la distribution des médicaments aux patients, une infirmière veille toujours à le superviser en évaluant ses actes ou en lui donnant des consignes.

Les relations asymétriques et distantes des premiers échanges prennent petit à petit la forme de relations **asymétriques solidaires** parce que Serge est considéré comme presque autonome et comme deux mains supplémentaires qui agissent adéquatement. Cette évaluation positive repose sur les compétences interactionnelles de l'infirmier-stagiaire qui s'adresse en respectant les habitudes du collectif, qui décode l'importance de faire circuler l'information entre les soignants, qui n'ose pas blaguer, mais qui est réceptif à l'humour des expérimentés. En outre, au fur et à mesure des situations d'accompagnement, nous l'observons comme compétent par ses actes (de parole) ou comme ayant acquis de nouvelles compétences.

Serge est engagé et volontaire dans sa trajectoire professionnelle située. La reconnaissance pleine qu'il partage avec les soignants de l'équipe ne lui permet pas pour autant d'être un membre à part entière de l'équipe, c'est-à-dire d'obtenir une place dans le collectif. Néanmoins, il occupe une **place périphérique**. Cette périphéricité se caractérise à la fois par une relation solidaire et par une distinction de Serge par rapport aux membres du collectif. Cette distinction repose notamment sur son statut : il est un novice encore en formation et non un futur soignant de l'équipe, et ce, même si IA1 lui demande implicitement où il souhaiterait travailler en tant qu'infirmier. La place périphérique est rendue possible par une participation complète de Serge dans ses tâches d'infirmier-stagiaire et par une non-participation à des tâches réservées aux infirmières, comme l'administration de cures. Ce scénario de participation illustre donc une place périphérique de Serge par rapport aux membres du collectif soignant. En effet, il accède progressivement à de plus en plus de tâches, il maîtrise de plus en plus de règles et il se rapproche de la place de membre à part entière au sein du collectif (Filliettaz 2008a : 54), mais elle ne lui sera pas attribuée parce que son statut de novice présent pour un temps limité ne le lui permet pas.

Au terme du stage de **Caroline** dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie, nous observons que sa quête de reconnaissance aboutit à une **absence de reconnaissance**. Cette dernière repose sur le fait que l'infirmière-stagiaire se retrouve régulièrement en « impuissance à dire » et à faire (Ricoeur 2004 : 393) lorsqu'elle est en interaction avec les autres, marquée par des silences répétés et par une circulation des informations réduite ou manquante. À côté d'un

pouvoir dire en difficulté, l'absence de reconnaissance trouve également son origine dans les situations d'accompagnement imposé à cause de ses multiples erreurs, dans son manque de connaissances en soins infirmiers et dans le non-respect de règles (inter)actionnelles propres à l'équipe infirmière, telles que l'usage des termes d'adresse et le recours à l'humour. L'absence de reconnaissance des compétences professionnelles interactionnelles de Caroline est amplifiée par sa non-confiance en elle qui la « pousse » à solliciter très régulièrement l'aide et l'évaluation d'une infirmière-membre de l'équipe soignante.

Tout au long des interactions entre Caroline et les professionnels, nous n'observons pas d'évolution du **rapport de places asymétrique et distant**. De plus, la distance relationnelle ainsi que l'asymétrie semblent renforcées lors de la mention de ses erreurs par un expérimenté ou de sa prise en charge imposée. Néanmoins, nous observons une exception : les interactions entre Caroline et I14. La relation qu'elle coconstruit avec cette infirmière<sup>133</sup> est solidaire et cela se marque par son engagement envers elle ainsi que par les termes d'adresse solidaires. Cette exception dans la trajectoire professionnelle située de l'infirmière-stagiaire ne vient cependant pas pour autant basculer le résultat « final » de son stage en ce qui concerne la quête de reconnaissance.

L'absence de reconnaissance des compétences de Caroline par la plupart des membres expérimentés amène à une distinction entre elle et eux. Nous pourrions même aller plus loin et considérer Caroline comme n'ayant pas de place au sein du collectif. D'ailleurs, lorsque les infirmières et aides-soignantes parlent d'elle, elles ne la prénomment pas, mais elles l'appellent « l'étudiante » ou elles utilisent la combinaison *Prénom + titre de fonction*.

*Rapport de transmission dans la salle de réunion infirmière entre I4, I11, I12 et I14*

**I14** ou alors à moins qu'elle l'ait fait en prenant ses paramètres euh  
PrénomCaroline/ PrénomCaroline l'étudiante mais euh: / au matin en fait je n'arrivais  
pas à prendre mes paramètres tellement c'était le bordel je me dis (rires) au secours  
comment est-ce que je vais faire?

*(Enregistrement 125 – 10 juin 2016)*

Cette situation de **sans-place** peut sembler paradoxale par rapport à sa participation aux tâches de l'unité d'hospitalisation. Cette participation n'est pas le résultat d'un engagement « franc » ou « volontaire », si nous faisons exception de la relation avec I14, de la part de Caroline. Elle est à lier à la masse de travail devant être réalisée et aux bénéfices — même restreints, non reconnus et supervisés — que peut apporter Caroline pour soulager les infirmières et les

---

<sup>133</sup> Nous posons comme possible explication de cette relation solidaire exceptionnelle le fait qu'I14, comme Caroline, se sent un peu en marge du collectif infirmier. Cette situation trouve son origine dans l'absence professionnelle pendant une année d'I14.

aides-soignantes qui travaillent à flux tendu. Nous pourrions donc considérer sa participation comme restreinte ce qui amène à une non-attribution de place au sein du collectif (Wenger 2005 : 188).

## 2.2. Avoir une place périphérique ou marginale : Paul et Guillaume

Comme Serge, **Paul** est **reconnu pleinement** par les membres de l'équipe soignante, qu'ils soient médecins, infirmières, aides-soignantes ou kinésithérapeutes à la fin de quatre mois d'assistantat. La reconnaissance pleine<sup>134</sup> peut être illustrée par les propos tenus par les soignants expérimentés, par la forme nominale d'adresse de MC1 « *le bon docteur NomPaul* » et par l'autonomie qui lui est attribuée.

*Interaction dans le poste infirmier entre Paul, Élisabeth, IA1, I10 et I17 ; Paul vient saluer les infirmières alors qu'il n'est plus assistant depuis trois jours dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie*

**IA1** un revenant -| tiens / ça va toi?  
**Paul** oh ben il va bien ben écoute là c'est le début hein  
**Élisabeth** hein hein  
**Paul** oh c'est toujours un peu la nostalgie: de changer?:  
**IA1** oh ouais  
**Paul** de perdre ses petites habitudes et |- euh voilà  
**IA1** ça c'est -| chi:ant  
**Paul** mais bon ça va c'est  
**Élisabeth** elles sont gentilles les infirmières?  
**Paul** ouais  
**I17** oh plus gentilles |- que nous?  
**IA1** t'es où? -| t'es au NomUnité? toi  
**Paul** elles sont: ben |- plus gentilles <IA1> (rires) -| c'est quand même difficile hein  
**IA1** (rires)  
**Commentaires** (rires) général  
 [...]
 **IA1** non? mais on se réorganisera euh encore un petit verre un de ces jours hein?  
**Paul** euh: attends on n'avait pas parlé de: quand ça devait être la semaine prochaine?  
**Élisabeth** ouais  
**Paul** je reste dispo  
**Élisabeth** mmh  
**IA1** (rires)  
 (Enregistrement 257 – 5 octobre 2016)

<sup>134</sup> La reconnaissance pleine est également mise en évidence par une proposition d'As1 faite à Paul lors d'une interaction : « ne choisirais-tu pas l'hématologie comme spécialisation de médecine interne ? ». Cette proposition repose sur l'évaluation positive des compétences de Paul durant ses (inter)actions avec elle et avec les membres de l'équipe.

Concernant l'autonomie, nous observons une évolution de son accompagnement qui commence par une multitude de mini-cours de la part de la médecin-chef MC1 et qui aboutit à une autonomie. En effet, il est le seul médecin, le 26 juillet 2016, pour tenir l'unité d'hospitalisation. Si Paul reconnaît lui-même qu'il n'est pas très proactif à ses débuts, pas très autonome parce qu'il ne connaît pas la médecine interne propre à l'hématologie, il mettra tout en œuvre pour déchiffrer les codes et les procédures ainsi que pour faire reconnaître ses compétences anciennes et nouvelles et pour être autonome.

*Interaction dans la salle de réunion infirmière entre Élisabeth et I17*

**Élisabeth** non PrénomI1 il dit euh tu sais parce que: je ne sais plus a/ a/ il y avait moi: PrénomMC1 NomMC1 PrénomAs1 et PrénomPaul et puis (rires) euh PrénomI1 dit ah ouais ben elle est efficace PrénomAs1 puis il y a: PrénomMC1 NomMC1 qui dit ouais elle est efficace etcétera euh puis il y a alors du coup PrénomPaul qui se sentait un peu il dit oui pas comme moi quoi PrénomI1 dit oui ça on l'avait constaté hein PrénomI1 (rires)

**I17** oui ben PrénomAs1 elle est |- est: <Élisabeth> quoi? -| PrénomAs1 elle est efficace mais bon elle connaît l'hémato hein

**Élisabeth** ouais ouais rohlalala / après j'essayais d'atténuer la chose tu vois je disais oui mais c'est parce que PrénomI1 il est jaloux au niveau du physique euh (rires)

**I17** il aime bien PrénomAs1 |- qu'il dit

**Élisabeth** PrénomMC1 -| NomMC1 (rires) elle n'en pouvait plus (rires) je te jure (rires)

*(Enregistrement 69 – 3 juin 2016)*

Même s'il évolue en autonomie, il n'hésite pas à solliciter un soignant expérimenté, MC1 ou une infirmière, lorsqu'il n'est pas sûr de lui. La reconnaissance pleine de Paul est également renforcée par sa place d'accompagnateur de médecins-stagiaires alors qu'il n'est pas lui-même un membre du collectif. Le fait d'être le tuteur de personnes plus novices que lui est rendu possible parce que les médecins le considèrent comme compétent pour transmettre ses connaissances et savoir-faire aux médecins-stagiaires. C'est donc une forme de reconnaissance implicite qui vient alimenter sa reconnaissance pleine.

Les relations asymétriques et distantes des premiers échanges avec les expérimentés prennent petit à petit une double forme de relations **asymétriques et solidaires** avec les médecins ainsi que **complémentaires et solidaires** avec les autres soignants de l'équipe et avec les jeunes médecins-experts, M1 et M4. Si une relation asymétrique, hiérarchique, se maintient entre Paul et certains médecins, une solidarité s'installe avec d'autres médecins et elle se marque interactionnellement non seulement par des discussions dont la conclusion est un mélange des avis de Paul et de son interlocuteur-médecin, mais aussi par son engagement dans son travail et par son recours à l'humour. La solidarité est également favorisée par le décodage des habitudes et règles du collectif qu'il applique, autant que faire se peut. L'accompagnement entre Paul et un médecin-stagiaire prend également, après quelques interactions, la forme

d'une relation asymétrique et solidaire. Quant aux relations complémentaires, elles se caractérisent par une solidarité qui se marque de la même manière dans les interactions. Le caractère complémentaire de la relation est absent de l'axe vertical proposé par Kerbrat-Orecchioni (1992 : 35-36). Nous l'y ajoutons parce que la relation qui unit les assistantes de l'unité d'hospitalisation d'hématologie aux infirmières, aides-soignantes, aides logistiques, kinésithérapeutes, etc., à savoir l'ensemble des soignants experts non-médecins n'est pas asymétrique. Hiérarchiquement, les experts non-médecins n'appartiennent pas à la même pyramide professionnelle que les assistantes. Néanmoins, les uns et les autres sont amenés à travailler ensemble pour le bien des patients. Nous considérons donc que leur relation est complémentaire distante à l'arrivée de Paul et solidaire après quelques mois. Il arrive même que la relation complémentaire solidaire qui se crée soit plus « intime » comme l'illustrent les termes affectueux occasionnels et l'humour entre Paul et l'infirmière I9.

Paul est reconnu, engagé et volontaire dans sa trajectoire professionnelle située. La reconnaissance pleine qu'il partage avec les soignants de l'équipe et la solidarité qui caractérise leurs échanges ne lui permettent pas pour autant d'être un membre à part entière de l'équipe, c'est-à-dire d'obtenir une place dans le collectif. Néanmoins, comme Serge, il occupe une **place périphérique**. La périphéricité de la place de Paul fait référence à son statut : il est à la fois novice en formation, ce qui le distingue des médecins-membres du collectif, et à la fois accompagnateur reconnu par les médecins-stagiaires comme le sont également les médecins-membres<sup>135</sup>. Par ce statut intermédiaire de novice-expert, un assistant, comme Paul, peut être reconnu, mais ce n'est pas pour autant qu'il a une place dans le collectif. Sa place est à l'intérieur et à l'extérieur. De fait, il participe complètement aux tâches d'assistant en médecine, mais il ne participe pas aux tâches réservées aux médecins-experts, comme la validation d'un traitement par cure ou d'un acte technique tel qu'une ponction lombaire. Même s'il progresse et même s'il est reconnu comme compétent, une place en tant que membre à part entière au sein du collectif ne lui sera pas attribuée à cause de son statut de novice présent uniquement pour six mois dans l'unité d'hospitalisation.

**Guillaume**, lui, se voit **refuser la reconnaissance** que la médecin-chef lui avait attribuée dès son arrivée sur la base de son statut. En effet, Guillaume est un assistant en

---

<sup>135</sup> Nous pouvons également ajouter le fait que comme toutes les autres assistantes observées, Paul est considéré comme un médecin, et non comme un novice, par les patients.

médecine interne de dernière année, c'est-à-dire qu'il est spécialisé en hématologie et qu'à la fin de ce stage de six mois, il devient médecin-expert. Étant donné ces informations, MC1 le désigne comme détenteur de compétences professionnelles en ce qui concerne l'hématologie et les actes techniques d'un médecin-interniste. Elle les valorise, d'ailleurs, auprès des infirmières dès les premiers jours de Guillaume dans l'unité d'hospitalisation.

*Interaction dans la salle de réunion infirmière entre MC1, I6, I7, I15 et I17*

**MC1** oui mais l'autre c'est chose qui va le faire c'est euh: PrénomGuillaume  
PrénomGuillaume sait bien faire les PL

**I6** ça va ok donc c'est |- lui qui fait

**I17** PrénomGuillaume ça me plait bien

**I15** on ne le on ne -| le connaît pas encore

**I6** non

**MC1** mais vous allez: / nous avons deux assistants nouveaux  
PrénomGuillaume NomGuillaume [...] cinquième année [...]

**I6** et alors le deuxième?

**MC1** PrénomAs6

**I6** ah t'as quand même une fille

**MC1** NomAs6

**I6** ah NomAs6 en plus

**MC1** voilà

**I6** voilà

**MC1** ça va? comme ça euh

**I6** d'accord

**MC1** mais je vais montrer à PrénomAs6 comment on fait une PL chez  
Monsieur / NomPatient et PrénomGuillaume fera tout seul la PL chez / je ne sais plus  
qui / chez Monsieur? |- NomPatient voilà

*(Enregistrement 522 – 6 avril 2017)*

Mais au fur et à mesure des interactions, nous observons que cette reconnaissance préalable des compétences de Guillaume sera refusée, parce qu'il ne respecte pas les procédures, parce qu'il ne recourt pas aux habitudes de circulation des informations, parce qu'il met du temps avant d'utiliser le terme d'adresse adéquat ou l'humour. Nous observons donc une non-reconnaissance de Guillaume non seulement par les infirmières et aides-soignantes, mais aussi par les médecins au fil des interactions. Cette non-reconnaissance se marque, entre autres, par des rappels à l'ordre fréquents, des accompagnements imposés comme la présence de M3 lors de la matinée où Guillaume est normalement seul pour gérer l'unité d'hospitalisation du point de vue médical, et par une contradiction entre l'usage de ses compétences professionnelles et les procédures de l'unité d'hospitalisation. Nous pensons notamment au fait qu'il ne respecte pas la procédure de ponction lombaire propre au collectif, à savoir que le médecin ou l'assistant en médecine réalise l'acte technique avec une infirmière au minimum et une kinésithérapeute si l'état du patient le nécessite.

*Rapport de transmission infirmier dans la salle de réunion infirmière entre Jeanne, I3, I5, I6 et I28*

- I5** c'est c'est -| PrénomGuillaume?  
**I6** oui  
**I5** dis -| c'est un peu <I6> normalement -| cowboy lui hein  
**I6** oui? ah je ne sais pas je n'ai pas encore eu le temps  
**I5** ben moi quand je suis arrivée pour faire la ponction chez Madame: / je suis tombée sur mon cul parce que j'arrivais? il avait déjà attaqué euh à désinfecter? il avait juste euh ins/ installé son truc avec ses gants sur enfin tu vois un truc de fortune? et il était déjà en train d'œuvrer euh pour euh -| j'étais avec <I6> ah oui -| la stagiaire je dis ok je dis j'arrive j'arrive pour installer tout son brol mais je pense qu'il y allait gaiement -| je vais <I3> mmh -| dire comme ça comme ça quoi -| tu vois  
**I3** ouais -| c'est -| vrai que:  
**I6** il y allait -| franco il allait franco (rires)  
**Jeanne** maintenant tu sais+ que dans les autres hôpitaux genre à NomHôpital et tout ça eux ils n'ont pas d'infirmière pour les -| assister <I28> mmh -| -| c'est eux qui préparent tout à la fois quoi tu vois  
**I5** non mais ce n'est même pas ça c'est le style -| de faire ça euh tu vois euh comme ça? il n'avait pas mis un champ -| stérile <Jeanne> ah oui -| ni rien du tout il avait déballé euh bonzaï -| quoi  
**I6** ils n'ont -| personne pour faire leur ponction lombaire? il faut qu'on -| demande  
**I5** oui mais -| ici PrénomMC1 ne veut pas hein -| tu vois si le: patient fait un problème  
 (Enregistrement 558 – 20 avril 2017)

Guillaume, lui, ne respecte pas cette procédure alors qu'elle lui a été transmise, ou très occasionnellement quand MC1 vient de le rappeler à l'ordre pour plus tard ne pas la respecter à nouveau.

*Interaction dans le couloir entre Guillaume, MC1, IA1 et K5*

- MC1** voilà PrénomGuillaume j'ai préparé? Madame pour faire le prélèvement  
**Guillaume** ouais  
**MC1** donc en fait la kiné va avec toi ah ben PrénomK5 PrénomK5? PrénomK5  
**IA1** quand tu as fini tu peux aller assister PrénomGuillaume chez Madame NomPatient pour la PM  
**K5** ouais  
**IA1** voilà PrénomGuillaume mais peut-être quand même prendre une infi avec toi ah+ ben: -| PrénomI22  
**Guillaume** mais il y a PrénomK5/ -| PrénomK5 qui vient avec moi  
**IA1** d'accord ça va  
**Guillaume** d'accord  
 (Enregistrement 645 – 3 juillet 2017)

Le refus de reconnaissance de Guillaume se marque également par le mécontentement répété des kinésithérapeutes, des médecins et des infirmières par rapport à ses actes en solitaire et par rapport à ses compétences qu'il n'a pas adaptées à la culture de l'unité d'hospitalisation d'hématologie. I3 et IA1 nous confient même qu'elles regrettent les deux assistantes de la période précédente.

Les **relations** entre Guillaume et les membres expérimentés de l'équipe hématologique sont **distantes**. Nous n'observons pas de solidarité marquée dans ses interactions **complémentaires** avec les infirmières, les aides-soignantes et les kinésithérapeutes, par exemple. Quant à ses relations avec les médecins, elles sont **asymétriques** et distantes également. Même si nous remarquons que, lors d'une discussion avec la médecin-chef sur le cas d'un patient, l'issue de cette dernière peut être un mélange des propos de Guillaume avec les siens, l'interaction n'est pas ponctuée de calembours et de blagues comme c'est le cas entre elle et Paul. Nous ne pouvons donc pas considérer la relation asymétrique entre Guillaume et MC1 comme solidaire, mais plutôt comme située à un point intermédiaire entre distante et solidaire de l'axe horizontal.

En ce qui concerne la **place** occupée par Guillaume dans le collectif, nous la qualifions de **marginale**. Il n'est pas sans-place comme Caroline parce qu'il est engagé et participe à la vie du collectif et parce qu'il est autonome dans la plupart de ses actes. Cependant, son attitude en interaction et par rapport aux membres de l'équipe hématologique est distincte ou distante et parfois inappropriée à la situation, comme le fait de demander de manière insistante, urgente et déplacée un chariot pour faire une ponction de moelle à l'infirmière I19.

*Interaction dans le couloir devant le poste infirmier entre Guillaume, IA1, I19 et SM19*

**Guillaume** est-ce que je peux avoir un petit chariot?

**I19** pour quoi faire?

**Guillaume** pour faire la moelle de Madame: NomPatiente

**I19** oui mais et: euh pas comme ça tout de suite euh hein?

**Guillaume** ah? mais c'est vrai - que je j'ai besoin d'un chariot là c'est

**IA1** attends euh: je vais t'en chercher un au: -| bout du couloir

**Guillaume** oui

**I19** le chariot il est dans la: dans le coin / t'y vas tout seul?

**IA1** oui il y en a un (rires)

**SM19** euh ouais mais il m'a dit que j'y vais

[...]

**IA1** ah ouais là euh attends je vais te mettre un petit sac euh / voilà / tu prends quand même une fille? avec toi

**Guillaume** euh: ben je vais avec la stagiaire

*(Enregistrement 652 – 4 juillet 2017)*

Nous observons que la place marginale de Guillaume sera également présente lors de son interaction avec une médecin-stagiaire qui refuse de le reconnaître comme son tuteur en n'écoutant pas ses recommandations.

### 2.3. Avoir une place et y rester ou y renoncer : Jeanne et Élisabeth

**Jeanne** est en quelque sorte notre nouvelle arrivante qui entre dans le milieu professionnel et qui mène sa quête de reconnaissance de manière linéaire. Cette idée de linéarité de la trajectoire professionnelle située de Jeanne peut se comprendre par le peu de situations de vulnérabilité vécues au fur et à mesure de ses interactions avec les membres de l'équipe. Autrement dit, nous l'observons évoluer de la familiarisation à la reconnaissance en passant par la mise en application assistée sans remarquer de bifurcations de sa quête de reconnaissance et donc de sa trajectoire professionnelle située. Elle va de reconnaissance en reconnaissance au fil de ses échanges pour atteindre une **reconnaissance pleine** au sein de l'unité d'hospitalisation d'hématologie sans remous et sans cassure. Cette reconnaissance pleine s'illustre par son autonomie et par l'usage des compétences attendues et appréciées par les membres du collectif. Dans l'extrait proposé, l'assistante As6, qui a déjà travaillé antérieurement avec Jeanne dans un autre hôpital, souligne ses qualités auprès de l'infirmière-chef IC1.

*Interaction dans le couloir entre Jeanne, As6 et IC1*

|               |                                                                 |
|---------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>As6</b>    | je me dis je la connais                                         |
| <b>Jeanne</b> | ben oui moi aussi  - je me dis que c'est la tête d'une personne |
| <b>IC1</b>    | je connais cette tête dis je connais cette -  tête-là           |
| <b>As6</b>    | allez chouette                                                  |
| <b>IC1</b>    | elle est arrivée chez nous elle est arrivée chez nous           |
| <b>As6</b>    | eh ben oui ah ben <u>bonne recrue</u>                           |
| <b>IC1</b>    | elle est arrivée chez nous                                      |
| <b>As6</b>    | ah c'est trop chouette                                          |
| <b>IC1</b>    | et elle commence aujourd'hui                                    |

*(Enregistrement 497 – 4 avril 2017)*

En ce qui concerne les relations qu'elle tisse avec les infirmières, aides-soignantes et aides logistiques de l'équipe, entre autres, nous observons qu'elles évoluent d'une symétrie distante vers une **symétrie solidaire**. Les relations entre Jeanne et les médecins ne sont pas différentes de celles entre ces derniers et les infirmières du collectif, à savoir **complémentaires** et **solidaires** après quelques échanges. Une exception est la relation avec MC2, chef du service d'hématologie, avec lequel toutes les infirmières, Jeanne comprise, tissent une relation **asymétrique** et **distante**.

Quant à la place de Jeanne au sein de l'unité d'hospitalisation d'hématologie, elle est non seulement reconnue pleinement, mais aussi elle a **une place comme membre** à part entière. Elle appartient au corps infirmier de l'équipe puisqu'elle est reconnue comme membre infirmier du collectif soignant de l'unité d'hospitalisation et elle se reconnaît comme telle (Nault 2007 : 14). Cette place en tant que membre peut également être illustrée par le « scénario de

participation » de Jeanne aux (inter)actions avec les expérimentés (Wenger 2005 : 188). Sa participation est progressive allant d'un tutorat imposé à une autonomie en passant par un compagnonnage solidaire. Concrètement, nous l'observons comme accompagnée dans les premiers moments dans l'unité d'hospitalisation (étape de transmission) ; puis, elle peut mettre en application ses connaissances et compétences qui font l'objet d'une évaluation par les pairs et par IC1 (étape de mise en application assistée). Elle réalise de plus en plus de tâches seule, mais pour certaines d'entre elles, elle ne se sent pas compétente et elle sollicite un compagnonnage (étape de mise en application semi-assistée). C'est le cas de l'administration de cures, par exemple. Après quelques semaines et ces interactions d'accompagnement, Jeanne participe complètement et autonomement à la vie professionnelle de l'équipe infirmière (étape de reconnaissance). Par cette participation « complète », nous la considérons comme un membre de l'unité d'hospitalisation d'hématologie, selon la typologie de Wenger (2005 : 188).

**Élisa**, elle, a un parcours de reconnaissance atypique en comparaison aux cinq autres nouveaux arrivants. Nous l'observons comme reconnue pleinement par ses collègues infirmières, les aides-soignantes et les médecins, entre autres. Elle sera d'ailleurs évaluée positivement par les responsables infirmiers lors de son évaluation après un mois de pratique dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie (notes de terrain – 31 mai 2016). Malgré cette reconnaissance pleine, l'infirmière-chef, IC1, refuse de la lui octroyer. Un tel refus issu de l'autorité accompagné par une surveillance maintenue amène à caractériser la **reconnaissance** d'Élisa comme **partielle** et donc dépendante de son interlocuteur et de la situation interactionnelle. En fonction de l'interactant et de la relation qu'il crée avec Élisa, la reconnaissance de celle-ci est soit refusée par IC1, soit pleine pour tous les autres soignants. Le caractère partiel, issu de ces deux types de reconnaissance, repose sur une participation approximative d'Élisa aux (inter)actions. Cette approximation est mise en évidence par ses pratiques interactionnelles qui illustrent un respect de certains codes et un non-respect d'autres, une compréhension de certains termes hospitaliers et une incompréhension d'autres, une compétence humoristique appropriée et une compétence humoristique dépréciée. Les usages approximatifs et parfois fautifs d'Élisa seront sanctionnés par l'infirmière-chef qui impose alors un tutorat. Une telle situation interactionnelle d'accompagnement entraîne une relation asymétrique distante entre IC1 et la nouvelle arrivante, voire une sorte d'inimitié, qui est connue de certaines infirmières de l'équipe comme nous pouvons le voir dans les répliques de l'infirmière I1.

*Rapport de transmission dans la salle de réunion infirmière entre I1, I3, I16 et Élis*

**I3** ouais |- ben normalement euh ouais normalement tu s/ tu ne <I1> quand tu es un petit peu plus loin ben oui oui je sais -| dois même pas injecter en fait hein euh / mais |- alors à ce moment-là <Élis> mais je trouve c'est s/ -| tu ne |- débouches plus non plus

**I1** normalement on ne doit pas avoir de -| reflux donc |- euh il faut qu'on <Élis> c'est récurrent quand même -| reste une fois qu'on a un perfu on reste à côté et puis on ferme la roulette

**I3** voilà c'est ça

**Élis** c'est récurrent quand même hein

**I1** ben oui mais il faut qu'on fait c'est qu'on doit bien fermer nos perf/ nos: nos babies |- quand (xx)

**Élis** non je ne parle -| pas de ça moi

**I1** de quoi? encore

**Élis** ben d'injecter? / au cat/ moi aussi je vais m'y mettre il n'y a pas de raison

**I1** (rires) |- non toi toi t'auras toi t'auras des problèmes ne fais rien

**Élis** (rires) -|

[...]

**I1** tu vas te faire expatrier: euh

**Élis** (rires)

**I1** ou on va te mettre avec les Syriens oui non ne fais pas ça

**Élis** (rires)

(Enregistrement 40 – 1<sup>er</sup> juin 2016)

La reconnaissance d'un nouvel arrivant peut donc varier en fonction de son interlocuteur. En effet, nous observons que cette variation repose sur l'évaluation des actes d'Élis, pouvant être jugés comme inadéquats, et sur la « grandeur » d'IC1 dans le collectif (Boltanski et Thévenot 1991 : 129), qui est l'infirmière-chef et qui est reconnue comme telle par les membres. Si la reconnaissance dépend de la participation d'Élis, elle dépend également de la personne qui la reconnaitra (Boltanski et Thévenot 1991 : 210-211). Autrement dit, la personne qui cherche à être reconnue le sera par subordination<sup>136</sup> à celle qui reconnait.

La **relation asymétrique et distante** entre IC1 et Élis joue en sa défaveur pour la définition de sa reconnaissance et a un impact sur l'engagement de la nouvelle arrivante au sein du collectif. De fait, elle prend de moins en moins d'initiative ; elle participe de moins en moins aux (inter)actions. Pourtant, Élis a construit soit des **relations solidaires et symétriques** avec les infirmières, aides-soignantes et aides logistiques ou **complémentaires** avec les médecins et les kinésithérapeutes. La solidarité entre Élis et les autres membres de l'équipe se manifeste, entre autres, par son engagement avec I15 pour organiser, en binôme le souper du service. Elle s'implique dans la construction de relations solidaires entre les membres de l'équipe en ayant décidé avec I15 d'organiser ce moment hors de l'espace de travail. Nous nous attendrions à ce

---

<sup>136</sup> Cette subordination ne doit pas être comprise comme une domination, mais comme un rapport à l'autorité.

que ce soit une initiative de l’infirmière-cheffe IC1 ou d’un médecin-chef, MC1 ou MC2, mais ce n’est pas le cas.

*Interaction dans la salle de réunion infirmière avant le rapport de transmission entre Élisabeth, I3 et I16*

**Élisabeth** PrénomI3? tu ne t’inscris pas? tu ne veux pas venir manger avec nous?  
**I3** je n’ai pas encore euh checké la date en fait voir si ça me convenait ou pas  
**Élisabeth** ça va  
**I3** voilà  
**Élisabeth** d’ailleurs il faut que je regarde si je n’ai pas reçu des des réponses: de de du Docteur euh:  
**I3** euh: |- non euh non <Élisabeth> PrénomMC2 NomMC2 -| juste euh PrénomI25 euh SurnomI9 |- euh s/ ah  
**Élisabeth** non: je parle: -| moi je ne me suis pas occupée des mails hein  
**I3** ah |- d’accord  
**Élisabeth** moi je je -| m’occupe |- euh  
**I16** vous êtes -| fous d’organiser ça  
**Élisabeth** pourquoi?  
**I16** non c’est |- bien mais c’est / non non c’est bien mais |- pff c’est que c’est tout le temps courir: euh  
*(Enregistrement 40 – 1<sup>er</sup> juin 2016)*

La trajectoire de reconnaissance d’Élisabeth amène à un passage d’une place en tant que membre à part entière vers une **sans-place** parce qu’elle-même se rejette, s’exclut du collectif en démissionnant. Cette cassure dans la quête de reconnaissance et dans la construction de la place de cette infirmière trouve son origine non seulement dans la relation asymétrique et distante, voire conflictuelle avec IC1, mais aussi dans les difficultés liées au travail d’infirmière dans l’unité d’hospitalisation d’hématologie. Ces difficultés peuvent être relatives au travail à flux tendu produit par de nombreuses absences d’infirmières-membres (pour cause de maladie ou de congé de maternité, par exemple), de multiples changements d’horaire et d’une mise à disposition quelque peu corvéable des infirmières non malades.

*Interaction dans la salle de réunion infirmière entre Élisabeth et I16*

**Élisabeth** mais là: je pense que nous on va chier  
**I16** ouais je pense aussi /et donc là tu recommences pour neuf jours? c’est ça?  
**Élisabeth** donc là j’ai fait sept  
**I16** non jeudi tu ne travailles? pas? quand même  
**Élisabeth** je fais sept un jour de repos  
**I16** jeudi c’est: férié  
*[...]*  
**Élisabeth** ah écoute donc ensuite j’ai fait mercredi matin? jeudi ah oui ce jeudi c’est férié j’ai fait vendredi samedi dimanche lundi mardi mercredi jeudi oui jusque jeudi prochain  
**I16** cool\  
*(Enregistrement 138 – 18 juillet 2016)*

Un second facteur qui peut expliquer ce changement de place est l'empathie qu'Élisa éprouve pour les patients et la difficulté de travailler dans une unité d'hospitalisation d'hématologie où le soignant vit fréquemment l'expérience de la mort. De plus, elle est choquée par la prise en charge de l'accompagnement en fin de vie d'un patient, mené par certains membres de l'équipe.

*Rapport de transmission dans la salle de réunion infirmière entre Élisa, I3, I6 et IV4*

**I6** et quoi? il il réagit encore?  
**IV4** oui |- ça quand même  
**Élisa** en fait euh: -| PrénomM4 NomM4 a dit hier de toute façon ils cherchent à il faut qu'il parte très vite / là il faut que ce soit rapide  
**I6** pourquoi?  
**Élisa** pour récupérer la chambre  
**I6** oh dis |- non <I3> putain -|  
**I6** moi je ne soigne pas un patient dans cette optique-là  
**Élisa** ah ben: non moi non plus mais  
**I6** je |- suis désolée  
**Élisa** ben voilà -| je te répète: ce qu'il a dit hein / je te répète ce: |- les mots  
**I6** oh non: -| ce n'est pas |- possible eh bien qu'il vienne le soigner alors  
**Élisa** ah oui je suis d'accord avec toi

*(Enregistrement 406 – 2 février 2017)*

Au travail à flux tendu et aux expériences difficiles des patients, nous pouvons ajouter le fait que le milieu de travail est anxiogène pour Élisa, ce qui a des répercussions sur sa santé physique.

*Rapport de transmission dans la salle de réunion infirmière entre Élisa, I3 et I19*

**I3** ça va toi? / qu'est-ce qu'ils t'ont fait hier?  
**Élisa** gastroscopie hier?  
**I3** ouais  
**Élisa** et il n'y a rien  
**I3** c'est comme moi alors  
**I19** le |- stress  
**Élisa** ben non -| non je ne vais pas faire un (xxx) mais à mon avis ça ne sert à rien |- je ne fais pas des rayons  
**I3** ah ouais non mais -| voilà c'est ça mais ils t'ont dit que c'était le stress?  
**Élisa** ben: + |- de s/ <I3> surement -| certainement je |- pense <I3> ouais -| que c'est ça mais euh: ils veulent que je fasse un scanner mais je ne le ferai pas je ne vais pas m'irradier pour rien quoi / je le je le sens+ bien de toute façon c'est dès que je suis sur la route et que j'arrive |- ici+? que ça y est <I3> ouais ouais ouais -| ça me tord tu vois?  
**I3** ouais  
**Élisa** c'est vraiment euh: ou alors il faut que je change? de boulot?  
**I3** ouais  
**Élisa** je vais chercher ailleurs hein  
**I3** tu m'étonnes  
**Élisa** il ne me reste plus que ça à faire  
**I19** ben oui si c'est ça  
**Élisa** je ne vais pas me rendre mala:de pour |- un boulot hein  
**I19** non -| il |- faut arranger <I3> non: -| sa vie

*(Enregistrement 204 – 26 juillet 2016)*

Elle se met alors en quête d'une place comme infirmière, mais ailleurs, dans un autre milieu de travail.

*Interaction dans le poste infirmier entre Paul, Élisabeth, I17 et IA1*

**Élisabeth** je ne sais pas si tu sais pour moi je postule à un poste  
**Paul** hein?  
**Élisabeth** au NomLieu  
**Paul** ah au NomLieu?  
**Élisabeth** vendredi  
**Paul** tu commences déjà?  
**Élisabeth** non je ne vais pas commencer il faut que je parte à quatre heures  
**Paul** tu signes vendredi?  
**Élisabeth** non j'ai un entretien  
**Paul** ah un entretien ah |- j'avais compris un un contrat  
**Élisabeth** ah non je n'ai pas encore fait -| l'entretien ah non  
**IA1** allez ça va marcher  
**Paul** c'est possible ça  
**Élisabeth** comme ça (xxx)  
**Paul** hopla  
**I17** elle va nous lâcher  
**Paul** sympa ça  
**Élisabeth** ouais le NomHôpital  
**Paul** le NomHôpital ah oui oui  
**Élisabeth** quoi?  
**Paul** on ne prend pas assez soin des infirmières hein  
**IA1** ici? ah ben bien |- sûr <Élisabeth> ouais -| ça (rires)  
**Élisabeth** quoi?  
**IA1** ben ici on on ne prend pas assez soin des infirmières

(Enregistrement 257 – 5 octobre 2016)

Le rejet de sa place en tant que membre du collectif peut se comprendre par la tension entre une participation complète et une participation restreinte d'Élisabeth dans ses (inter)actions au sein de l'unité d'hospitalisation d'hématologie. La combinaison de ces deux scénarios de participation de Wenger (2005 : 188) trouve son origine dans les relations qu'elle tisse avec les expérimentés et dans la reconnaissance qui en découle. Nous pouvons considérer qu'Élisabeth participe complètement à l'activité infirmière de l'équipe parce qu'elle réalise les mêmes tâches que les autres infirmières. Nous l'observons comme elles en posture de sollicitation pour s'assurer de ce qu'elle doit faire ou qu'elle respecte le protocole. Néanmoins, cette sollicitation d'accompagnement est plus fréquente de la part d'Élisabeth que des autres infirmières. En revanche, sa participation est limitée à cause de l'infirmière-chef. Cette participation restreinte repose sur le fait qu'Élisabeth se sent mise à part, en marge, voire rejetée du collectif infirmier auquel elle croit appartenir étant donné les comportements interactionnels d'IC1. La multiplication des situations interactionnelles dans lesquelles IC1 souligne ses erreurs amène à une marginalité

d'Élisa par rapport aux autres infirmières et à un désengagement progressif de sa part dans le collectif.

### 3. Une transition professionnelle pour chacun

*[U]ne profession est pour l'essentiel une communauté relativement homogène dont les membres partagent identité, valeurs, définition des rôles et intérêts. [...] La socialisation des nouveaux membres consiste à les initier à ce noyau central. Il y a des normes, des codes qui règlent le comportement des praticiens par rapport à leurs collègues, ainsi que par rapport à ceux qui n'appartiennent pas à la profession (Strauss 1992 : 68).*

Nous abordons l'entrée dans un métier comme une transition voire comme une trajectoire dans la lignée des travaux de Strauss (1992 : 67-69). Ce choix repose sur notre volonté de comprendre comment un nouveau professionnel arrivant tente de se créer une place dans une équipe de travailleurs. Il se retrouve dans une situation inconnue qu'il tente d'apprivoiser pour qu'elle lui devienne plus familière et dans laquelle il souhaiterait être reconnu. En tant que « forme de socialisation » (Lamamra et Duc 2013 : 77), la transition est un passage d'une situation à une autre (Balleux et Perez-Roux 2013 : 101), une « dynamique de changement » (Lafont, Foucart et Pariat 2016 : 8). Il nous semble intéressant de la traiter comme le passage d'une situation de la vulnérabilité à celle de la reconnaissance. De fait, la personne souhaite passer de l'une à l'autre en vue de se construire une place non seulement dans l'interaction et par rapport à son interlocuteur, mais aussi dans le collectif professionnel et par rapport à ses membres.

Dans cette section, nous souhaitons mettre en évidence le caractère singulier de chaque nouvel arrivant dans sa trajectoire de la vulnérabilité à la reconnaissance, inscrite dans le contexte particulier d'une entrée dans le métier. Nous pensions au départ proposer une typologie de quatre trajectoires professionnelles situées des nouveaux arrivants dans un collectif professionnel reposant sur les reconnaissances pleine, partielle, absente et refusée. Cette idée reposait sur les recherches de Wenger qui a établi « quatre catégories principales de participation » que nous pensions adapter en quatre sortes de trajectoires possibles en mêlant les concepts de reconnaissance, de participation et de place (2005 : 188). Néanmoins, dans notre recherche, nous ne voulons pas réduire les trajectoires des six nouveaux arrivants étudiés dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie à ces quatre possibilités. Par conséquent, nous faisons le choix d'insister sur le caractère particulier de chacun des nouveaux arrivants et de leur transition professionnelle. Cependant, il serait intéressant dans une future recherche d'observer non seulement si ces quatre sortes de quête de reconnaissance sont présentes chez d'autres

nouveaux arrivants lors de leur entrée dans un métier de soignant ou dans une autre profession, mais aussi si ce sont les mêmes combinaisons en ce qui concerne la reconnaissance, la place et la participation. Ce refus d'une typologie, en quelque sorte, trouve son origine dans notre conception de la reconnaissance<sup>137</sup>. Selon nous, une reconnaissance octroyée à un nouvel arrivant n'implique pas nécessairement une relation avec un expérimenté ni une place au sein d'un collectif. Une reconnaissance octroyée est liée au contexte communautaire et au contexte interactionnel ainsi qu'à la place institutionnelle de chaque professionnel.

Lors de l'entrée dans le métier, chaque nouvel arrivant entre en relation avec des professionnels et utilise son propre bagage socioculturel et linguistique. Ainsi

*[n]ous ne partons jamais du même endroit, même si certains sont ou, plus souvent, semblent proches de ce que nous sommes. Nous n'allons pas au même endroit, même si l'objectif est bien pour chacun de trouver sa place à lui (Allais et Goutman 2012 : 45).*

La citation d'Allais et Goutman nous permet de mettre en évidence le **caractère singulier** de chaque trajectoire professionnelle située étudiée. Même si les nouveaux arrivants s'efforcent de se construire une place durant leurs interactions avec les membres du collectif soignant, même si nous observons parfois des similitudes dans leurs compétences interactionnelles, chacun d'entre eux emploie des compétences professionnelles qui leur sont particulières dans le respect de son interlocuteur et du contexte interactionnel. En fonction du contexte et de la relation entre le nouvel arrivant et l'expérimenté, un même comportement linguistique, relationnel ou technique peut favoriser la reconnaissance dans l'interaction X et provoquer de la vulnérabilité dans l'interaction Y. Chaque histoire les amène à créer une place qui est la sienne et différente d'un autre. Cette singularité est renforcée par les statuts différents des trois nouveaux arrivants ayant réussi leur passage et des trois autres l'ayant raté.

Afin de mettre en évidence le caractère particulier de chaque trajectoire, nous rappelons les trois facteurs de singularité du passage de la vulnérabilité à la reconnaissance : une trajectoire est participative, relationnelle et contextuelle. Ces trois adjectifs sont trois caractéristiques non seulement de la trajectoire professionnelle située, mais aussi de la vulnérabilité et de la reconnaissance.

---

<sup>137</sup> Notre réflexion fait écho à la citation de Dupuy et Le Blanc (2001 : 67) :

*quand il s'agit de transitions professionnelles, il est important de ne pas perdre de vue que ces transitions renvoient toujours à des modèles spécifiques de changement (par l'apprentissage, la formation ou l'expérience de travail...), si bien que les généralisations relatives à « la » transition sont souvent abusives.*

### 3.1. Une trajectoire participative

L'entrée dans le métier est une transition parce que la personne vit un changement de milieu. Elle se retrouve en « insécurité », voire en situation de vulnérabilité dont elle souhaite sortir afin de se construire une place dans le collectif professionnel. Cette « porte de sortie » est possible grâce à la quête de reconnaissance et aux interactions verbales.

Si, lors de son arrivée dans le milieu de travail, le nouvel arrivant renonce à certains de ses *a priori* ou préconceptions concernant le métier et s'il est blessé par l'entrée à cause d'une non-correspondance entre les exigences professionnelles et ses compétences, il n'est pas pour autant réduit au silence ni à l'inactivité. Il peut s'engager et même négocier avec les membres du collectif professionnel. Pour ce faire, il observe, dans un premier temps, les interactions entre ces derniers et il tente de se familiariser à la culture de l'équipe ; dans un second temps, il entre en interaction avec eux. En étant acteur et en participant à la vie au travail, il utilise ses compétences durant les échanges et il s'efforce de déchiffrer les codes afin d'(inter)agir adéquatement. Malgré sa blessure, le nouvel arrivant tente de se montrer compétent en participant aux tâches et interactions des expérimentés et en adaptant ses compétences à la situation interactionnelle rencontrée. Il essaie par ses actions d'établir une connexion avec un ou plusieurs membres de l'équipe. Ce lien entre l'action et la relation est nécessaire pour qu'il puisse continuer sa quête de reconnaissance (Wenger 2005 : 61).

Si le nouvel arrivant peut ajuster seul ses compétences, il peut aussi entrer en négociation<sup>138</sup> avec les membres du collectif pour résoudre sa situation de vulnérabilité ou le « désaccord » de reconnaissance (Kerbrat-Orecchioni 2005 : 94). Cette dernière fait alors l'objet d'une négociation entre les participants d'une interaction d'accompagnement. Au terme de l'échange et donc de la négociation, soit celle-ci est une réussite et le nouvel arrivant a obtenu de la reconnaissance de son interlocuteur, soit elle est un échec et le nouvel arrivant n'est pas reconnu. À la suite de cet échange et du résultat de la négociation, il est fréquent que dans un prochain échange, l'ajustement conclu soit renégocié.

L'intérêt pour la participation (et donc pour la dynamique capacitante-incapitante) est dû à notre volonté de ne pas réduire notre étude à un sentiment négatif, mais nous souhaitons

---

<sup>138</sup> La notion de négociation est complexe : elle peut être définie comme un ensemble de « mécanismes d'ajustement réciproque des partenaires de l'échange au fur et à mesure de son déroulement » (Kerbrat-Orecchioni 2005 : 5). Nous la considérons, dans la présente dissertation, comme une caractéristique de l'interaction verbale. Pour en savoir plus sur cette notion, nous vous invitons à parcourir les travaux de Kerbrat-Orecchioni (2005 : 93-186).

percevoir et analyser les interactions verbales comme des expressions de compétences, de potentialités, de souhaits de sortir d'une situation de vulnérabilité, d'une sorte de privation butlérienne en ce qui concerne le dire et le faire. Dans les interactions étudiées, nous repérons les indices d'une quête de reconnaissance marquée par des « embuches », des situations de vulnérabilité, comme des caractéristiques d'une vie sans pour autant l'y réduire (Maillard 2020 : 46-47). Si l'implication peut exposer le nouvel arrivant à une blessure et le mettre en situation vulnérable, elle peut également lui permettre de « se soigner » et d'être reconnu. Il agit pas à pas en pesant et soupesant ses actions et actes discursifs en conformité avec le contexte et les attentes de son interlocuteur. En participant à la vie professionnelle, il espère contribuer à la réussite de ses tâches dans l'interaction et dans le collectif.

### 3.2. *Une trajectoire relationnelle*

La trajectoire professionnelle située de chaque nouvel arrivant est dépendante des relations qu'il crée avec les membres de l'équipe. Si ces derniers sont à la source des situations de vulnérabilité, ils sont également un des moyens pour acquérir de la reconnaissance et une place dans le collectif soignant. Ils sont donc des pourvoyeurs à la fois de vulnérabilité et à la fois de reconnaissance. En effet, la rencontre d'autrui peut occasionner de la vulnérabilité, mais la reconnaissance ne pourra être atteinte que dans la relation avec ce dernier, comme « un appel à l'autre » (Moïse, Meunier et Romain 2015 : 22).

Une interaction est le lieu « où chaque personne dans sa particularité individuelle peut compter trouver chez les autres un sentiment de solidarité et de reconnaissance à son égard » (Honneth 2007 : 79). Ce sentiment est propre à chaque interlocuteur. En faisant de la relation une caractéristique (paradoxale) de la trajectoire singulière, nous reprenons une idée de Ricœur (2004 : 333) : « c'est collectivement, pourrait-on dire, qu'on exige une reconnaissance singularisante ». Autrement dit, sans les interactions, la situation de vulnérabilité vécue par le nouvel arrivant ne pourra pas changer. Il la changera en échangeant avec un expérimenté (Kerbrat-Orecchioni 1996 : 4). La relation entre les interactants évolue au fur et à mesure des échanges verbaux qui fonctionnent comme des épisodes (dé)constructeurs de rapports de places, dans lesquels peuvent se manifester la vulnérabilité et la reconnaissance (Goffman 1973b : 185). Chaque interaction est donc singulière puisqu'elle est une relation et une action des participants affectant positivement (grâce à la reconnaissance ou à la sauvegarde des faces) ou négativement (par la vulnérabilité ou l'atteinte des faces) la trajectoire professionnelle située

des professionnels, qu'ils soient des nouveaux arrivants ou des expérimentés (Burger 2004 : 180 ; Kerbrat-Orecchioni 1995 : 70).

### 3.3. Une trajectoire contextuelle

Une interaction est une *situation particulière* de rencontre de personnes dans un *contexte particulier*, qui a des *propriétés particulières* et qui sont engagées dans une *relation particulière*. Situation de rencontre, contexte, relation et interactants sont des paramètres définitoires de l'interaction dans laquelle pourront « se jouer » une situation de vulnérabilité et une quête de reconnaissance. En effet, le lieu où se tient l'interaction peut avoir une influence sur la quête de reconnaissance ou sur la vulnérabilité ; en fonction du lieu, le locuteur ne tient pas le même discours.

La vulnérabilité comme la reconnaissance sont étudiées dans les relations qui unissent au moins deux personnes. Lors de notre enquête ethnographique, ce nombre d'interlocuteurs était souvent dépassé. Le « cadre interactionnel » est caractérisé par un contexte local composé de différents paramètres tels que la spatiotemporalité, le nombre de participants, la nature de leur relation, l'objectif de l'échange, les normes interactionnelles, etc. (Kerbrat-Orecchioni 1995 : 71). Ces particularités déterminent non seulement le type d'interactions verbales en train de se jouer, mais aussi la relation qui est construite et se construit au fur et à mesure des répliques.

Si nous pouvons rester à une échelle locale, c'est-à-dire au niveau de l'interaction verbale, dans l'abord du contexte, nous ne laissons pas pour autant de côté un autre niveau contextuel, différent de celui « des actes de discours », à savoir « celui des [...] pratiques sociales » (Burger 2004 : 178). En effet,

*[u]ne pratique sociale [telle qu'une interaction verbale] se définit comme l'articulation d'activités construisant un contexte local, à proprement parler interactionnel, et un contexte global sensible aux déterminations macrosociales (Burger 2004 : 193).*

Le contexte global peut être composé de normes<sup>139</sup> socioculturelles propres à une communauté ou à une institution. Dans notre cas, le contexte global est communautaire (l'unité d'hospitalisation d'hématologie) et institutionnel (un hôpital universitaire belge francophone). Ce contexte global peut avoir des « répercussions » sur les normes interactionnelles entre deux

---

<sup>139</sup> Nous nous permettons une remarque concernant les normes qui « pèsent » sur les prises de parole des interactants : elles ne sont pas immuables et elles peuvent, elles aussi, faire l'objet d'adaptation au cours de l'interaction (le Blanc 2011 : 131-134).

professionnels de ce collectif et de cette institution. Autrement dit, la culture hospitalière institutionnelle ainsi que les us et coutumes de l'unité d'hospitalisation d'hématologie ont un impact sur les prises de parole des participants à une interaction verbale dans un contexte local (Lacoste 1993 : 56-57).

Lors d'une prise de parole, le locuteur s'efforce de tenir compte des paramètres contextuels non seulement de l'interaction verbale qu'il souhaite avoir avec un interlocuteur et du milieu dans lequel a lieu cet échange, mais aussi de ce qu'il est lui, de ce qu'il veut et de ce qu'il peut utiliser comme compétences pour mener à bien l'échange (Burger 1995 : 10). Nous insérons un troisième niveau contextuel, même s'il est critiquable, à savoir le contexte personnel constitué par l'histoire de vie et par les envies du preneur de la parole.

La prise de parole de chaque locuteur, dans une interaction, sera déterminée par les données des trois contextes évoqués : personnel, local et global. Cette détermination sera néanmoins partielle parce qu'au cours de l'échange verbal, les paramètres contextuels pourront être négociés en vue d'être maintenus ou modifiés (Kerbrat-Orecchioni 2005 : 74) ; c'est le cas notamment des places interactionnelles occupées par les interactants. Elles peuvent évoluer au cours de l'interaction et amener à une redéfinition des places institutionnelles dans le contexte global. Autrement dit,

*fixé à l'ouverture de l'interaction, le contexte est aussi construit au fur et à mesure que celle-ci progresse ; définie d'entrée la situation est sans cesse redéfinie par la façon dont sont manipulés les signes [interactionnels] échangés (Kerbrat-Orecchioni 1995 : 71).*

Ce caractère modulable nous permet de comprendre comment d'une situation de vulnérabilité à l'entrée en interaction, celle-ci peut se clore par une reconnaissance mutuelle de ses participants.

### Synthèse : « Quand tu cherches la reconnaissance, tu en obtiens une »

La trajectoire professionnelle située des nouveaux arrivants étudiés prend la forme d'une quête de reconnaissance qui est singulière pour chacun d'entre eux et qui les amène à passer d'une vulnérabilité provoquée par l'entrée dans le métier à une forme de reconnaissance. Le présent chapitre avait comme objet principal ce passage et comme objectif de répondre à notre troisième sous-question de recherche : comment les nouveaux arrivants, au fil des interactions et des différentes places interactionnelles qu'ils y occupent par rapport à leurs interlocuteurs, qui sont des soignants expérimentés, font-ils évoluer leur positionnement de façon à favoriser leur reconnaissance et leur insertion ? La manière avec laquelle Serge, Caroline, Paul,

Guillaume, Jeanne et Élisabeth avancent dans leur quête de reconnaissance est particulière à cause des relations qu'ils tissent avec les expérimentés, des compétences professionnelles qu'ils acquièrent en solitaire ou en accompagnement et du contexte interactionnel. Contrairement à la formulation de notre sous-question de recherche, l'évolution de la quête de reconnaissance d'un nouvel arrivant ne l'amène pas nécessairement à la reconnaissance pleine ni à une place dans le collectif. Les interactions avec un même expérimenté ainsi que les interactions avec d'autres professionnels aident le nouvel arrivant à se faire reconnaître et à faire reconnaître ses compétences interactionnelles ainsi qu'à se construire petit à petit une place institutionnelle au sein du collectif. Néanmoins, le parcours de chaque nouvel arrivant vers l'obtention d'une reconnaissance et la construction d'une place dans le collectif diffère. Nous pourrions imaginer une trajectoire linéaire allant d'un nouvel arrivant « choqué » par la réalité du monde professionnel, qui tente d'abord de se familiariser avec la culture de ce dernier pour ensuite passer à l'action, assistée ou non, sous la forme d'essais-erreurs (Karsenti 2006 : 35) qui l'amèneront enfin à une reconnaissance de ses compétences utilisées adéquatement lors des (inter)actions avec les membres du collectif. Seule Jeanne semble avoir tracé une telle trajectoire lors de notre enquête de terrain. La trajectoire des cinq autres nouveaux arrivants étudiés est plus complexe, comme nous l'avons expliqué dans ce chapitre.

Pour comprendre quelle forme de reconnaissance est obtenue par le nouvel arrivant et accordée par les expérimentés, il nous semble primordial de l'étudier dans une dynamique de passage de la vulnérabilité à la reconnaissance, passage qui se construit comme une trajectoire non linéaire dans cinq cas étudiés sur les six, et en lien avec les notions de place et de participation des interactants. Pour Serge, Caroline, Paul, Guillaume et Élisabeth, la quête de reconnaissance se compose de péripéties qui soit les aident à gagner de la reconnaissance auprès des expérimentés, soit les positionnent à nouveau en situation de vulnérabilité.

**Situations de vulnérabilité.** Les six nouveaux arrivants étudiés vivent tous au point de départ une situation de vulnérabilité provoquée par l'entrée dans le métier. Cette situation, ils souhaitent en sortir et ils décident de participer aux interactions professionnelles. Dans les premiers moments qui correspondent à la phase de familiarisation, ils vivent une situation de vulnérabilité parce qu'ils constatent qu'ils n'ont pas toutes les compétences requises pour agir. Ils tentent de les déchiffrer et de les acquérir en vue de les utiliser. Ce premier scénario d'acquisition de compétences interactionnelles en solitaire peut se solder par une reconnaissance ou par un maintien en vulnérabilité. Dans ce neuvième chapitre, nous

souhaitions dépasser le contexte strictement interactionnel pour nous intéresser au contexte communautaire. En effet, si certaines interactions se soldent par une reconnaissance, ce n'est pas nécessairement le résultat de la trajectoire du nouvel arrivant, du point de vue du collectif, puisque celui-là peut se voir refuser ou ne pas recevoir une place en tant que membre à cause de bifurcations ou de retours à la vulnérabilité. C'est d'ailleurs ce que nous observons chez Caroline, Guillaume et Élisabeth. Tous les trois commettent des erreurs fréquentes lors de leurs (inter)actions avec les soignants expérimentés, qui contribuent à l'échec de leur quête de reconnaissance. De plus, certains de leurs comportements interactionnels, que ce soient le silence ou la prolixité, la mauvaise compréhension ou encore la (non-)confiance en soi, sont jugés comme inadéquats par les membres du collectif et ils contribueront au maintien ou au retour à la vulnérabilité. Malgré une incapacité du dire sur une partie de leurs compétences professionnelles, ces trois nouveaux arrivants n'arrivent pas à se montrer compétents aux yeux des professionnels afin de se sortir d'une nouvelle situation de vulnérabilité. Contrairement à eux trois, Serge et Paul utilisent d'autres compétences que celles qui sont jugées inappropriées lors de l'interaction pour être reconnus comme compétents par les expérimentés à la fin de l'interaction. Ils utilisent donc mieux la dynamique incapacitant-capacitant ce qui leur permet d'obtenir une certaine reconnaissance et une place au sein du collectif.

**Différentes formes de reconnaissance.** Nous avons mis en évidence que l'issue de la quête de reconnaissance est à comprendre en mêlant quatre concepts : la reconnaissance, la participation, les rapports de places interactionnelles et les places institutionnelles. La combinaison de ces derniers nous amène à distinguer quatre formes de reconnaissance dans les six trajectoires étudiées, mais cinq combinaisons.

Jeanne obtient de la reconnaissance de l'ensemble des soignants expérimentés. Elle participe intégralement aux tâches d'une infirmière après un temps de familiarisation et un temps de mise en application assistée. Ses rapports de places interactionnelles passent de relations (a)symétriques et distantes à des relations (a)symétriques et solidaires. Les relations interactionnelles qu'elle tisse avec les membres de l'équipe sont similaires aux autres infirmières. En ce qui concerne sa place institutionnelle, Jeanne devient une membre à part entière de l'équipe infirmière de l'unité d'hospitalisation d'hématologie.

Contrairement à Jeanne, Caroline n'obtient pas de reconnaissance des expérimentés de l'équipe et elle ne participe pas à leurs tâches sauf s'ils la sollicitent. Ses rapports de places

interactionnelles restent asymétriques et distants, à l'exception de la relation très particulière qu'elle crée avec l'infirmière I14. Sa place institutionnelle est d'être extérieure, voire sans-place, dans l'équipe de soignants.

Paul et Serge ont une forme de reconnaissance qui est proche même si des différences existent dans leurs usages des compétences interactionnelles étant donné que le premier est un assistant en médecine et le second, un infirmier-stagiaire. Ils obtiennent une reconnaissance partielle de leurs compétences par les expérimentés, car ils commettent des erreurs ou ils sont rappelés à l'ordre de temps en temps. Ils participent aux tâches de l'équipe, mais ils ne réalisent pas toutes les actions parce qu'ils ne sont encore que novices. Ainsi, Paul ne peut pas valider informatiquement un traitement par cure et Serge ne peut pas administrer une cure à un patient. En ce qui concerne leurs rapports de places interactionnelles, ils sont asymétriques et solidaires à la fin de notre enquête. Ils ont tissé des liens de confiance avec les expérimentés qui, en retour, leur confient des tâches et les laissent agir de manière autonome. La place institutionnelle qu'ils occupent dans l'équipe de soignants est périphérique puisqu'ils ne font pas toutes les tâches des expérimentés.

La reconnaissance octroyée à Guillaume dans ses premiers moments dans l'unité d'hématologie lui est refusée par les expérimentés à cause de ses multiples erreurs et du non-respect de plusieurs codes. Malgré ce rejet de reconnaissance, il participe aux (inter)actions avec les expérimentés. Les rapports de places interactionnelles que l'assistant en médecine crée avec ces derniers restent asymétriques et distants ; rares sont les relations interactionnelles solidaires. Nous pensons à l'infirmière-administrative IA1, mais c'est presque la seule. Quant à la place institutionnelle au sein du collectif soignant, elle est marginale.

Élisa a une trajectoire atypique parce qu'elle a une reconnaissance partielle : elle est reconnue par la majorité des soignants expérimentés, mais elle n'est pas reconnue par sa supérieure, l'infirmière-chef IC1. Elle participe à l'ensemble des tâches d'une infirmière au sein de collectif soignant et elle s'y investit beaucoup au détriment de sa vie personnelle. Ses rapports de places interactionnelles sont solidaires avec l'ensemble des expérimentés sauf avec l'infirmière-chef IC1. En effet, c'est un rapport distant voire d'inimitié qui se tisse entre elles. Quant à la place institutionnelle au sein de l'équipe d'hématologie, elle est rejetée par Élisa après quelques mois dans l'unité d'hospitalisation. Si elle est reconnue comme une membre à part entière par la plupart de ses collègues, elle démissionne de son poste et elle abandonne la place qu'elle occupe dans l'équipe.

Au fil des interactions et des places interactionnelles occupées par rapport aux interlocuteurs-expérimentés, les six nouveaux arrivants étudiés évoluent chacun à leur manière dans leur quête de reconnaissance et ils tracent leur propre trajectoire professionnelle située. Si nous avons mis en évidence que certains comportements interactionnels peuvent provoquer une situation de vulnérabilité chez un nouvel arrivant, nous remarquons que ces mêmes comportements dans une autre interaction peuvent favoriser la reconnaissance. Nous tenons donc à souligner que l'usage d'une compétence professionnelle par un nouvel arrivant en interaction avec un expérimenté ne peut se comprendre qu'en lien avec (1) les contextes local et global, (2) la relation qu'ils ont coconstruite, et (3) leur engagement respectif l'un envers l'autre.

La quête de reconnaissance étudiée sous la forme d'une trajectoire peut être mise en relation avec une sorte d'habilitation du nouvel arrivant dans le métier. L'habilitation recouvre le fait d'être reconnu comme compétent par autrui, notamment en ce qui concerne la qualité du travail effectué ou des compétences interactionnelles utilisées ; cette reconnaissance peut également être le fruit d'un participant de l'interaction ou de plusieurs acteurs professionnels d'un collectif (Assegond, Chazal et Sitnikoff 2019 : 73). Grâce à la reconnaissance de l'interactant et d'autres membres du collectif, la personne est reconnue et elle trouve sa place. Si la reconnaissance est recherchée lors de l'entrée dans le métier par une personne qui doit se montrer compétente et qui est donc habilitée, la reconnaissance peut ne pas faire l'objet d'une quête quand une personne arrive dans un nouveau milieu professionnel. Une telle situation repose sur la désignation de cette dernière à une place au sein du collectif de travail. Cette désignation est une reconnaissance explicite et effective des compétences du nouvel arrivant. Certes, il est reconnu par certains interlocuteurs, souvent les supérieurs et les personnes des ressources humaines, comme apte à occuper cette fonction, mais il devra sur le terrain gagner la reconnaissance de ses pairs (Girard et Schepens 2012 : 117-127). Par conséquent, nous considérons que la désignation s'accompagne d'une quête de reconnaissance causée par une situation de vulnérabilité, de non-reconnaissance et de non-connaissance de la part des pairs. Cette recherche de reconnaissance est de l'ordre du contexte interactionnel et communautaire puisqu'au niveau institutionnel, la personne est reconnue. Dans le processus d'habilitation, en revanche, la reconnaissance se gagne au fur et à mesure des interactions, pour ensuite « gagner » la communauté et peut-être l'institution.

Les six trajectoires professionnelles situées sont des habilitations et non des désignations. Il serait donc intéressant de vérifier nos observations et nos analyses auprès de

soignants nouvellement arrivés désignés à une place au sein de l'unité d'hospitalisation d'hématologie.



## Discussion conclusive

*Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous voulez entendre, ce que vous entendez, ce que vous croyez comprendre, ce que vous voulez comprendre, et ce que vous comprenez, il y a au moins dix possibilités de ne pas se comprendre. Mais, essayons quand même (Werber 2000 : 34)*

Après avoir répondu aux trois sous-questions que nous nous posions, il nous semble opportun de synthétiser leurs réponses en vue de répondre à notre question de recherche : **quelles compétences interactionnelles les nouveaux arrivants utilisent-ils lors de leurs échanges verbaux avec les soignants expérimentés de l'unité d'hospitalisation d'hématologie afin de passer de la situation de vulnérabilité, provoquée par l'entrée dans le métier, à une reconnaissance (pleine, périphérique, absente ou refusée) et à l'octroi d'une place dans le collectif professionnel ?** Pour ce faire, nous mettons en évidence les usages des compétences d'adresse, informationnelle et humoristique qui facilitent la reconnaissance ainsi que les situations interactionnelles d'accompagnement qui la favorisent. Nous clôturerons cette discussion conclusive en revenant sur la quête de reconnaissance qui est qualifiée de trajectoire vers la reconnaissance et vers une place en tant que membre de l'unité d'hospitalisation dans cette recherche. Lors de notre réponse, nous décentrons notre intérêt pour la vulnérabilité vers le second élément du couple théorique qui est la reconnaissance.

En vue de répondre à notre question de recherche, nous ne proposerons pas une réponse sous la forme d'un modèle à appliquer pour pouvoir vivre l'entrée dans le milieu étudié sans vulnérabilité, ni une liste des compétences professionnelles interactionnelles qui aident à la reconnaissance. Au contraire, nous souhaitons présenter une sorte de portefeuille de ressources, comme une boîte à outils<sup>140</sup>, qui pourrait aider un soignant, peu importe son statut, qui doit entrer dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Il pourrait employer, en fonction du contexte, les compétences professionnelles interactionnelles de son choix (linguistique, relationnelle ou technique) qu'il pense adéquates pour obtenir de la reconnaissance.

---

<sup>140</sup> Notre idée de portefeuille de ressources est inspirée de la boîte à outils proposée dans les travaux réalisés dans le cadre d'un Pacte d'un enseignement d'excellence de la Fédération Wallonie-Bruxelles (2015) et dans une disposition du Décret Missions ainsi que dans la circulaire 5388 du 28 août 2015 (Deprit et al. 2019).

## 1. Des compétences interactionnelles comme facteurs de reconnaissance

Nous avons choisi d'étudier les usages de trois compétences interactionnelles : la question de l'adresse, l'information et l'humour. Ces trois compétences ont été sélectionnées sur la base de leur importance pour les membres de l'équipe d'hématologie. Nous sommes consciente que d'autres compétences, telles que le parler hospitalier, auraient pu être étudiées et il serait intéressant d'ouvrir cette perspective dans une future recherche. Cependant, les compétences choisies nous ont permis d'illustrer la quête de reconnaissance des six nouveaux arrivants et surtout de comprendre en quoi l'usage de certaines provoquent de la vulnérabilité alors que d'autres contribuent à leur reconnaissance. Chacune d'entre elles est potentiellement une aide à une certaine reconnaissance si elle est employée adéquatement en fonction du contexte interactionnel et des places interactionnelles occupées par chaque interactant. En effet, nous nous rendons compte qu'en fonction du rapport de places interactionnelles, découlant des facteurs externes (que sont les places institutionnelles, les rôles et les statuts des interactants), du type de relation qui unit le nouvel arrivant à l'expérimenté et de la situation interactionnelle (ses codes et les routines [inter]actionnelles qui y sont associées) lors de laquelle ils échangent, un même emploi de la compétence peut amener à une situation soit de reconnaissance, soit de vulnérabilité.

Les usages des compétences interactionnelles peuvent être considérés comme des relationèmes (Kerbrat-Orecchioni 1992 : 37) ou des signes du lien (Goffman 1973b : 181)<sup>141</sup>. En effet, ils sont des moyens, dans l'interaction, pour construire une relation avec les membres du collectif professionnel et pour se créer une place en son sein (Kerbrat-Orecchioni 1992 : 34 note 1). En tant qu'indices de la relation, les relationèmes nous donnent des informations sur la relation entre les interactants, sur la reconnaissance qu'ils s'octroient et sur leurs rapports de places au fil de l'interaction (Kerbrat-Orecchioni 1992 : 37). Si les relationèmes sont des reflets de la relation des interactants, ils sont également des ressources qui permettent de la faire évoluer et qui aident à ce que chacun trouve sa place (Vinatier et Numa-Bocage 2007 : 87). Dans les interactions verbales, nous pourrions considérer les usages des compétences

---

<sup>141</sup> Nous préférons le terme relationème à celui de signe du lien proposé par Goffman (1973b : 181), même si l'un et l'autre sont des « moyens d'adopter une position [ou une place] ou une démarcation dans une situation et, en même temps de l'indiquer » (Goffman 1973b : 214). Nous adoptons le terme *relationème* et non celui de signe du lien parce que nous nous focaliserons sur les unités verbales qui expriment ou laissent voir la relation qui unit les interlocuteurs. Cependant, nous empruntons une partie de la typologie des signes du lien proposée par Goffman pour éclairer les relationèmes verbaux du point de vue de leurs valeurs.

interactionnelles comme des relationèmes verbaux qui, d'une part, manifestent la relation entre les interactants, tels des « marqueurs », et, d'autre part, illustrent et permettent un changement dans la relation et dans la reconnaissance octroyées, tels des « signaux de changement » (Goffman 1973b : 193-195). C'est le second type de relationèmes sur lequel nous centrons notre attention puisqu'ils marquent la quête de reconnaissance et la volonté de sortir de la situation de vulnérabilité dans laquelle se trouve un nouvel arrivant. En outre, les relationèmes comme signaux de changement nous intéressent parce qu'ils illustrent l'évolution du « commencement d'une relation » (Goffman 1973b : 196), à son édification et jusqu'à l'entrée – réussie ou non – d'un nouvel arrivant dans l'équipe professionnelle.

Pour obtenir une compétence interactionnelle adéquate, c'est-à-dire qui favorisera la reconnaissance, le nouvel arrivant se familiarise avec les routines interactionnelles du milieu de travail en déchiffrant les pratiques interactionnelles des expérimentés et en identifiant les usages récurrents et appréciés lors des interactions. Cette première phase de la trajectoire professionnelle située se fait seul pour ensuite amener soit à un accompagnement de la part d'un expérimenté qui lui explique comment il doit utiliser la routine ou sa compétence, soit à une mise en application non assistée pouvant être apparentée à un essai qui mène à une erreur ou à une réussite. Concernant les trois compétences interactionnelles retenues, nous observons que les six nouveaux arrivants, après la familiarisation, mettent en application ce qu'ils ont déchiffré ; à la clé, soit ils seront reconnus comme utilisant adéquatement la compétence, soit ils ne le seront pas. Arrêtons-nous à nouveau sur les usages des compétences d'adresse, informationnelle et humoristique qui favorisent la reconnaissance.

Premièrement, **l'usage des combinaisons de déictiques et de formes nominales d'adresse propres** à l'unité d'hospitalisation est considéré comme favorisant la reconnaissance des nouveaux arrivants. Si nous observons qu'une **certaine distance** par l'usage du vouvoiement doit être conservée entre les nouveaux arrivants novices et leurs supérieurs hiérarchiques, ce n'est pas le cas entre les infirmières nouvellement arrivées et les autres soignants membres de l'équipe, ni entre les assistantes en médecine et ces mêmes expérimentés. Pour les deux infirmières et les deux assistants nouvellement arrivés, ce sont **des marques de solidarité** qui aident à la reconnaissance (presque) pleine. Deuxièmement, la **détention d'informations** de soins et leur **transmission** au moment opportun sont des emplois facilitateurs de reconnaissance. En outre, la détention d'informations ne présage pas une omniscience des nouveaux arrivants qui sont considérés comme des apprenants et qui acceptent de **ne pas tout savoir et de chercher l'information** lorsqu'ils ne l'ont pas en leur possession.

Cette recherche peut se faire seul ou par la sollicitation d'un accompagnement. Et troisièmement, les usages de la compétence humoristique sont considérés comme appropriés lorsque **le nouvel arrivant fait rire son interlocuteur**. Pour atteindre un tel objectif, il recourt, dans un premier temps, soit à une **surenchère** de la blague de son interactant, soit à la **création mimétique** d'une blague dans le même lieu, avec le même interlocuteur et sur le même sujet. Ce n'est que dans un second temps que le nouvel arrivant se réapproprie la compétence humoristique des expérimentés. Nous observons néanmoins que les blagues des nouveaux arrivants étudiés portent sur les mêmes sujets que ces derniers (une situation de soins, l'état d'un patient, les difficultés liées au travail et la raillerie d'un collègue) et dans les mêmes lieux à savoir dans le poste infirmier ou les salles de réunion ou encore le bureau médical et le couloir<sup>142</sup>.

Si les différents usages des trois compétences interactionnelles proposées favorisent la reconnaissance des nouveaux arrivants, ce n'est qu'en fonction du contexte interactionnel, comme nous l'avons déjà évoqué. En effet, leurs emplois n'impliquent pas nécessairement la reconnaissance à chaque usage, mais ils peuvent également provoquer une situation interactionnelle de vulnérabilité. Autrement dit, si un usage n'implique pas forcément la reconnaissance, il n'implique pas, *a contrario*, nécessairement non plus une blessure. La reconnaissance comme la vulnérabilité sont dépendantes du contexte interactionnel et de ses composantes, à savoir le cadre spatiotemporel, les normes locales (de l'interaction) et globales (du collectif et de l'institution), la nature de la relation qui unit les interactants (contrat de communication, degré de connaissance mutuelle et rapport de places). Nous pourrions aller un peu plus loin et considérer que le même usage d'une compétence par le même nouvel arrivant avec le même interactant expérimenté mais dans deux contextes interactionnels distincts peut permettre au premier d'être reconnu ou de vivre une situation de vulnérabilité. Cette remarque fait référence à l'ambivalence sociointeractionnelle des relationèmes (Kerbrat-Orecchioni 2010 : 360 et 365).

Outre l'importance accordée au contexte, nous tenons à souligner que les emplois des compétences interactionnelles choisies par les six nouveaux arrivants, malgré leurs statuts différents, sont proches. Nous observons même pour certains des similitudes. Ce constat nous amène à postuler (et à vérifier dans une future recherche) que ce n'est pas *stricto sensu* le statut

---

<sup>142</sup> Le couloir est un lieu où les usages de la compétence humoristique sont moins fréquents, lors de l'enquête ethnographique, que dans les autres endroits cités.

de nouvel arrivant qui influence le type de reconnaissance qu'il obtient mais c'est le contexte interactionnel dans lequel il mobilise la compétence et de quelle manière il l'utilise.

## 2. L'accompagnement des nouveaux arrivants comme facilitateur de reconnaissance

Notre approche interactionnelle du passage de la vulnérabilité à la reconnaissance dans la perspective d'une entrée dans le métier nous amène à prendre en considération la situation interactionnelle en tant que telle et pas seulement les compétences interactionnelles des nouveaux arrivants. Nous nous sommes donc rendu compte que les situations interactionnelles d'accompagnement sont des moyens pour faciliter l'entrée dans le métier. Nous pourrions aller plus loin et qualifier l'accompagnement des nouveaux arrivants comme « un facteur d'une insertion professionnelle réussie » (Fédération Wallonie-Bruxelles 2015). Par conséquent, il nous semble important d'insérer dans notre portefeuille de ressources l'accompagnement qui est à l'origine d'interactions qui permettent non seulement d'accueillir les nouveaux arrivants et de les informer sur le fonctionnement de l'unité d'hématologie, mais aussi de les former aux compétences propres au milieu professionnel, de répondre à leurs sollicitations, etc. À l'inverse, si les expérimentés prennent le temps d'accompagner les nouveaux arrivants, ils gagneront du temps pour réaliser *in fine* leurs tâches professionnelles parce qu'ils les rendront autonomes ou presque. Nous pourrions donc voir les situations interactionnelles d'accompagnement comme des situations de donnant-donnant : l'expérimenté offre ses trucs et astuces professionnels au nouvel arrivant non seulement qui accède par la même occasion aux codes du collectif et aux compétences interactionnelles qui lui font défaut, mais aussi qui se fait de plus en plus autonome ce qui aide l'expérimenté dans son travail. Quelles sont les formes d'accompagnement et les compétences d'accompagnement qui favorisent la reconnaissance du nouvel arrivant ? Du point de vue de l'institution hospitalière et du point de vue de l'équipe d'hématologie, nous observons la désignation d'accompagnateurs officiels pour chaque statut de nouveaux arrivants étudiés, mais en quoi, concrètement, l'accompagnement peut-il aider un nouvel arrivant dans sa quête de reconnaissance alors que l'accompagnement en lui-même est une situation interactionnelle qui institue de la vulnérabilité ?

Lors des situations d'accompagnement, nous avons remarqué que l'engagement par volontariat ou par prise d'initiatives de la part des nouveaux arrivants facilite leur reconnaissance. En effet, par leur engagement, ils se montrent compétents et autonomes ce qui amènera leur accompagnateur à leur octroyer effectivement de l'autonomie, en passant à une

mise en application semi-assistée après une transmission ou une mise en application assistée, de les évaluer positivement et de les responsabiliser dans leurs (inter)actions. Cette responsabilisation peut d'ailleurs être illustrée par le rôle d'accompagnateur joué par un nouvel arrivant ou par la proposition de nouvelles tâches non encore réalisées par le nouvel arrivant ou par l'effectuation semi-assistée de ces dernières.

Ce constat nous amène à notre deuxième type de situations d'accompagnement favorisant la reconnaissance qui est l'acceptation par le nouvel arrivant d'être accompagné par les expérimentés de l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Qu'il soit un novice ou un expert, comme une infirmière-stagiaire ou une infirmière, et qu'il soit compétent dans la tâche à réaliser, le nouvel arrivant peut se retrouver accompagné, de manière imposée, par un soignant expérimenté qui lui montre les routines (inter)actionnelles. L'acceptation d'être accompagné repose selon nous sur la reconnaissance de l'intervention de l'accompagnateur comme un souhait de guider le nouvel arrivant pour qu'il agisse adéquatement selon les règles du collectif. De plus, cette acceptation de l'accompagnement peut être renforcée par la sollicitation par le nouvel arrivant d'un coup de main auprès de l'expérimenté en ce qui concerne, par exemple, une information qui lui est manquante.

Et une troisième compétence d'accompagnement facilitatrice de la reconnaissance est le développement d'un accompagnement solidaire sous la forme d'un compagnonnage. En effet, nous observons que certains des nouveaux arrivants étudiés travaillent en équipe non seulement avec leurs collègues de même statut, mais aussi avec des soignants expérimentés. Une solidarité s'installe donc marquée par des situations d'accompagnement sollicité soit par un nouvel arrivant auprès d'un expérimenté, soit l'inverse. L'instauration d'un travail en équipe, solidaire et collaboratif facilite la reconnaissance des uns et des autres et crée une dynamique plus capacitante qu'incapacitante pour l'entrée dans le métier.

Si de prime abord une situation d'accompagnement, de tutorat ou de compagnonnage, vulnérabilise le nouvel arrivant, nous observons dans notre corpus qu'elle facilite la reconnaissance et la création d'une place au sein du collectif professionnel. Comme pour les trois compétences interactionnelles, nous proposons des ressources pour compléter notre portefeuille et nous insistons sur le fait que les situations d'accompagnement en fonction du contexte interactionnel et des interactants impliqués peuvent favoriser la reconnaissance ou au contraire reprovoquer ou maintenir une situation de vulnérabilité. Mais c'est en tant que facteur de reconnaissance que nous proposons des moyens d'accompagnement pour parfaire notre portefeuille de ressources. L'accompagnement, imposé ou sollicité, aide le nouvel arrivant dans

sa quête de reconnaissance, peu importe son degré de formation parce qu'il est un moyen pour acquérir explicitement une compétence ou une routine interactionnelle du collectif et pour ainsi obtenir de la reconnaissance et de l'autonomie. Il nous semble donc primordial que les membres du collectif d'hématologie prennent le temps d'accompagner les nouveaux arrivants en imposant un tutorat ou un compagnonnage. **Cette prise de temps ou ce don de temps** pour accompagner n'est pas toujours facile pour les expérimentés qui se trouvent en tension entre la formation des nouveaux et la production dans leurs soins. Nous pensons qu'outre le système de marrainage proposé entre les infirmières, le temps consacré par la médecin-chef envers les assistants pour les former doit être valorisé comme contributif et facilitateur de la reconnaissance des nouveaux arrivants au sein de l'équipe hématologique. De fait, prendre le temps d'accompagner est un moyen pour le nouvel arrivant non seulement de comprendre, plus rapidement que par la familiarisation en solo, les règles et les routines (inter)actionnelles de l'équipe soignante, mais aussi d'obtenir des réponses à ses questions et une certaine reconnaissance des expérimentés (Deprit et al. 2019). En retour, si l'expérimenté ralentit sa productivité pour former un nouvel arrivant, ce dernier, par l'autonomie et la reconnaissance octroyées, l'aidera à être *in fine* deux fois plus productif. Faire à quatre mains ce que le soignant expérimenté doit faire à deux mains n'implique pas nécessairement une baisse de productivité. En outre, **l'instauration d'une « culture de travail en équipe »** (Deprit et al. 2019 ; Fédération Wallonie-Bruxelles 2015) nous semble également une ressource non seulement à développer du point de vue du collectif, mais aussi à utiliser par le nouvel arrivant pour y entrer. Dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie, nous observons que cette dynamique collaborative est installée et que l'accompagnement des nouveaux arrivants est collectif. Cette collaboration et cette collectivisation de l'accompagnement reposent, entre autres, sur la répartition temporelle du travail de soignant en hôpital.

Pour aider à la reconnaissance et à la création d'une place d'un nouvel arrivant dans l'équipe d'hospitalisation d'hématologie, nous proposons d'insérer dans notre portefeuille de ressources le processus d'accompagnement, sollicité et imposé, sous la forme de tutorat et de compagnonnage, de transmission ou de mise en application (semi-)assistée. En effet,

*[b]ien que le processus d'insertion professionnelle repose en grande partie sur les forces adaptatives du moi des nouveaux [...] (Nault, 1999), leur accompagnement lors de leur phase d'insertion professionnelle s'avère être une responsabilité majeure et partagée des autorités [...] et des acteurs [...] [expérimentés], dans une perspective de maillage social (Beckers et De Lièvre 2010 : 36).*

L'accompagnement est donc un facilitateur de reconnaissance et d'entrée dans le métier, peu importe sa forme.

### 3. Une trajectoire professionnelle située ou une quête de reconnaissance

Après avoir proposé quelques ressources interactionnelles<sup>143</sup> en vue d'obtenir de la reconnaissance si un nouvel arrivant entre dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie, nous souhaiterions adopter un point de vue plus global et nous centrer sur la trajectoire vers la reconnaissance. Nous tenterons de répondre à deux questions : quand surgit la reconnaissance d'autrui ? Et quand s'arrête la quête de reconnaissance ?

La reconnaissance peut être obtenue auprès d'un interactant ou auprès de plusieurs membres du collectif. Dans ces deux contextes (interactionnel et communautaire), une trajectoire se dessine : du début de la relation avec un soignant ou avec plusieurs à sa consolidation.

À l'entrée, le nouvel arrivant est, la plupart du temps, non reconnu par l'interactant ou les membres du collectif. Mais par son statut, ces derniers lui reconnaissent *a priori* des compétences. Ces compétences qui le désignent comme reconnu sont associées aux préconceptions que les membres du collectif ont concernant le statut du nouvel arrivant. Ainsi, une infirmière-stagiaire doit être compétente pour prendre les paramètres et faire une toilette ; une assistante en médecine interne doit être compétente pour faire une ponction lombaire ; une infirmière doit être compétente pour donner les médicaments en voie orale et intraveineuse. Malgré cette possible reconnaissance associée à leur statut, les compétences du nouvel arrivant font l'objet d'une évaluation lors des premiers échanges. Non seulement ce dernier évalue les compétences dont il a besoin et tente de déchiffrer celles qui lui manquent et qui lui seront nécessaires, mais aussi il est évalué par son interlocuteur qui peut décider ou non de l'accompagner en vue de le faire progresser.

L'accompagnement et l'apprentissage solitaire des compétences professionnelles interactionnelles permettent au nouvel arrivant d'avancer dans sa quête de reconnaissance puisque leur usage sera l'occasion de se montrer et d'être évalué comme compétent aux yeux de son interlocuteur. Après s'être familiarisé avec les compétences interactionnelles à utiliser ou après avoir été assisté pour leur acquisition, le nouvel arrivant les emploie. Ce deuxième

---

<sup>143</sup> Nous en reprenons quelques-unes : le déchiffrement, lors de la familiarisation, des codes et valeurs du collectif, l'action par mimétisme, l'engagement dans une dynamique d'accompagnement et l'instauration d'une solidarité.

moment du chemin vers la reconnaissance se passe en cours d'interaction et se marque par une reconnaissance petit à petit du nouvel arrivant par l'évaluation de ses compétences par l'interactant. Cette reconnaissance est facilitée par la relation qui se crée, par le degré de connaissance mutuelle qui se construit et par le rapport de places interactionnelles qui se négocie, ainsi que par les compétences utilisées par le nouvel arrivant. En effet, nous observons un changement qui est illustré par ces dernières et par les réponses des interlocuteurs expérimentés aux prises de parole ou aux actes du nouveau.

Le troisième et le dernier moments de la quête sont liés. Le troisième moment se situe à la fin d'une interaction alors que le quatrième moment, après plusieurs échanges. L'un et l'autre se caractérisent par la reconnaissance mutuelle des compétences de chaque interactant et plus globalement, des compétences adéquates du nouvel arrivant lors de ses (inter)actions dans l'échange et dans le collectif. Une telle reconnaissance globale et sociale à l'issue d'une pluralité d'échanges amène à la création d'une place accordée au nouvel arrivant qui devient, pleinement ou périphériquement, un membre du collectif. Cette dernière étape peut être illustrée par l'autonomie accordée au nouvel arrivant et à la diminution des situations d'accompagnement, réduites à des sollicitations auprès des membres de l'équipe professionnelle, si nous reprenons des exemples de notre corpus. Pour que le quatrième moment de la quête soit possible, il faut que préalablement au sein du collectif, les professionnels soient d'accord de faire une place à un ou plusieurs nouveaux arrivants. S'ils refusent de réaménager leur collectif, la reconnaissance combinée avec une place octroyée est rendue difficile, voire impossible.

Mais alors quand s'arrête cette quête de reconnaissance et quand est octroyée une place ? Nous ne pouvons pas donner une durée précise de cette quête qui peut durer une semaine, un mois, un an ou même des années (Beckers et De Lièvre 2010 : 20)<sup>144</sup>. Si baliser temporellement la fin de la quête de reconnaissance ne semble pas justifiable à cause d'une grande variabilité causée par le profil singulier de chaque nouvel arrivant (Beckers et De Lièvre 2010 : 21), nous

---

<sup>144</sup> Ainsi, nous proposons un exemple avec le cas de l'insertion des enseignants débutants.

*Concernant la durée de l'insertion professionnelle, aucun consensus n'existe dans la littérature. Pour certains auteurs, elle s'étendrait d'une demi-journée à trois ans (Castetter, cité par Weva, 1999). Pour d'autres, l'insertion professionnelle durerait d'un à cinq ans (Baillauquès & Breuse, 1993), avec un minimum de trois ans selon Katz (1972). Enfin, celle-ci pourrait atteindre sept ans, d'après Vonck & Schras (cités par Nault, 1993) et Nault (2007) (Beckers et De Lièvre 2010 : 20).*

préférons proposer des balises qui nous semblent indiquer que ce dernier a obtenu de la reconnaissance et une place grâce à ses interactions avec les membres du collectif.

Nous postulons depuis le départ de notre recherche que la reconnaissance est l'issue de l'entrée dans le métier, mais comment se manifeste-t-elle, comment pourrions-nous savoir que cette quête s'arrête ? Nous pensons qu'(inter)actionnellement, des indices sont visibles dans les prises de parole du nouvel arrivant. À l'issue de nos analyses, nous posons qu'ils sont au nombre de trois : la confiance en soi, le sentiment de compétences et l'autonomie (Karsenti 2006 : 36). La confiance en soi d'un nouvel arrivant s'acquiert au fur et à mesure de ses échanges avec les expérimentés et elle est dépendante d'un ajustement entre ses préconceptions et ses compétences à l'entrée par rapport à la culture hospitalière de l'unité d'hématologie. Grâce à la confiance en soi, le nouvel arrivant a l'impression de coopérer à la vie professionnelle et il s'y engage. Lié à ce premier indice est le sentiment de compétences. Ce dernier découle non seulement d'évaluations positives reçues, mais aussi des sollicitations d'accompagnement de la part des autres nouveaux arrivants et des expérimentés. Quant à l'autonomie, elle est, comme précédemment explicité, un des résultats de la reconnaissance des compétences d'un nouvel arrivant. En effet, plus un nouvel arrivant est autonome dans ses (inter)actions, plus ses compétences sont reconnues comme adéquates interactionnellement et collectivement. Les trois indices de sortie de la quête de reconnaissance et de la situation d'entrée dans le métier ne peuvent être compris que dans l'interaction entre le nouvel arrivant et les membres du collectif soignant. Ainsi,

*le désir de monter en compétence est alimenté par la nécessité, pour [...] [le nouvel arrivant], de gagner sa place dans l'organisation [...] [du collectif] et dans l'estime des professionnels. Les positions [ou places] qu'il doit conquérir tout au long de son parcours relèvent de la conjonction de deux volontés : la sienne, celle de monter en compétence et de bénéficier en retour de la reconnaissance [...] [du collectif]. Celle [...] [du collectif] d'assigner des positions à responsabilité et complexité croissantes (Kunégel 2011 : 248).*

Dans notre recherche, la quête de reconnaissance interactionnelle prend la forme d'une trajectoire en trois étapes, à savoir la familiarisation, la mise en application assistée et la reconnaissance, et elle se clôt par les trois indices proposés. La trajectoire professionnelle située permet au nouvel arrivant de devenir un professionnel, un membre du collectif soignant par différentes étapes : « un rêve, une aspiration et [...] la reconnaissance d'être devenu un professionnel » (Nault 1993 : 21-22). Néanmoins, contrairement à ce scénario linéaire et positif, la trajectoire professionnelle située des nouveaux arrivants lors de leur entrée dans le métier se compose, selon nous, d'épisodes interactionnels allant certes vers la reconnaissance, mais aussi

de retours en vulnérabilité. Par conséquent, la trajectoire se compose de bifurcations lors desquelles le nouvel arrivant vit à nouveau la vulnérabilité. Si la vulnérabilité semble disparaître quand le nouvel arrivant est autonome, quand il a confiance en lui et quand il se sent compétent, il n'est pas impossible qu'une interaction dont il est le participant le place de nouveau en vulnérabilité. Dans un tel cas de figure, le professionnel précédemment reconnu devra se remettre en quête de reconnaissance. Nous terminerons cette troisième partie analytique à l'aide d'une citation qui illustre le caractère dynamique de la trajectoire professionnelle située des nouveaux arrivants observés :

*[I]a vie est mouvement. Être à sa place, c'est épouser ce mouvement, et se sentir animé par une fluidité qui permet d'intégrer le changement sans jamais se laisser figer dans aucune posture définitive (Allais et Goutman 2012 : 116).*



## Conclusion générale

### 1. Un retour sur notre sujet

Notre recherche a porté sur le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance vécu par des soignants nouvellement arrivés lors de leurs interactions verbales avec les professionnels expérimentés d'une unité d'hospitalisation d'hématologie. Loin d'édifier un modèle pour faciliter l'entrée dans le métier, notre analyse s'inscrit dans une approche trajectorielle du parcours de six nouveaux arrivants et elle est l'occasion de proposer des ressources pour tout nouvel arrivant qui souhaite entrer dans le collectif étudié et minimiser son expérience de la vulnérabilité qui y est liée. Ce sont l'emploi en contextes (institutionnel, communautaire et interactionnel) et la façon dont la ressource est utilisée dans un échange verbal, qui nous ont permis de mettre en évidence les compétences interactionnelles provoquant de la reconnaissance ou de la vulnérabilité.

Deux objectifs principaux ont guidé nos réflexions théoriques et méthodologiques ainsi que nos analyses : (1) comprendre pourquoi la phase d'entrée dans un métier, tel que celui de soignant, est un rite de passage pouvant être douloureux et (2) offrir des pistes sous la forme de ressources interactionnelles pour désamorcer les situations de vulnérabilité et pour faciliter l'accueil et l'intégration de nouveaux professionnels. Notre étude est centrée sur les interactions verbales auxquelles participent six nouveaux arrivants de profils distincts et sur la trajectoire professionnelle située qui se dessine, pour chacun d'entre eux, au fur et à mesure des épisodes interactionnels. Nous n'avons pas essayé d'évaluer les connaissances techniques ni de dresser un profil sociologique détaillé des six sujets choisis. Nous avons observé et comparé leurs actes (de parole) lors des interactions et les relations qu'ils construisent avec les soignants expérimentés afin de comprendre leur évolution sociointeractionnelle en ce qui concerne leur reconnaissance et leurs places interactionnelle et institutionnelle dans cette étape qu'est l'entrée dans le métier.

Il pourrait sembler normal que toute arrivée dans un métier s'accompagne de difficultés et de souffrance (Karsenti 2006 : 33). Néanmoins, nous avons traité cette étape comme un processus, une transition, un passage de l'expérience de la vulnérabilité à une forme de reconnaissance. De la familiarisation à la maîtrise de compétences professionnelles en passant par leur acquisition (Uwamariya et Mukamurera 2005 : 140), le passage vers la reconnaissance permet au nouvel arrivant de se créer une place au sein du collectif, comme c'est le cas de

Jeanne. Mais nul n'est à l'abri d'une redistribution des cartes de la reconnaissance et de la place octroyées ou d'un retour à la vulnérabilité. Le couple vulnérabilité-reconnaissance dans les interactions verbales entre de nouveaux arrivants et les expérimentés d'une équipe professionnelle nous permet d'apporter un nouveau regard sur la question de l'entrée dans le métier, souvent étudiée comme une étape de la socialisation langagière ou de la construction de l'identité située. Le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance pourrait, nous l'espérons, devenir un modèle analytique pour étudier l'entrée dans d'autres milieux professionnels, voire dans d'autres milieux.

## 2. Quelques limites et apports de notre recherche

Avant de mettre en avant les apports de notre recherche, nous en évoquons quelques limites. Certaines d'entre elles ont déjà fait l'objet d'une réflexion lors du quatrième chapitre. En effet, le choix d'une enquête ethnographique et plus particulièrement, d'une observation participante peut poser des questions quant à la neutralité, la fiabilité, la reproductibilité ou encore la représentativité des données analysées. Nous avons précédemment proposé des pistes pour justifier nos choix méthodologiques et analytiques reposant sur notre souhait de rendre compte de six entrées dans le métier les plus proches de la réalité dans le respect des soignants et de leurs patients. Les résultats obtenus reposent sur l'analyse d'une partie des interactions verbales produites par les six nouveaux arrivants au moment de l'enquête ethnographique. Nos observations pourraient être confirmées par plus de données, comme l'étude de compétences interactionnelles supplémentaires ou un groupe plus important de nouveaux arrivants. D'autres compétences interactionnelles pourraient venir compléter nos analyses portant sur l'adresse, l'information, l'humour et l'accompagnement. Nous pensons notamment au parler hospitalier propre au collectif d'hématologie et aux paires adjacentes que sont la question et la réponse. De plus, au moins un type de soignants pouvant être qualifié de nouveaux arrivants n'a pas été envisagé lors de notre analyse : les infirmières volantes évoquées durant la présentation de l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Ce sont aussi des soignantes nouvellement arrivées dans le collectif, mais avec des caractéristiques très spécifiques : elles restent une matinée ou parfois quelques matinées d'affilée dans l'unité pour ensuite ne plus y revenir pendant des semaines, voire des mois. Elles sont en quelque sorte des professionnelles « itinérantes » qui sont diplômées et reconnues institutionnellement comme des infirmières, mais qu'en est-il de leur reconnaissance au sein du collectif d'hématologie ? Comment y sont-elles intégrées ?

Malgré la taille du corpus et les choix méthodologiques réalisés, notre recherche propose une analyse approfondie des trajectoires professionnelles situées de six soignants nouvellement arrivés dans l'équipe d'hématologie, analyse qui repose sur une observation minutieuse de la manière avec laquelle le métier s'exécute. Si chacun des nouveaux arrivants construit sa propre transition professionnelle et si leur statut les distingue, nous observons qu'ils vivent des situations interactionnelles similaires lors de leur entrée dans l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Bien qu'ils souhaitent être reconnus par les membres d'un même collectif dans la même institution hospitalière, leur emploi des mêmes compétences interactionnelles ne leur permet pas d'obtenir la même sorte de reconnaissance. Ces différences peuvent être comprises à l'aide des paramètres contextuels de l'interaction verbale (la spatiotemporalité, la nature de la relation des interactants et l'objectif de l'échange) et de l'équipe hospitalière d'hématologie (les normes et routines interactionnelles, par exemple). En dehors de l'interaction, il ne nous semble pas possible de comprendre la quête de reconnaissance.

Avec cette thèse, nous apportons un point de vue différent sur l'entrée dans le métier. En effet, cette étape de la vie est rarement étudiée, en sociolinguistique notamment, comme une « expérience de la souffrance » (Lamamra et Duc 2013) et encore moins comme une expérience de la vulnérabilité. Si nous ne rejetons pas les considérations identitaire et socialisatrice, habituellement utilisées, nous souhaitons mettre l'accent sur le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance lors des interactions verbales entre le nouvel arrivant et les expérimentés du milieu où il aimerait s'insérer.

La thématique de la vulnérabilité abordée dans ce travail s'éloigne des conceptions intrinsèques traditionnelles. De fait, la plupart des chercheurs qui s'y intéressent en font une caractéristique propre à certains êtres humains. Ce n'est pas notre cas : nous la considérons comme une situation lors de laquelle une personne est blessée linguistiquement par son interlocuteur, soit par la rencontre interactionnelle, soit par la prise ou la réception de parole. À notre connaissance, aucune recherche en sociolinguistique n'a fait le choix de cette vision extrinsèque de la vulnérabilité. Pourtant, une telle approche pourrait être applicable, potentiellement, à tous et à toute situation d'entrée dans une diversité de milieux, familial, scolaire, professionnel, etc. Ainsi, nous pourrions nous interroger sur l'entrée en littérature d'un auteur, comme le propose Vrydaghs avec Michaux (2008).

Outre l'ancrage sociolinguistique et interactionnel, notre recherche est l'occasion de mêler ces notions à celles de la didactique professionnelle et d'inscrire nos réflexions dans la discipline naissante de la linguistique sociale de la formation professionnelle. Lors de l'entrée

dans le métier d'un nouvel arrivant, nous avons remarqué que le passage vers la reconnaissance est facilité par l'accompagnement, qui est une sorte d'apprentissage sur le tas. Il permet aux nouveaux arrivants, qu'ils soient novices ou experts, de (re)construire leurs compétences afin d'(inter)agir adéquatement avec les membres de l'unité d'hématologie (Uwamariya et Mukamurera 2005 : 141). L'apport de notre recherche se marque également par le réinvestissement de la notion de trajectoire située appliquée à l'accompagnement des nouveaux arrivants ainsi qu'à leur quête de reconnaissance. Cet aspect permet d'enrichir la manière de penser l'insertion dans le métier comme n'étant pas un passage linéaire d'une non-place à une place, mais comme une recherche de la reconnaissance se composant à la fois de réussites « octroyant » une place et à la fois de bifurcations par le retour à la vulnérabilité. Notre conception pourrait d'ailleurs être appliquée aux processus de désignation et d'habilitation d'un professionnel. Qu'il soit désigné à une place parce qu'il en a le diplôme, par exemple, ou qu'il doive gagner sa place par ses actions, le nouvel arrivant vivra un passage de la vulnérabilité à la reconnaissance pour se faire une place parmi les professionnels avec lesquels il travaille. Ce passage n'est possible qu'en interaction entre les membres d'un collectif porteur d'une culture professionnelle et le nouvel arrivant qui se montre compétent (Girard 2019 : 66-67).

### 3. Quelques pistes de recherche

Au cours de cette recherche, nous avons répondu à nos (sous-)questions et à nos objectifs de recherche. Mais le chemin parcouru dans ce travail a ouvert de nouvelles pistes. Si nous avons évoqué précédemment l'étude d'autres compétences interactionnelles et l'enrichissement du nombre de nouveaux arrivants, d'autres pistes demanderaient encore à être étudiées. Nous en évoquons quelques-unes.

Premièrement, d'autres profils de nouveaux arrivants pourraient être étudiés. Nous pensons à un profil en particulier : un soignant désigné à une place précise au sein de l'unité d'hospitalisation d'hématologie. Lors de notre enquête ethnographique, un changement d'infirmière-chef a eu lieu. Il serait intéressant d'analyser le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance de la nouvelle infirmière-chef désignée institutionnellement comme compétente pour occuper le poste, mais elle doit se faire une place par rapport aux autres soignants de l'équipe et gagner leur reconnaissance. Une étude de sa trajectoire professionnelle située enrichirait nos résultats tout en les nuancant, nous le supposons.

Deuxièmement, lors de nos analyses, nous avons mis l'accent sur les compétences interactionnelles utilisées par les nouveaux arrivants et sur leur appréciation par les

expérimentés. L'attention pourrait s'inverser et se centrer davantage sur les compétences interactionnelles utilisées par les expérimentés pour aider les nouveaux arrivants dans leur quête de reconnaissance. Si ce versant analytique n'est pas délaissé dans notre dissertation, nous pourrions nous interroger sur l'investissement des expérimentés dans l'accueil des nouveaux arrivants : ont-ils suivi une formation à l'accompagnement ou bien sont-ils des accompagnateurs qui s'appuient sur leur bonne volonté ? Comment leur investissement dans l'accompagnement des nouveaux est-il reconnu par l'institution et par le collectif professionnel ; est-il un frein ou un accélérateur pour la production dans le milieu de travail ? Comment se représentent-ils l'accompagnement : sont-ils motivés ou lassés par l'arrivée continue de nouveaux, qui ne font parfois que passer comme les stagiaires et assistantes en médecine ?

Troisièmement, une étape supplémentaire serait de coupler notre analyse de l'entrée dans le métier par de nouveaux arrivants avec leur formation à la communication entre professionnels. Est-ce le milieu scolaire qui leur donne les clés pour faciliter leur insertion professionnelle et la communication (Deprit et al. 2019) ou est-ce le milieu professionnel ? Cette question peut également porter sur les membres d'une équipe soignante. De fait, elle se compose de membres de statuts différents venant de milieux scolaires ou professionnels distincts et ayant des profils singuliers. Malgré cette diversité, ils sont amenés à travailler ensemble pour atteindre le même objectif : la santé de leurs patients et leur bien-être. Mais quelle place est faite dans leur formation à la communication entre pairs ? Si différentes recherches, comme celles de Givron (en cours) ainsi que de Laforest et Vincent (2007), mentionnent l'existence depuis quelques années de cours portant sur la communication entre les soignants et leurs patients, il serait intéressant de proposer également un enseignement de la communication entre les professionnels afin de donner quelques outils pour faciliter l'entrée en interaction des nouveaux arrivants avec les membres du milieu de travail dans lequel ils souhaitent être reconnus.

Dans la lignée de notre réflexion centrée sur les interactions verbales entre les professionnels, nous tenons à souligner qu'en plus des échanges oraux, les soignants de l'unité d'hospitalisation d'hématologie utilisent des logiciels informatiques pour prescrire des soins, des médicaments ou des actes techniques. Cet instrument facilite l'archivage des dossiers, le suivi des patients (d'autant plus avec les fusions des hôpitaux en une grande structure hospitalière avec plusieurs sites), la rentabilité (les soignants n'ont plus qu'à cocher des

médicaments) et la transmission de traitements ou de soins d'un professionnel à un autre. Cependant, le logiciel ne remplace pas une interaction verbale soulignant l'urgence de tel acte ou de tel soin. Cette dernière ne peut être mentionnée que par un dialogue entre les assistantes et les infirmières, pour ne citer que cette illustration observée. Si les interactions verbales aident à traiter l'urgence, elles permettent également les transmissions d'informations entre les différents types de soignants, les annonces de soins particuliers et de l'heure à laquelle ils seront faits ainsi que la coconstruction de relations entre des professionnels de différents statuts. Nous considérons les interactions verbales importantes dans le milieu étudié parce qu'elles illustrent que le fonctionnement général de l'unité ne cloisonne pas les professionnels dans leur fonction, mais qu'il appelle à l'échange verbal pour collaborer au bien-être des patients et pour s'insérer dans un collectif soignant composé de médecins, d'infirmières, d'aides-soignantes, d'aides logistiques, de kinésithérapeutes, etc.

À l'heure de l'électronique, de l'informatique et même de la robotique, nous nous demandons quelle place ont encore les acteurs humains en tant qu'interactants dans les milieux hospitaliers. Cette réflexion repose sur des faits réels : au Japon, des robots, comme *Da Vinci*, sont utilisés pour administrer les médicaments aux patients (Lambert 2013 : 102 ; Lambert 2015 : 225). Les infirmières sont donc « remplacées » par des machines. *Paro* est un robot phoque qui aide les patients âgés ayant un trouble de la communication dû à l'anxiété ou au stress. Si ce robot permet de changer le rapport que le patient établit avec son interlocuteur puisqu'il le câline et s'il facilite de surcroît certaines interactions avec les soignants, il ne les remplace pas pour autant. Par cette illustration, nous souhaitons mettre en évidence non seulement l'importance de l'humain pour gérer l'imprévu, qu'il soit positif ou négatif, dans un milieu hospitalier, mais aussi des relations sociales entre les professionnels pour soigner au mieux leurs patients. Notre thèse ne porte donc pas sur les avantages ni sur les inconvénients de la robotisation, mais sur l'importance de l'interaction verbale entre les soignants pour réaliser collaborativement leurs soins. En effet, une relation humaine, une rencontre entre soignants, voire entre les soignants et un patient, ne peut être entièrement robotisée, puisqu'un robot – si nous simplifions – est un système complexe de règles (Lambert 2015). Lorsque nous vivons des rapports humains, les règles peuvent être transgressées afin d'éviter un conflit ou une blessure, par exemple. Les relations interpersonnelles ne sont donc pas réductibles à une logique de normes fixées ou d'algorithmes... il y a des exceptions possibles à ces règles pour négocier sa place, se reconnaître mutuellement, partager et vivre ensemble (Lambert 2015 : 232).

Pour terminer cette conclusion générale d'un travail portant sur l'entrée dans le métier de soignants nouvellement arrivés qui vivent un passage de la vulnérabilité à la reconnaissance, nous laissons la parole au Petit Prince et à son interlocuteur, le renard :

- *Qu'est-ce que signifie « apprivoiser » ?*
- *C'est une chose trop oubliée, dit le renard. Ça signifie « créer des liens... »*
- *Créer des liens ?*
- *Bien sûr, dit le renard. Tu n'es encore pour moi qu'un petit garçon tout semblable à cent-mille petits garçons. Et je n'ai pas besoin de toi. Et tu n'as pas besoin de moi non plus. Je ne suis pour toi qu'un renard semblable à cent-mille renards. Mais, si tu m'apprivoises, nous aurons besoin l'un de l'autre. Tu seras pour moi unique au monde. Je serai pour toi unique au monde...*
- *Je commence à comprendre, dit le petit prince. [...]*
- *Si tu veux un ami, apprivoise-moi !*
- *Que faut-il faire ? dit le petit prince.*
- *Il faut être très patient, répondit le renard. Tu t'assiéras d'abord un peu loin de moi, comme ça, dans l'herbe. Je te regarderai du coin de l'œil et tu ne diras rien. Le langage est source de malentendus. Mais, chaque jour, tu pourras t'asseoir un peu plus près (de Saint-Exupéry 1946 : 68-69).*



## Bibliographie

- Aillerie, Karine. 2012. « Quelle compétence informationnelle pour les usages juvéniles du Web ? ». Dans *Terminal*. N°111. En ligne : <http://journals.openedition.org/terminal/960> (page consultée le 30 décembre 2020).
- Alava, Séraphin et Clanet, Joël. 2000. « Éléments pour une meilleure connaissance des pratiques tutorales : regards croisés sur la fonction de tuteur ». Dans *Revue des sciences de l'éducation*. Vol. 26. N°3. 545-570.
- Alcade-Lebrun, Céline. 2016. « Former aux compétences communicatives dans les métiers de la restauration : apports de la sociolinguistique interactionnelle à la didactique professionnelle ». Dans *Cahiers de Linguistique*. Vol. 42. N°2. 185-192.
- Alessandrin, Arnaud. 2013. « Transidentités : de la “souffrance” aux “épreuves” ». Dans *L'information psychiatrique*. Vol. 89. N°3. 217-220.
- Allais, Juliette et Goutman, Didier. 2012. *Trouver sa place au travail*. s.l. : Éditions Eyrolles (Le livre de poche).
- Amigues, René et Zerbato-Poudou, Marie-Thérèse. 2000. *Comment l'enfant devient élève. Les apprentissages à l'école maternelle*. Paris : Retz (Petit Forum).
- André, Virginie. 2009. « Les compétences langagières des métiers de la propreté : de l'analyse des situations de communication à la formation professionnelle ». Dans *Bulletin suisse de linguistique appliquée*. N°90. 149-165.
- Angelo, Didier. 2010. « L'approche centrée sur la personne à l'épreuve du présent ». Dans *Approche centrée sur la personne. Pratique et recherche*. N°11. 61-70.
- Arveiller, Jacques. 2001. « Secret de l'entretien et secret de la cure ». Dans Marmoz, Louis (sous la dir. de). *L'entretien de recherche dans les sciences sociales et humaines. La place du secret*. Paris : L'Harmattan (Éducatons et Sociétés). 169-188.
- Assegond, Christèle, Chazal, Hélène et Sitnikoff, Françoise. 2019. « Les vigneronns “installés-à-côté” de l'exploitation familiale. Faire sa place dans la lignée professionnelle ». Dans *Revue des sciences sociales*. N°62. 70-77.
- Auger, Julie. 1997. « Paradoxe de l'observateur ». Dans Moreau, Marie-Louise (coord.). *Sociolinguistique. Les concepts de base*. Sprimont : Mardaga. 226.
- Bachy, Sylviane et al. 18 avril 2007. « Convention de transcription régissant les corpus de la banque de données VALIBEL ». Louvain-la-Neuve : Université Catholique de Louvain. En ligne : [https://cdn.uclouvain.be/public/Exportsreddot/valibel/documents/conventions\\_valibel\\_2004.pdf](https://cdn.uclouvain.be/public/Exportsreddot/valibel/documents/conventions_valibel_2004.pdf) (page consultée le 2 avril 2019).
- Baeza, Carole et al. 2020. « Situations de vulnérabilité : paroles, savoirs, pouvoirs ». Dans *Éducation et socialisation. Les cahiers du CERFEE*. N°57. En ligne : <https://journals.openedition.org/edso/12303> (page consultée le 27 octobre 2020).
- Balleux, André et Perez-Roux, Thérèse. 2013. « Transitions professionnelles ». Dans *Recherche et formation*. N°74. 101-114.
- Balslev, Kristine et Ciavaldini-Cartaut, Solange. 2015. « Introduction. Éclairer les pratiques de formation du point de vue des discours ». Dans Balslev, Kristine et al. (coord.). *La part du langage : pratiques professionnelles en formation*. Paris : L'Harmattan (Action et savoir). 9-30.
- Baude, Olivier (coord.). 2006. *Corpus oraux. Guide des bonnes pratiques*. Orléans/Paris : Presses Universitaires d'Orléans/CNRS Éditions.

- Baude, Olivier. 2018. « Des corpus oraux aux humanités numériques : aller et retour ». Intervention lors du Colloque *50 ans de linguistique sur corpus oraux. Apports à l'étude de la variation*. 15-17 novembre 2018. Orléans : Laboratoire Ligérien de Linguistique/Université d'Orléans.
- Baudry, Robinson et Juchs, Jean-Philippe. 2007. « Définir l'identité ». Dans *Hypothèses*. Vol. 10. N°1. 155-167.
- Beckers, Jacqueline et De Lièvre, Bruno. 2010. *Dynamiser l'insertion professionnelle des enseignants débutants du secondaire*. En ligne : [http://www.enseignement.be/download.php?do\\_id=8042&do\\_check=](http://www.enseignement.be/download.php?do_id=8042&do_check=) (page consultée le 24 novembre 2020).
- Beckers, Jacqueline, François, Nathalie et Noël, Stéphanie. 2015. « Les entretiens de réflexion sur la planification et leurs effets sur de futurs enseignants ». Dans Balslev, Kristine et al. (coord.). *La part du langage : pratiques professionnelles en formation*. Paris : L'Harmattan (Action et savoir). 187-220.
- Bétrémieux, Pierre. 2010. « Les figures de la vulnérabilité ». Dans Hirsch, Emmanuel (sous la dir. de). *Traité de bioéthique*. Vol. 1. Paris : Érès. (Espace éthique). 174-188.
- Blanche-Benveniste, Claire. 2005. « L'étude grammaticale des corpus de langue parlée en français ». Dans Williams, Geoffrey (sous la dir. de). *La linguistique de corpus*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes (Rivages linguistiques). 47-66.
- Blanche-Benveniste, Claire. 2010. *Approches de la langue parlée en français*. Paris : Ophrys (L'Essentiel français).
- Blanchet, Philippe. 2012. 2<sup>e</sup> éd. *La linguistique de terrain. Méthode et théorie. Une approche ethnosociolinguistique de la complexité*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes (Didact Linguistique).
- Blommaert, Jan et Jie, Dong. 2010. *Ethnographic fieldwork. A beginner's guide*. Bristol/Buffalo/Toronto : Multilingual Matters.
- Boltanski, Luc et Thévenot, Laurent. 1991. *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris : Gallimard.
- Borel, Stéphane. 2004. « Collision de lexiques experts et ordinaires en milieu institutionnel hospitalier : quelle médiation par quelles stratégies discursives ? Une approche interactionniste autour de l'expertise du patient ». Dans *Cahiers de l'ILSL*. N°16. 33-60.
- Borzeix, Anni et Fraenkel, Béatrice (coord.). 2001. *Langage et Travail. Communication, cognition, action*. Paris : CNRS Éditions (CNRS Communication).
- Botbol Baum, Mylène. 2016. « Chapitre 1. Pour sortir de la réification de la vulnérabilité, penser la vulnérabilité du sujet comme capacité ». Dans *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*. Vol. 27. N°3. 13-34.
- Bourdieu, Pierre. 1982. *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*. Paris : Fayard.
- Bourdieu, Pierre. 2003. « L'objectivation participante ». Dans *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 150. 43-58.
- Boutet, Josiane (sous la dir. de). 1995. *Paroles au travail*. Paris : L'Harmattan (Langage & travail).
- Boutet, Josiane. 2001. « La part langagière du travail : bilan et évolution ». Dans *Langage et société*. N°98. 17-42.

- Boutet, Josiane et Heller, Monica. 2007. « Enjeux sociaux de la sociolinguistique : pour une sociolinguistique critique ». Dans *Langage et société*. N°121-122. 305-318.
- Bretegnier, Aude. 2009a. « La recherche-intervention sociolinguistique : un champ à construire et à légitimer ». Dans *Carnets d'Atelier de Sociolinguistique*. N°3. En ligne. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01517831> (page consultée le 8 décembre 2020).
- Bretegnier, Aude. 2009b. « Sociolinguistique alter réflexive. Du rapport au terrain à la posture du chercheur ». Dans *Cahiers de sociolinguistique*. N°14. 27-42.
- Bretegnier, Aude. 2020. « Le mépris en sociolinguistique : exploration qualitative ». Dans *Lidil*. N°61. En ligne : <https://journals.openedition.org/lidil/7811> (page consultée le 2 juin 2020).
- Breviglieri, Marc. 2008. « Le “corps empêché” de l’usager (mutisme, fièvre, épuisement). Aux limites d’une politique du consentement informé dans le travail social ». Dans Payet, Jean-Paul, Giuliani, Frédérique et Laforgue, Denis (sous la dir. de). *La voix des acteurs faibles. De l’indignité à la reconnaissance*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes (Le Sens Social). 215-229.
- Bronckart, Jean-Paul. 2004. « Première partie. Pourquoi et comment analyser l’agir verbal et non verbal en situation de travail ». Dans *Cahiers de la section des sciences de l’éducation*. N°103. 11-146.
- Bulea, Ecaterina. 2011. « Compétence langagière et compétence professionnelle : éléments pour une approche intégrée ». Dans *Bulletin suisse de linguistique appliquée*. N°93. 69-84.
- Bulea, Ecaterina et Bronckart, Jean-Paul. 2006. « La saisie des compétences dans l’interprétation de l’activité de travail ». Dans *Bulletin suisse de linguistique appliquée*. N°84. 143-171.
- Bulot, Thierry et Blanchet, Philippe. 2013. *Une introduction à la sociolinguistique pour l’étude des dynamiques de la langue française dans le monde*. Paris : Éditions des archives contemporaines.
- Burawoy, Michael. 2003. « L’étude de cas élargie. Une approche réflexive, historique et comparée de l’enquête de terrain ». Dans Cefaï, Daniel (sous la dir. de). *L’enquête de terrain*. Paris : Éditions La Découverte/MAUSS (Recherches). 425-464.
- Burger, Marcel. 1994. « (Dé)construction de l’identité dans l’interaction verbale : aspects de la réussite énonciative de l’identité ». Dans *Cahiers de linguistique française*. N°15. 249-274.
- Burger, Marcel. 1995. « L’identité négociée : “rapports de place(s)” dans un entretien télédiffusé ». Dans *Cahiers de linguistique française*. N°17. 9-33.
- Burger, Marcel. 2004. « La gestion des activités : pratiques sociales, rôles interactionnels et actes de discours ». Dans *Cahiers de linguistique française*. N°26. 177-196.
- Burnay, Nathalie. 2009. « Transmissions plurielles dans un monde en mutation ». Dans Burnay, Nathalie et Klein, Annabelle (éd.). *Figures contemporaines de la transmission*. Namur : Presses Universitaires de Namur (Transhumances IX). 12-21.
- Butler, Judith. 2004. *Le pouvoir des mots. Discours de haine et politique du performatif*. Trad. de l’anglais par C. Nordmann. Paris : Éditions Amsterdam.
- Cappeau, Paul. 2010. « Qu’est-ce qu’un bon exemple (oral) ? ». Dans *Travaux linguistiques du CerLiCO*. N°23. 119-132.
- Cappeau, Paul, Chuquet, Hélène et Valetopoulos, Freiderikos. 2010. « Préface ». Dans *Travaux linguistiques du CerLiCO*. N°23. 9-12.

Cappeau, Paul et Gadet, Françoise. 2007. « L'exploitation sociolinguistique des grands corpus. Maître-mot et pierre philosophale ». Dans *Revue française de linguistique appliquée*. Vol. 12. N°1. 99-110.

Carcassonne, Marie et Glady, Marc. 2006. « Chapitre 12 : Langage, travail et organisation ». Dans Alter, Norbert (sous la dir. de). *Sociologie du monde du travail*. Paris : Presses Universitaires de France (Quadrige. Manuels). 209-226.

Carcassonne, Marie et Servel, Laurence. 2009. « Formation à la conduite routière : approche socio-langagière des leçons de conduite ». Dans *Bulletin suisse de linguistique appliquée*. N°90. 17-35.

Cefaï, Daniel et Gardella, Édouard. 2011. *L'urgence sociale en action. Ethnographie du Samusocial de Paris*. Paris : La Découverte (Bibliothèque du Mauss).

Chaliès, Sébastien. 2016. « Tutorat et construction des compétences professionnelles par les enseignants stagiaires. Propositions théoriques et illustrations empiriques ». Dans *Recherche et formation*. N°83. 33-48.

Charaudeau, Patrick. 2000. « Une problématisation discursive de l'émotion. À propos des effets de pathémisation ». Dans Plantin, Christian, Doury, Marianne et Traverso, Véronique. *Les émotions dans les interactions*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon (Éthologie et psychologie des communications). 125-155.

Charaudeau, Patrick. 2017. « D'un différend sur les observables à une différence de traitement des observables ». Dans *Le discours et la langue. Revue de linguistique française et d'analyse du discours*. Vol. 9. N°2. 191-200.

Charaudeau, Patrick. 2019. « Les possibles raisons de l'invisibilité de la linguistique dans les sciences humaines et sociales ». Intervention lors de la *Journée d'étude Linguistique générale 101*. 3 mai 2019. Namur : NaLTT/Université de Namur.

Chaudet, Vincent. 2020. « Parler et penser en équipe l'admission et l'accompagnement éducatif d'enfants placés au regard de leur situation extrême ». Dans *Éducation et socialisation. Les cahiers du CERFEE*. En ligne : <https://journals.openedition.org/edso/12433> (page consultée le 27 octobre 2020).

Chrétien, Fanny et Métral, Jean-François. 2016. « Potentiel de transmission professionnelle et configurations de tutorat en situation de travail. Une illustration dans le secteur agricole ». Dans *Recherche et formation*. N°83. 49-68.

Clot, Yves. 1999. *La fonction psychologique du travail*. Paris : Presses Universitaires de France.

Coenen-Huther, Jacques. 1995. *Observation participante et théorie sociologique*. Paris : L'Harmattan (Logiques sociales). 119-144.

Collonval, Sophie. 2016. « "Négociations" des échanges linguistiques par des professionnels sur leur lieu de travail. Enquête en milieu hospitalier belge francophone ». Intervention lors du colloque *VALS-ASLA 2016. Processus de différenciation : des pratiques langagières à leur interprétation*. 20-22 janvier 2016. Genève : Université de Genève.

Conrad, Joseph. 1914. *The nigger of the Narcissus*. En ligne : <http://www.gutenberg.org/files/17731/17731-h/17731-h.htm> (page consultée le 13 décembre 2020).

Cosnier, Jacques. 1993. « Les interactions en milieu soignant ». Dans Cosnier, Jacques, Grosjean, Michèle et Lacoste, Michèle (sous la dir. de). *Soins et communication. Approches*

- interactionnistes des relations de soins*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon (Éthologie et Psychologie des communications). 17-32.
- Cosnier, Jacques, Grosjean, Michèle et Lacoste, Michèle. 1993. « Présentation ». Dans Cosnier, Jacques, Grosjean, Michèle et Lacoste, Michèle (sous la dir. de). *Soins et communication. Approches interactionnistes des relations de soins*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon (Éthologie et Psychologie des communications). 7-16.
- Coste, Daniel, de Pietro, Jean-François et Moore, Danièle. 2012. « Hymes et le palimpseste de la compétence de communication. Tours, détours et retours en didactique des langues ». Dans *Langage et société*. N°139. 103-123.
- Coulon, Alain. 1996. 4<sup>e</sup> éd. *L'ethnométhodologie*. Paris : Presses Universitaires de France (Que sais-je ?, 2393).
- Coulon, Alain. 1997. *Le métier d'étudiant. L'entrée dans la vie universitaire*. Paris : Presses Universitaires de France (Politique d'aujourd'hui).
- Cox, Antoon. 2019. « (Non-)communication lors de consultations multilingues aux urgences. Causes, problèmes, remèdes ». Intervention dans le Cycle de conférences 2019 de l'Institut NaLTT. 29 avril 2019. Namur : Université de Namur.
- Creuzé, Alix. 2010. « Former les tuteurs à distance. L'expérience de l'Institut français de Madrid ». Dans *Distances et savoirs*. Vol. 8. N°3. 447-461.
- Darquennes, Jeroen, Salmons, Joe et Vandenbussche, Wim. 2019. « Language contact research : scope, trends, and possible future directions ». Dans Darquennes, Jeroen, Salmons, Joe et Vandenbussche, Wim (éd.). *Language contact. An international handbook*. Berlin/Boston : De Gruyter Mouton. 1-12.
- Daucourt, Valentin. 2001. « Une histoire de la médecine. Le Serment d'Hippocrate ». En ligne : <http://www.homeoint.org/articles/daucourt/hyppocrate.htm> (page consultée le 31 mai 2018).
- Dejours, Christophe. 2010. « La clinique du travail entre vulnérabilité et domination ». Dans Clot, Yves et Lhuillier, Dominique (sous la dir. de). *Travail et santé. Ouvertures cliniques*. Toulouse : Érès (Clinique du travail). 125-144.
- Dejours, Christophe. 2016. *Situations du travail*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Delavigne, Valérie. 2020. « De l'(in)constance du métalinguistique dans un corpus de vulgarisation médicale ». Dans *CORELA*. N°Hors-Série 31. En ligne : <https://journals.openedition.org/corela/11031> (page consultée le 26 février 2021).
- Delbos, Geneviève et Jorion, Paul. 1990. 2<sup>e</sup> éd. *La transmission des savoirs*. Paris : Éditions de la Maison des sciences de l'homme (Ethnologie de la France).
- De Man, Thérèse. 2008. « Le cadre législatif et juridique du secret professionnel : applications et exceptions ». Dans *Le secret professionnel dans les pratiques psycho-médico-sociales. Actes de la journée de formation organisée par La Ligue des droits de l'Homme asbl, le mardi 11 décembre 2007 à Bruxelles*. En ligne : [http://www.liguedh.be/wp-content/uploads/2008/01/actes\\_secret\\_pro\\_72430\\_malo.pdf](http://www.liguedh.be/wp-content/uploads/2008/01/actes_secret_pro_72430_malo.pdf) (page consultée le 31 mai 2018).
- de Nuchèze, Violaine et Colletta, Jean-Marc. 2002. *Guide terminologique pour l'analyse du discours. Lexique des approches pragmatiques du langage*. Bern : Peter Lang (Sciences pour la communication).
- Dépelteau, François. 2010. *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*. Bruxelles : De Boeck (Méthodes en sciences humaines).

De Pietro, Jean-François et al. 2011. « Les compétences langagières dans la formation et dans la vie professionnelle – Transitions et transformations. Introduction ». Dans *Bulletin suisse de linguistique appliquée*. N°94. 1-12.

De Prada Pérez, Ana. 2019. « Theoretical implications of research on bilingual subject production. The vulnerability hypothesis ». Dans *The international journal of bilingualism*. Vol. 23. N°2. 670-694.

Deprit, Agnès et al. 2019. « Accompagner l'enseignant débutant. Identifier les tâches spécifiques de l'enseignant débutant et moduler l'accompagnement en fonction de ses besoins ». Dans *Éducation et formation*. N°315. 47-64. En ligne : [https://www.researchgate.net/publication/338585302\\_Accompagner\\_l'enseignant\\_debutant\\_Identifier\\_les\\_taches\\_specifiques\\_de\\_l'enseignant\\_debutant\\_et\\_moduler\\_l'accompagnement\\_en\\_fonction\\_de\\_ses\\_besoins](https://www.researchgate.net/publication/338585302_Accompagner_l'enseignant_debutant_Identifier_les_taches_specifiques_de_l'enseignant_debutant_et_moduler_l'accompagnement_en_fonction_de_ses_besoins) (page consultée le 10 décembre 2020).

Derèze, Gérard. 2009. *Méthodes empiriques de recherche en communication*. Bruxelles : De Boeck (Info & Com).

de Saint-Exupéry, Antoine. 1946. *Le petit prince*. Paris : Gallimard.

de Saint-Georges, Ingrid. 2008. « Les trajectoires situées d'apprentissage ». Dans Filliettaz, Laurent, de Saint-Georges, Ingrid et Duc, Barbara. « *Vos mains sont intelligentes !* » *Interactions en formation professionnelle initiale*. Genève : Université de Genève-Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation (Cahiers de la Section des sciences de l'éducation. Pratiques et théorie, 117). 159-194.

Desfontaines, Hélène. 2019. « Le “sens marin”. Comment devient-on marin-pêcheur ? ». Dans *Revue des sciences sociales*. N°62. 42-49.

de Singly, François (sous la dir. de). 1998. *L'enquête ethnologique de terrain*. Paris : Nathan Université (Sciences sociales, 128).

de Singly, François (sous la dir. de). 2015. 2<sup>e</sup> éd. *La description ethnographique*. Paris : Armand Colin (Tout le savoir, 128).

Doat, David et Rizzerio, Laura. 2020. « Introduction ». Dans Doat, David et Rizzerio, Laura (sous la dir. de). *Accueillir la vulnérabilité. Approches pratiques et questions philosophiques*. Toulouse : Érès Éditions (Espace éthique). 7-30.

D'Onofrio, Adreina, Gajo, Laurent et Molina, Maria Eugenia. 2004. « Langage et contexte : effets de construction dans divers services hospitaliers ». Dans *Cahiers de l'ILSL*. N°16. 7-32.

Droz, Yvan. 2012. « Quelques réflexions anthropologiques sur la transmission ». Dans Jacques-Jouvenot, Dominique et Vieille Marchiset, Gilles (sous la dir. de). *Socio-anthropologie de la transmission*. Paris : L'Harmattan (Logiques sociales). 73-88.

Dubois, Jacques, Durand, Pascal et Winkin, Yves. 2013. « Aspects du symbolique dans la sociologie de Pierre Bourdieu ». Dans *Contextes*. En ligne : <http://journals.openedition.org/contextes/5661> (page consultée le 13 juin 2020).

Duc, Barbara. 2008. « “Tu veux essayer ?” Trajectoire de participation et trajectoire identitaire d'un apprenant dans le travail en entreprise ». Dans Filliettaz, Laurent, de Saint-Georges, Ingrid et Duc, Barbara. « *Vos mains sont intelligentes !* » *Interactions en formation professionnelle initiale*. Genève : Université de Genève-Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation (Cahiers de la Section des sciences de l'éducation. Pratiques et théorie, 117). 241-308.

Duc, Barbara. 2012. *La transition de l'école au monde du travail. Une analyse interactionnelle et longitudinale des phénomènes de participation et de construction identitaire en formation professionnelle initiale*. Genève : Université de Genève. Thèse de doctorat.

- Duc, Barbara. 2016. « Quand les interactions en formation renforcent les inégalités ». Dans *Formation emploi*. N°133. 177-197.
- Duc, Barbara. 2017. « La place des apprentis dans les activités productives de l'entreprise formatrice : modalités de participation et apprentissages ». Dans *Recherche et formation*. N°84. 49-64.
- Duc, Barbara et de Saint-Georges, Ingrid. 2009. « Développer l'autonomie dans un dispositif de formation initiale : les ressources de l'interaction ». Dans *Bulletin suisse de linguistique appliquée*. N°90. 99-124.
- Dumonteil, Julie. 2020. « Autistes : entre situations de vulnérabilité et pouvoir d'agir ? ». Dans *Éducation et socialisation*. N°57. En ligne : <http://journals.openedition.org/edso/12673> (page consultée le 27 octobre 2020).
- Dupuy, Raymond et Le Blanc, Alexis. 2001. « Enjeux axiologiques et activités de personnalisation dans les transitions professionnelles ». Dans *Connexions*. N°76. 61-79.
- Durand, Isabelle, Trébert, Dominique et Filliettaz, Laurent. 2015. « Offres et prises de places : l'accomplissement des configurations de participation à l'interaction tutorale ». Dans Balslev, Kristine et al. (coord.). *La part du langage : pratiques professionnelles en formation*. Paris : L'Harmattan (Action et savoir). 31-60.
- Ennuyer, Bernard. 2017. « La vulnérabilité en question ». Dans *Ethics, Medicine and Public Health*. N°3. 365-373.
- Équipe DELIC. 2004. « Présentation du corpus de référence du français parlé ». Dans *Autour du corpus de référence du français parlé*. Aix-en-Provence : Publications de l'Université de Provence (Recherches sur le français parlé, 18). 11-42.
- Equoy-Hutin, Séverine et Mariani-Rousset, Sophie. 2016. « Sur les traces du secret : enquête sur la relation de soin et d'accompagnement de l'addiction ». Dans *Interrogations ? Revue pluridisciplinaire de sciences humaines et sociales*. N°22. En ligne : <http://www.revue-interrogations.org/Sur-les-traces-du-secret-enquete> (page consultée le 5 juillet 2016).
- Étienne, Dany. 2012. « De la compétence communicative vers la compétence informationnelle. Ouverture et opportunité... ». Dans Carlier, Ghislain et al. (sous la dir. de). *Progression et transversalité. Comment (mieux) articuler les apprentissages dans les disciplines scolaires ?* Louvain-la-Neuve : Presses Universitaires de Louvain (Recherche en formation des enseignants et en didactique). 133-140.
- Faïta, Daniel. 2010. « Subjectivité et travail. Soi, l'activité, les autres, dans la parole des personnes en situation précaire ». Dans Clot, Yves et Lhuilier, Dominique (sous la dir. de). *Travail et santé. Ouvertures cliniques*. Toulouse : Érès (Clinique du travail). 79-99.
- Fédération Wallonie-Bruxelles. 2015. *Accueillir les enseignants débutants*. En ligne : [www.enseignement.be/index.php?page=27524](http://www.enseignement.be/index.php?page=27524) (page consultée le 9 décembre 2020).
- Fernagu, Solveig. 2017. « Le développement des compétences des formateurs de la police nationale : une évaluation à partir de l'approche par les capacités ». Dans *Recherche et formation*. N°84. 83-100.
- Fiasse Gaëlle. 2015. *Amour et fragilité. Regards philosophiques au cœur de l'humain*. Laval/Paris : Presses Universitaires de Laval/Éditions Hermann (Kairos. Série Essais).
- Filliettaz, Laurent. 2008a. « Apprendre dans l'(inter)action ». Dans Filliettaz, Laurent, de Saint-Georges, Ingrid et Duc, Barbara. « Vos mains sont intelligentes ! » *Interactions en formation professionnelle initiale*. Genève : Université de Genève-Faculté de psychologie et des sciences

de l'éducation (Cahiers de la Section des sciences de l'éducation. Pratiques et théorie, 117). 43-70.

Filliettaz, Laurent. 2008b. « Introduction ». Dans Filliettaz, Laurent, de Saint-Georges, Ingrid et Duc, Barbara. « *Vos mains sont intelligentes !* » *Interactions en formation professionnelle initiale*. Genève : Université de Genève-Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation (Cahiers de la Section des sciences de l'éducation. Pratiques et théorie, 117). 5-11.

Filliettaz, Laurent. 2009a. « Introduction. La linguistique appliquée face aux réalités de la formation professionnelle ». Dans *Bulletin suisse de linguistique appliquée*. N°90. 1-15.

Filliettaz, Laurent. 2009b. « Les dynamiques interactionnelles de l'accompagnement en formation professionnelle initiale : le cas de l'apprentissage sur la place de travail ». Dans *Bulletin suisse de linguistique appliquée*. N°90. 37-58.

Filliettaz, Laurent. 2017. « L'invisible activité des tuteurs au prisme de l'analyse interactionnelle ». Dans *Bulletin suisse de linguistique appliquée*. N°spécial. 129-139.

Filliettaz, Laurent et de Saint-Georges, Ingrid. 2006. « La mise en discours du temps en situation de formation professionnelle initiale : le cas du trempage de l'acier ». Dans *Bulletin suisse de linguistique appliquée*. N°84. 121-141.

Filliettaz, Laurent, de Saint-Georges, Ingrid et Duc, Barbara. 2008. « *Vos mains sont intelligentes !* » *Interactions en formation professionnelle initiale*. Genève : Université de Genève-Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation (Cahiers de la Section des sciences de l'éducation. Pratiques et théorie, 117).

Filliettaz, Laurent et Durand, Isabelle. 2016. « L'activité de conception des tuteurs comme modalisation de l'expérience du travail : le cas de la formation des techniciens en radiologie médicale ». Dans *Les sciences de l'éducation – Pour l'ère nouvelle*. N°49. 83-109.

Filliettaz, Laurent et Lambert, Patricia. 2019a. « La formation professionnelle, un point aveugle de la linguistique sociale ? ». Dans *Langage et société*. N°168. 15-47.

Filliettaz, Laurent et Lambert, Patricia. 2019b. « Présentation ». Dans *Langage et société*. N°168. 9-13.

Filliettaz, Laurent et Trébert, Dominique. 2016. « Coanalyse des interactions tutorales et communication en contexte de formation professionnelle des éducatrices de l'enfance : regards croisés sur la fonction de référente professionnelle ». Dans *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*. N°18. 85-102.

Filliettaz, Laurent et Vinatier, Isabelle. 2015. « Conclusion. Que nous apprennent les discours ? ». Dans Balslev, Kristine et al. (coord.). *La part du langage : pratiques professionnelles en formation*. Paris : L'Harmattan (Action et savoir). 315-339.

Flahault, François. 1978. *La parole intermédiaire*. Paris : Seuil.

Flores-Lonjou, Magalie. 2019. « La vulnérabilité des femmes en politique : pistes cinématographiques ». Dans *Les Cahiers de la Justice*. N°4. 705-715.

Fourez, Gérard (sous la dir. de). 2006. *Des compétences négligées par l'école. Les raconter pour les enseigner*. Charleroi/Lyon : Couleurs livres/Chronique sociale.

Fracchiolla, Béatrice et al. (sous la dir. de). 2013. *Violences verbales. Analyses, enjeux et perspectives*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes (Des sociétés).

Francard, Michel. 1997. « Légitimité linguistique ». Dans Moreau, Marie-Louise (coord.). *Sociolinguistique. Les concepts de base*. Sprimont : Pierre Mardaga (Psychologie et sciences humaines, 218). 201-202.

- Gadet, Françoise. 2018. « 50 ans (et plus) de corpus en ville ». Intervention lors du colloque *50 ans de linguistique sur corpus oraux. Apports à l'étude de la variation*. 15-17 novembre 2018. Orléans : Laboratoire Ligérien de Linguistique/Université d'Orléans.
- Gadet, Françoise et Wachs, Sandrine. 2015. « Comparer des données de corpus. Évidence, illusion ou construction ». Dans *Langage et société*. N°154. 33-49.
- Gajo, Laurent. 2004. « Introduction ». Dans *Cahiers de l'ILSL*. N°16. 1-6.
- Gajo, Laurent et Mondada, Lorenza. 2001. « Introduction générale ». Dans *Bulletin suisse de linguistique appliquée*. N°74. 7-8.
- Garric, Nathalie et Légise, Isabelle. 2005. « La place du corpus, de l'analyste, du logiciel : exemple d'une analyse de discours patronal à deux voix ». Dans Williams, Geoffrey (sous la dir. de). *La linguistique de corpus*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes (Rivages linguistiques). 101-114.
- Gaudin, François. 2017. « Les données sont-elles données ? ». Intervention lors du *Colloque Jeunes Chercheurs – DyLis 2017*. 23-24 novembre 2017. Rouen : DyLis/Université de Rouen.
- Ghliiss, Yosra, Paveau, Marie-Anne et Ruchon, Catherine. 2020. « Dynamiques discursives de la vulnérabilité. Introduction ». Dans *Signes, Discours et Sociétés*. N°20. En ligne : <http://revue-signes.gsu.edu.tr/article/-Lr3oahTvWJJfhvAgfCW> (page consultée le 2 juin 2020).
- Girard, Lucile. 2019. « D'infirmière “en général” à infirmière “en particulier”. La fabrication des futures professionnelles ». Dans *Revue des sciences sociales*. N°62. 60-69.
- Girard, Lucile et Schepens, Florent. 2012. « Savoir et être ou comment devient-on un professionnel ? ». Dans Jacques-Jouvenot, Dominique et Vieille Marchiset, Gilles (sous la dir. de). *Socio-anthropologie de la transmission*. Paris : L'Harmattan (Logiques sociales). 113-127.
- Givron, Hélène. En cours. *Apprentissage de la communication thérapeutique en santé : analyse de ses antécédents et de ses conséquences via une approche quantitative et qualitative*. Namur : Université de Namur. Thèse de doctorat.
- Goffman, Erving. 1973a. *La mise en scène de la vie quotidienne*. Vol. 1. Paris : Minuit (Le sens commun).
- Goffman, Erving. 1973b. *La mise en scène de la vie quotidienne*. Vol. 2. Paris : Minuit (Le sens commun).
- Goffman, Erving. 1974. *Les rites d'interaction*. Paris : Minuit (Le sens commun).
- Goffman, Erving. 1987. *Façons de parler*. Paris : Minuit (Le sens commun).
- Goffman, Erving. 1991. *Les cadres de l'expérience*. Paris : Minuit (Le Sens commun).
- González-Martínez, Esther. 2014. « Être par l'action. Production d'un entretien d'enquête sociale et de ses participants ». Dans Greco, Luca, Mondada, Lorenza et Renaud, Patrick (éd.). *Identités en interaction*. Limoges : Lambert-Lucas. 157-177.
- González-Monteagudo, José. 2016. « Transitions et transformations des étudiants internationaux en contextes de mobilité académique ». Dans *Pensée plurielle*. N°41. 111-122.
- Greco, Luca et Mondada, Lorenza. 2014. « Introduction. Identités en interaction : une approche multidimensionnelle ». Dans Greco, Luca, Mondada, Lorenza et Renaud, Patrick (éd.). *Identités en interaction*. Limoges : Lambert-Lucas. 7-25.
- Grosjean, Michèle. 2001. « De la parole plurielle au polylogue effectif. Les relèves inter-équipes à l'hôpital ». Dans *Bulletin suisse de linguistique appliquée*. N°74. 57-81.

- Grosjean, Michèle et Lacoste, Michèle. 1999. *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris : Presses Universitaires de France (Le travail humain).
- Guigon, Sylvie et Jacques-Jouvenot, Dominique. 2019. « Être désigné et faire sa place en politique ». Dans *Revue des sciences sociales*. N°62. 52-59.
- Guilhaumou, Jacques. 2004. « Un récit construit ensemble. Analyse de discours ». Dans Mésini, Béatrice, Pelen, Jean-Noël et Guilhaumou, Jacques. *Résistances à l'exclusion. Récits de soi et du monde*. Aix-en-Provence : Publications de l'Université de Provence (Monde contemporain). 269-302.
- Gumperz, John J. 1989a. *Engager la conversation. Introduction à la sociolinguistique interactionnelle*. Paris : Minuit (Le sens commun).
- Gumperz, John J. 1989b. *Sociolinguistique interactionnelle. Une approche interprétative*. Saint-Denis/Paris : Université de la Réunion/L'Harmattan.
- Habermas, Jürgen. 1987. *Théorie de l'agir communicationnel*. Paris : Fayard (L'espace du politique).
- Hambye, Philippe. 2015. « L'ethnographie comme méthode d'enquête sociolinguistique : "faire preuve" à partir d'un cas singulier ». Dans *Langage et société*. N°154. 83-97.
- Heller, Monica. 2008. « Préface. La violence verbale et l'ordre social ». Dans Moïse, Claudine et al. (sous la dir. de). *La violence verbale*. Vol. 1. Paris : L'Harmattan (Espaces discursifs). 5-8.
- Honneth, Axel. 2007. *La lutte pour la reconnaissance*. Trad. de l'allemand par P. Rusch. Paris : Les Éditions du Cerf (Passages).
- Honneth, Axel. 2008. *La société du mépris. Vers une nouvelle théorie critique*. Trad. de l'allemand par O. Voirol, P. Rusch et A. Dupeyrix. Paris : La Découverte (Armillaire).
- Hriba, Linda et al. (2018). « La transcription, entre données primaires et données secondaires – l'empreinte du transcripateur en question ». Intervention lors du colloque *50 ans de linguistique sur corpus oraux. Apports à l'étude de la variation*. 15-17 novembre 2018. Orléans : Laboratoire Ligérien de Linguistique/Université d'Orléans.
- Humbeeck, Bruno. 2017. *Leçons d'humour. Rire pour rebondir. L'humour comme instrument du vivre ensemble*. Wavre : Éditions Mols (Être et conscience).
- Hunyadi, Mark. 2003. « La justice distributive au miroir de la reconnaissance ». Dans Hunyadi, Mark et Giugni Marco (coord.). *Sphères d'exclusion*. Paris : L'Harmattan. 23-60.
- Husson, Anne-Charlotte. 2017. « Éthique langagière féministe et travail du care dans le discours. La pratique du *Trigger warning* ». Dans *Langage et société*. N°159. 41-61.
- Hymes, Dell. 1974. *Foundations in Sociolinguistics. An Ethnographic Approach*. London : Tavistock Publications.
- Hymes, Dell. 1980. « Modèles pour l'interaction du langage et de la vie sociale ». Dans *Éla. Études de linguistique appliquée*. N°37. 127-153.
- Jacobsen, Ushma C. 2015. « Cosmopolitan sensitivities, vulnerability, and global englishes ». Dans *Language and intercultural communication*. Vol. 15. N°4. 459-474.
- Jacques, Marie-Paule. 2005. « Pourquoi une linguistique de corpus ». Dans Williams, Geoffrey (sous la dir. de). *La linguistique de corpus*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes (Rivages linguistiques). 21-30.
- Jacques-Jouvenot, Dominique. 2012. « Préface. Socio-anthropologie de la transmission. Des études de cas en question ». Dans Jacques-Jouvenot, Dominique et Vieille Marchiset, Gilles

(sous la dir. de). *Socio-anthropologie de la transmission*. Paris : L'Harmattan (Logiques sociales). 7-28.

Jacques-Jouvenot, Dominique et Schepens, Florent. 2009. « La transmission des savoirs professionnels : enjeux méthodologiques et théoriques ». Dans Burnay, Nathalie et Klein, Annabelle (éd.). *Figures contemporaines de la transmission*. Namur : Presses Universitaires de Namur (Transhumances IX). 333-345.

Jacques-Jouvenot, Dominique et Schepens, Florent. 2019. « Transmettre des places. Introduction ». Dans *Revue des sciences sociales*. N°62. 6-9.

Jonnaert, Philippe. 2002. *Compétences et socioconstructivisme. Un cadre théorique*. Bruxelles : De Boeck et Larcier (Perspectives en éducation et formation).

Kaiser, Wolfgang. 2004. « Pratiques du secret ». Dans *Rives méditerranéennes*. N°17. En ligne : <https://journals.openedition.org/rives/535> (page consultée le 31 mai 2018).

Karsenti, Anne-Frédérique. 2006. *Étude exploratoire sur les difficultés relatives aux conditions d'embauche perçues par les enseignants débutants de la commissions scolaire Rouyn-Noranda dans le cadre d'un processus d'insertion professionnelle*. s.l. : Université du Québec. Rapport de recherche présenté à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Karsenti, Thierry et Dumouchel, Gabriel. 2010. « Former à la compétence informationnelle : une nécessité pour les enseignants actuels et futurs ». Dans Boisvert, Danielle (sous la dir. de). *Le développement de l'intelligence informationnelle : les acteurs, les défis et la quête de sens*. Montréal : Éditions ASTED. 215-240.

Kattan-Farhat, Madeleine. 1993. « Territoires et scénarios de rencontres dans une unité de soin ». Dans Cosnier, Jacques, Grosjean, Michèle et Lacoste, Michèle (sous la dir. de). *Soins et communication. Approches interactionnistes des relations de soins*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon (Éthologie et Psychologie des communications). 179-197.

Keel, Sara. 2017. « “Moi, j’aurais en tout cas pas voulu...” : la participation du patient à la planification de sa sortie d’une clinique de réadaptation ». Dans Mondada, Lorenza et Keel, Sara (sous la dir. de). *Participation et asymétries dans l'interaction institutionnelle*. Paris : L'Harmattan (Cahiers de la Nouvelle Europe. Collection du Centre Interuniversitaire d'Études Hongroises et Finlandaises, 23). 95-128.

Keller, Sandra. 2015. *Noise, distractors and communication during surgeries. Impact on patient outcome and intraoperative team processes*. Neuchâtel : Université de Neuchâtel. Thèse de doctorat.

Kerbrat-Orecchioni, Catherine. 1990. *Les interactions verbales*. Vol. 1. Paris : Armand Colin (Linguistique).

Kerbrat-Orecchioni, Catherine. 1992. *Les interactions verbales*. Vol. 2. Paris : Armand Colin (Linguistique).

Kerbrat-Orecchioni, Catherine. 1995. « La construction de la relation interpersonnelle : quelques remarques sur cette dimension du dialogue ». Dans *Cahiers de linguistique française*. N°16. 69-88.

Kerbrat-Orecchioni, Catherine. 1996. *La conversation*. Paris : Seuil (Mémo).

Kerbrat-Orecchioni, Catherine. 2004. « Négocier dans les petits commerces ». Dans *Négociations*. N°2. 7-22.

Kerbrat-Orecchioni, Catherine. 2005. *Les discours en interaction*. Paris : Armand Colin (U - Lettres - linguistique).

- Kerbrat-Orecchioni, Catherine. 2010. *S'adresser à autrui. Les formes nominales d'adresse en français*. Chambéry : Université de Savoie.
- Kerbrat-Orecchioni, Catherine. 2017. « “Observable” et “observer” en sciences du langage ». Dans *Le discours et la langue. Revue de linguistique française et d'analyse du discours*. Vol. 9. N°2. 21-34.
- Kunégel, Patrick. 2005. « L'apprentissage en entreprise : l'activité de médiation des tuteurs ». Dans *Éducation permanente*. N°165. 127-138.
- Kunégel, Patrick. 2011. *Les maitres d'apprentissage. Analyse des pratiques tutorales en situation de travail*. Paris : L'Harmattan (Action & Savoir).
- Labounoux, Gérard. 2006. « Chapitre 2 – Psychologie et organisations ». Dans Alter, Norbert (sous la dir. de). *Sociologie du monde du travail*. Paris : Presses Universitaires de France (Quadrige. Manuels). 25-42.
- Labov, William. 1976. *Sociolinguistique*. Trad. de l'anglais par A. Kihm. Paris : Minuit (Le sens commun).
- Lacoste, Michèle. 1992. « Apprentissage en collectif ». Dans *Langage & Travail*. N°3. 24-30.
- Lacoste, Michèle. 1993. « Langage et interaction : le cas de la consultation médicale ». Dans Cosnier, Jacques, Grosjean, Michèle et Lacoste, Michèle (sous la dir. de). *Soins et communication. Approches interactionnistes des relations de soins*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon (Éthologie et Psychologie des communications). 33-64.
- Lacoste, Michèle. 1994. « Langage et travail : quelques perspectives ». Dans *Sociologie du travail*. Hors série. 45-56.
- Lacoste, Michèle. 2001. « Chapitre 13. Quand communiquer c'est coordonner. Communication à l'hôpital et coordination des équipes ». Dans Borzeix, Anni et Fraenkel, Béatrice (coord.). *Langage et Travail. Communication, cognition, action*. Paris : CNRS Éditions (CNRS Communication). 323-342.
- Lafont, Pascal, Foucart, Jean et Pariat, Marcel. 2016. « Éditorial. Transition, transaction et transformation, formes et contours de la coopération ? ». Dans *Pensée plurielle*. N°41. 7-12.
- Laforest, Marty. 2009. « Savoir implicite et formation professionnelle : un point de vue interactionnel sur la maîtrise d'un genre discursif lié à la profession de sage-femme ». Dans *Bulletin suisse de linguistique appliquée*. N°90. 59-74.
- Laforest, Marty et Normand, Ariane. 2015. « La dimension discursive de la transmission du savoir-être dans la relation tutorale ». Dans Balslev, Kristine et al. (coord.). *La part du langage : pratiques professionnelles en formation*. Paris : L'Harmattan (Action et savoir). 93-117.
- Laforest, Marty et Vincent, Diane. 2007. « Émergence et fonction du dévoilement de soi dans l'interaction professionnel/client : parler de soi à sa cliente ». Dans Kerbrat-Orecchioni, Catherine et Traverso, Véronique. *Confidence. Dévoilement de soi dans l'interaction*. Tübingen : Max Niemeyer Verlag (Beiträge zur dialogforschung). 311-324.
- Laforge, Denis. 2008. « Des institutions compréhensives ? Par delà l'intérêt général et domination ». Dans Payet, Jean-Paul, Giuliani, Frédérique et Laforge, Denis (sous la dir. de). *La voix des acteurs faibles. De l'indignité à la reconnaissance*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes (Le Sens social). 165-177.
- Laks, Bernard. 2010. « La linguistique des usages : de l'exemplum au datum ». Dans *Travaux linguistiques du CerLiCO*. N°23. 13-28.
- Lamamra, Nadia et Duc, Barbara. 2013. « Entrée dans le monde du travail : une expérience de la souffrance ». Dans *Revue économique et sociale*. N°2. 65-80.

- Lambert, Dominique. 2013. « Faut-il se libérer de la fragilité ? Questions posées par une robotisation des activités humaines ». Dans Ars, Bernard (sous la dir. de). *Fragilité, dis-nous ta grandeur !* Paris : Éditions du Cerf (Recherches morales). 101-118.
- Lambert, Dominique. 2015. « Les robots, les hommes et la paix. Esquisse d'une évaluation éthique de la robotique contemporaine ». Dans *Revue des Questions Scientifiques*. Vol. 186. N°3. 221-254.
- Lambert, Patricia et Veillard, Laurent. 2017. « L'atelier, les gars et la revue technique. Pratiques et différenciations langagières en lycée professionnel ». Dans *Glottopol. Revue de sociolinguistique*. N°29. 52-89. En ligne : [http://glottopol.univ-rouen.fr/numero\\_29.html](http://glottopol.univ-rouen.fr/numero_29.html) (page consultée le 6 août 2020).
- Lanza, Danièle et al. 2004. « Entre paroles et actions, appréhender la complexité de la coopération en milieu hospitalier ». Dans *Cahiers de l'ILSL*. N°16. 97-129.
- Lave, Jean et Wenger Etienne. 1991. *Situated learning : legitimate peripheral participation*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Lavergne, Lucie. 2020. « Quand dire, c'est défaire. La parole aux vulnérables pour dénoncer et renverser la vulnérabilité, dans l'œuvre poétique de María Castrejón (1974) ». Dans *Signes, Discours et Sociétés*. N°20. En ligne : <http://revue-signes.gsu.edu.tr/article/-LrY-29mXSRMRKTN3jru> (page consultée le 2 juin 2020).
- le Blanc, Guillaume. 2005. « Vulnérabilité sociale et vulnérabilité linguistique (La précarité et le gouvernement des pauvres) ». En ligne : [https://philolarge.hypotheses.org/files/2017/09/23-11-2005\\_Leblanc.pdf](https://philolarge.hypotheses.org/files/2017/09/23-11-2005_Leblanc.pdf).
- le Blanc, Guillaume. 2007. *Vies ordinaires, vies précaires*. Paris : Seuil (La couleur des idées).
- le Blanc, Guillaume. 2011. *Que faire de notre vulnérabilité ?* Montrouge : Bayard (Le temps d'une question).
- Le Lay, Stéphane et Pentimalli, Barbara. 2013. « Enjeux sociologiques d'une analyse de l'humour au travail. Le cas des agents d'accueil et des éboueurs ». Dans *Travailler*. N°29. 141-181.
- Lévy-Leboyer, Claude. 2009. 2<sup>e</sup> éd. *La gestion des compétences. Une démarche essentielle pour la compétitivité des entreprises*. Paris : Eyrolles.
- Lilti, Thomas. 2014. *Hippocrate*. Bande-annonce du film. En ligne : [https://www.allocine.fr/video/player\\_gen\\_cmedia=19546346&cfilm=216480.html](https://www.allocine.fr/video/player_gen_cmedia=19546346&cfilm=216480.html) (page consultée le 12 novembre 2020).
- Linhart, Danièle. 2010. « Subjectivité collective et travail ». Dans Clot, Yves et Lhuilier, Dominique (sous la dir. de). *Travail et santé. Ouvertures cliniques*. Toulouse : Érès (Clinique du travail). 115-124.
- Linton, Ralph. 1986. *Le fondement culturel de la personnalité*. Paris : Dunod.
- Loiseau, Yves. 2003. « Du mode d'adresse dans la relation enseignant-apprenant ». Dans *Éla. Études de linguistique appliquée*. N°132. 415-428.
- Loriol, Marc. 2006. « Chapitre 13 – Ennui, stress et souffrance au travail ». Dans Alter, Norbert (sous la dir. de). *Sociologie du monde du travail*. Paris : Presses Universitaires de France (Quadrige. Manuels). 227-244.
- Lusetti, Michèle. 2011. « Se reconnaître, être reconnu comme professionnel ». Dans *Lidil*. N°43. 117-131.

- Mackey, William F. 1997. « Langue maternelle, langue première, langue seconde, langue étrangère ». Dans Moreau, Marie-Louise (coord.). *Sociolinguistique. Les concepts de base*. Sprimont : Pierre Mardaga (Psychologie et sciences humaines, 218). 183-185.
- Maillard, Nathalie. 2020. « À quoi sert la vulnérabilité ? Enjeux éthiques et politiques d'un concept émergent ». Dans Doat, David et Rizzerio, Laura (sous la dir. de). *Accueillir la vulnérabilité. Approches pratiques et questions philosophiques*. Toulouse : Érès Éditions (Espace éthique). 31-66.
- Markaki, Vassiliki et Mondada, Lorenza. 2009. « Gérer le temps et la participation pendant l'exposé : contributions de l'analyse séquentielle et multimodale à la formation et au conseil de managers ». Dans *Bulletin suisse de linguistique appliquée*. N°90. 75-97.
- Marmoz, Louis. 2001. « L'outil, l'objet et le sujet : les entretiens de recherche, entre le secret et la connaissance ». Dans Marmoz, Louis (sous la dir. de). *L'entretien de recherche dans les sciences sociales et humaines. La place du secret*. Paris : L'Harmattan (Éducatons et Sociétés). 11-68.
- Mathieu, Géraldine et Rommelaere, Claire. 2012. *Le secret professionnel. Petit guide à l'usage du personnel hospitalier*. Namur : Les Éditions namuroises.
- Maumaha Nouné, Rosane et Monzée, Joël. 2009. « Le secret thérapeutique : influences socioculturelles et implications pour les professionnels de la santé ». Dans *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*. Vol. 11. N°2. 147-166. En ligne : <https://journals.openedition.org/ethiquepublique/122> (page consultée le 31 mai 2018).
- Mauss, Marcel. 2002. *Manuel d'ethnographie*. Paris : Payot et Rivages (Petite Bibliothèque Payot).
- Mayen, Patrick. 2002. « Le rôle des autres dans le développement de l'expérience ». Dans *Éducation permanente*. N°151. 87-107.
- Mayen, Patrick. 2017. « L'ignorance et la dépendance, facteurs d'apprentissage dans les interactions de tutelle au travail ». Dans *Recherche et formation*. N°84. 9-23.
- Mazen, Noël-Jean. 1988. *Le secret professionnel des praticiens de la santé*. Paris : Vigot.
- Moïse, Claudine et al. (sous la dir. de). 2008. *La violence verbale*. Vol. 1. Paris : L'Harmattan (Espaces discursifs).
- Moïse, Claudine et Auger, Nathalie. 2008. « Introduction. La violence verbale, d'un projet à un colloque ». Dans Moïse, Claudine et al. (sous la dir. de). *La violence verbale*. Vol. 1. Paris : L'Harmattan (Espaces discursifs). 9-16.
- Moïse, Claudine et Bernard Barbeau, Geneviève. 2020. « Introduction. Le mépris en discours ». Dans *Lidil*. N°61. En ligne : <http://journals.openedition.org/lidil/7264> (page consultée le 2 juin 2020).
- Moïse, Claudine, Meunier, Emmanuel et Romain, Christian. 2015. *La violence verbale dans l'espace de travail. Analyses et solutions*. s.l. : Bréal.
- Mondada, Lorenza. 2001a. « Intervenir à distance dans une opération chirurgicale : l'organisation interactive d'espaces de participation ». Dans *Bulletin suisse de linguistique appliquée*. N°74. 33-56.
- Mondada, Lorenza. 2001b. « Introduction ». Dans *Bulletin suisse de linguistique appliquée*. N°74. 9-11.
- Mondada, Lorenza. 2006. « La compétence comme dimension située et contingente, localement évaluée par les participants ». Dans *Bulletin suisse de linguistique appliquée*. N°84. 83-119.

- Mondada, Lorenza et Keel, Sara. 2017. « Participation et asymétries dans l'interaction institutionnelle ». Dans Mondada, Lorenza et Keel, Sara (sous la dir. de). *Participation et asymétries dans l'interaction institutionnelle*. Paris : L'Harmattan (Cahiers de la Nouvelle Europe. Collection du Centre Interuniversitaire d'Études Hongroises et Finlandaises, 23). 9-47.
- Mondada, Lorenza et Pekarek Doehler, Simona. 2006. « Introduction : la notion de compétence - études critiques ». Dans *Bulletin suisse de linguistique appliquée*. N°84. 1-8.
- Moreau, Gilles. 2016. « L'apprenti et son maître ». Dans *Recherche et formation*. N°83. 19-31.
- Nault, Geneviève. 2007. « Insertion, identité et développement professionnels : trois concepts aux liens étroits ». Dans *Pédagogie collégiale*. Vol. 20. N°2. 13-16.
- Nault, Thérèse. 1993. *Étude exploratoire de l'insertion professionnelle des enseignants débutants au niveau secondaire*. Montréal : Université de Montréal. Thèse de doctorat.
- Nonnon, Élisabeth. 2007. « L'école et ses "mauvais lecteurs" ». Dans *Repères. Recherches en didactique du français langue maternelle*. N°35. 5-30.
- Oger, Claire. 2006. « Judith Butler. *Le pouvoir des mots. Politique du performatif* ». Dans *Mots. Les langages du politique*. N°81. 125-129.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre. 2000. « Le "je" méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain ». Dans *Revue française de sociologie*. Vol. 41. N°3. 417-445.
- Olry-Louis, Isabelle. 2009. « Les activités communicatives des tuteurs en psychologie du développement et en pratiques à l'université ». Dans *Recherche et formation*. N°62. 77-90.
- Osty, Florence. 2001. « Sociologie de l'entreprise et pratiques d'intervention ». Dans Vrancken, Didier et Olgierd, Kuty (éd.). *La sociologie et l'intervention. Enjeux et perspectives*. Bruxelles : De Boeck Université (Ouvertures sociologiques). 167-190.
- Pastré, Pierre, Mayen, Patrick et Vergnaud, Gérard. 2006. « La didactique professionnelle ». Dans *Revue française de pédagogie*. N°154. 145-198.
- Paul, Maëla. 2009. « Autour du mot : accompagnement ». Dans *Recherche et formation*. N°62. 91-108.
- Paveau, Marie-Anne. 2017. « Le discours des vulnérables. Proposition théorique et politique ». Dans *Cadernos de Linguagem e Sociedade*. Vol. 18. N°1. 135-157.
- Payet, Jean-Paul, Giuliani, Frédérique et Laforgue, Denis (sous la dir. de). 2008. *La voix des acteurs faibles. De l'indignité à la reconnaissance*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes (Le Sens social).
- Payet, Jean-Paul et Laforgue, Denis. 2008. « Introduction. Qu'est-ce qu'un acteur faible ? Contributions à une sociologie morale et pragmatique de la reconnaissance ». Dans Payet, Jean-Paul, Giuliani, Frédérique et Laforgue, Denis (sous la dir. de). *La voix des acteurs faibles. De l'indignité à la reconnaissance*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes (Le Sens social). 9-25.
- Pekarek Doehler, Simona. 2006. « Compétence et langage en action ». Dans *Bulletin suisse de linguistique appliquée*. N°84. 9-45.
- Planchon, Philippe. 2010. « Paramètres de variation et modalités d'articulation entre l'exemple et le corpus ». Dans *Travaux linguistiques du CerLiCO*. N°23. 43-58.
- Puaud, David. 2012. « L'"empathie méthodologique" en travail social ». Dans *Pensée plurielle*. N°30-31. 97-110.
- Puren, Christian. 2008. « La perspective de l'agir social sur les contenus de connaissance en classe de langue : de la compétence communicative à la compétence informationnelle ». En

ligne : [https://www.christianpuren.com/app/download/4257556551/PUREN\\_2008b\\_competence\\_communicative\\_informationnelle\\_presentation.pdf](https://www.christianpuren.com/app/download/4257556551/PUREN_2008b_competence_communicative_informationnelle_presentation.pdf) (page consultée le 30 décembre 2020).

Puren, Christian. 2009. « Les implications de la perspective de l’agir social sur la gestion des connaissances en classe de langue-culture : de la compétence communicative à la compétence informationnelle ». En ligne : [https://www.christianpuren.com/app/download/4256596351/PUREN\\_2009c\\_competence\\_informationnelle.pdf](https://www.christianpuren.com/app/download/4256596351/PUREN_2009c_competence_informationnelle.pdf) (page consultée le 30 décembre 2020).

Quang, Long Pham. 2017. « Interactions tutorales productives et formatives : des investissements réciproques. L’exemple de la formation d’agents de chambre mortuaire ». Dans *Recherche et formation*. N°84. 65-81.

Rastier, François. 2004. « Enjeux épistémologiques de la linguistique de corpus ». Dans *Texte !* En ligne : [http://www.revue-texto.net/Inedits/Rastier/Rastier\\_Enjeux.html](http://www.revue-texto.net/Inedits/Rastier/Rastier_Enjeux.html) (page consultée le 6 juillet 2018).

Rastier, François. 2005. « Enjeux épistémologiques de la linguistique de corpus ». Dans Williams, Geoffrey (sous la dir. de). *La linguistique de corpus*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes (Rivages linguistiques). 31-45.

Rémery, Vanessa et Durand, Isabelle. 2018. « Interactions tutorales et opportunités d’apprentissages en situation de soin : le cas de la formation professionnelle des Techniciens en Radiologie Médicale ». Dans *Les Dossiers des Sciences de l’Éducation*. N°39. 51-69.

Rémery, Vanessa et Filliettaz, Laurent. 2017. « Coordination et coopération tuteur/stagiaire dans les pratiques de soin. Un exemple en radiologie médicale ». Dans *Recherche et formation*. N°84. 25-48.

Ricœur, Paul. 2001. *Le juste*. Vol. 2. Paris : Esprit (Philosophie).

Ricœur, Paul. 2004. *Parcours de la reconnaissance. Trois études*. Paris : Stock (Folio. Essais).

Rizzerio, Laura. 2020. « Aristote et Martha Nussbaum : leur contribution à une “éthique de la vulnérabilité” ». Dans Doat, David et Rizzerio, Laura (sous la dir. de). *Accueillir la vulnérabilité. Approches pratiques et questions philosophiques*. Toulouse : Érès Éditions (Espace éthique). 121-149.

Roca i Escoda, Marta. 2008. « Portée et transport d’une parole publique. Les contextes des aspirations à la reconnaissance des couples homosexuels à Genève ». Dans Payet, Jean-Paul, Giuliani, Frédérique et Laforgue, Denis (sous la dir. de). *La voix des acteurs faibles. De l’indignité à la reconnaissance*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes (Le Sens social). 29-45.

Romain, Christina, Rey, Véronique et Lorenzi Bailly, Nolwenn. 2020. « La perception de mépris chez les élèves : télescopage de valeurs inscrites dans des systèmes idéologiques différenciés entre enseignant·es et élèves ». Dans *Lidil*. N°61. En ligne : <http://journals.openedition.org/lidil/7754> (page consultée le 2 juin 2020).

Roquet, Pascal. 2009. « L’émergence de l’accompagnement. Une nouvelle dimension de la formation ». Dans *Recherche et formation*. N°62. 13-24.

Sagot, Catherine, Mai Tran, Thi et Pariente, Jérémie. 2012. « Développement d’une batterie francophone pour l’évaluation des troubles du langage dans les maladies neurodégénératives : 10 ans de recherche sur les aphasies primaires progressives ». Dans *Revue française de linguistique appliquée*. Vol. 17. N°2. 117-133.

Sang Ong-Van-Cung, Kim. 2010. « Reconnaissance et vulnérabilité. Honneth et Butler ». Dans *Archives de Philosophie*. Vol. 73. N°1. 119-141.

- Segouat, Jérémie, Choisier, Annick et Braffort, Annelies. 2010. « Corpus de langue des signes : premières réflexions sur leur conception et leur représentativité ». Dans *Travaux linguistiques du CerLiCO*. N°23. 77-94.
- Sellenet, Catherine. 2010. « Dis, quand reviendras-tu... ? Blessures de la séparation des parents d'enfants placés ». Dans *Le journal des psychologues*. N°277. 50-54.
- Strauss, Anselm. 1992. *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan (Logiques sociales).
- Thomas, Hélène. 2010. *La vulnérabilité. La démocratie contre les pauvres*. Paris : Éditions du Croquant.
- Thouvenin, Dominique. 1982. *Le secret médical et l'information du malade*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon.
- Traverso, Véronique. 2008. « Analyser un corpus de langue parlée en interaction : questions méthodologiques ». Dans *Verbum*. N°30. 313-328.
- Traverso, Véronique. 2016. *Décrire le français parlé en interaction*. Paris : Ophrys (L'essentiel français).
- Traverso, Véronique. 2017. « Formulations, reformulations et traductions dans l'interaction : le cas de consultations médicales avec des migrants ». Dans *Revue française de linguistique appliquée*. Vol. 22. N°2. 147-164.
- Uwamariya, Angélique et Mukamurera, Joséphine. 2005. « Le concept de “développement professionnel” en enseignement : approches théoriques ». Dans *Revue des sciences de l'éducation*. N°31. 133-155.
- Vadcard, Lucile. 2013. « Étude didactique de la dialectique du travail et de la formation au bloc opératoire ». Dans *Éducation & Didactique*. Vol. 7. N°1. 117-146.
- Valetopoulos, Freiderikos. 2010. « Quelques réflexions sur les critères d'élaboration d'un corpus d'apprenants ». Dans *Travaux linguistiques du CerLiCO*. N°23. 235-246.
- Vallin, Arnaud. 2008. « La sémantique “sectaire” des ADFI. Quand compréhension et acceptation d'un vécu passent par la constitution d'une narrativité ». Dans Payet, Jean-Paul, Giuliani, Frédérique et Laforgue, Denis (sous la dir. de). *La voix des acteurs faibles. De l'indignité à la reconnaissance*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes (Le Sens social). 47-60.
- Van Campenhoudt, Luc et Quivy, Raymond. 2011. 4e éd. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Veillard, Laurent. 2017. *La formation professionnelle initiale. Apprendre dans l'alternance entre différents contextes*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes (Paideia).
- Viaud, Baptiste. 2010. « Blouses blanches et survêtements, ce que “parler sport” veut dire... ». Dans Routier, Cédric et D'Arripe, Agnès (éd.). *Communication et santé : enjeux contemporains*. Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion. 230-234.
- Vinatier, Isabelle. 2002. « La construction de l'identité professionnelle en acte dans la relation de service ». Dans *Éducation permanente*. N°151. 11-28.
- Vinatier, Isabelle. 2015. « Des entretiens de conseil. Problématiques entre conseillers pédagogiques et enseignants débutants : disséminations ou congruence ? ». Dans Balslev, Kristine et al. (coord.). *La part du langage : pratiques professionnelles en formation*. Paris : L'Harmattan (Action et savoir). 61-92.

- Vinatier, Isabelle et Numa-Bocage, Line. 2007. « Prise en charge d'un enfant en difficulté de lecture par un maître spécialisé : gestion de l'intersubjectivité et schème de médiation didactique ». Dans *Revue française de pédagogie*. N°158. En ligne : [http://ife.ens-lyon.fr/publications/edition-electronique/revue-francaise-de-pedagogie/INRP\\_RF158\\_7.pdf](http://ife.ens-lyon.fr/publications/edition-electronique/revue-francaise-de-pedagogie/INRP_RF158_7.pdf) (page consultée le 17 janvier 2019).
- Vion, Robert. 2000. *La communication verbale. Analyse des interactions*. Paris : Hachette Supérieur (Hachette Université Linguistique).
- von Busekist, Astrid. 2014. « Passion de la langue et reconnaissance ». Dans *Raisons politiques*. N°56. 49-68.
- Vrydaghs, David. 2008. *Michaux l'insaisissable. Socioanalyse d'une entrée en littérature*. Genève : Droz (Histoire des idées et critique littéraire, 445).
- Weizman, Elda. 2006a. « Positionnement par le défi : les négociations des rôles dans l'interview télévisée ». Dans *Questions de communication*. N°9. 135-150.
- Weizman, Elda. 2006b. « Rôles et identités dans les interactions conflictuelles ». Dans *Questions de communication*. N°9. 7-13.
- Weller, Jean-Marc. 2008. « Comment se faire entendre quand on est minoritaire ? La voix des acteurs faibles et ses temporalités ». Dans Payet, Jean-Paul, Giuliani, Frédérique et Laforgue, Denis (sous la dir. de). *La voix des acteurs faibles. De l'indignité à la reconnaissance*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes (Le Sens Social). 91-104.
- Wenger, Étienne. 2005. *La théorie des communautés de pratique*. Trad. et adapté par F. Gervais. Laval : Les Presses de l'Université de Laval.
- Werber, Bernard. 2000. *L'encyclopédie du savoir relatif et absolu*. Paris : Albin Michel (Le livre de poche).
- Wihak, Christine et Hall, Gail. 2011. *L'apprentissage informel lié au travail*. Ottawa : Centre pour les compétences en milieu du travail. En ligne : [www.bdaa.ca/biblio/recherche/apprent\\_informel/apprent\\_informel.pdf](http://www.bdaa.ca/biblio/recherche/apprent_informel/apprent_informel.pdf) (page consultée le 28 novembre 2020).
- Williams, Geoffrey. 2005. « Introduction ». Dans Williams, Geoffrey (sous la dir. de). *La linguistique de corpus*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes (Rivages linguistiques). 13-18.
- Wittorski, Richard. 2015. « Introduction. Les questions posées par la transmission du travail ». Dans Wittorski, Richard (sous la dir. de). *Comprendre la transmission du travail*. Nîmes : Champ social Éditions (Formation des adultes et professionnalisation). 7-24.
- Wright, Julianne J. et Rigolot, François. 1990. « Les interruptions de Folie. Fonction idéologique du "porte-parole" dans les "Œuvres" de Louise Labé ». Dans *L'esprit créateur*. Vol. 30. N°4. 72-84.
- Yanaprasart, Patchareerat. 2004. « Échanges verbaux dans la co-action médicale aux soins à domicile ». Dans *Cahiers de l'ILSL*. N°16. 61-83.
- Young, Richard F. et Miller, Elizabeth R. 2004. « Learning as Changing Participation : Discourse Roles in ESL Writing Conferences ». Dans *The Modern Language Journal*. N°88. 519-535.
- Zaccaï-Reyners, Nathalie. 2008. « Quelques tonalités de la relation d'aide institutionnelle ». Dans Payet, Jean-Paul, Giuliani, Frédérique et Laforgue, Denis (sous la dir. de). *La voix des acteurs faibles. De l'indignité à la reconnaissance*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes (Le Sens Social). 231-243.

- Zarifian, Philippe. 1999. *Objectif compétence. Pour une nouvelle logique*. Rueil-Malmaison : Éditions Liaisons (Entreprise & Carrières).
- Zarifian, Philippe. 2004. *Le modèle de la compétence. Trajectoire historique, enjeux actuels et propositions*. Rueil-Malmaison : Éditions Liaisons (Entreprise & Carrières).
- Zarifian, Philippe. 2005. *Compétences et stratégies d'entreprise. Les démarches compétences à l'épreuve de la stratégie de grandes entreprises*. Rueil-Malmaison : Éditions Liaisons (Entreprise & Carrières).
- Zazzo, Bianka. 1978. *Un grand passage. De l'école maternelle à l'école élémentaire*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Zielinski Agata. 2011. « La vulnérabilité dans la relation de soin ». Dans *Cahiers philosophiques*. N°125. 89-106.
- Zimmermann, Don H. 1998. « Identity, context and interaction ». Dans Antaki, Charles et Widdicombe, Sue (éd.). *Identities in Talk*. Londres : Sage. 87-106.



## Annexes

### Annexe 1 : Le questionnaire en ligne

#### Enquête sur l'usage des langues par le personnel soignant

Attention : Les questions s'adressent au personnel soignant (c'est-à-dire les aide-soignants, ergothérapeutes, infirmières, kinésithérapeutes, médecins, psychologues, assistants, stagiaires, etc.) travaillant en hôpital.

Dans cette enquête, nous vous posons des questions sur l'emploi des langues à l'hôpital. Ce questionnaire a pour objet de décrire et d'observer les langues utilisées par le personnel soignant dans leur milieu professionnel (un hôpital, dans le cas présent). Notre intérêt porte également sur le lexique médical. Cette étude ne doit servir qu'à des fins scientifiques et universitaires.

Ce questionnaire vous prendra 10 à 15 minutes pour le remplir.

Lorsque vous répondrez au questionnaire, veuillez s'il vous plaît :

1. Lire attentivement chaque question.
2. Cocher la ou les réponse(s) qui s'applique(nt) le mieux à votre usage.
3. Répondre, de préférence, à chaque question. Les questions munies d'un astérisque sont obligatoires.
4. Répondre le plus spontanément possible parce que votre avis nous est précieux.

Si vous souhaitez être tenu(e) au courant des résultats de ce sondage, n'oubliez pas de laisser votre adresse email.

Merci de votre participation !

\*Obligatoire

#### Êtes-vous prêt(e) ?

Pour certaines questions, il est possible d'indiquer plusieurs réponses. Vous avez également la possibilité d'indiquer des commentaires ou de justifier vos propos. Cette enquête vous prendra environ une quinzaine de minutes.

#### Votre profil

1. **Quel est votre sexe ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ Femme  
☐ Homme

2. **Quelle est votre année de naissance ? \***

.....

3. **Êtes-vous né(e) en Belgique ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ Oui  
☐ Non

4. Si vous n'êtes pas né(e) en Belgique, où êtes-vous né(e) ? Et quand êtes-vous arrivé(e) en Belgique ?

.....

.....

.....

.....

.....

5. Dans quelle zone belge vivez-vous ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ Région de Bruxelles-Capitale
- ☐ Wallonie
- ☐ Flandre
- ☐ Communauté germanophone
- ☐ Autre : .....

6. Indiquez le code postal de la localité où vous avez passé le plus de temps dans votre vie. \*

.....

7. S'il y a une localité où vous avez passé également beaucoup de temps dans votre vie, veuillez préciser le code postal de cette localité.

.....

8. Quel est votre diplôme le plus récent ? \*

Le dernier diplôme en date que vous avez reçu.

*Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ Certificat d'études secondaires supérieures
- ☐ Bachelier en soins infirmiers/médecine/kinésithérapie
- ☐ Master en médecine/kinésithérapie
- ☐ Doctorat
- ☐ Autre : .....

**9. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi de réaliser vos études en soins infirmiers/kinésithérapie/médecine/etc. ? \***

Précisez les études que vous avez réalisées/que vous réalisez.

.....

.....

.....

.....

.....

**10. Quelle est votre activité professionnelle actuelle ? \***

Votre activité professionnelle peut être rémunérée ou non.

*Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ étudiant
- ☐ stagiaire non rémunéré
- ☐ stagiaire rémunéré
- ☐ assistant
- ☐ à temps plein
- ☐ à temps partiel
- ☐ Autre : .....

**11. Quel est votre rôle dans le milieu professionnel dans lequel vous évoluez ? \***

Veillez à détailler ce rôle.

.....

.....

.....

.....

.....

**12. Comment qualifieriez-vous votre rôle par rapport à celui des autres soignants ? Je me sens : \***

.....

## Langues et usages

Maintenant que vous nous avez donné quelques données de votre profil, nous allons passer aux questions portant sur l'usage des langues dans votre milieu professionnel, c'est-à-dire un hôpital/une clinique ou plusieurs.

**13. Quelle est votre langue maternelle ? \***

La langue maternelle équivaut à la première langue que vous avez apprise avec vos parents. Il est possible de cocher plusieurs réponses.

*Plusieurs réponses possibles.*

☐ anglais

☐ français

☐ néerlandais

☐ allemand

☐ luxembourgeois

☐ Autre : .....

**14. Quelles sont les langues que vous avez apprises à l'école (primaire, secondaire, supérieure/université) ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

☐ anglais

☐ français

☐ néerlandais

☐ allemand

☐ luxembourgeois

☐ espagnol

☐ italien

☐ portugais

☐ arabe

☐ Autre : .....

**15. Quelles sont les langues que vous employez sur votre lieu de travail ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

☐ anglais

☐ français

☐ néerlandais

☐ allemand

☐ luxembourgeois

☐ arabe

☐ Autre : .....

16. Parmi les langues ci-dessous, pourriez-vous les classer de la plus utilisée à la moins utilisée ? \*

Une seule réponse possible par ligne.

|                | majoritairement<br>employée | employée              | peu<br>employée       | pas<br>employée       |
|----------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| anglais        | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| français       | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| néerlandais    | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| allemand       | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| luxembourgeois | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| arabe          | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| autre(s)       | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

17. Quelle(s) est(sont) la(les) langue(s) requise(s) sur votre lieu de travail ? \*

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ anglais  
☐ français  
☐ néerlandais  
☐ allemand  
☐ Autre : .....

18. La (les) langue(s) requise(s) sur votre lieu de travail est(sont)-elle(s) imposées par l'institution (pas de français dans les communes néerlandophones, par exemple) ou par les situations sur le terrain (patients étrangers, par exemple) ?

.....

.....

.....

.....

.....

19. Lorsque vous discutez avec votre supérieur/collègue/collègue-ami, quelle(s) langue(s) utilisez-vous en général ? Avec un

Une seule réponse possible par ligne.

|                  | anglais               | français              | néerlandais           | allemand              | luxembourgeois        | arabe                 | autre                 |
|------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| supérieur        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| médecin          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| infirmier        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| aide-soignant    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| kinésithérapeute | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| assistant        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| stagiaire        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| réfèrent         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

20. **Vous arrive-t-il d'adapter votre manière de parler lorsque vous vous adressez à : \***  
*Une seule réponse possible par ligne.*

|                        | oui                   | non                   |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| un(e) stagiaire        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| un(e) assistant(e)     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| un(e) médecin          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| un(e) infirmier(-ère)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| un(e) kinésithérapeute | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| un(e) chef de service  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| votre référent         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| un(e) patient(e)       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| un(e) collègue-ami(e)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| un(e) aide-soignant(e) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

21. **Si vous adaptez votre manière de parler dans certaines situations, pouvez-vous me citer un ou deux exemples ?**

.....

.....

.....

.....

.....

22. **Qui tutoyez-vous dans votre milieu professionnel ? \***  
*Une seule réponse possible par ligne.*

|                            | Oui                   | Non                   | Oui et non            |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stagiaire infirmier(ère)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| stagiaire kinésithérapeute | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| stagiaire médecin          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| assistant(e) médecin       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| infirmier(ère)             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| kinésithérapeute           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| médecin                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| chef de service            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| référent                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| aide-soignant(e)           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

23. **Y a-t-il une évolution (passage du vouvoiement au tutoiement) dans certaines situations ? Explicitiez votre réponse s'il vous plaît. \***

.....

.....

.....

.....

.....

24. Avez-vous un surnom dans le milieu hospitalier où vous travaillez ? Si oui, quel est-il ? \*

.....

.....

.....

.....

.....

25. Comment les autres soignants s'adressent à vous ? \*
- Une seule réponse possible par ligne.

|                  | Prénom                   | Prénom<br>erroné         | Nom                      | Surnom                   | M. /<br>Mme<br>/ Melle   | Fonction                 | Doc                      | Toubib                   | Autre                    |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| stagiaire        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| infirmier(ère)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| stagiaire        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| stagiaire        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| médecin          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| infirmier(ère)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| médecin          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| chef de service  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| référent         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| aide-soignant(e) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

26. Si vous avez coché "autre" à la question précédente, qu'est-ce qui se cache derrière le "autre"?

.....

.....

.....

.....

.....

**27. Quelle(s) langue(s) utilisez-vous majoritairement dans les différentes situations proposées ci-dessous ? \***

*Une seule réponse possible par ligne.*

|                               | anglais               | français              | néerlandais           | allemand              | luxembourgeois        | arabe                 | wallon                |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| en soins avec le soigné       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| en soins avec un soignant     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| dans un bureau                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| lors d'une réunion de service | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| en salle d'opération          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| en service                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| dans les vestiaires           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| lors d'une pause              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**28. Avez-vous déjà eu l'impression d'être influencé(e) par votre interlocuteur dans le choix de la langue ou des termes à utiliser ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

☐ Oui

☐ Non

☐ Autre : .....

**29. Selon vous, existe-t-il un parler hospitalier, c'est-à-dire un parler de l'hôpital ? \***

*Une seule réponse possible.*

☐ Oui      *Passez à la question 30.*

☐ Non      *Passez à la question 38.*

## Langues et usages - parler hospitalier

**30. Comment définiriez-vous le parler hospitalier ?**

*Veillez à ajouter un exemple à votre définition.*

.....

.....

.....

.....

.....

**31. Un parler hospitalier contient-il des termes anglais ? Si oui, pouvez-vous donner un exemple ?**

.....

.....

.....

.....

.....

**32. Utilisez-vous ce parler dans votre pratique professionnelle ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

☐ Oui

☐ Non

☐ Autre :

.....

**33. Pourquoi l'employez-vous ou ne l'employez-vous pas ? \***

.....

.....

.....

.....

.....

**34. Le parler hospitalier diffère-t-il ?**

*Une seule réponse possible par ligne.*

|                          | oui                   | sans opinion          | non                   |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| d'un hôpital à l'autre   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d'un service à l'autre   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d'une personne à l'autre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**35. Le parler hospitalier est-il un moyen de faciliter votre compréhension entre soignants, au sens large du terme ?**

*Justifiez votre réponse, s'il vous plaît.*

.....

.....

.....

.....

.....

**36. Par qui est utilisé le parler hospitalier ? \***

*Une seule réponse possible par ligne.*

|                            | oui                   | sans opinion          | non                   |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stagiaire infirmier(ère)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| stagiaire kinésithérapeute | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| stagiaire médecin          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| assistant médecin          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| infirmier(ère)             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| kinésithérapeute           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| médecin                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| aide-soignant(e)           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**37. Estimez-vous qu'utiliser le parler hospitalier est : \***

*Une seule réponse possible par ligne.*

|                                                                            | oui                   | sans opinion          | non                   |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| un gain de temps pour la communication entre soignants ?                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| une reconnaissance de votre statut de soignant ?                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| une manière de recevoir de la légitimité de la part des autres soignants ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| une partie de votre identité (professionnelle) ?                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| inutile ?                                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

*Passez à la question 40.*

## Langues et usages - suite

**38. Si un parler hospitalier n'existe pas, comment faites-vous pour vous comprendre ?**

.....

.....

.....

.....

.....

**39. Quel(s) autre(s) emploi(s) langagier(s) (une langue particulière, par exemple) utilisez-vous pour soigner un patient ?**

.....

.....

.....

.....

.....

*Passez à la question 40.*

## Langues et monde hospitalier

40. Depuis quelle année travaillez-vous en milieu hospitalier ? \*

Les stages sont inclus dans l'activité professionnelle.

.....

41. En tant que soignant, avez-vous travaillé auparavant ou travaillez-vous ailleurs que dans le monde hospitalier (cabinet, entreprise) ? \*

Plusieurs réponses possibles.

☐ Oui

☐ Non

42. Si oui, quelle(s) est(sont) cette ou ces autre(s) expérience(s) en tant que soignant ?

.....

.....

.....

.....

.....

43. Si vous travaillez dans un hôpital, pourquoi avez-vous choisi de travailler dans le monde hospitalier ?

.....

.....

.....

.....

.....

44. Dans quel établissement travaillez-vous actuellement ? \*

.....

45. Depuis quand travaillez-vous dans cet établissement ?

.....

Exemple : 15 décembre 2012

46. Dans quel service travaillez-vous actuellement ? \*

.....

**47. Dans quel(s) autre(s) service(s) avez-vous déjà travaillé ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

☐ médecine interne

☐ urgences

☐ chirurgie

☐ gynécologie

☐ gériatrie

☐ pédiatrie

☐ oncologie

☐ psychiatrie

☐ soins palliatifs

☐ Autre : .....

**48. Avez-vous exercé votre activité professionnelle hors de la Belgique ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

☐ Oui

☐ Non

**49. Si oui, où, dans quel(s) service(s) et dans quel cadre (mission, stage, etc.) ?**

.....

.....

.....

.....

.....

**50. Pourriez-vous décrire votre fonction dans l'institution hospitalière dans laquelle vous travaillez actuellement ? \***

Autrement dit, en quoi consiste votre travail ?

.....

.....

.....

.....

.....

**51. Avez-vous la même tâche en toute situation ? \***

Par exemple, un kinésithérapeute fait des exercices de mobilité physique avec un patient.

*Plusieurs réponses possibles.*

☐ Oui

☐ Non

☐ Autre : .....

52. Si vous n'avez pas une tâche fixe, quelles sont vos autres activités professionnelles ? Et vous adaptez-vous en fonction de la situation ?

.....

.....

.....

.....

.....

53. Lors d'une interaction, vous sentez-vous égal(e), inférieur(e) ou supérieur(e) en ce qui concerne le partage du savoir et de l'expérience (vécu) professionnels ?

Une seule réponse possible par ligne.

|                                         | inférieur(e)          | égal(e)               | supérieur(e)          | je ne sais pas        |
|-----------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| interaction avec un(e) aide-soignant(e) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| interaction avec un(e) stagiaire        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| interaction avec un(e) assistant(e)     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| interaction avec un(e) infirmier(ère)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| interaction avec un(e) kinésithérapeute | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| interaction avec un(e) médecin          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| en général                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## L'hôpital

54. Avez-vous un badge ? \*

Plusieurs réponses possibles.

☐ Oui

☐ Non

☐ Autre : .....

55. Si oui, devez-vous le porter pour travailler ? À quoi sert-il ? Et qu'est-il inscrit sur le badge ?

.....

.....

.....

.....

.....

56. Portez-vous un uniforme ? \*

Plusieurs réponses possibles.

☐ Oui

☐ Non

☐ Autre : .....

**57. Si vous portez un uniforme, est-il le même pour tout le monde dans le service ?**

*Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ Oui  
☐ Non  
☐ Autre : .....

**58. Quelle(s) est(sont) la(les) fonction(s) d'un badge et/ou d'un uniforme selon vous ? \***

*Une seule réponse possible par ligne.*

|                                            | badge                 | uniforme              | badge et uniforme     | aucun                 |
|--------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| signe distinctif                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| indice de votre appartenance à un groupe   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| moyen d'accès au travail                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| élément de votre identité professionnelle  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| moyen d'identification                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| moyen d'identification du rôle hospitalier | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**59. Comment vous sentez-vous dans votre rôle par rapport aux autres soignants ?**

.....

.....

.....

.....

.....

**60. Trouvez-vous que l'incompréhension entre soignants existe ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ Oui  
☐ Non  
☐ Autre : .....

**61. Si oui, pensez-vous**

*Une seule réponse possible par ligne.*

|                                              | oui                   | sans opinion          | non                   |
|----------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| qu'elle est un frein pour les soins ?        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| qu'il est possible d'y remédier ?            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| que le parler hospitalier est une solution ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| que vous en êtes victime ?                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**62. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

☐ Oui

☐ Non

☐ Autre :

**63. Avez-vous déjà ressenti des pressions en milieu hospitalier ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

☐ Oui

☐ Non

**64. Si oui, pouvez-vous nous expliquer une situation de pression touchant à votre manière de parler ?**

.....

.....

.....

.....

.....

**Adresse email**

(facultatif)

si vous voulez être au courant des résultats et/ou si vous acceptez d'être recontacté(e) pour participer à la suite de l'enquête.

**65.**

.....

**Merci beaucoup pour votre participation !**

Si vous avez laissé votre email, vous recevrez d'ici quelques mois un résumé des résultats obtenus. Si vous avez des questions, des remarques, ou si vous souhaitez en savoir plus sur cette enquête, n'hésitez pas à envoyer un mail à [sophie.collonval@unamur.be](mailto:sophie.collonval@unamur.be).

Enfin, merci de bien vouloir faire suivre à vos collègues-soignants (stagiaires, assistants, médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, etc.) le lien de cette enquête. Pour que les résultats soient valides, nous avons besoin d'un maximum de participants !

**66. Si vous avez des commentaires, n'hésitez pas à en laisser.**

.....

.....

.....

.....

.....



## Annexe 2 : Le dossier pour le Comité éthique

### 1. La demande d'avis au Comité éthique

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <b>Identifiant de l'étude</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Acronyme/titre court : Enquête sur les usages linguistiques en hôpital</li> <li>□ Titre : Étude de la corrélation entre les dimensions linguistique et sociale dans deux services hospitaliers belges universitaires. Enquête ethnolinguistique en hématologie et en gériatrie.</li> <li>□ Date d'introduction : février 2016</li> </ul> |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Considérations éthiques |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2                       | <b>Question / Hypothèse principale de l'étude proposée (si utile, hypothèses secondaires)</b> <p>Notre recherche porte sur les usages linguistiques des soignants dans leurs activités professionnelles au sein d'un hôpital. Dès lors, notre objet d'étude se centrera davantage sur le vocabulaire des soignants (existe-t-il un parler hospitalier propre au service observé ?) et sur l'efficacité des productions linguistiques en vue de réaliser des soins (sur la base d'une corrélation entre la dimension sociale et la dimension linguistique, quelles productions linguistiques des soignants sont compréhensibles efficacement ?). En effet, nous postulons que les professionnels utilisent certains usages langagiers de manière systématique comme lorsqu'ils respectent les protocoles de soins.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 3                       | <b>Description de la méthodologie de l'étude avec mise en évidence des différences par rapport à la prise en charge thérapeutique standard (Liste des actes requis exclusivement par l'étude <u>y compris</u> nature, fréquence et volume des prélèvements effectués)</b> <p>Afin d'observer et de comprendre ces usages dans les interactions langagières entre les soignants, nous souhaitons collecter un corpus de données orales. Pour ce faire, nous aimerions enregistrer les échanges langagiers entre les soignants lors de réunions de service, au sein de ce dernier, en hôpital de jour et dans les salles de repos. Les soignants sont les participants que nous visons dans notre enquête. L'échantillon de soignants repose sur le volontariat de ces derniers (aide-soignant, assistant, ergothérapeute, infirmier, kinésithérapeute, logopède, médecin, stagiaire, etc.). Nous nous engageons à respecter scrupuleusement le secret médical ainsi que l'anonymat des participants afin de ne leur causer aucun préjudice. Et la technique de constitution du corpus sera majoritairement l'observation non participante. Nous ne souhaitons nullement intervenir lors des activités professionnelles.</p> |
| 4                       | <b>Description des mesures prises pour que le participant soit informé des actes exclusivement requis par l'étude, des dispositions prises pour que ces actes ne soient facturés ni au participant, ni à l'INAMI.</b> <p>Aucun acte ne sera posé à l'encontre du participant. En effet, ce dernier ne souffrira d'aucun risque d'aucune nature puisque l'enquête repose sur l'observation non participante.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 5                       | <b>Bénéfices éventuels pour les participants (Présenter les bénéfices attendus soit pour le participant, soit en termes de meilleure connaissance de phénomènes physiopathologiques)</b> <p>Cette étude vise à comprendre les facteurs de l'incompréhension entre les soignants par l'observation des usages linguistiques et par la corrélation avec les facteurs sociaux, ce qui nous permettrait de mettre l'accent sur des phénomènes langagiers favorisant l'efficacité des tâches</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | professionnelles. Pratiquement, nous pensons qu'une liste de termes vulgarisés du vocabulaire des soignants serait un produit profitable pour les participants.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 6  | <b>Évaluation des risques prévisibles liés au traitement et/ou aux procédures de l'étude (douleur, inconfort, manipulations invasives et moyens mis en œuvre pour réduire ces risques et prendre en charge les éventuels effets indésirables en cours de procédure / en dehors des procédures, contact possible avec l'investigateur, ...)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|    | /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 7  | <b>Présenter votre propre évaluation de la balance risques/bénéfices.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|    | Nous tenons à souligner les risques et les bénéfices de cette étude. D'une part, nous sommes consciente que nous risquons de gêner le travail des professionnels de la santé lors de la collecte des données. Notre présence est contraignante mais nous ne souhaitons pas les empêcher de réaliser leurs tâches étant donné la technique de collecte des données (observation non participante). Ils pourront donc continuer leurs tâches sans se soucier de notre présence. En outre, nous réaliserons quelques entretiens, mais ces derniers seront très ponctuels. Et d'autre part, nous considérons comme un bénéfice notre non-participation. En effet, notre présence n'a, selon nous, que peu d'impact(s) sur le travail des soignants. De plus, nous n'observons pas leurs interactions avec des patients mais entre eux. Cette approche nous semble moins contraignante pour les participants.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 8  | <b>S'il s'agit d'un essai clinique, plan de traitement et prise en charge des soins après l'arrêt de la participation à l'étude du participant (qui en assure la responsabilité ?)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|    | /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 9  | <b>Critères d'arrêt ou d'interruption prématurée de l'étude sur le site / en règle générale.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|    | /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 10 | <b>Description de la procédure de recrutement (y compris le matériel utilisé).</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|    | Nous choisissons de manière arbitraire les deux services hospitaliers (hématologie et gériatrie). L'échantillon sera de type non aléatoire étant donné que seuls, les volontaires soignants y participeront (aide-soignant, assistant, ergothérapeute, infirmier, kinésithérapeute, logopède, médecin, stagiaire). Les participants peuvent être issus de fonctions différentes, être d'âges différents, de sexes différents, etc.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 11 | <b>Description de la procédure d'information et d'obtention du consentement éclairé du participant ou du représentant légal (qui donnera l'information et quand, nécessité d'un représentant légal, d'un témoin, etc.).</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    | <p>La demande de consentement de participation écrit sera soumise avant tout enregistrement aux informateurs soignants. L'accord des supérieurs sur la réalisation de l'enquête ne nous décharge pas de demander l'aval de chaque personne.</p> <p><b>Présentation de l'enquête</b></p> <p>Mme Sophie Collonval</p> <p>vous propose de participer à une enquête dans le cadre du projet universitaire suivant : une thèse de doctorat en sociolinguistique dans un hôpital belge. Ce projet s'appuie sur des enregistrements effectués auprès de soignants travaillant au NomHôpital dans les services d'hématologie et de gériatrie. L'objet de cette recherche est double : la fonction du vocabulaire des soignants et l'efficacité des productions linguistiques dans une dynamique professionnelle hospitalière.</p> <p>Des enregistrements seront effectués dans un but de recherche scientifique et sans gêner les tâches des participants. Les résultats (y compris les enregistrements) peuvent en être publiés.</p> <p>Dans tous les cas de publication ou de diffusion, les informations vous concernant seront exploitées de manière anonyme. Outre l'anonymat, je m'engage à respecter scrupuleusement le secret médical. Vous pourrez, par ailleurs, avoir accès à toute publication que je vous transmettrai.</p> |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <p>Le consentement de participation ne décharge pas l'enquêteur de sa responsabilité. Vous conservez tous vos droits garantis par la loi. Ces recherches ne sont possibles que grâce au consentement des personnes qui acceptent d'être enregistrées ou interrogées ainsi qu'au consentement des autorités de l'hôpital. Nous vous demandons, par conséquent, votre autorisation pour procéder aux enregistrements. Si vous avez des questions, des remarques, ou si vous souhaitez en savoir plus sur cette enquête, n'hésitez pas à envoyer un mail à <a href="mailto:sophie.collonval@unamur.be">sophie.collonval@unamur.be</a> ou à me contacter au 081/724145.</p> <p><b><i>Demande d'autorisation</i></b><br/>(cocher les paragraphes qui conviennent)</p> <p>Je soussigné(e) (Nom, Prénom en majuscules) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> autorise par la présente Sophie Collonval à enregistrer en audio l'entretien en ce jour.</p> <p><input type="checkbox"/> autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonymisée :</p> <p>a) à des fins de recherche scientifique (thèse, colloques et publications).</p> <p>b) à des fins d'enseignement universitaire (cours et séminaires donnés à des étudiants en sciences du langage et en sciences sociales).</p> <p><input type="checkbox"/> prends acte que, pour toutes ces utilisations scientifiques, les données ainsi enregistrées seront anonymisées : ceci signifie</p> <p>a) que les transcriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants ;</p> <p>b) que les bandes audio qui seront présentées à des conférences ou des cours (généralement sous forme de très courts extraits ne dépassant pas la minute) seront « bipées » lors de la mention d'un nom, d'une adresse ou d'un numéro de téléphone identifiables ainsi que de tout élément biographique (qui seront donc remplacés par un « bruit » qui les effacera) ;</p> <p><input type="checkbox"/> accepte librement et volontairement de participer à cette recherche dans les conditions décrites ci-dessus.</p> |
| 12 | <p><b>S'il y a lieu, exposer les raisons pour lesquelles des participants de groupes vulnérables sont sollicités comme des mineurs, des sujets temporairement ou définitivement incapables.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|    | /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 13 | <p><b>Description de la relation entre participant et investigateur (patient-médecin, étudiant-enseignant, etc.).</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|    | <p>La relation sera de type chercheur-soignants. Autrement dit, la chercheuse observera sans participer aux interactions et les soignants volontaires constitueront l'ensemble des informateurs.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 14 | <p><b>Procédures mises en place pour protéger la confidentialité -a) des données récoltées et éventuellement transmises à des tiers, -b) des archives des documents sources ou -c) des échantillons conservés (si applicable).</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|    | <p>L'ensemble des données écrites et orales feront l'objet d'une anonymisation. Autrement dit, nous utiliserons des pseudonymes lors de la transcription des données et nous remplacerons toute information pouvant porter sur l'identification des participants (nom, adresse, numéro de téléphone, date de naissance et élément biographique). Pour réaliser l'anonymisation, nous vous proposons différentes alternatives : soit éteindre l'enregistreur lors de la mention des noms, soit anonymiser après l'enregistrement à l'aide d'un logiciel au sein de l'institution hospitalière<sup>145</sup>, soit anonymiser les données dans les trois jours après l'enregistrement. En outre, l'ensemble des données sera conservé sur un disque dur externe dans une armoire fermée à clef. Nous nous</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

<sup>145</sup> Il est possible d'effectuer le bipage des données à l'aide d'un logiciel. Ce travail pourrait être réalisé au sein de l'institution hospitalière afin de ne pas sortir avec des données identifiantes. Cette étape sera appuyée d'annotation des minutes où des éléments biographiques seraient mentionnés.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 | engageons à respecter scrupuleusement le secret médical ainsi que l'anonymat des participants afin de ne leur causer aucun préjudice.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|    | <b>Considérations statistiques, définitions du nombre de participants nécessaires.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    | Échantillon synchronique de participants volontaires.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 16 | <b>Montants et procédures d'indemnisation des participants (description des sommes versées durant la participation à l'étude et justification [frais de transport / parking, dédommagement pour inconfort, etc.]).</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    | /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 17 | <b>Convention d'accès de l'investigateur aux données, de publication des résultats, etc.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|    | Nous souhaitons transmettre systématiquement les publications portant sur les données de cette enquête. Nos recherches ne sont possibles que grâce au consentement des personnes qui acceptent d'être enregistrées ou interrogées ainsi qu'au consentement des autorités de l'hôpital. Ces autorisations ne nous déchargent pas – en tant qu'enquêtrice – de notre responsabilité et vous conservez tous vos droits garantis par la loi.<br>Nulle personne n'aura accès aux données audio brutes. Celles-ci seront transcrites et seuls, de courts extraits anonymisés seront présentés lors de colloques ou de séminaires. |
| 18 | <b>Sources de financement et information sur les avantages financiers ou autres de l'investigateur.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|    | /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| Déclaration de l'investigateur                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Étude de la corrélation entre les dimensions linguistique et sociale dans deux services hospitaliers belges universitaires. Enquête ethnolinguistique en hématologie et en gériatrie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <p>Je confirme que les informations fournies dans cette demande d'avis au Comité d'Éthique sont correctes.</p> <p>Je confirme avoir déclaré les éventuels conflits d'intérêts qui pourraient découler des relations que moi-même ou un de mes proches entretient avec la firme qui est impliquée dans l'étude faisant l'objet de cette demande.</p> <p>Je pense que cette étude pourra être menée dans le respect du protocole et des principes de la « Déclaration d'Helsinki », des « Bonnes Pratiques Cliniques » et de la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine.</p> <p>Je m'engage notamment à être particulièrement attentive à la protection de la vie privée des participants que je recruterai pour cette étude. Ceci signifie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• qu'aucune donnée identifiante ne quittera l'institution,</li> <li>• qu'aucune association de données (comme par exemple les initiales vraies combinées à la date de naissance exprimée en jj/mm/aaaa et le sexe) pouvant éventuellement permettre la ré-identification du participant ne quittera l'institution,</li> <li>• que les données et/ou les échantillons biologiques transmis au promoteur de cette étude seront codés. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Je serai, avec mes collaborateurs, le seul détenteur de la base de données associant le code d'identification dans l'étude et le dossier du participant.</li> <li>○ Cette base de données sera conservée en lieu sûr (armoire fermée / protection par mot de passe si base de données électronique) et détruite au plus tard 15 ans après la date de clôture de l'étude sauf si stipulé autrement dans le contrat conclu avec le promoteur.</li> </ul> </li> <li>• que tout accès aux données sources et au dossier médical du patient par des tiers se fera sous ma supervision directe ou celle d'un de mes collaborateurs.</li> <li>• que les fichiers informatiques contenant les données récoltées seront protégés des utilisations abusives.</li> </ul> |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Je m'engage à transmettre au Comité d'Éthique <ul style="list-style-type: none"> <li>• les dates marquant la progression de l'étude (inclusion du premier participant, inclusion du dernier participant, clôture de l'étude),</li> <li>• tout évènement indésirable sévère suspect et inattendu survenu chez un des participants que j'aurai recruté,</li> <li>• ma nouvelle évaluation de la balance « risques / bénéfices » pour les participants à l'étude chaque fois que je transmettrai / le promoteur demandera de transmettre au Comité d'Éthique des documents en rapport avec la sécurité des participants à l'étude,</li> <li>• un rapport annuel accompagné de mon évaluation de la balance risques / bénéfices pour les participants à l'étude,</li> <li>• le rapport de clôture de l'étude.</li> </ul> |                                                              |
| Date :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nom, Prénom de l'investigateur principal.<br><br>Signature : |

## 2. L'avis provisoire du Comité éthique

Chère Madame Collonval,

Le Comité d'éthique a examiné le protocole susmentionné et marque son accord sur le fond mais souhaite formuler les remarques suivantes avant de rendre un avis définitif:

- La présence d'un observateur ne risque-t-elle pas d'influencer aussi bien le contenu que la forme des discussions ? un enregistrement aléatoire ne devrait-il pas être prévu ?
- Pourriez-vous nous transmettre une copie de votre protocole ? en effet, la lettre informative que vous avez transmise est trop succincte.
- Comment les interviews seront-elles analysées ?
- Dans le formulaire de consentement pour les soignants, il serait intéressant de donner plus de détails sur les objectifs ainsi que la possibilité de se retirer ou d'arrêter les enregistrements à tout moment.
- Pourriez-vous expliciter davantage la notion de « productions linguistiques » dans le consentement.

- Pourquoi votre choix s'est-il porté sur les services de gériatrie et d'hématologie ?
- Qui se porte garant de la confidentialité ? en effet, le secret médical doit être respecté étant donné que les enregistrements portent également sur des patients. Il serait souhaitable qu'un médecin se porte garant de la confidentialité.
- Pouvez-vous nous transmettre une copie des éventuels questionnaires que vous soumettriez aux participants ?

Pourriez-vous nous transmettre par écrit vos réponses à ces différentes questions et/ou remarques le plus rapidement possible ?

L'accord définitif vous sera fourni dès réception de ces réponses et/ou des documents adaptés.

Nous vous remercions pour votre collaboration, et vous prions d'accepter, Chère Madame Collonval, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

### 3. Notre réponse à l'avis provisoire

Concerne :

- N° interne CE XXX : 162/2015
- NUB : XXXXXXXXXXXXXXX
- Intitulé : Étude de la corrélation entre les dimensions linguistique et sociale dans deux services hospitaliers belges universitaires. Enquête ethnolinguistique en hématologie et gériatrie.
- Investigateur responsable : Sophie Collonval, doctorante à l'Université de Namur
- Thèse de Sophie Collonval réalisée dans les services d'hématologie et de gériatrie du NomHôpital
- Étude monocentrique

Madame, Messieurs,

Suite à l'avis provisoire émis sur notre projet de thèse au sein des services de gériatrie et d'hématologie du NomHôpital, nous vous faisons parvenir nos réponses aux remarques formulées.

**La présence d'un observateur ne risque-t-elle pas d'influencer aussi bien le contenu que la forme des discussions ? Un enregistrement aléatoire ne devrait-il pas être prévu ?**

Nous sommes consciente que le choix d'une observation plutôt qu'une récolte des données par entretiens ou par questionnaires est critiquable. Néanmoins, réaliser notre étude au

moyen de ces deux dernières techniques (entretien et questionnaire) nous semble inadéquat quant à notre volonté d’obtenir de « la parole en situation » (Grosjean et Lacoste 1999 : 46) : l’entretien donne accès aux représentations des participants mais pas aux « pratiques effectives de communication » ; le questionnaire, lui, est « statique » puisqu’il ne nous permet pas de constater des dynamiques d’actions et d’interactions (Grosjean et Lacoste 1999 : 47). Le choix d’une observation en présence soulève bien d’autres « problèmes » liés au contenu et à la forme, pour lesquels nous envisageons des solutions sous la forme d’équilibres, équilibres entre détachement « et familiarité, entre implication et objectivation, entre participation [passive] et retrait » (Derèze 2009 : 49-52 ; Grosjean et Lacoste 1999 : 48). La prise de conscience et le respect de ces équilibres sont indispensables pour mener à bien une enquête ethnolinguistique.

À côté de ces difficultés, la méthode observationnelle donne accès aux contextes, situations, rituels, actions et interactions entre les soignants (de Singly 1998 : 27). L’observation des pratiques linguistiques (interactions, mise par écrit, etc.) est valide scientifiquement si celles-ci sont accompagnées de descriptions détaillées sociologique, spatiale, temporelle et contextuelle (Coulon 1996 : 33 ; de Singly 1998 : 25 ; Grosjean et Lacoste 1999 : 45) et si elles sont issues d’une **observation de longue durée** (une année, dans notre cas). En effet, les échanges linguistiques au sein des hôpitaux se structurent rarement comme une interaction classique duelle, « où les participants sont supposés mobiliser l’un après l’autre le rôle de locuteur et le rôle d’auditeur. Or, en milieu hospitalier, **de nombreuses conversations brèves tenues** lors de rencontres dans un couloir ou lors de passages en salle de soins complexifient l’organisation des interactions et elles nécessitent la présence d’un observateur pour répondre à la question “qui parle à qui ?” » (Grosjean et Lacoste 1999 : 60 ; Lacoste 2001 : 331). Pour ce faire, notre présence lors de la collecte des données est nécessaire.

En tant qu’observatrice, nous devons donc non seulement nous familiariser avec le milieu de la recherche, avec ses rituels et ses pratiques, mais aussi comprendre les **interactions plurielles** qui « s’insèrent dans un processus de travail [...] collectif » au moyen des « paroles “dans” le travail » et des « paroles “sur” le travail » produites par les soignants (Grosjean et Lacoste 1999 : 47 et 60).

**Pourriez-vous transmettre une copie de votre protocole ? En effet, la lettre informative que vous avez transmise est trop succincte.**

Notre étude se constitue de plusieurs (sous-)étapes, suivant le schéma typique des enquêtes ethnolinguistiques : une pré-enquête, une enquête et un compte rendu auprès des

participants. Ces phases sont liées au choix du paradigme qualitatif (des éléments du paradigme quantitatif seront utilisés afin de servir la dynamique qualitative) (de Singly 1998 : 29-39). Détaillons chacune de ses étapes afin d'en comprendre les enjeux. Premièrement, la pré-enquête débute par une présentation du chercheur et de son projet auprès des futurs participants. Ensuite, celui-là observe des situations en vue de définir les variables linguistiques qui seront étudiées (formules d'adresse, tutoiement/vouvoiement, stratégies de vulgarisation, etc.) (Baude 2006 ; de Singly 1998). Deuxièmement, nous réalisons une enquête afin de recueillir systématiquement les données sélectionnées lors de la pré-enquête (Derèze 2009 ; de Singly 1998). Et troisièmement, nous espérons pouvoir présenter aux participants les résultats et leurs analyses afin d'avoir un retour à leur part concernant l'étude entreprise.

Notre approche qualitative et donc inductive ne nous permet pas d'établir un protocole d'observation définitif avant d'être entrée en contact avec le milieu sélectionné et d'observer quelques heures en son sein. En effet, nous souhaitons **mener une recherche descriptivo-compréhensive** à partir de situations et de pratiques telles que l'observation des interactions, la gestion de l'espace, la répartition des rôles qui sont les constituants de l'organisation et de la collaboration entre les soignants (Derèze 2009 : 70-71). La multiplicité des situations de communication soignante nous amènera sûrement à sélectionner certains types d'échanges plutôt que d'autres comme l'ont fait Grosjean et Lacoste dans une enquête antérieure (1999). Ainsi, ces deux chercheurs centrent leur attention non seulement sur les pratiques linguistiques des infirmiers - perçus comme des intermédiaires communicationnels entre les soignants - dans des situations de réunions, de soins, de collaboration, etc., mais aussi sur les réunions de relèves ayant lieu dans divers services hospitaliers (Grosjean et Lacoste 1999). La sélection de tel ou tel moment communicationnel ne pourra être réalisée qu'après la phase de pré-enquête.

Pratiquement, le corpus sera composé de différentes sortes de données :

- Des données orales enregistrées lors des observations. Celles-ci ne seront pas réalisées de manière cachée par respect pour les informateurs (Derèze 2009 : 96). Néanmoins, elles seront de deux types : observation directe et observation secondaire. La première consiste en une « observation en situation pratiquée sur le terrain de recherche, là où le chercheur est (re)connu comme tel » (Derèze 2009 : 89) sans intervention ni préparation de sa part. Quant à la seconde (observation secondaire), elle est « préparée et préméditée » afin de vérifier certaines informations collectées (Derèze 2009 : 89) ; autrement dit, nous interviendrons à l'aide d'une phrase ou d'une question pour aiguiller

quelque peu l'interaction. Notre intervention sera brève contrairement aux entretiens qui seront constitués de plusieurs questions.

- Des données orales collectées au moyen d'entretiens mais en proportion limitée et d'un type spécifique : les entretiens documentaires. Ceux-ci sont « des moyens de combler le déficit de l'observateur concernant des sources nécessaires liées au terrain », à savoir des rituels, des règles, des valeurs (Derèze 2009 : 105-107), et ce, dans le cas où les observations secondaires sont insuffisantes.
- Des données écrites concernant les éléments relativement stables et évolutifs lors d'une interaction selon la grille de relevé suivante (issue des travaux de Grosjean et Lacoste 1999 : 215) :

| Les données relativement stables au cours de l'interaction                                                                                                                                     | Les données évoluant au cours de l'interaction                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Le cadre et les aspects écologiques</b><br>Localisation dans le service (plan)<br>Localisation dans la pièce (croquis)                                                                      | <b>Les modalités de la communication</b><br>Indices posturaux<br>Indices gestuels<br>Indices proxémiques                                                                          |
| <b>Le temps</b><br>L'avant<br>Le pendant (durée, périodicité, organisation interne, découpage temporel)<br>L'après                                                                             | <b>Les cadres de participation</b><br>Cadres participatifs : aparté, discussion collective, cantonade,<br>Position de l'interlocution : locuteur, auditeur, destinataire, témoin  |
| <b>Les participants (= tous ceux qui sont présents)</b><br>Identification, statuts professionnels et organisationnels,<br>Statut dans l'interaction (central ou pas, absence durant l'échange) | <b>Les normes d'interaction</b><br>Ouverture / clôture de l'interaction<br>Tours de parole et chevauchements<br>Droit à prendre la parole, à initier un thème, à contredire, etc. |
| <b>Les buts</b><br>But officiel de la situation<br>Buts secondaires                                                                                                                            | <b>Les activités concurrentes</b><br>Entrées et sorties<br>Déplacements<br>Actes matériels effectués                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                | <b>La tonalité</b><br>Atmosphère du lieu : calme, stress, tension, etc.                                                                                                           |

Soulignons que notre intérêt porte sur le cadre de l'interaction (Qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ? Dans quels buts ?) ainsi que sur les éléments contextuels extérieurs (politiques, économiques, sociaux, juridiques, etc.) liées à l'établissement hospitalier (Mauss 2002 : 38).

### Comment les interviews seront-elles analysées?

La première étape de l'analyse consiste en la transcription des données orales enregistrées à l'aide d'un logiciel (Praat) qui permet d'aligner le son et l'annotation. Cette

première phase est importante pour avoir une vue d'ensemble et une vue détaillée du corpus collecté. De plus, elle s'accompagne de l'étape de l'anonymisation des données dans le respect des informateurs et du milieu d'accueil (Baude 2006 : 54-56).

Notre paradigme de type inductif (qualitatif) plutôt que déductif nous aide durant la collecte des données à centrer davantage notre problématique et nos hypothèses en vue d'une analyse de celles-là (va-et-vient entre les données du terrain et les théories-analyses). Afin de mener à bien l'analyse, nous gardons à l'esprit que nous souhaitons comprendre la corrélation entre les phénomènes langagiers (formules d'adresse, vouvoiement/tutoiement, par exemple) et les paramètres socioprofessionnels pour mettre à jour les dynamiques de collaboration. **Notre posture est donc descriptive et non réductionniste** (Derèze 2009 : 39). Des micro-phénomènes langagiers (tutoiement/vouvoiement, par exemple) seront analysés ainsi que des éléments linguistiques plus macro (chevauchement, tour de parole) afin de comprendre qui parle à qui, dans quelles conditions et avec quelle formulation (Grosjean et Lacoste 1999 : 63-64 ; Lacoste 2001 : 335).

Outre la mise en corrélation, nous utiliserons une méthode comparative entre les données collectées dans les deux services. Nous sommes consciente des multiples différences qui les distinguent (telles que l'investissement des lieux, la manière de prendre la parole) ainsi que des points communs (la relève existe dans les deux services hospitaliers, comme nous l'ont souligné les chefs de services) (Lacoste 2001 : 333). Pourtant, la méthode comparative nous semble stimulante afin d'« activer l'analyse, [de] gagner en généralité [intérêt porté sur plus de facettes constitutives des services], [et de] cerner la variation » en ce qui concerne les rituels, les actions, la collaboration et la coopération (Grosjean et Lacoste 1999 : 64).

**Dans le formulaire de consentement pour les soignants, il serait intéressant de donner plus de détails sur les objectifs ainsi que la possibilité de se retirer ou d'arrêter les enregistrements à tout moment.**

Notre objectif consiste en la compréhension des phénomènes de collaboration et de coopération présents au sein d'un hôpital et illustrés à l'aide des productions linguistiques des soignants, afin de mieux comprendre la manière avec laquelle se construit l'identité socioprofessionnelle soignante. Autrement dit, nous souhaitons montrer les moyens linguistiques utilisés par les soignants qui organisent la vie socioprofessionnelle des deux services, puisque « les activités interactionnelles [...] constituent les faits sociaux » (Coulon 1996 : 81-82 et 86). Nous souhaitons apporter « des connaissances sur les conditions de travail

[aux niveaux communicationnel et collaboratif] des personnels hospitaliers » de deux services (Grosjean et Lacoste 1999 : 47-49).

L'échantillon des participants se constitue uniquement de soignants volontaires. Ces derniers pourront se rétracter à toute étape de l'étude (pré-enquête, enquête et compte-rendu) ; c'est le droit de rétractation (Baude 2006 : 72). Celle-ci peut être liée à diverses opérations : l'arrêt temporaire de l'enregistrement, sa suppression *a posteriori*, le non-souhait de participer à l'enquête, etc. Nous tenons à souligner que l'enquête ne peut avoir lieu sans consentement éclairé des soignants. Même si un participant signe le consentement, il peut se rétracter étant donné que « l'autorisation signée ne peut pas toujours être considérée comme un acte suffisant et qu'il convient de protéger certains enquêtés au-delà de ce qu'ils ont signé » (Baude 2006 : 62).

Une copie du consentement de participation modifié se trouve en annexe.

**Pourriez-vous expliciter davantage la notion de « productions linguistiques » dans le consentement ?**

Une production linguistique se constitue de tout énoncé bref ou complexe formulé par un individu, c'est-à-dire allant de l'exclamation à une phrase complexe composée de propositions subordonnées, et/ou coordonnées, et/ou juxtaposées. Autrement dit, toute parole d'un soignant est considérée comme une production linguistique. L'analyse de toute production linguistique pourra porter sur les tours de parole ou leurs chevauchements, ainsi que sur des éléments langagiers plus petits relevant de la syntaxe, de la lexicologie, de la morphologie ou de la phonologie. Le choix des productions linguistiques à analyser sera posé lors de la pré-enquête.

**Pourquoi votre choix s'est-il porté sur les services de gériatrie et d'hématologie ?**

Lors de la délimitation du corpus pour mener une recherche ethnolinguistique en milieu hospitalier, notre intérêt se portait de prime abord sur les différences observables entre les interactions des soignants de services pédiatrique et gériatrique. Néanmoins, nous nous sommes rendu compte que le premier service - pédiatrique - était absent du site NomHôpital. Nous avons donc opté pour un autre service : l'hématologie. Le choix de deux services est motivé par une volonté contrastive, stimulante pour comprendre les dynamiques internes à chacun d'eux et entre les soignants.

Ces deux services offrent la possibilité d'observer les interactions de soignants dans différentes situations. En effet, ces derniers sont amenés à discuter, à se concerter lors de

réunions multidisciplinaires, lors de réunions de service entre soignants de même discipline - si nous pouvons l'écrire de la sorte, c'est-à-dire entre médecins, etc. - ou entre soignants de disciplines différentes. En outre, le service de gériatrie organise un séminaire qui serait l'occasion, comme nous l'a souligné le Dr NomSoignant, de partager nos avancées de recherche avec les soignants eux-mêmes. En ce qui concerne le service d'hématologie, nous ne souhaitons pas assister aux consultations qui sont un lieu où un soignant échange avec un patient, mais observer les soignants dans les situations précédemment citées.

La richesse des moments d'interaction nous a semblé intéressante même si cela ne fonctionne pas identiquement dans les autres services (en chirurgie, par exemple). Mettre au centre de notre étude ces deux services vise également à comprendre les dynamiques de collaboration et de communication entre les soignants au sein de services peu étudiés sous cet angle à l'heure actuelle dans le champ linguistique. De plus, le nombre important de réunions facilite pratiquement la collecte de données pour notre projet.

Nous tenons à souligner que nous ne souhaitons donc pas réaliser des généralités sur les interactions entre les soignants dans les hôpitaux mais comprendre le fonctionnement de ces dernières au sein de deux services spécifiques et au service de la collaboration soignante.

**Qui se porte garant de la confidentialité ? En effet, le secret médical doit être respecté étant donné que les enregistrements portent également sur des patients. Il serait souhaitable qu'un médecin se porte garant de la confidentialité.**

Vous trouverez en annexe deux lettres des chefs de services hématologique et gériatrique, qui acceptent d'être les garants de la confidentialité de l'enquête. En outre, nos deux promoteurs de thèse, Laurence Meurant et Jean-Louis Vaxelaire, se portent également garants du projet.

**Pouvez-vous nous transmettre une copie des éventuels questionnaires que vous soumettriez aux participants ?**

Un premier questionnaire pouvant être soumis aux participants est la fiche du locuteur.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- NOM, prénom(s) :</li> <li>- Année de naissance :</li> <li>- Code postal du lieu de naissance :</li> <li>- Lieux de résidence successifs (préciser de manière décroissante les lieux de domicile en fonction du temps de séjour de chaque domicile) :</li> <li>- Code postal du domicile actuel :</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Professions successives (stage(s) non rémunéré(s) compris) :</li> <li>- Activité(s) professionnelle(s) actuelle(s) :</li> <li>- Année de début de l'exercice de la profession dans un hôpital :</li> <li>- Année de début de l'exercice de la profession au NomHôpital :</li> <li>- Études supérieures :</li> </ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Époux, épouse, cohabitant :</li> <li>- Lieu d'origine :</li> <li>- Profession et/ou études :</li> <li>- Langue(s) que vous utilisez entre vous :</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Langue(s) que vous pouvez parler (français, anglais, wallon, néerlandais, allemand, etc.) :</li> <li>- Langue(s) que vous utilisez à l'hôpital (français, anglais, wallon, néerlandais, allemand, etc.) :</li> </ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Ce questionnaire nous permettra d'avoir accès aux profils sociologiques des participants.

Un deuxième questionnaire serait la base d'un entretien documentaire afin d'obtenir les représentations du collectif soignant dans chaque service. Nous nous basons sur une enquête menée par Lacoste (2001 : 326) :

- « qui fait partie de l'équipe ?
- Qui est ressenti comme extérieur ?
- Comment le groupe se représente-t-il lui-même ?
- Quelles sont les différenciations internes et les liens privilégiés ?
- Quels sont les lieux et les moments communs ressentis comme essentiels ? »

À l'aide des réponses issues d'un questionnaire en ligne (lien de la page contenant le questionnaire : <https://docs.google.com/forms/d/1KAKctH2pFE6xHgQH3MzJzmQQFAVG SaGPvq4muL1akyY/viewform>) que nous avons réalisé fin 2015 et soumis à des soignants belges francophones travaillant en milieu hospitalier, nous souhaitons soumettre les réponses de ce questionnaire sous la forme de statistiques et obtenir le témoignage des soignants des deux services et leurs positionnements concernant les usages langagiers en milieu hospitalier.

Les entretiens documentaires et le questionnaire (profil sociologique) que nous espérons réaliser ont deux objectifs : d'une part, vérifier les données linguistiques enregistrées et observées ; et d'autre part, susciter des réactions auprès des informateurs en leur soumettant des données chiffrées et obtenir leur point de vue et leurs représentations sociolinguistiques concernant leur monde professionnel (de Singly 1998 : 67).

En espérant avoir éclairci les zones d'ombre présente dans le dossier éthique soumis précédemment, nous vous prions d'accepter, Madame, Messieurs, nos salutations les plus distinguées.

Sophie Collonval,  
doctorante au département de Langues et Littératures françaises et romanes (Unamur)  
[sophie.collonval@unamur.be](mailto:sophie.collonval@unamur.be)

## Bibliographie

- Baude, Olivier (coord.). 2006. *Corpus oraux. Guide des bonnes pratiques*. Orléans/Paris : Presses Universitaires d'Orléans/CNRS Éditions.
- Coenen-Huther, Jacques. 1995. *Observation participante et théorie sociologique*. Paris : L'Harmattan (Logiques sociales). 119-144.
- Coulon, Alain. 1996. 4<sup>e</sup> éd. *L'ethnométhodologie*. Paris : Presses Universitaires de France (Que sais-je ?).
- Derèze, Gérard. 2009. *Méthodes empiriques de recherche en communication*. Bruxelles : De Boeck (Info & Com).
- de Singly, François (sous la dir. de). 1998. *L'enquête ethnologique de terrain*. Paris : Nathan Université (Sciences sociales, 128).
- Grosjean, Michèle et Lacoste, Michèle. 1999. *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris : Presses Universitaires de France (Le travail humain).
- Hambye, Philippe. 2015. « L'ethnographie comme méthode d'enquête sociolinguistique : “faire preuve” à partir d'un cas singulier ». Dans *Langage et société*. N°154. 83-97.
- Lacoste, Michèle. 2001. « Chapitre 13. Quand communiquer c'est coordonner. Communication à l'hôpital et coordination des équipes ». Dans Borzeix, Anni et Fraenkel, Béatrice (coord.). *Langage et Travail. Communication, cognition, action*. Paris : CNRS Éditions (CNRS Communication). 323-342.
- Marmoz, Louis. (sous la dir. de). 2001. *L'entretien de recherche dans les sciences sociales et humaines. La place du secret*. Paris : L'Harmattan (Éducatons et Sociétés).
- Mauss, Marcel. 2002. *Manuel d'ethnographie*. Paris : Payot et Rivages (Petite Bibliothèque Payot).
- Van Campenhoudt, Luc et Quivy, Raymond. 2011. 4<sup>e</sup> éd. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.

## 4. L'accord final

### ACCORD FINAL

#### Concerne:

- **Intitulé:** Etude de la corrélation entre les dimensions linguistique et sociale dans deux services hospitaliers belges universitaires. Enquête ethnolinguistique en hématologie et gériatrie.
- **Investigateur responsable:** Madame Sophie Collonval, doctorante à l'Université de Namur
- **Mémoire de** Madame Sophie Collonval réalisé dans les services d'hématologie et de gériatrie
- **Etude monocentrique**

Le Comité d'Ethique a examiné les documents  
suivants concernant l'étude susmentionnée:

- La lettre de soumission,
- Le questionnaire de la Commission d'éthique médicale,
- La demande d'avis au Comité d'éthique,
- L'autorisation pour l'enregistrement audio et l'exploitation des données enregistrées,
- La lettre d'information au patient,
- Attestation signée par le Professeur
- Attestation signée par le Professeur
- Le questionnaire en ligne pour les participants.

Suite à votre courrier du 9 mars 2016 apportant les réponses à nos questions et remarques, la **Commission a rendu un avis favorable sur ce protocole et estime que l'expérimentation prévue peut être entreprise.**

Cette étude tombant sous le coup de la loi du 7 mai 2004, elle doit être couverte par une assurance sans faute. Cette assurance sera automatiquement fournie et prendra effet 15 jours après la transmission par nos soins de l'accord définitif à

. Le refus de couverture éventuel devant être signifié dans les 15 jours de la réception de l'accord définitif.

A cette occasion, le Comité d'éthique rappelle cependant aux responsables de l'expérimentation qu'elle se réalisera sous leur responsabilité propre et que l'avis favorable donné par la Commission ne signifie en rien qu'elle en prend ou en partage la responsabilité.

La Commission vous demande, en outre, de veiller à informer clairement les malades sur d'éventuels risques encourus ainsi que sur toute investigation complémentaire qui ne serait pas directement en rapport avec leur état de santé.

L'expérimentation doit également se réaliser conformément à la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine applicable à partir du 1<sup>er</sup> mai 2004.

## Motivation de l'avis dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine

---

### 1) Informations relatives à l'expérimentation

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Identification de la demande:</b>                                                                                                                                                                                                                   |                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                           |
| <b><u>Demandeur au sein du comité d'éthique<sup>1</sup>:</u></b><br>Etude de la corrélation entre les dimensions linguistique et sociale dans deux services hospitaliers belges universitaires. Enquête ethnolinguistique en hématologie et gériatrie. | <b>Madame Sophie COLLONVAL<br/>UNAMUR</b> |

---

<sup>1</sup> L'investigateur ou le promoteur si la soumission lui est déléguée par l'investigateur

### 2) Liste des membres

Cette section de l'avis final est anonymisée puisqu'elle mentionne l'identité des membres du Comité éthique.

## 3) Motivation de l'avis

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                     | OUI | NON | s.o. |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|
| <b>1</b> | <b>Valeur sociale</b>                                                                                                                                                                                                                                               |     |     |      |
| 1.1      | Le groupe cible visé est bien délimité.                                                                                                                                                                                                                             | ●   | ○   | ○    |
| <b>2</b> | <b>Validité scientifique</b>                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |      |
| 2.1      | L'investigateur et ses collaborateurs sont professionnellement compétents.                                                                                                                                                                                          | ●   | ○   | ○    |
| 2.2      | Les installations et l'infrastructure dans lesquelles l'étude se déroule sont adéquates.                                                                                                                                                                            | ●   | ○   | ○    |
| 2.3      | L'étude est scientifiquement fondée.                                                                                                                                                                                                                                | ●   | ○   | ○    |
| 2.4      | L'étude est conçue de façon correcte sur le plan statistique.                                                                                                                                                                                                       | ●   | ○   | ○    |
| 2.5      | L'étude contribue aux connaissances propres à l'exercice des professions des soins de santé.                                                                                                                                                                        | ●   | ○   | ○    |
| 2.6      | L'étude contribue potentiellement (immédiatement ou à l'avenir) à l'amélioration des soins de santé pour le groupe cible visé.                                                                                                                                      | ●   | ○   | ○    |
| 2.7      | Pendant l'étude, les participants reçoivent les soins médicaux standards.                                                                                                                                                                                           | ●   | ○   | ○    |
| 2.8      | S'il y a un groupe placebo, il doit être absolument nécessaire sur le plan méthodologique et acceptable sur le plan éthique.                                                                                                                                        | ●   | ○   | ○    |
| 2.9      | S'il s'agit d'une étude randomisée, il n'y a pas de différence de traitement entre les différents bras <sup>3</sup> .                                                                                                                                               | ●   | ○   | ○    |
| <b>3</b> | <b>Sélection correcte des participants</b>                                                                                                                                                                                                                          |     |     |      |
| 3.1      | La population étudiée a été choisie de manière scientifiquement justifiée dans le cadre de l'étude.                                                                                                                                                                 | ●   | ○   | ○    |
| 3.2      | La population étudiée a été choisie de manière à ce que le risque soit minimal pour les participants.                                                                                                                                                               | ●   | ○   | ○    |
| 3.3      | Des mesures claires sont prises pour protéger les groupes particulièrement vulnérables.                                                                                                                                                                             | ●   | ○   | ○    |
| 3.4      | Dans la mesure du possible, les éventuels risques physiques, psychologiques, sociaux et économiques de l'étude pour les participants individuels sont quantifiés et, d'après les données disponibles, la probabilité de leur apparition est prise en considération. | ●   | ○   | ○    |

<sup>3</sup> On entend par là que, en ce qui concerne la balance bénéfices-risques, il ne devrait pas y avoir de différence entre les différents bras.

|          |                                                                                                                                                                                                                                             |                                  |                       |                       |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>4</b> | <b>Formulaire d'information et de consentement (« Informed consent form » - ICF)</b>                                                                                                                                                        |                                  |                       |                       |
| 4.1      | Les informations sont complètes et rédigées dans un langage compréhensible.                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.2      | Un court résumé de maximum 4 pages A4, rédigé dans un langage clair, est joint au formulaire de consentement.                                                                                                                               | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.3      | L'investigateur s'engage à communiquer les informations aussi bien par écrit qu'oralement.                                                                                                                                                  | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.4      | Le formulaire de consentement informé indique les éventuels effets sur la santé du partenaire et de l'entourage du participant à l'étude, ainsi que les mesures de précaution à prendre à cet égard.                                        | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.5      | Le formulaire de consentement informé indique qu'un participant potentiel peut refuser de participer à l'étude ou à tout moment sortir de l'étude sans que cela n'influe sur la relation établie entre lui et le professionnel de la santé. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.6      | Si les bénéfices potentiels pour un patient sont inférieurs aux inconvénients, une raison éthiquement justifiable doit être donnée et communiquée au patient.                                                                               | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.7      | S'il n'y a pas de bénéfice potentiel pour un volontaire, les risques sont limités et éthiquement acceptables, et cela est communiqué au volontaire.                                                                                         | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                       |                       |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>5</b> | <b>Populations spécifiques de l'étude</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                  |                       |                       |
| 5.1      | En cas d'inclusion de personnes mineures :<br>* le consentement des parents ou du tuteur est obtenu ;<br>* un ICF adapté est rédigé ;<br>* la volonté expresse du participant sera examinée et respectée ;<br>* il y a un lien direct avec l'état clinique de la personne mineure ou l'expérimentation peut uniquement être effectuée sur des personnes mineures ;<br>* l'expérimentation implique un quelconque bénéfice direct pour le groupe de patients.                       | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.2      | En cas d'inclusion de personnes majeures qui ne sont pas en mesure de donner leur consentement :<br>* le consentement du représentant légal est obtenu ;<br>* la volonté expresse du participant sera examinée et respectée ;<br>* il y a un lien direct avec un état clinique potentiellement mortel ou invalidant dans lequel le participant se trouve ;<br>* les risques pour le participant ne sont pas disproportionnés par rapport au bénéfice escompté pour cette personne. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.3      | En cas d'urgence, lorsque le consentement du participant ne peut pas être obtenu :<br>* il y a un lien direct avec un état clinique potentiellement mortel ou invalidant dans lequel le participant se trouve ;<br>* le consentement du participant ou de son représentant sera obtenu dès que possible.                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  |                       |                       |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>6</b> | <b>Respect des participants</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  |                       |                       |
| 6.1      | À la fin de l'étude et dans le cas où le médicament à l'étude est bénéfique au niveau thérapeutique pour le participant et où le médicament à l'étude n'a pas d'équivalent approuvé sur le marché, le promoteur transmet le médicament à l'étude au participant tant que ce médicament n'est pas encore sur le marché ou jusqu'à ce que le développement de celui-ci soit arrêté. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.2      | En cas d'encodage des données des participants, on sait qui est responsable de l'encodage et de la gestion de celui-ci.                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.3      | La manière dont les participants sont recrutés et sélectionnés est acceptable.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>7</b> | <b>Assurance</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                  |                       |                       |
| 7.1      | Une assurance sans égard à la faute a été conclue.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.2      | Les règles et montants en matière de compensation et/ou dommages-intérêts lorsqu'un participant encourt des blessures ou décède à la suite d'une expérimentation, sont acceptables.                                                                                                                                                                                               | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>8</b> | <b>Dispositions financières</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  |                       |                       |
| 8.1      | Les indemnités versées au participant – le cas échéant – sont proportionnelles.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8.2      | En cas d'études commerciales, l'investigateur est indépendant du promoteur.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8.3      | Les paiements et indemnités versés à l'investigateur sont proportionnels.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8.4      | L'/Les accord(s) entre le promoteur et le(s) site(s) sont acceptables.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

[Si vous avez répondu «Non» dans le tableau sur les pages précédentes, veuillez indiquer ici vos éventuelles objections.]

#### 4) Avis définitif

L'avis du comité d'éthique est **positif**

[Explications supplémentaires relatives aux conditions éventuelles]

## 5) Comités d'éthique concernés

Les comités suivants ont été interrogés concernant les aspects 4, 6 et 7 (voir ci-dessus) et ont donné leur réponse dans le délai légal prévu :

|                               |
|-------------------------------|
| [Liste des comités d'éthique] |
|-------------------------------|

## Annexe 3 : Le consentement éclairé de participation



## **Autorisation pour l'enregistrement audio et l'exploitation des données enregistrées**

### ***Présentation de l'enquête***

Mme Sophie Collonval

vous propose de participer à une enquête dans le cadre du projet universitaire suivant : une thèse de doctorat en sociolinguistique dans un hôpital belge. Ce projet s'appuie sur des enregistrements effectués auprès de soignants travaillant au NomHôpital dans les services d'hématologie et de gériatrie. L'objet de cette recherche est double : la fonction du vocabulaire des soignants et l'efficacité des productions linguistiques dans une dynamique professionnelle hospitalière. L'objectif poursuivi est la compréhension des phénomènes de collaboration et de communication présents au sein d'un hôpital et illustrés à l'aide des productions linguistiques des soignants, afin de mieux cerner la manière avec laquelle se construit l'identité socioprofessionnelle soignante. Des enregistrements seront effectués dans un but de recherche scientifique et sans gêner les tâches des participants. Les résultats (y compris les enregistrements) peuvent être publiés.

### ***Confidentialité***

Dans tous les cas de publication ou de diffusion, les informations vous concernant seront exploitées de manière anonyme. Outre l'anonymat, je m'engage à respecter scrupuleusement le secret médical. Vous pourrez, par ailleurs, avoir accès à toute publication. Le consentement de participation ne décharge pas l'enquêteur de sa responsabilité. Vous conservez tous vos droits garantis par la loi. Ainsi, si vous souhaitez vous rétracter lors de l'enquête ou lors d'une activité, c'est votre droit. Nous arrêterons l'enregistrement ou nous le supprimerons *a posteriori*. Néanmoins, ces recherches ne sont possibles que grâce au consentement des personnes qui acceptent d'être enregistrées ou interrogées ainsi qu'au consentement des autorités de l'hôpital. Nous vous demandons, par conséquent, votre autorisation pour procéder aux enregistrements.

### ***Comment puis-je recevoir plus d'informations ?***

Si vous avez des questions, des remarques, ou si vous souhaitez en savoir plus sur cette enquête, n'hésitez pas à envoyer un mail à [sophie.collonval@unamur.be](mailto:sophie.collonval@unamur.be) ou à me contacter au 081/724145.

***Demande d'autorisation*** (cocher les paragraphes qui conviennent)

Je soussigné(e) (Nom, Prénom en majuscules) :

---

☐ autorise par la présente Sophie Collonval à enregistrer en audio l'entretien en ce jour.

☐ autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonymisée :

a) à des fins de recherche scientifique (thèse, colloques et publications).

b) à des fins d'enseignement universitaire (cours et séminaires donnés à des étudiants en sciences du langage et en sciences sociales).

☐ prends acte que, pour toutes ces utilisations scientifiques, les données ainsi enregistrées seront anonymisées : ceci signifie

a) que les transcriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants ;

b) que les bandes audio qui seront présentées à des conférences ou des cours (généralement sous forme de très courts extraits ne dépassant pas la minute) seront « bipées » lors de la mention d'un nom, d'une adresse ou d'un numéro de téléphone identifiables ainsi que de tout élément biographique (qui seront donc remplacés par un « bruit » qui les effacera) ;

☐ accepte librement et volontairement de participer à cette recherche dans les conditions décrites ci-dessus.

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Signature :

## Annexe 4 : La fiche descriptive du transcripteur

UNIVERSITÉ  
DE NAMURFACULTÉ  
DE PHILOSOPHIE  
ET LETTRES**Engagement à la confidentialité des données**

(cocher les paragraphes qui conviennent)

Je soussigné (Nom, Prénom en majuscules) :

Mme GREGOIRE, MATHS GREGOIRE

☒ prends connaissance par la présente qu'il transcrira des données enregistrées lors d'une enquête ethnographique collectée par Sophie Collonval dans le cadre de son projet de doctorat intitulé « Des soignants, des paroles, des rôles, une place ? Enquête sociolinguistique en milieu hospitalier belge francophone » sous la direction d'Ingrid de Saint-Georges (Université du Luxembourg) et de Jean-Louis Vaxelaire (Université de Namur). Cette étude s'appuie sur des enregistrements effectués auprès de locuteurs travaillant dans un hôpital belge francophone et interagissant dans des situations formelles de la vie professionnelle. Ces données sensibles sont collectées à des fins de recherche scientifique et font l'objet de transcription et d'analyse.

☒ prends acte que toutes les données ainsi enregistrées seront anonymisées : ceci signifie

- a) que les transcriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants ;
- b) qu'aucune association de données pouvant éventuellement permettre la réidentification du participant ne sera pas rendue possible ;
- c) que les informations confidentielles relatives à la vie privée des patients et des soignants ne seront pas transmises, ni reproduites et ne seront accessibles que sous la supervision directe de Sophie Collonval ;

☒ accepte librement et volontairement de participer à cette recherche dans les conditions décrites ci-dessus.

Votre engagement ne décharge pas le transcripteur de sa responsabilité. Vous conservez tous vos droits garantis par la loi. Si vous acceptez de participer à l'étude de Sophie Collonval dans les conditions énoncées ci-dessus ainsi que de manière libre et informée, veuillez signer ce document.

Lieu et date :

Namur, le 08 avril 2019

Signature :

Département de Langues et Littératures françaises et romanes

Université de Namur, ASBL  
Siège social - Rue de Bruxelles 61, B-5000 Namursophie.collonval@unamur.be  
<http://directory.unamur.be/staff/scollonv>

### Fiche d'identification du transcripteur

NOM, prénom(s): MAES, Grégain

Date de naissance et âge au moment de l'enregistrement : 08/02/1994

Code postal du lieu de naissance : 5000

Lieux de résidence successifs (préciser de manière décroissante les lieux de domicile en fonction du temps de séjour de chaque domicile):

Villers-Lg. Heurt

Emmiesel

Code postal du domicile actuel : 5080

Professions successives : Étudiant

Activité(s) professionnelle(s) actuelle(s) : Étudiant

Année de début de l'exercice de la profession dans un hôpital : /

Année de début de l'exercice de la profession au CHU : /

Études supérieures : Romans à l'UNamur et UCLouvain

Langue(s) que vous pouvez parler (français, anglais, wallon, néerlandais, allemand, etc.) :

Français

Langue(s) que vous utilisez à l'hôpital (français, anglais, wallon, néerlandais, allemand, etc.) :

/

Époux, épouse, cohabitant : /

lieu d'origine :

profession :

études :

langue(s) que vous utilisez entre vous :

Motivations de la participation : Cette participation s'inscrit dans le cadre d'un stage au sein du Département de Roman de l'UNamur (pour un cours de Roman à l'UCLouvain) et s'inscrit pour la linguistique de terrain.



## Les nouveaux arrivants peuvent-ils entrer ?

De l'expérience de la vulnérabilité à la quête de reconnaissance d'une place en tant que soignants dans une équipe hospitalière. Regard sociolinguistique sur une transition professionnelle

L'arrivée dans un milieu professionnel est une étape pouvant occasionner de la vulnérabilité. En effet, le nouvel arrivant doit trouver sa place pour y entrer ; au cours d'interactions avec les membres du collectif, il devient l'objet d'un rite de passage pouvant être vécu plus ou moins douloureusement selon les circonstances. Afin de mieux comprendre, et éventuellement d'aider à accompagner la transition professionnelle, nous étudions la vulnérabilité que peuvent vivre de nouveaux travailleurs en quête de reconnaissance.

La vulnérabilité est peu abordée en linguistique, contrairement à la philosophie, la sociologie et l'éthique. Or, nous remarquons qu'une approche interactionnelle de cette notion nous permet de comprendre comment un nouvel arrivant essaie d'entrer et de se trouver une place dans un collectif professionnel. Cette entrée, nous la considérons comme un passage d'une vulnérabilité vécue à une reconnaissance recherchée. C'est dans l'interaction verbale qu'une personne pourra être reconnue et sortir d'une situation de vulnérabilité. La reconnaissance ainsi que la place et la face font l'objet de nombreuses recherches sociolinguistiques ; elles seront la toile de fond de notre réflexion sur le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance dans un milieu de travail.

Pour analyser ce passage, qui n'est pas nécessairement linéaire, nous mobiliserons les approches de la sociolinguistique interactionnelle et de la didactique professionnelle en analysant les interactions verbales de six soignants nouvellement arrivés dans une unité d'hospitalisation d'hématologie d'un hôpital universitaire belge francophone. Nous nous focalisons sur les compétences interactionnelles que ces nouveaux arrivants mettent en œuvre pour répondre à la situation de vulnérabilité suscitée par l'entrée dans un métier et sur les situations d'accompagnement comme un moyen d'obtenir une certaine reconnaissance nécessaire afin de se créer une place dans l'interaction et *in fine* dans le collectif soignant. À l'aide de l'analyse des interactions, nous traçons les trajectoires professionnelles situées des six nouveaux arrivants en nous centrant sur le type de reconnaissance obtenue au terme du passage et sur la place institutionnelle qu'ils ont construite dans l'équipe professionnelle.

L'étude montre les trois résultats suivants : peu importe le statut du nouveau, il peut vivre la vulnérabilité ; certains échanges peuvent aboutir à une reconnaissance, mais cette dernière peut faire défaut dans d'autres ; et plus le nouvel arrivant réussit à adopter les habitudes (inter)actionnelles du collectif, moins il sera vulnérable au cours de sa transition, sans pour autant être invulnérable.

Le couple vulnérabilité-reconnaissance dans les interactions verbales entre de nouveaux arrivants et les soignants d'une équipe professionnelle nous permet d'apporter un nouveau regard sur des concepts sociolinguistiques comme la socialisation langagière, la trajectoire professionnelle et l'identité située. Le passage de la vulnérabilité à la reconnaissance pourrait, nous l'espérons, devenir un modèle analytique pour étudier l'entrée dans d'autres milieux professionnels.

Cette thèse est présentée par Sophie COLLONVAL

Les membres du jury de la thèse sont

Jeroen DARQUENNES

Valérie DELAVIGNE

Ingrid DE SAINT-GEORGES

Patricia LAMBERT

Claudine MOÏSE

Jean-Louis VAXELAIRE

David VRYDAGHS