Collège Doctoral Languedoc-Roussillon

THÈSE

Pour obtenir le grade de

Docteur

Délivré par **l'Université Paul Valéry Montpellier 3**

Préparée au sein de l'école doctorale **58**
Langues, Littératures, Cultures, Civilisations
Et de l'unité de recherche LHUMAIN

Spécialité : **Sciences du langage**

Présentée par **Louise Robert**

Détermination interactionnelle de l'urgence et processus d'innovation en régulation médicale téléphonique au SAMU

Soutenue le 11 octobre 2022 devant le jury composé de

Mme Chantal CHARNET, PR, U. Montpellier 3	Directrice de thèse
M. Bruno BONU, MCF, U. Montpellier 3	Co-directeur de thèse
Mme Heike BALDAUF-QUILLIATRE, MCF, HDR. U. Lyon 2	Rapporteure
M. Christian LICOPPE, PR, U. Paris Tech	Rapporteur
Mme Esther GONZALEZ-MARTINEZ, PR, U. Fribourg	Présidente du jury
Dr Yann PENVERNE. CHU de Nantes	Examinateur

UNIVERSITÉ PAUL VALÉRY MONTPELLIER 3

Résumé

Détermination interactionnelle de l'urgence et processus d'innovation en régulation médicale téléphonique au SAMU

Avec les outils de l'Analyse Conversationnelle, les travaux portent sur la régulation médicale téléphonique au SAMU. Dans une première partie, nous mobilisons l'ethnographie multi-modale (vidéos, photos et entretiens, *in situ*) pour enquêter sur les pratiques professionnelles dans les centres de réception et de régulation des appels. Dans une seconde partie, nous nous interrogeons sur la notion d'urgence en régulation médicale. L'analyse des enregistrements et des transcriptions d'appels nous permet de rendre compte des pratiques émergentes des participants aux appels au SAMU et de l'organisation séquentielle complexe de leurs interactions. Nous observons particulièrement le travail interactionnel pour convaincre de la légitimité des motifs d'appels et les processus d'auto-détermination des usagers dans leur choix de contacter le SAMU. L'examen séquentiel offre également la possibilité de rendre visibles certaines perturbations interactionnelles, parfois dissimulées, qui peuvent survenir dans le cours des appels. Le dispositif technologique et organisationnel du SAMU est ensuite envisagé dans sa dimension configurante pour l'interaction et pour les pratiques de qualification des demandes de santé. Nous examinons notamment les conséquences interactionnelles des transferts d'appels d'un interlocuteur du soin et du secours à l'autre. Dans une troisième partie, nous utilisons les analyses interactionnelles pour contribuer à la réflexion sur la transformation technologique et organisationnelle du SAMU. Il s'agit d'envisager l'apport de notre recherche au déploiement de nouvelles technologies en régulation médicale. Particulièrement, nous élaborons des principes et une méthodologie pour la conception d'une technologie d'aide à la gestion interactionnelle des appels.

Mots-clés : analyse conversationnelle ; interactions urgentes ; ethnométhodologie, séquentialité ; interaction homme-machine ; urgence ; institution ; SAMU ; requêtes

Abstract

Interactional determination of the status of a call to France emergency services and innovation research

This research focuses on the handling of French emergency phone calls from an interactional perspective. First, we use multimodal ethnography materials (film, photography, ethnographic interviews, *in situ*) as a medium to investigate work practices of these medical and organisational activities. Secondly, the analysis of recordings and transcripts of calls allows us to describe emerging practices of the participants and outline the complex sequential organisation of their interactions. We seek to determine how a call's urgency can only be identified through the interaction itself, and by way of the unique relationship participants establish (or do not establish) together. Even more specifically, we examine callers' efforts to convince the receiver of the legitimacy of their request and study the thought process that led to their decision to call emergency services in the first place. The sequential examination also allows us to identify some interactional problems that might be hidden, which occur during the call. Through a qualitative analysis, we look to observe the interactional effects of the digital and organisational environment of the intervention and emergency care network. We demonstrate how the transfer of calls from one institution to another has an effect on the overall structure of the interaction and may limit the caller's agency in the situation. Finally, based on the aforementioned analysis, our study aims to contribute to the well thought-out and appropriate development of technological support in emergency interventions and the emergency care network in general. We lay out key principles for the implementation of specific interfaces that are aimed at easing access to care for emergency patients. Specifically, we propose a methodology for a technological system that would help emergency operators in the interactional handling of requests, to facilitate a constructive experience during the call and positive outcome at the end of the call.

Key words : conversation analysis ; sequentiality ; computer supported work, human machine interactions ; emergency ; institutional talk ; ethnomethodology.

Remerciements

Je souhaite en premier lieu exprimer ma gratitude à ma directrice de thèse Chantal Charnet et à mon co-directeur de thèse Bruno Bonu. Merci de m'avoir ouvert cette porte, d'avoir accepté de me confier ce travail de thèse. Je vous remercie pour votre confiance, vos conseils, ainsi que pour votre soutien bienveillant et exigeant tout au long de ce parcours. Mes remerciements vont ensuite aux membres du jury, Heike Baldauf-Quilliatre, Christian Licoppe et Esther González-Martínez qui ont accepté d'évaluer ce travail, ainsi qu'au Dr Yann Penverne qui a accepté d'être membre expert du jury.

Je remercie la région Occitanie pour le financement de cette thèse ainsi que les deux établissements qui nous ont accueillis M. Bonu et moi-même : les SAMU de Perpignan et de Saint-Étienne. Sans l'accès aux enregistrements d'appels, cette recherche n'aurait tout simplement pas été possible. Ma reconnaissance va ensuite aux professionnels du SAMU, et tout particulièrement, au Dr François Giraud, auquel ce travail doit énormément. Merci infiniment pour votre accueil et de nous avoir permis de mieux saisir ce qu'est l'activité au SAMU tant durant l'enquête de terrain qu'au-delà. Mes remerciements vont également au Dr Christophe Gely, initiateur de ce projet de recherche avec M. Bonu, au Dr Françis Coll, à Mme Sandrine Gallaud et aux ARM qui ont accepté notre présence et nos caméras et ont pris le temps de nous expliquer leur métier. J'adresse aussi de vifs remerciements à M. Yann Rouet, co-président de l'Association Française des Assistants de Régulation Médicale, dont l'intérêt pour les croisements disciplinaires est remarquable et qui a été une source précieuse de connaissances. Merci également à Mme Fanny Gayraud, ARM-formatrice du CFARM du SAMU 30, nos échanges ont beaucoup compté dans ce travail. Merci de m'avoir permis d'intervenir dans votre CFARM, d'avoir répondu à mes nombreuses questions et d'avoir relu et considéré mes propositions pédagogiques.

Je souhaite ensuite remercier les membres de U.R. LHUMAIN, de l'UMR Praxiling et de l'ITIC, personnels de la recherche et de l'administratif qui m'ont encouragée et qui ont participé ponctuellement à la bonne marche de ce travail. Merci à Sara, Chiara et Zara pour votre participation au projet C15HN et aux transcriptions. Je remercie François Perea pour les conseils et les encouragements qu'il m'a prodigués depuis le master 2. Merci aussi à Nada Jonchère pour ses judicieux conseils. Merci aux collègues participant-es des Datas Sessions de l'analyse de conversation, elles furent de riches moments qui se sont avérés précieux pour mon

apprentissage disciplinaire. Merci à Marine Riou pour nos échanges et pour tes conseils avisés. Merci aux doctorant-es, pour nos moments de soutien mutuel dans ce long périple qu'est le doctorat. Je pense tout particulièrement à ma collègue doctorante Natalia Osorio Ruiz, merci pour ta présence stimulante particulièrement pendant les deux premières années de thèse, avant que la pandémie ne bouscule quelque peu nos quotidiens de doctorant.es. Merci aux étudiant- s des cours de TD que j'ai pu assurer pendant ces deux premières années de thèse, ce fut une réelle joie de découvrir avec vous combien j'aime enseigner.

Dans une dimension plus personnelle, la toute première personne que je souhaite remercier c'est mon incroyable sœur Angèle, la plus aimante et la plus disponible des sœurs et des amies. Merci à toi et à notre maman Sarah. Votre temps à toutes les deux, vos relectures, vos conseils, votre amour et ce, depuis le mémoire de recherche de Master 2, jusqu'à la fin de la thèse, sans relâche, ont été tout pour moi. Merci aussi à mes deux frères. Paul, régulateur ambulancier, disponible à toute heure sur Messenger pour me traduire un sigle ou une fiche médicale de régulation et Henri, dont le sens des mots et de l'écriture m'a été plusieurs fois utile. Merci à mon père de m'avoir toujours soutenue. Merci infiniment aux relecteurs-rices. Geneviève, Marine, Maïa, Lioubov, Justine, Élodie, Grégoire, Julien, Sabrina, Camille. Un très grand merci également à Valentine, ainsi qu'à Freddy pour ton aide sur le corpus. Merci à Jeanne d'avoir été si curieuse et si intéressée par ma recherche, du haut de tes 10 ans, ce fut toujours un bonheur de partager cela avec toi. Merci à Stéphanie et à Yoan d'être ma famille. Je remercie ici aussi les ami-es avec qui j'ai pu collaborer ces dernières années dans ma vie à côté de la thèse, dans des pratiques collectives, des projets artistiques, éditoriaux, culturels qui ont souvent été ma respiration et qui constituent une partie importante de mon parcours (Vanina, Pauline, Lana, Anne-Cécile, Lì-Lù, Élodie, Anne-Charlotte, Sarah, Lola et d'autres encore…).

Merci à toi Vincent. Merci d'être là, de m'avoir soutenue et inspirée. Une force de tous les jours. Merci de m'avoir accompagnée tout au long de cette longue aventure. Ton énergie, ton inventivité et ton courage à toute épreuve ont beaucoup joué dans ma détermination.
Enfin, je dédie ce travail à mon fils Charlie. Je te remercie d'être ce petit être si grand et si inspirant. Si, pas un instant je n'ai regretté de m'être lancée dans ce long chemin de thèse, c'est grâce à toi. J'espère que comme moi tu pourras plus tard t'engager dans un travail qui te passionne. Je dédie également ce travail à ma grand-mère Marguerite.

Table des matières

Résumé ... *3*

Abstract ... *4*

Remerciements ... *5*

Table des matières ... *7*

Introduction générale ... *11*

Partie I : Le cadre théorique et la méthodologie ... **25**

Chapitre 1 : Cadre théorique ... *26*

1. L'Interactionnisme ... 28
   - 1.1. Constitution historique et théorique de l'interactionnisme symbolique ... 28
   - 1.2. Travaux et terrains dans le domaine de la santé ... 30
2. L'Ethnométhodologie ... 34
   - 2.1. Constitution historique et théorique de la discipline ... 34
   - 2.2. Indexicalité, réflexivité et intelligibilité des actions ... 38
   - 2.3. Prolongation de l'approche ethnométhodologique ... 41
3. L'Analyse Conversationnelle ... 43
   - 3.1. La conversation : le lieu prototypique et central de la vie sociale ... 43
   - 3.2. L'ordre de l'interaction ... 44
   - 3.3. Des stratégies interactionnelles ... 47
   - 3.4. L'infrastructure procédurale ... 49
   - 3.5. Le tour de parole ... 51
   - 3.6. Les modalités d'allocation des tours ... 53
   - 3.7. La réparation conversationnelle ... 57
   - 3.8. Une structure conversationnelle : la paire adjacente ... 58
   - 3.9. La préférence ... 62
   - 3.10. Expansions de la paire adjacente ... 63
   - 3.11. Progression thématique et topicalité ... 72
   - 3.12. Les catégories ... 74
   - 3.13. Le désaccord dans l'interaction ... 80
   - 3.14. Traitement interactionnel des perturbations ... 83
4. L'étude des interactions institutionnelles médicales ... 84
   - 4.1. La structure fondamentale des consultations médicales ... 86
   - 4.2. La consultation en tant que système d'activité distribuée co-construit ... 87
   - 4.3. L'étude spécifique de la présentation de la raison de la visite ... 89
   - 4.4. Légitimer la raison de la visite ... 91
   - 4.5. L'étude spécifique des séquences interrogatives ... 95
   - 4.6. Asymétrie interactionnelle et autorité médicale ... 100
   - 4.7. Encapacitation et statut renouvelé du patient ... 101
   - 4.8. Digitalisation des consultations médicales ... 108
5. L'étude des interactions téléphoniques ... 110
   - 5.1. Mise en visibilité du dispositif : un objet technique pour les interactions sociales ... 110
   - 5.2. Effets configurants de la technologie sur les interactions : la téléphonie fixe ... 111
   - 5.3. De la téléphonie mobile aux smartphones ... 117
   - 5.4. Les séquences spécialisées des appels de téléphonie mobile ... 118
   - 5.5. Des appels multimodaux : se voir au téléphone ... 119
   - 5.6. Une ère du smarthophocéne ... 120
   - 5.7. Un objet technique fulgurant ... 121
   - 5.8. Émergence et abandon de ressources techno-interactionnelles ... 124
   - 5.9. Un artefact intrusif ? ... 125
   - 5.10. Un outil de la mesure de soi ... 126
   - 5.11. Approches écologiques du smartphone ... 127

6. L'interaction téléphonique urgente 128
6.1. Formalisation d'une structure interactionnelle des appels urgents 128
6.2. Les ouvertures des appels aux structures d'urgence 130
6.3. Émergence des identités situées 131
6.4. Les clôtures des appels urgents 138
6.5. Formes et procédures de production de la raison de l'appel 139
6.6. Procédures interactionnelles pour influencer le format de la requête 146
6.7. Série interrogative et alignement des agendas interactionnels 146
6.8. Standardisation des interactions urgentes et usage configurant des logiciels 148
6.9. Le cas d'une perturbation à source technologique : les séquences de localisation 153
6.10. Apparition, manifestation et traitement des émotions 158
6.11. Procédures interactionnelles pour convaincre de la légitimité de la demande 162
6.12. Quand les appels urgents ne sont pas urgents ? 164
6.13. Une dimension organisationnelle configurante : le transfert d'appels 168
6.14. Réalisations répétitives et dilemme interactionnel 170
6.15. Activité sur le plateau : coopération et configurations spatiales 172
7. Interactions dans des environnements complexes 176
7.1. Analyse des technologies en action 176
7.2. Les Humanités Numériques 181
7.3. Ingénierie pédagogique pour la régulation médicale 183
Bilan 185

Chapitre 2 : ..... Orientation méthodologique 188

1. La fabrique de la recherche 190
1.1. Obligations juridiques préalables 190
1.2. Observation située des pratiques 192
1.3. Des enregistrements sonores puis audiovisuels 194
1.4. Filmer des conversations téléphoniques 197
1.5. Mise en œuvre du scénario de collecte de données 202
1.6. Configurations pratiques du dispositif de captation 207
1.7. La collecte documentaire, des dispositifs de recherche multiples 211
2. Le travail sur les données 215
2.1. Des données audio aux données texte 215
2.2. Les conventions de transcription adoptées dans cette étude 217
2.3. La mise en collection 220

Partie II : Ethnographie des pratiques techno-interactionnelles au SAMU 224

Chapitre 3 : ..... Des activités professionnelles configurées par le dispositif technologique 225

1. Contraintes sur la pratique professionnelle 227
2. Faiblesses du dispositif de localisation 232
3. Une charge techno-interactionnelle pour les professionnels 237
4. Méthodes de contournement du dispositif technologique 240
5. Des activités qui ne trouvent pas de traduction technologique 242
6. Des méthodes professionnelles construites *ad hoc* 246
7. Des outils « toujours trop lourds et fragiles » ? 249
Bilan 253

Partie III : Analyses conversationnelles des demandes complexes au SAMU 254

Chapitre 4 : ..... Manifestations interactionnelles du désaccord et perturbations dissimulées 255

Préambule 256
1. D'une séquence d'opposition à la rupture communicationnelle 256
2. Vers la résolution du désaccord 275
3. Requête et décision : importance du placement séquentiel 294
4. Quand le conflit retarde l'identification de l'urgence 312
Bilan 326

Chapitre 5 : Du processus d'autodétermination aux positions interactionnelles ***331***
1. Motivations implicites et structuration du diagnostic 334
2. Travail d'acceptation de la décision médicale 342
3. Un travail de qualification continuellement renouvelé 349
4. Le besoin de résolution immédiate du tiers 354
5. Travail d'adhésion à la décision médicale 360
6. Une conjoncture de motifs médicaux et non-médicaux 372
7. Errance en médecine spécialisée 380
Bilan 390

Chapitre 6 : Organisation institutionnelle et interactionnelle réflexives ***394***
1. Transfert depuis le 18 396
1.1. Transformation de la structure des appels 396
1.2. Transmission d'une activité contaminée depuis le 18 399
1.3. Procédures de mise en œuvre du transfert 406
2. Répétition de la requête 414
2.1. Requête hétéro-répétée et contrôle interactionnel 415
2.2. Requête auto-répétée et dilemme interactionnel 422
3. Une organisation institutionnelle difficile à saisir pour les usagers 426
3.1. Quel numéro contacter ? 426
3.2. Des espaces professionnels invisibles 432
3.3. Un artefact témoin 433
Bilan 436

Partie IV : Des technologies pour l'interaction 438

Chapitre 7 : Avant-propos et méthodologie ***439***
1. La recherche et son impact : penser avant la boite noire 440
2. Éthique des technologies en régulation médicale 442
3. Analyse conversationnelle et méthodologies d'annotation 445

Chapitre 8 : Une IA comme nouvelle partenaire de la régulation médicale téléphonique ***453***
Module 1 : détecter un faible degré de co-construction interactionnelle 462
Module 2 : détecter l'apparition d'un conflit 464
Module 3 : détecter le non-alignement dans les activités prototypiques de régulation médicale 467
Module 4 : détecter des clôtures problématiques 476
Module 5 : consolider les activités de collecte, saisie et transmission des informations 479
Module 6 : détecter le processus d'autodétermination de l'appelant 482
Module 7 : réguler le « problème de nature inconnue » 486
Module 8 : soutenir l'orientation dans le système de soins 488
Bilan 491

Chapitre 9 : Interfaces et espaces d'interactions urgentes ***492***
1. Une interface vers le soin urgent 494
2. Agents virtuels en régulation médicale 507
3. Autres espaces possibles d'interactions pour le soin urgent 515
4. Serveurs vocaux interactifs 516
Bilan 521

Conclusion et perspectives ***522***

ANNEXES ***534***
Sommaire des annexes 534
Présentation du SAMU 535
Propositions pédagogiques pour la formation en CFARM 547
Les technologies de l'urgence médicale : état des lieux 565
Lexique et sigles 572

Bibliographie....574
Liste du corpus....605
Liste des figures....607
Conventions de transcriptions....608

Introduction générale

« If you want to understand the big issues, you need to understand the everyday practices that constitute them » Suchman (2019)

La conversation comme objet d'étude et comme outil du soin

La première fois que nous sommes entrée dans une salle de régulation, c'était au SAMU 66 en octobre 2018. Un moment d'importance, d'une part par ce qu'il marquait l'amorce concrète de notre travail de recherche avec M. Bonu, de l'autre parce que nous découvrions la complexité de ce qui allait devenir notre terrain d'étude. Dès cet instant, nous avons réalisé à quel point nous ignorions presque tout de l'organisation de cette institution pourtant centrale dans la vie de notre pays[1]. Il y a bien toutefois un domaine commun à la régulation médicale à distance et à notre discipline : c'est celui de la conversation. C'est la parole en interaction qui rend possible l'accomplissement de l'aide urgente à distance. Les interactions avec autrui sont la matière constitutive du travail de régulation médicale.

L'approche théorique et méthodologique de cette étude sera principalement empruntée aux Sciences du langage, et plus précisément à l'analyse conversationnelle d'inspiration ethnométhodologique. Un courant qui se situe de manière transversale entre plusieurs disciplines – essentiellement la sociologie et la linguistique – et qui a développé une approche originale de l'action et du langage, considérés dans leur organisation à la fois systématique et située (Mondada, 2017b, p. 1). Dans cette démarche praxéologique, l'attention est portée sur la manière dont les participants aux appels au SAMU s'organisent pour accomplir des actions ensemble. L'analyse conversationnelle s'intéresse à l'usage linguistique en tant qu'action. Comment les actions consécutives s'organisent-elles en des phases d'activités plus larges et deviennent ainsi des constructions collaboratives qui rendent possible la régulation médicale ?

Les éléments qui intéressent plus particulièrement l'analyse conversationnelle sont ceux qui passent bien souvent inaperçus des interactants eux-mêmes. Une approche qui s'aligne avec le projet ethnométhodologique de Garfinkel s'attachant à révéler les comportements « vus mais non remarqués » (*seen but unnoticed* ; Garfinkel, 1967a, p. 36). Les procédures ou méthodes que nous convoquons dans nos échanges, bien que le plus souvent implicites, sont néanmoins observables et rapportables. Elles sont des éléments d'interprétation qui nous informent sur le sens des actions tel qu'il est constitué par les participants eux-mêmes, tel qu'il est produit et

[1] Pour l'anecdote précisons que nous avons pourtant une histoire familiale avec le SAMU, notre père ayant été médecin régulateur au SAMU de Lisieux pendant son service militaire. De plus, par une conjoncture hasardeuse de chemins de vie, notre grand frère Paul est devenu régulateur ambulancier au moment où nous démarrions ce travail.

rendu visible dans le cours de l'appel. Primauté est donnée à l'étude de l'action *dans* et *par* l'interaction en se demandant systématiquement ce que font les participants à chaque fois qu'ils interagissent ? (*why that now ?* ; Schegloff et al., 1973, p. 299). L'analyse conversationnelle permet ainsi de mieux saisir les facteurs langagiers et communicationnels qui influencent la compréhension, les actions des appelants et la réponse du SAMU.

Ce travail cherche à comprendre l'élaboration profondément dynamique de la détermination de l'urgence médicale par téléphone. Par l'examen d'un corpus d'appels au SAMU, nous rendrons compte de l'architecture formelle de l'interaction et de ses propriétés internes. L'enjeu est d'examiner l'accomplissement collaboratif du traitement des demandes d'aide. Pour ce faire, nous considérerons les formes linguistiques mobilisées par les participants pour produire leurs requêtes médicales urgentes ainsi que les ressources permettant la co-construction de la parole en interaction. Nous nous intéresserons particulièrement aux opérations de sélection des cours d'action et au refus manifeste ou implicite d'accomplir une activité. L'objectif est de saisir comment les interactants peuvent être alignés ou non vers un même agenda interactionnel et quelles conséquences cela a sur la structure de l'interaction. L'analyse de séquences conversationnelles où les interactants exhibent des orientations divergentes quant à la gestion de l'activité nous permettra de montrer que ce phénomène interactionnel est pourvu de caractéristiques systématiques.

Appuyer sur « pause »

L'ensemble des SAMU reçoit chaque jour environ 85 000 appels. Un chiffre qui ne cesse de croître[2]. Exercer en régulation médicale, c'est s'inscrire sans cesse dans la temporalité exigeante de l'urgence et dans la multiactivité : entre usage des logiciels, écoute flottante dans la salle, interprétation des requêtes des appelants et recherche immédiate de la meilleure solution possible en l'espace de quelques minutes, quelques secondes parfois. La régulation médicale téléphonique est, par nature, toujours urgente. En effet, bien qu'il y ait des pics et des creux, un appel entrant doit toujours être traité comme l'activité prioritaire. Notre méthode de recherche consiste à appuyer sur pause dans ce flux continu d'appels pour en capturer un instantané. Ainsi, notre objectif sera de décrire de façon détaillée l'organisation séquentielle des appels au SAMU

[2] Selon SAMU-Urgences de France (SUdF), le SAMU connaitra une augmentation prochaine de 30% du volume d'appels.

pour informer qualitativement sur la temporalité et les actions accomplies lors de l'activité de qualification des demandes. Nous mobiliserons l'ethnographie pour décrire les pratiques professionnelles des acteurs de la régulation médicale. Il s'agira de s'appuyer sur des données multimodales (vidéos, photos et entretiens, *in situ*) pour constituer une description détaillée de l'activité de régulation médicale et, à partir de ces observations, de saisir le vécu des professionnels et les liens réflexifs entre le déroulé des interactions et les choix organisationnels et technologiques de l'institution.

Approche conversationnelle des demandes de soins non programmés

D'autre part, ce travail a pour objectif d'envisager ce que l'analyse interactionnelle peut apporter à la régulation médicale. Quelles préconisations organisationnelles, pédagogiques et technologiques pouvons-nous formuler après l'examen interactionnel d'un corpus d'appels et une enquête ethnographique en salles de régulation médicale ?

Notre thèse adopte une approche encore inédite dans l'analyse conversationnelle des appels aux services d'urgence en français : l'examen spécifique des demandes relevant plutôt de demandes de soins non programmés (SNP). Les chiffres issus des données des centres de traitement des appels urgents (en France comme à l'étranger) font état non seulement d'une incontestable prévalence, mais aussi d'un accroissement significatif et continu de ce type d'appels. Un phénomène peu étudié mais qui est observé depuis longtemps. En 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) [3] signalait :

> Les auteurs de la MeaH[4] ont constaté une augmentation nette du nombre des appels qualifiés de « non urgents ». Ce constat a aussi été rapporté dans d'autres rapports qui évoquent une augmentation des appels relevant d'une demande de soins non programmés par rapport aux demandes d'aide médicale urgente. Ainsi selon la MeaH, dans plus de 30 % des cas, la réponse apportée par les Centres 15 consiste uniquement en une information et/ou un conseil médical.

[3] Guide HAS « Service des bonnes pratiques professionnelles » Mars 2011, 14
[4] Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers.

Il est aujourd'hui communément admis que seuls 5 à 7% des appels reçus représentent une urgence vitale (Dami et al., 2018, p. 379)[5]. Le reste des demandes peuvent concerner des infections, des petites traumatologies, des douleurs corporelles, le traitement de complications liées à des maladies chroniques (dont les maladies mentales) ou toute situation qui aurait pu se régler avec un médecin généraliste ou spécialiste sans l'intervention d'une structure urgente (Booker et al., 2018, p. 2).

Nous avons souhaité observer l'activité ordinaire, routinière, hors de tout événement exceptionnel. Ainsi, une très large majorité des appels du corpus concerne effectivement des demandes de médecine générale, d'interprétation d'analyses médicales, la réorientation vers un service adapté ou encore l'expression d'un « besoin d'être rassuré ». Il peut s'agir de demandes dont la dimension urgente est l'objet d'une négociation entre le requérant et le SAMU. Dans d'autres cas, ce sont des demandes qui sont, du point de vue de tous les participants, reconnues comme relevant de soins non programmés mais qui répondent d'un besoin de résolution urgent.

Il s'agit de mieux comprendre les motivations, souvent implicites, des usagers qui contactent le SAMU pour des problèmes médicaux a priori mineurs. Dans cette optique, nous révélons le processus d'autodétermination des usagers qui les conduit à choisir de joindre le SAMU pour une demande médicale qui aurait pu être traitée par un autre service de soins. Par processus d'autodétermination nous désignons les attentes consolidées des appelants qui sont le résultat conjugué d'évènements médicaux antérieurs à l'appel et de l'*ici et maintenant* de leur situation. Cela se traduit en projections d'actions lors de l'interaction avec le SAMU. Nous chercherons à saisir la complexité de la relation entre ce processus d'autodétermination, la demande formulée interactionnellement et le fonctionnement de l'organisation d'aide dans la coordination des actions conversationnelles lors de l'entretien clinique téléphonique.

Nous proposerons la notion *d'urgentabilité* afin de décrire le travail interactionnel que fournissent les participants aux appels pour co-construire la qualification de la demande. C'est dans ce but que nous examinons particulièrement des « demandes complexes » où le problème

[5] D'autres chiffres estiment que dans plus de 30 % des appels au SAMU, la réponse apportée consiste seulement en une information ou un conseil médical Source : https://www.gouvernement.fr/risques/connaitre-les-numeros-d-urgence. Consultée le 19/11/2020

de santé n'est pas identifié ou est difficilement classifiable (*low codeability responses*[6] Zimmerman, 1992 ; *unknown problems*[7] ; Booker et al., 2018 ; *unclear problems*[8] ; *non informative symptoms*[9] ; Møller et al. 2021). Ce sont ces appels qui présentent le plus de risques de sur-triage (un engagement de moyens trop importants par rapport à la situation observée par l'équipe qui est intervenue) ou de sous-triage (un engagement de moyens insuffisants par rapport à la situation observée sur site).

Dans Penverne et al. (2021, p. 2) nous envisagions déjà que de nombreux appels au SAMU concernent des motifs médicaux tels que la douleur thoracique, la dyspnée, pour lesquels l'appréciation de la gravité est incertaine ou méconnue. Pour le patient ou son entourage, déterminer le caractère approprié de la demande s'avère alors difficile. Nous verrons se dessiner une « frontière hybride » entre l'urgent et le non urgent. Elle se caractérise par l'usage fréquent d'énoncés vagues dans les descriptions des appelants. Des formulations qui décrivent l'état de santé sans renvoyer à des symptômes. Nous montrons quel type d'actions ces énoncés cherchent à produire. En outre, il est établi que sous des descriptions évoquant plutôt la médecine générale ou ne mentionnant pas de symptômes spécifiques peuvent se cacher de « vraies » urgences (Møller et al., 2021).

Si nous nous intéressons spécifiquement à ces appels complexes et relevant plutôt des demandes de soins non programmés c'est parce que nous sommes persuadée qu'une meilleure connaissance de ces appels pourrait enrichir à la fois la formation des équipes et la conception des protocoles et des logiciels. Ces nouvelles connaissances entendent également faciliter le traitement des appels effectivement urgents (et garantir que les équipes mobiles de secours, denrée rare, soient préservées pour les véritables urgences vitales). Il y a là des enjeux de soutenabilité de notre système de santé.

Nous tenons à établir au préalable que si les SAMU traitent plus de 30 millions d'appels par an, dans la très grande majorité des cas, tout se passe bien. Toutefois, ce travail a pour objet les difficultés qui peuvent survenir lors des appels. Nous montrons le travail de coopération fourni par les participants et comment celui-ci échoue parfois et pour quelles raisons. Comment

[6] N.d.T : réponses faiblement codables.
[7] N.d.T : problémes inconnus.
[8] N.d.T : problémes pas clairs.
[9] N.d.T : symptômes non informatifs.

surviennent les conflits et les désaccords ? Dans un corpus d'appels « problématiques » ou « conflictuels » nous cherchons à identifier la source des tensions. Notre intention est d'analyser quelles sont les procédures communicationnelles qui favorisent ou au contraire pénalisent le bon déroulé de l'activité de régulation médicale. Afin de poursuivre cet objectif, nous examinons des appels dans lesquels d'excellentes procédures sont employées ainsi que d'autres où le déploiement interactionnel laisse voir des attitudes plus problématiques ou moins efficaces. Schegloff (1968), un des fondateurs de l'analyse conversationnelle soulignait d'ailleurs que c'est l'examen d'un unique appel problématique (*single deviant case*) qui lui permit de révéler l'ordre interactionnel sous-jacent aux séquences d'ouverture des appels téléphoniques. Une étude fondatrice pour la discipline.

Un autre de nos objectifs sera de montrer comment le soubassement organisationnel et technologique influence le développement des séquences interactionnelles. Lors de nos échanges avec les professionnels ils nous ont souvent rappelé combien les premières minutes de l'appel sont essentielles : l'appelant prononce des mots, donne des explications qui ne sont parfois jamais répétées, malgré leur importance dans le processus décisionnel. Cela nous amène à nous demander si la séquence de présentation de la raison de l'appel se trouve modifiée lors de transferts de l'appel d'un numéro d'urgence à l'autre (notamment du 18 au 15) ou d'un interlocuteur à l'autre au SAMU. Nous nous demanderons si le choix d'une organisation en transferts successifs a des conséquences sur l'opportunité pour l'appelant de présenter la raison de l'appel selon ses propres termes. C'est là une autre dimension inédite de notre travail. Nous envisagerons l'organisation en transferts successifs comme une configuration qui impacte la structure globale des appels urgents. Nos analyses éclairent particulièrement le débat en cours sur la réorganisation des numéros d'urgence vers un numéro unique, une plateforme unique ou des niveaux supplémentaires d'opérateurs afin de déterminer quel modèle répond le mieux aux besoins des citoyens[10].

Contribuer aux processus d'innovation au SAMU

Le SAMU apparaît soumis à une forte tension pour que soit mise en œuvre sa transformation technologique et organisationnelle (cf. *infra* présentation du SAMU). C'est pourquoi l'activité de régulation médicale téléphonique se révèle être un objet d'étude à la fois sensible, complexe

[10] Se référer à l'annexe « présentation du SAMU » pour une description de ces enjeux organisationnels.

et singulier, car en mouvement continu : l'institution est appelée à se renouveler, à s'adapter aux transformations technologiques, aux nouvelles habitudes sociétales mais aussi à certains dysfonctionnements dont l'issue parfois tragique ne manque pas de mobiliser la sphère médiatique. Dans cette perspective, notre travail a pour ambition de contribuer à la réflexion sur la transformation technologique et organisationnelle du SAMU.

Cette thèse s'inscrit dans le projet de recherche C15HN : le Centre 15 à l'ère des Humanités Numériques dont M. Bonu assure la direction scientifique[11]. Les objectifs technologiques nous ont amenés à nous demander quels sont les apports possibles de l'analyse de conversation à la conception de nouveaux dispositifs pour la régulation médicale au SAMU. L'analyse conversationnelle implique d'envisager chaque tour de parole en relation avec ce qui a été dit précédemment et ce qui est dit ensuite. Les participants voient ce qu'il est en train de se passer et l'interprètent en relation avec ce qu'il vient de se passer et ce qui va probablement se passer ensuite (González-Martínez & Mlynář, 2019, p. 16). Pour l'analyste, il s'agit de comprendre, du point de vue des participants, pourquoi les énoncés sont produits de telle ou telle manière et à tel ou tel moment. L'histoire d'un appel devenu célèbre aux États-Unis illustre bien toute l'importance de cette méthodologie d'analyse : en 2015, une femme téléphone au 911 et annonce vouloir commander une pizza (Albert et al., 2019). D'abord surpris par sa demande, l'opérateur comprend très rapidement que l'appelante est en danger. Son agresseur, qui est aussi son compagnon, est à côté d'elle et elle ne peut s'exprimer librement. En interprétant les énoncés en contexte, l'opérateur a permis de faire intervenir les secours au plus vite.

Ainsi, la réponse aux demandes d'aide urgente est une activité bien plus complexe que la simple interprétation d'une requête. C'est là le socle fondamental de nos propositions pour la conception de technologies en régulation médicale. Nous nous demanderons s'il est possible d'élaborer une méthode de découpage et d'annotations des données (des appels au SAMU) fournies aux systèmes computationnels d'Intelligence Artificielle fondée sur la méthodologie de l'analyse conversationnelle. Cette proposition s'inscrit en réponse directe aux difficultés interactionnelles observées dans notre analyse du corpus d'appels. Nous nous attacherons ensuite à questionner les modalités techno-organisationnelles actuelles d'orientation des patients dans le système de soins et à en dessiner d'autres. Il s'agit notamment de réfléchir au

[11] Voir Projet C15HN : (i) recherche IM-CASDI « Interaction et Médecine : les CAtégories dans la Sous-Détection des Infarctus » et (ii) « L'étude du Telecare dans les Humanités Numériques ».

déploiement du Service d'Accès aux Soins (SAS) dans d'autres canaux que la ligne téléphonique. Enfin, nous nous sommes demandée quelles fonctionnalités conversationnelles pourraient être intégrées au système d'information du SAMU afin de faciliter la prise en charge des patients et la collaboration entre les acteurs de la régulation médicale. Notre travail contribue ainsi à informer les concepteurs des futurs outils technologiques de la régulation médicale.

Alors qu'en 2022 de nombreux soignants et urgentistes annoncent quitter l'hôpital en raison de conditions de travail trop difficiles, alors que nous manquons de beaucoup d'ARM[12] et alors même que le volume d'appels devrait encore considérablement augmenter dans les années à venir du fait notamment du vieillissement de la population et de la transformation des modes d'accès aux urgences hospitalières, ce travail cherche à enrichir la connaissance des conduites interactionnelles des participants aux appels au SAMU et donner des pistes concrètes d'amélioration des conditions d'accomplissement de la régulation médicale.

Pour résumer, et de manière générale, nous avons comme objectifs principaux dans ce projet :

- Identifier des actions conversationnelles et décrire de quelle manière et avec quelles ressources elles sont accomplies, leur impact sur la trajectoire et la progressivité de l'appel et les conséquences interactionnelles lorsque les agendas des participants ne parviennent pas à s'aligner ;

- Analyser les manifestations interactionnelles du désaccord dans les interactions, dans les opérations de sélection des cours d'action et le refus manifeste ou implicite d'accomplir une activité ;

- Examiner les processus de compréhension et d'interprétation pour identifier les problèmes interactionnels que les participants rencontrent lors de leurs échanges, en observer les conséquences dans le détail des tours de parole jusqu'à leur éventuelle résolution ;

- Décrire les conditions de traitement des appels, les contraintes organisationnelles et technologiques sous-tendues ;

[12] Selon les estimations de l'Association Française des Assistants de régulation médiale (AFARM) afin de respecter les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 7.2 appels par ARM / heure il manquerait entre 300 et 500 ARM en France, selon que la régulation se fasse en mode Service d'Accès aux Soins (SAS) ou non.

- Révéler le point de vue, la perception et la compréhension des appelants sur le système de santé, ainsi que leurs attentes et motivations ;

- Rendre compte de la complexité pour les usagers de saisir le système organisationnel actuel,

- Analyser l'organisation séquentielle des appels transférés (du 18 au 15 ; de ARM à Aide médicale urgente (AMU) ou Permanence des soins (PDS) ; depuis le standard d'accueil des urgences de l'hôpital au 15) ;

- Interroger la notion d'urgence en santé ;

- Conceptualiser des technologies pour l'interaction en régulation médicale.



Figure 1 : La salle de régulation de Saint-Étienne de nuit. Photographie de l'autrice. 9 septembre 2019

Clés de lecture

Dans la partie consacrée à la méthodologie, nous présenterons les modalités de constitution du corpus ainsi que son traitement. Nous mentionnons d'ores et déjà un élément fondamental pour la lecture : lorsque nous présentons des transcriptions d'appels dans ce texte nous utilisons le système jeffersonien de notation. Un mode de transcription textuelle des interactions qui précise les courtes (.) pauses et les pauses qui durent un temps spécifique tel que (0.4) pour quatre secondes. Nous montrons quand la parole est plus FORte, qu'il y a une emphase sur un mot, ou quand le son est allong:::é. Quand les tours de parole s'enchainent très rapidement, nous le montrons avec un = et les chevauchements de parole sont représentés avec un retrait de ligne et des [crochets]. Les↑ indiquent une montée de volume ou au contraire une baisse ↓. Quand des énoncés sont plus calmes que les autres nous ajoutons des doubles °symboles degré° et les énoncés inaudibles sont indiqués dans une parenthèse de cette manière : (inaud.). Si un des locuteurs épelle un nom propre nous l'indiquons comme cela : « r.u.e » ou « n/.o/.m/. » si le nom est épelé à la forme interrogative pour vérifier l'orthographe. Les doubles parenthèses indiquent quant à elles si une action donne lieu à une production sonore comme une ((saisie clavier)) ou si cette action compte comme un tour de parole ((tape un numéro de téléphone)). Si un sigle est produit dans l'appel et qu'il est épelé nous le précisons, par exemple v.s.a.v ou s.o.s médecins (ce qui n'est pas toujours le cas, on distinguera alors ARM de A.R.M). Nous avons anonymisé de cette manière les xvillex, xnomx, xnumérox et autres informations privées. Enfin, pour signaler qui est le locuteur, ils sont désignés ainsi : ARM pour Assistant de Régulation Médicale, MR pour Médecin Régulateur, ML pour médecin libéral du SAMU, PAT pour patient et TIE pour le tiers-appelant. S'il y a plusieurs locuteurs ayant la même identité conversationnelle nous les numérotons par ordre d'arrivée dans l'interaction ARM1, ARM2 ou TIE 1, TIE 2. Lorsque nous étudions un appel dans son intégralité nous lui donnons un titre **`C15HN_A_12 je sais pas trop quoi faire`** qui souligne un énoncé saillant pour notre analyse.

Pour les noms des métiers, nous avons fait le choix de ne pas utiliser l'écriture inclusive. Nous sommes consciente que cette forme rédactionnelle permettrait pourtant d'assurer une meilleure représentation des femmes dans les professions de la régulation médicale. Toutefois, les noms de ces professions de la régulation médicale sont déjà complexes (cf. *infra* présentation du SAMU). C'est pourquoi nous utilisons le sigle neutre ARM aussi souvent que possible. Si une médecin s'est présentée comme « le médecin régulateur » nous conservons le masculin. Le cas

échéant nous la désignons comme la médecin. Dès que possible, nous employons les doublets (« les citoyens et les citoyennes »), et privilégions les mots historiques comme « autrice » et « chercheuse » plutôt que les néologismes « auteure » et « chercheure ». Nous privilégions également le recours aux termes épicènes, des mots qui ont la même forme au féminin et au masculin et les mots englobants tels que les « professionnels de santé » ou « la population »[13].

Lorsque nous étudions plusieurs appels impliquant un même patient nous désignons cette suite d'appels par le terme « affaire »[14]. Il n'est en effet pas rare que pour une même demande plusieurs appels soient produits. Un usager peut téléphoner une première fois et rappeler si son problème médical s'est aggravé. L'appelant peut devenir l'appelé, si le SAMU juge nécessaire de le recontacter pour vérifier l'évolution de son problème, s'assurer que tout va bien. Dans de nombreux cas, l'appel qui arrive au SAMU est transféré depuis le 18. Parfois, le SAMU va contacter SOS Médecins pour s'assurer de la continuité de la réponse médicale. Ainsi, pour un même patient nous pouvons avoir dans notre corpus jusqu'à dix interactions (appels) différentes.

Enfin, pour que lecteur aborde plus facilement notre recherche, nous proposons en annexe de ce document une présentation historique, technologique et organisationnelle du SAMU. Cela nous semble un préalable important pour que celles et ceux qui ne sont pas familiers avec le SAMU puissent acquérir un degré de connaissance qui leur permettra ensuite de considérer l'activité institutionnelle dans une perspective conversationnelle. D'une manière générale, la thèse ne doit pas forcément être abordée linéairement. Le lecteur qui souhaitera consulter en premier lieu les chapitres consacrés aux technologies pour la régulation médicale pourra utiliser les **hyperliens** pour éventuellement, dans un mouvement rétroactif, se référer aux analyses des appels qui ont nourri chacune de nos propositions. Il est également possible, pour qui s'intéresse particulièrement à l'approche pédagogique, de se consacrer d'abord aux chapitres d'analyses interactionnelles et de consulter immédiatement ensuite les propositions pédagogiques en annexe afin de saisir de quelle manière l'examen séquentiel des appels a nourri la constitution de ces modules pour la formation.

---

[13] Nous nous sommes notamment inspirée de la charte publiée par la revue féministe La Déferlante. https://revueladeferlante.fr/wp-content/uploads/2021/02/ladeferlante_orthotypo.pdf

[14] C'est un terme qui semble aussi utilisé par les professionnels du SAMU et notamment le Dr Coll lors de notre entretien au SAMU 66 le 09 septembre 2019.

Plan

Cette recherche est divisée en trois grandes parties. Dans une première partie, nous présentons le cadre théorique et méthodologique. Dans la partie suivante, intitulée « Ethnographie des pratiques techno-interactionnelles au SAMU », nous mobilisons des données multimodales (vidéos, photos et entretiens *in situ*) pour enquêter sur les pratiques professionnelles en régulation médicale. L'objectif étant de révéler les contraintes organisationnelles et technologiques auxquelles doivent faire face les participants aux appels.

Dans la partie « Analyses conversationnelles des appels complexes au SAMU », l'examen séquentiel des appels rend compte des pratiques émergentes des participants et de l'organisation séquentielle complexe de leurs interactions. Le premier chapitre est consacré à l'analyse de l'apparition de perturbations interactionnelles. Il s'agit de mieux saisir les situations où l'appelant est orienté vers un type d'activité (par exemple : obtention de l'envoi d'un véhicule, convaincre de la dimension urgente de son problème) et que son interlocuteur au SAMU déclenche un autre type d'activité (par exemple : obtenir la localisation ; prise de l'historique médical). Nous proposons d'aborder le travail de légitimation des requêtes présentées au SAMU en soulignant que des difficultés surviennent quand les participants à l'appel ne s'orientent pas vers la détermination interactionnelle de l'urgence. Le deuxième chapitre de cette partie est consacré à l'examen d'appels complexes où sont produites des requêtes vagues, difficilement connotables médicalement pour le SAMU, des descriptions évoquant la médecine générale ou le récit de difficultés à s'orienter dans le système de soins. Ces demandes peuvent tout de même être présentées avec un fort sentiment d'urgence. Elles résultent parfois du cumul d'un motif médical avec des difficultés matérielles ou sociales. En analysant les événements interactionnels, nous tenterons de révéler les raisons qui ont conduit ces appelants à choisir de contacter le SAMU. Dans le dernier chapitre de cette partie, le dispositif technologique et organisationnel du SAMU est envisagé dans sa dimension configurante pour l'interaction et pour les pratiques de qualification des demandes de santé. En particulier, nous examinerons les effets des transferts d'un interlocuteur à l'autre sur le déroulé des appels. Enfin, nous observerons des situations où un malentendu ou un conflit sont transférés d'un interlocuteur à l'autre voire d'une institution du soin et du secours à l'autre.

La dernière partie de la thèse est intitulée « Des technologies pour l'interaction » et est consacrée à nos propositions pour le futur des communications au SAMU. Nous nous sommes

demandée comment un dispositif technologique pourrait aider au traitement des appels et en particulier répondre aux problèmes interactionnels relevés dans nos analyses du corpus. Une perspective interventionniste où nous envisageons l'apport de notre recherche au déploiement de nouvelles technologies en régulation médicale. Il s'agit d'abord de fonctionnalités élargies pour les logiciels de régulation médicale téléphonique. Nous proposons ensuite de considérer un système algorithmique d'aide au traitement interactionnel des appels. En dernier lieu, nous réfléchissons à l'accès aux soins urgents via d'autres canaux que la ligne téléphonique.

En annexe de la thèse, nous proposons deux documents complémentaires : un parcours pédagogique d'enrichissement de la formation des ARM et un état des lieux des technologies de la régulation médicale.

Partie I :
Le cadre théorique et la méthodologie

Chapitre 1 :
Cadre théorique

« It is within these local sequences of talk, and only there,
that these institutions are ultimately and accountably talked into being »
(Heritage, 1984a, p. 290)

Préambule

Cette première partie sera consacrée au développement des outils théoriques sous-jacents à notre étude des appels au SAMU. Notre recherche s'inscrit dans le courant de l'analyse conversationnelle. Celui-ci est né et s'est développé à partir d'orientations et de méthodologies scientifiques variées. Une interdisciplinarité constitutive de la proposition empirique et théorique caractérisant la discipline, aussi bien dans ses origines que dans les terrains d'enquête investis (Bonu, 2008, p. 7). Dans cet ensemble d'influences, nous distinguerons deux courants : l'interactionnisme symbolique et l'ethnométhodologie, comme constitutifs de l'analyse conversationnelle (AC désormais dans le texte) dans leur manière de questionner les rapports sociaux au plus près des pratiques, des membres et de leurs interactions. Ainsi, nous commencerons par présenter les éléments historiques qui ont porté ces disciplines, puis leurs principes théoriques majeurs, apparus comme pertinents au cours de notre étude. Nous verrons comment ces courants se sont tout à la fois influencés et éloignés. Ces présentations mettront en évidence les propriétés génériques du parler en interaction, que nous mobiliserons ensuite dans nos analyses. En mettant à jour la machinerie à l'œuvre dans les interactions, nous montrerons la dimension procédurale et ordonnée de la conversation et verrons comment l'organisation séquentielle de la parole et sa sensibilité aux contingences de l'interaction est faite. De là, nous décrirons les spécificités infrastructurelles de la parole en interaction dans les appels au SAMU.

Ensuite, nous évoquerons l'étude des interactions institutionnelles médicales ainsi que l'étude spécifique des appels urgents en AC. La régulation médicale étant intrinsèquement une activité de parole rendue possible par un dispositif technologique (ici principalement le téléphone et les logiciels de régulation médicale), nous fonderons notre recherche autour des nombreux résultats des travaux sur les interactions par téléphone (Hopper, 1992). Enfin nous présenterons deux autres approches convoquées dans ce travail, les études relevant des *WorkPlaces Studies* sur les environnements professionnels complexes et les Humanités numériques.

1. L'Interactionnisme

« Chaque fois que nous entrons en contact avec autrui, que ce soit par la poste, au téléphone, en lui parlant face à face, voire en vertu d'une simple coprésence, nous nous trouvons avec une obligation cruciale : rendre notre comportement compréhensible et pertinent compte tenu des événements tels que l'autre va sûrement les percevoir » (Goffman, 1986, p. 271)

1.1. Constitution historique et théorique de l'interactionnisme symbolique

L'interactionnisme symbolique est l'une des formes de la sociologie compréhensive. Si on en trouve les prémisses chez Simmel et dans la philosophie pragmatique de Dewey ou Cooley, on considère qu'il naît véritablement dans les années 50 avec les travaux des sociologues de l'école de Chicago comme Park, Thomas ou Mead[15]. Leurs analyses, toujours enracinées sur des études de terrain et sur l'observation de comportements de la vie ordinaire, ont profondément renouvelé l'approche sociologique de l'éducation, de la médecine, de la maladie, des institutions, du travail, des catégories sociales et de l'art. L'interactionnisme s'est particulièrement attaché aux situations transformant notre rapport au monde et à l'appartenance sociale : passage d'une culture à une autre, d'un statut social à un autre, survenue d'une maladie grave, approche de la mort, etc.

En continuité avec la philosophie pragmatique, l'interactionnisme symbolique se caractérise par sa volonté de demeurer au plus proche de la manière dont les individus construisent leur univers et de comment ils le mettent concrètement en œuvre par leurs représentations et leurs actions. Les recherches menées donnent toutes une place centrale au point de vue de l'acteur, c'est-à-dire à la construction et la manipulation du sens dans l'interaction, ainsi qu'à la capacité qu'ont les membres de se comprendre et de rendre compte de leurs actions, tout en renégociant en permanence leur rapport au monde. Autrement dit, l'approche interactionniste consiste en l'analyse de l'action réciproque, d'actions qui se déterminent les unes par rapport aux autres au

[15] Un pôle de publications confère à l'interactionnisme une nette visibilité à partir des années 1960. Notamment l'ouvrage coordonné par A. Rose en 1962 : *Human behavior and social process : An interactionist approach* qui réunit plusieurs générations d'auteurs marqués par Chicago : Burgess, Frazier, Cressey, Hugues, Blumer, Turner, Strauss, Shibutani, Kuhn, Freidson, Glaser, Goffman, Becker, etc. Blumer y publie un texte devenu classique qui énonce les grands axes de l'interactionnisme : *Society as symbolic interaction*. En 1963, Becker publie *Outsiders*. À la même époque les Presses de Chicago rééditent une série d'ouvrages importants de Park, Frazier, Thomas, Wirth, Mead ou Burgess (Chapoulie, 2001, 214). En 1974 la Society for the Study of Symbolic Interaction est constituée. En 1977 la création de la revue *Symbolic Interaction* achève de donner un cadre à la mouvance théorique. On notera que Goffman récuse le terme interactionnisme symbolique, qui selon lui n'est « qu'une étiquette ayant réussi à s'imposer » (Goffman, 1988, p.235)

moment de leur émergence, et qui sont toutes sous-tendues par des relations intersubjectives. Le monde social est alors entendu comme une structure vivante, continuellement en train de se faire et de se défaire.

En 1950, Goffman lance un programme d'études sur l'organisation de la conduite en *interaction face à face*. Il s'interroge sur les formes que prennent ces interactions, sur les règles qui les régissent, sur les rôles que mettent en scène les acteurs qui y sont impliqués, sur l'*ordre* spécifique qu'elles constituent. Dans l'approche goffmanienne, le contexte ne doit pas être considéré comme un élément contraignant, fixe et extérieur : il est au contraire sans cesse l'objet d'interprétations, et les règles sociales qu'il implique sont systématiquement mises en œuvre par les acteurs à travers leur définition de la situation. Goffman propose le terme de *cadre* pour désigner cette structuration fluctuante des événements sociaux (1991, p. 19) et fait remarquer que c'est ce « couplage flou entre l'ordre de l'interaction et la structure » qui est au cœur même de l'entreprise interactionnelle (1988, p. 217). Alors que la définition de la situation établie par les acteurs se poursuit et évolue au fil de l'interaction, elle exige le maniement délicat d'usages sociaux qui sont confrontés aux circonstances, aux spécificités et identités des acteurs en présence. Goffman considérait que l'interaction constitue un « système social en miniature » (1973, pp. 11–24). Celle-ci n'englobe pas seulement les acteurs en coprésence, mais une multitude d'autres acteurs, invisibles, qui imprègnent leur rapport au monde. L'interaction n'est pas seulement verbale, elle ne se limite jamais au seul échange de propos mais engage également une symbolique corporelle. Dans son ouvrage *Asiles* (1979), Goffman propose la notion de *système d'activité située*, désignant ainsi l'activité non pas dans son contenu sémantique, ni son élaboration subjective, mais dans le jeu d'interactions verbales et non verbales qui constituent ses ressources. Un cadre de significations et de comportements possibles qui enveloppe les acteurs en présence et leur donne une orientation de conduite, des attentes mutuelles normatives (*ibid*. 100). Ainsi, des règles innombrables, constituant un savoir implicite partagé régissent le bon déroulement des interactions.

Ce savoir commun implicite est interrogé dans notre étude du corpus d'appels au SAMU, tant il apparaît que les rôles, les devoirs et les obligations qu'ils impliquent, sont des éléments instables qui demandent à être observés depuis le strict point de vue des participants. L'interactionnisme s'intéresse précisément à ce qui se joue entre les acteurs dans la détermination mutuelle de leur comportement. Le centre de gravité de l'analyse réside dans le lien de sens et d'action qui se noue entre les participants. Ce qu'ont cherché à établir les

interactionnistes, c'est que le processus d'interaction est symbolique, c'est-à-dire qu'il est un échange de significations.

L'étude de l'ordre de l'interaction de Goffman est principalement consacrée aux situations ordinaires, telles qu'elles surgissent dans les moindres occasions de la vie quotidienne, et sont ainsi rendues facilement accessibles au regard du sociologue. En effet, il fait de la routine la matière première de ses analyses (1975, p. 150) :

> Notre hypothèse est donc que pour comprendre la différence, ce n'est pas le différent qu'il convient de regarder, mais bien l'ordinaire. La question des normes sociales demeure certes au centre de l'étude, mais notre intérêt ira moins à ce qui s'écarte extraordinairement du commun qu'à ce qui dévie communément de l'ordinaire.

Une même orientation nous anime lorsque nous choisissons dans ce travail de nous intéresser principalement aux interactions ordinaires, celles qui constituent l'activité routinière de traitement des demandes de santé au SAMU.

1.2. Travaux et terrains dans le domaine de la santé

« one man's routine of work is made up of the emergencies of other people » (Hughes, 1971, p. 316)

Afin de mettre en perspective les recherches menées à cette époque et notre analyse des interactions au SAMU, nous mentionnons ici quelques-unes des études de l'interactionnisme symbolique qui nous semblent significatives dans la compréhension de la notion d'interaction comme matrice sociale rendant possible les activités de travail, les systèmes institutionnels, et les relations entre individus dans le domaine médical.

Les travaux du sociologue Hugues ont instauré une approche de la notion de travail comme interaction sociale, c'est-à-dire de l'organisation du travail comme résultat de processus sociaux, et notamment de toutes les interactions entre les acteurs qui y participent. Il observe que (1996, p. 61):

> La division du travail, pour sa part, implique l'interaction ; car elle ne consiste pas dans la simple différence entre le type de travail d'un individu et celui d'un autre, mais dans le fait que les différentes tâches sont les parties d'une totalité, et que l'activité de chacun contribue dans une certaine mesure au produit final. Or l'essence des totalités, dans la société comme dans les domaines biologique et physique, c'est l'interaction.

Dans ses recherches ce n'est pas la fonction du travail qu'interroge le sociologue, mais la manière dont l'activité professionnelle est une construction sociale portée par les acteurs, avec le souci constant d'institutionnaliser leur position, de la sécuriser et de la faire reconnaître. En filiation avec les positions de Hugues sur la sociologie du travail et des professions, Freidson publie en 1970 son ouvrage *La profession médicale*, dans lequel il examine le quotidien des médecins. Il étudie les relations sociales entre les médecins et les patients, mais aussi entre confrères, et avec le personnel médical, ainsi que la variété de leurs situations de travail. Freidson propose une comparaison des systèmes de santé de plusieurs pays (USA, Grande-Bretagne, URSS, France) qui l'amène à affirmer que, quelles que soient les contraintes socio-économiques que rencontrent les médecins (fixation des tarifs, contraintes budgétaires dans les hôpitaux...), ils disposent de ce qu'il nomme une *autonomie technique* (ou autonomie professionnelle). Cette notion recouvre la capacité, acquise par la médecine au cours d'une longue évolution historique, d'évaluer et de contrôler elle-même l'aspect technique de son activité. C'est considérer qu'au fil des siècles, la médecine, écartant tous les guérisseurs concurrents a pu imposer un monopole du diagnostic et du traitement des maladies (Adam & Herzlich, 2018, p. 33 ; Dodier & Darbon, 1985, p. 2). Si ce sont les médecins qui déterminent le contenu des études médicales, qui ont rédigé le code de déontologie médicale reconnu par l'État, et s'ils dépendent de leurs propres associations (L'Ordre des médecins), le contrôle qui s'exerce sur eux est donc essentiellement un autocontrôle (*ibid.* 31)[16].

[16] L'ouvrage de Freidson n'a été traduit en français que dix ans après sa parution aux États-Unis. À cette occasion Dodier et Darbon en fournissent une lecture critique dans la revue *Sciences Sociales et Santé*. Ils reprochent alors à l'ouvrage de Freidson l'absence de prise en compte des luttes internes qui traversent la profession, notamment syndicales et appellent à une analyse qui prendrait en compte les conditions sociales d'exercice de la médecine. Ils proposent quelques points de discussion qui pourraient nuancer ou compléter certaines affirmations de Freidson : la séparation entre autonomie technique et autonomie socio-économique, les relations entre les différents segments professionnels au sein de la profession médicale, la construction sociale des maladies hors des institutions médicales.

Pour Freidson, cette autonomie institue la médecine comme une profession dominante et se traduit notamment par l'exercice d'un contrôle de tous les métiers paramédicaux, qui, quels que soient leurs efforts pour se constituer en profession, ne deviennent tout au plus, que des « paraprofessionnels ». Freidson montre également comment les différentes organisations de la pratique médicale modèlent l'interaction entre praticiens et malades. En effet, pour que s'exerce cette autorité, il faut que les usagers soient convaincus de la compétence des praticiens et de la valeur de leur savoir (1984, p. 15).

Le sociologue observe comment la médecine, ainsi constituée en institution détenant seule la capacité à désigner la maladie et les modalités de son traitement, définit le comportement social des individus malades (*ibid.* 211). Ainsi, Freidson énonce-t-il une réalité sociale de la maladie, distincte de sa réalité biologique. En définitive, Freidson tire le bilan suivant : tout comme la justice ou autrefois le clergé, la médecine est une institution de contrôle social, qui construit les catégories générales de définition de la maladie, et qui décide par le diagnostic que tel individu est malade et que tel autre ne l'est pas. N'écartant pas pour autant les déterminants d'une construction *profane* de la maladie, comme les différences sociales et culturelles dans les réponses aux symptômes ou dans l'utilisation des services médicaux, il considère le diagnostic comme une étiquette qui transforme le statut social de l'individu (*ibid.* 255).

Dans la même logique que celle proposée par Freidson dans son analyse de la construction sociale de la maladie, Strauss (1985) s'interroge sur la prise en charge des malades au sein de l'institution médicale. Alors qu'il travaille sur les relations à l'hôpital autour du malade, il poursuit la perspective d'une sociologie du travail attentive aux interactions entre les membres de l'organisation. Partant de ses observations sur une activité médicale s'inscrivant dans un processus complexe et porté par sa volonté de croiser la démarche des professionnels et le cheminement du malade, il établit la notion de trajectoire (*ibid.* 143) :

> Le terme de trajectoire, (...) fait référence non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués.

La définition de Strauss précise qu'aussi bien le médecin que le patient lui-même et ses proches sont impliqués dans le travail médical, et leur volonté de coopération est fondamentale. Le malade fait état de symptômes particuliers, il en esquisse souvent une interprétation profane. Le médecin établit alors un premier diagnostic qui est un schéma de trajectoire, c'est-à-dire une ligne d'orientation du traitement et des événements à venir. Il ouvre ainsi des options thérapeutiques et implique non seulement d'autres membres de l'institution, mais le malade lui-même et, le cas échéant, ses proches. A priori, toute décision de diagnostic détermine le devenir du patient. La notion de trajectoire de maladie suggère un schéma d'interprétation et d'orientation autour d'une maladie et d'un patient. La trajectoire n'est pas un processus fixe et déterminé, elle est modifiée par de nombreuses contingences, prévisibles ou non, telles que les efforts fournis par les membres, la réalité biologique, l'évolution des technologies de la santé. Elle est complexifiée encore par les incessantes négociations entre les acteurs impliqués dans son déroulement. Cela dit, la trajectoire fonctionne comme un schéma à disposition du médecin une fois le diagnostic établi, lui permettant de suivre, prévoir et mettre en œuvre une succession d'actions (*ibid*. 159).

Pour Strauss, ces prévisions sont exposées à de constantes négociations, des réévaluations de la maladie, des refus de coopération ou des complications médicales qui impactent leur déroulé. Il en résulte un travail d'articulation de la trajectoire, porté par la coopération entre les membres. Un travail collectif qui est lui aussi entravé par de nombreux phénomènes. Dans ce sens, Strauss observe notamment comment les règles en vigueur au sein de l'organisation du travail sont sans cesse le lieu d'usages informels. Ainsi, il relève que les membres ne cessent de les redéfinir, les contourner, voire les ignorer. Au sein de l'hôpital, il observe un consensus implicite accordant d'enfreindre les règles dans certaines circonstances. Strauss propose la notion d'ordre négocié comme cadre d'analyse des phénomènes d'ajustement présents dans tout ordre social et élabore une approche de la vie sociale et des actions collectives en termes de *monde social*, où les réseaux d'acteurs naviguent entre coopération et conflit, avec les conséquences que ces négociations peuvent avoir sur les patients. On rapprochera ses analyses de celles de Goffman qui, dans son ouvrage *Asiles,* évoque le poids des institutions dans le quotidien des individus (1979, p. 224) :

> La carrière morale, par conséquent le moi de chacun, s'élabore dans les limites d'un système institutionnel, que ce soit un établissement social comme un hôpital psychiatrique ou un complexe de relations personnelles

> et professionnels. Le moi semble ainsi résider dans les dispositions d'un système social donné à l'usage des membres de ce système. En ce sens, le moi n'est pas la propriété de la personne à qui il est attribué mais relève plutôt du type de contrôle social exercé sur l'individu par lui-même et ceux qui l'entourent.

Ces méthodes d'enquête, l'intérêt pour les règles, les usages informels qui organisent constamment nos activités sociales transforment en profondeur l'approche sociologique américaine. Un nouveau courant émerge, développé lui aussi en rupture avec la pensée parsonienne[17] (Fornel & Léon, 2000, p. 133) : l'ethnométhodologie.

2. L'Ethnométhodologie

2.1. Constitution historique et théorique de la discipline

Tout en s'en distinguant radicalement, l'ethnométhodologie (EM par la suite) partage avec l'interactionnisme symbolique la remise en question du paradigme structuro-fonctionnaliste et des techniques quantitatives de la sociologie empirique classique pour se consacrer à l'étude des méthodes quotidiennes ordinaires de l'action et du raisonnement pratique. Après avoir présenté la discipline, ses théories et approches méthodologiques, nous préciserons en quoi elle participe à notre recherche.

Inspirée de la sociologie phénoménologique de Schutz, Gurwitsch et Husserl, l'ethnométhodologie est fondée par Garfinkel. Dans le premier chapitre de son ouvrage *Studies in ethnomethodology*[18] (1967a, p.11) Garfinkel identifie la production de la vie quotidienne et de la réalité objective de l'action sociale comme ses objets d'études et introduit le terme *ethnométhodologie* :

> J'utilise le terme "ethnométhodologie" pour désigner l'étude des propriétés rationnelles des actes d'expression indexicaux et autres actions pratiques —

[17] Garfinkel, qui a soutenu sa thèse de doctorat sous la direction de Parsons, affirmera néanmoins à de multiples occasions, que bien que l'ethnométhodologie s'inscrive en divergence avec la théorie de l'action parsonienne, son travail doit beaucoup à son directeur de recherche. Dans ses *Studies* notamment, où il reconnaît sa dette et rappelle que ses travaux : « trouvent leur origine dans la lecture des écrits de Parsons, Schütz, Gurwitsch et Husserl… Le travail de Parsons en particulier demeure impressionnant par la profondeur et la précision sans faille de son raisonnement sociologique pratique quant aux tâches constitutives du problème de l'ordre social et de sa solution » *Studies*, p.IX citées dans Coulon, 1987, p. 15.

[18] La traduction en français est parue en 2007.

> [ces actes et autres actions pris] en tant qu'accomplissements continus et contingents des pratiques organisées de la vie quotidienne[19].

Le programme de Garfinkel se construit sur un parti-pris : la volonté d'appréhender le social à partir de la manière dont l'action en commun s'accomplit dans la durée concrète de sa temporalité, c'est-à-dire dans sa séquentialité (Ogien, 2001, p. 9). Pour cela, les ethnométhodologues prennent les interactions comme point d'ancrage de leurs analyses en se focalisant sur la manière dont, dans leur cours, les participants s'ajustent de manière réciproque et les procédures intelligentes par lesquelles, consciemment ou non, ils reproduisent des actions et des structures sociales (Heritage, 1991, p. 92). Ainsi l'ethnométhodologie se revendique (Garfinkel 2007 [1967], p.18) :

> (...) comme une technologie d'analyse sociale qui, s'abstenant d'emblée de pratiquer la méthode conceptuelle ou la réflexion abstractive, et privilégiant l'observation des choses en train de se faire, et celle des conditions de cet accomplissement, quelle qu'en soit la difficulté, se met en position de pénétrer la dimension intime de la réalité, qui est occupée par des opérations et des pratiques, et par des méthodes ou des schèmes pour effectuer les activités, plutôt que d'opérer sur sa seule surface.

Pour Parsons, l'action doit être analysée comme le produit d'un processus qui, bien qu'opérant sur les esprits des acteurs, leur est inaccessible et sur lequel ils ne peuvent exercer de contrôle. Les normes sont intégrées par les individus et conditionnent leurs actions. Cette théorie de l'action se place à l'extérieur du point de vue des acteurs. Pour son élève Garfinkel, au contraire, le point de vue des acteurs et leur rôle dans l'organisation de l'action sont fondamentaux. Comme le formule Coulon, la préoccupation permanente de l'ethnométhodologue est de décrire les procédés que nous employons pour construire l'ordre social (1987, p. 70). Ainsi, l'objet n'est pas d'observer, avec une certaine extériorité, des phénomènes en fonction de concepts théoriques préétablis, mais plutôt de comprendre les comportements et les modes d'organisation des acteurs sociaux et leurs représentations du monde en les étudiant à l'intérieur

[19] N.d.T : « I use the term 'ethnomethodology' to refer to the investigation of the rational properties of indexical expressions and other practical actions as contingent ongoing accomplishments of organized artful practices of everyday life. »

des situations où ils sont engagés. Le point de vue de l'acteur et son rôle dans l'organisation de l'action doivent être analysés par des moyens intrinsèques et les catégories d'analyse doivent être celles qu'utilisent les participants eux-mêmes (Fornel & Léon, 2000, p. 134).

L'étude des caractéristiques du raisonnement pratique de sens commun dans les situations courantes d'action, qui est en fait une proposition de reconsidération radicale de la théorie de l'action, insiste sur le caractère contextuel de la compréhension ordinaire tout en se focalisant sur les caractéristiques du savoir que l'acteur met en œuvre lorsqu'il a à choisir entre diverses manières d'agir, c'est-à-dire sur « les opérations de jugement, de choix, d'évaluation des conséquences et tout ce qu'il utilise de fait » (Garfinkel, 1952, p. 117).

Toutefois, pour Garfinkel, cette attitude implique d'ignorer volontairement toute question portant sur la rationalité ou l'efficacité des actions pour étudier simplement leur fonctionnement pratique. Une posture d'indifférence ethnométhodologique (Garfinkel & Sacks, 1970) que nous n'adoptons pas, notre objectif étant d'inscrire ce travail dans une visée applicative[20]. Nous lui préférons *la suspension du jugement* ce que Schütz désigne par « attitude de l'observateur désintéressé » qu'il relie à la tradition de la phénoménologie husserlienne, impliquant « la suspension du jugement *mondain*, la *mise entre parenthèse*, l'épochè — voie royale pour l'accès *aux choses-mêmes* (1987, p. 127). Cela nous permet de préserver une démarche ouverte lors de la collecte des données[21].

L'analyse des méthodes systématiques des membres vient de l'intérêt porté par Garfinkel à l'examen du déroulement temporel des activités ordinaires, quotidiennes ou professionnelles et du processus de construction du sens. Les pratiques accomplies ordinairement, systématiquement, et le plus souvent inconsciemment par les participants forment le cadre fondamental à travers lequel l'action est interprétée. Ces pratiques, bien qu'elles puissent être implicites, sont néanmoins observables et rapportables ; elles sont des éléments d'interprétation qui nous informent sur la représentation du monde social dans lequel évoluent les participants. Elles nous éclairent aussi sur l'intelligibilité de l'action mutuelle et la possibilité d'en rendre

[20] En cela, ce travail s'inscrit dans la lignée des *Workplace Studies*, nous abordons ce point un peu plus loin dans ce chapitre.

[21] Et l'objet d'étude ne nous apparait alors véritablement qu'une fois que le travail d'analyse des données est en cours, nous reviendrons sur cette démarche fondamentale dans la constitution de nos analyses.

compte les uns aux autres. Pour étudier ces procédures, l'EM s'intéresse au sens de ces actions tel qu'il est constitué par les participants eux-mêmes (Garfinkel, 2001, pp. 40–41):

> Ce qui est proprement ethnométhodologique dans les études de l'ethnométhodologie c'est que, pour n'importe quel événement social réel, elles montrent précisément comment, dans chaque cas concret, les membres, qui disposent d'une compétence ordinaire, coordonnent leurs activités de façon à produire, manifester, établir, dans les détails incarnés de leur vivre ensemble, des phénomènes d'ordre dont on peut rendre compte localement et naturellement – autrement dit, des phénomènes mettant en jeu de la logique, de la causalité, des classifications, de la temporalité, de la cohérence, de l'uniformité, des analyses de détails, du sens, des méprises […].»

Un principe fondamental de l'EM est la volonté de traduire les données empiriques de la manière la plus réaliste possible. L'ethnométhodologie n'a ainsi pas pour objet de construire un sens mais plutôt d'identifier les méthodes qui donnent la possibilité aux membres de construire leur univers social, d'organiser l'intercompréhension dans leurs échanges et de gérer la coordination de leurs activités. Garfinkel propose le terme *ethno-méthodes* (*ethno-methods*) pour désigner ces *méthodes des membres* (*member's methods*) et nomme par *ad hocing* la capacité de les faire fonctionner de manière fluide. Ce sont ces méthodes partagées qui permettent notamment au commerçant et à son client de mener à bien la vente, ou à une file de se former à l'arrêt de bus et bien sûr aussi à l'activité de régulation médicale de se mettre en place au décroché d'un appel au SAMU. Dans cette perspective, toute description de l'action doit nécessairement s'appuyer sur un arrière-plan *ad hoc* de connaissances et de pratiques, de présupposés et d'attentes, dont chacun attend que l'autre le mobilise *in situ* pour comprendre ce dont il est question et agir de manière appropriée (Garfinkel, 1967b). Or, nous montrerons dans nos analyses que l'activité de régulation médicale au SAMU est souvent pénalisée par l'absence d'ethnométhodes partagées ; les appelants ont des conceptions et attentes qui ne correspondent pas toujours aux buts prédéfinis de l'institution et à la réalité concrète de son organisation.

Dans une perspective proche, Zimmerman (1969) dans son étude sur les activités des agents d'accueil d'un bureau d'aide sociale s'est intéressé à la nécessité de produire des interprétations

ad hoc de règles de procédure. Les agents d'accueil, qui suivaient une procédure spécifique pour orienter un flux régulier de demandeurs vers chaque responsable de dossiers, se trouvaient obligés de s'écarter de la procédure en raison d'un certain nombre de contingences. Zimmerman (*ibid.* 23) remarqua que le travail des agents apparaissait satisfaire davantage les objectifs de la procédure en s'écartant d'elle plutôt qu'en la suivant.

Les études des processus organisationnels institutionnels ont ainsi permis de mettre au jour des procédures de normalisation et de démontrer comment celles-ci sont incorporées dans les activités professionnelles. Elles conduisent les ethnométhodologues à reconnaître que les membres des institutions ne sont pas seulement capables, mais positivement obligés, d'invoquer et d'interpréter les règles et les procédures bureaucratiques de façon *ad hoc* et que cet état de fait engendre d'importants pouvoirs discrétionnaires (Heritage, 1991, p. 26 ; Lipsky, 1980). Ce sont ces procédures produites *ad hoc* que nous questionnerons en mettant en relation l'accomplissement pratique des activités de régulation téléphonique avec les contingences organisationnelles et technologiques du SAMU.

2.2. Indexicalité, réflexivité et intelligibilité des actions

L'intelligibilité (ou *accountability*) des actions ordinaires constitue l'objet central des recherches ethnométhodologiques. Appréhendée comme un accomplissement pratique, elle suppose qu'à tout moment les membres engagés dans une action rendent mutuellement visibles ce qu'ils font, comment ils le font et comment ils interprètent ce qui est en train de se dérouler. Une intelligibilité de l'action qui émerge d'un mouvement de symétrie entre les méthodes de production de l'action et la reconnaissance de ces mêmes méthodes[22]. L'*accountability* de l'action est à la fois et simultanément, selon Garfinkel, la fin et le moyen de la société en tant que phénomène d'ordre. Le processus complexe de coordination entre deux participants en conversation implique une intelligibilité de ce que l'on est en train de faire au moment où on le fait, une *accountability* (Garfinkel, 1967b, p. 7) :

[22] Il n'est pas nécessaire que les actions sociales soient accomplies verbalement pour que leur intelligibilité et les éléments qu'elles impliquent soient à la disposition des participants. Garfinkel utilise souvent l'exemple de gens faisant la queue pour illustrer la façon dont, par le simple fait de se placer dans une relation spatiale particulière les uns par rapport aux autres, un groupe d'individus, constitue, sans que rien ne soit dit, une organisation sociale à petite échelle, et établisse des ensembles d'attentes et d'obligations morales les uns vis-à-vis des autres, qui confère une dimension auto-organisante à l'activité (Heritage, 1991, p. 111).

> Les études ethnométhodologiques analysent les activités de la vie quotidienne en tant que méthodes de membres utilisées pour rendre ces activités visiblement rationnelles et rapportables à toutes fins pratiques, c'est-à-dire « *accountable* », en tant qu'organisations des activités ordinaires de tous les jours.[23]

Garfinkel considère aussi que « les activités par lesquelles les membres produisent et gèrent les cadres de leurs activités organisées de la vie quotidienne sont identiques aux procédures que ces membres utilisent pour rendre ces cadres observables et explicables. » (Heritage, 1984b). Avec les notions de réflexivité et d'indexicalité on accède à la manière dont les membres qui participent à une activité sociale lui confèrent son intelligibilité. Ces caractéristiques de l'ordre social constituent les notions fondamentales de l'EM et seront reprises ensuite en analyse de conversation.

Les ethnométhodologues parlent *d'indexicalité des actions* ou *d'actions indexicales* au sens d'actions dont le sens et l'interprétation dépendent du contexte. Le contexte n'est pas considéré comme un ensemble de paramètres figés ou comme un contenant (Schegloff, 1972) mais comme un élément dynamique dans lequel les interlocuteurs interagissent et interprètent la situation dans le cours de son déroulement (Duranti & Goodwin, 1992). Pour Quéré (1986) le caractère indexical des actions est abordé par les membres à partir de ce qui est visible, descriptible, analysable : les acteurs agencent leurs actions en fonction de leurs circonstances et définissent celles-ci en fonction de celles-là ; et ce faisant, ils permettent aux autres de reconnaître, en se référant aux circonstances, l'action pour ce qu'elle est, et en se référant à l'action, les circonstances pour ce qu'elles sont (*ibid*. 104). En cela, pour saisir une action, il ne suffit pas de connaître des éléments biographiques sur les acteurs ou de connaître leurs buts, il faut se rapporter aux circonstances locales du déploiement de la situation. L'indexicalité est la propriété fondamentale de l'énonciation, sa condition de possibilité : elle fait place à l'énonciateur ; elle connecte les énoncés et le contexte (Amiel, 2010, p. 61). Pour Garfinkel, les caractéristiques des expressions indexicales doivent être étendues à l'ensemble du langage[24].

---

[23] N.d.T : « *Ethnométhodological studies analyze everyday activities as members' methods for making those same activities visibly-rational-and-reportable-for-all-practical-purposes, i.e., "accountable", as organizations of commonplace everyday activities.* » (Garfinkel, 1967b, p. 7). En suivant Barthélémy & Quéré (2007) dans leur traduction des *Studies* de Garfinkel, on peut adopter le terme de descriptibilité plutôt qu'intelligibilité comme traduction du terme d'*accountability*.

[24] Les expressions indexicales sont des expressions, telles que « cela », « je », « vous », etc., qui tirent leur sens de leur contexte.

Sa conviction est que l'ensemble du langage est profondément indexical, dans la mesure où, pour chaque membre, la signification du langage dépend du contexte dans lequel il apparaît (Coulon, 1987, p. 26). L'EM pose donc que l'indexicalité suppose la prise en compte systématique du contexte comme système de référence. L'ethnométhodologue est compris dans l'opération puisque, par l'effet de la réflexivité, il fait partie de la situation (Amiel, 2010, p. 54).

L'idée générale de la réflexivité est celle d'une relation qui lie un objet à lui-même. Elle désigne les pratiques qui à la fois décrivent et constituent un cadre social (Garfinkel, 1967b, p. 55). Pour exposer la réflexivité des membres du groupe observé on rapporte la façon dont ils se racontent eux-mêmes. Garfinkel considère cette réflexivité comme allant de soi ; les membres reconnaissent et rendent observable aux autres membres le caractère rationnel de leurs pratiques concrètes (*ibid*. 9).

L'équivalence entre décrire et produire une interaction, entre la compréhension et l'expression de cette compréhension est rendue possible par ce que Garfinkel nomme les *comptes rendus* (*accounts*) : « Les comptes rendus des membres sont attachés de façon réflexive et essentielle (…) aux occasions socialement organisées de leur usage, pour la raison qu'elles sont des éléments de ces occasions. » (Garfinkel et al., 2007, p. 54). Les *accounts* sont des témoins manifestes des processus d'intercompréhension produits par les membres dans le cours de l'action. Pour Greco c'est cette notion de comptes rendus qui amène notamment à rendre compte, décrire, construire et rendre intelligible les évènements comme l'expression de la douleur par et dans le discours et de récupérer dans un cadre interactionnel, les activités de description, de narration, et de dénomination, centrales dans l'activité de traitement des appels urgents (2002, p. 27).

Ainsi l'ethnométhodologie reconnaît l'existence de procédures et de règles et se fixe comme objectif de les mettre à jour en analysant la manière (les ethnométhodes) toujours renouvelée et toujours circonstanciée (principe de l'indexicalité) dont les locuteurs les accomplissent, participant, par là même, à leur confirmation et éventuellement leur évolution (principe de réflexivité). Elle élabore alors un renouveau de la sociologie en montrant l'articulation sémiologique qui relie l'action et son interprétation.

2.3. Prolongation de l'approche ethnométhodologique

Dans les années 1960, Sacks, élève, puis collaborateur de Goffman et de Garfinkel et chargé de cours en Sociologie et en Anthropologie va proposer de s'intéresser à l'une des organisations sociales endogènes les plus accessibles aux chercheurs, mais complètement inédite : la conversation (de Fornel & Léon, 2000, p. 134). L'intérêt pour la conversation naît de la collaboration de Sacks avec Garfinkel et Goffman lors de l'étude d'un corpus d'appels téléphoniques confié par le Los Angeles County Suicide Prevention Network (LASPN) et de l'intérêt commun, hérité de l'interactionnisme, que Sacks et Garfinkel portent aux descriptions (Garfinkel & Sacks, 1970 ; Heritage, 1984; Sacks, 1963). L'analyse conversationnelle naît ensuite véritablement des collaborations entre Sacks, Schegloff et Jefferson qui ensemble constituent la conversation, et plus généralement la parole en interaction comme objet d'étude sociologique. La parole est appréhendée comme une activité en soi, devant être étudiée dans son contexte de production, ainsi que l'explique Schegloff (1992, p. 18) :

> La parole elle-même était l'action, et des détails précédemment insoupçonnés étaient des ressources cruciales quant à ce qui était fait dans et par la parole ; et tout cela dans des événements ayant lieu naturellement, d'aucune façon manipulés, pour permettre leur analyse[25].

Aux États-Unis l'AC émerge dans des départements de Sociologie, sa réception en Europe continentale au début des années 1980 est davantage le fait de départements universitaires de linguistique et son introduction en France doit beaucoup au travail de de Fornel, Conein et Quéré[26]. Les années 1980 voient se multiplier les études où s'imbriquent analyse de

[25] N.d.T : *The talk itself was the action, and previously unsuspected details were critical resources in what was getting done in and by the talk ; and all of this in naturally occurring events, in no way manipulated to allow the study of them. »*

[26] Pour une lecture plus approfondie de l'inscription américaine de l'analyse de conversation dans des départements de sociologie voir notamment (Gülich & Mondada, 2011, Chap 3). Pour son versant français, on notera la présence d'un chapitre intitulé « L'analyse de conversation » dans le livre de Bachmann, Lindenfeld et Simonin publié en (1981), qui reprend notamment l'article de 1974 de Sacks, Schegloff et Jefferson et l'article sur les ouvertures d'appels de Schegloff (1968), sous la rubrique « grammaire de la conversation ». En 1980, Danielle Laroche-Bouvy soutient sa thèse de doctorat à Paris 3, intitulée *La conversation : jeux et rituels*. Elle publiera également un essai sur la conversation quotidienne (1984) ainsi qu'un article sur les silences et les pauses dans les interactions verbales (1984). À la même période est publié *Points de vue sur l'analyse conversationnelle* par Bange (1983) qui définit la conversation comme « communication verbale où la répartition des tours de parole n'est pas préformée » (*ibid.* 3). Gülich et Mondada expliquent que les départements de linguistique français, travaillant de plus en plus sur les « discours oraux interactifs » s'intéressèrent alors naturellement aux apports de l'analyse conversationnelle étasunienne. Sur le sujet voir aussi Mondada (2007b).

l'organisation de l'interaction et analyse des ressources linguistiques. Une *mouvance* qui fait reconnaitre l'interaction comme constitutive de la structuration des ressources linguistiques (Mondada, 2001, p. 1). Des études qui posent la question de « savoir quel rôle, à la fois structurant et structuré, jouent les ressources grammaticales dans et pour l'organisation de l'interaction » (Mondada, 2008, p. 3). Cet intérêt croissant pour l'interaction en linguistique, donne aussi l'essor aux grammaires de l'oral et à l'analyse du discours. C'est là pour le champ de la linguistique, un élargissement même de ses objets. C'est ainsi que dans le cours des années 2000 se constitue plus nettement un « champ interactionniste » (Traverso, 2012) avec certes des orientations théoriques et des pratiques analytiques qui ne convergent pas toujours mais qui demeurent caractérisées par cette même relation exigeante aux terrains et aux données. Outre les techniques d'isolement des séquences, la transcription d'inspiration jeffersonienne apparait comme la « marque de fabrique de la linguistique interactionnelle » (*ibid.* 11)[27].

Si les travaux de Garfinkel ont établi un domaine de recherche fondamental sur l'organisation méthodique de la vie quotidienne, ses recherches sur le travail scientifique menées à partir des années 1970, notamment avec Lynch et Livingston, sont à l'origine de travaux fondateurs de la sociologie actuelle des sciences et des techniques, tels que les « études de laboratoire » de Lynch (1985) de Latour et Woolgar (1979) mais aussi les travaux de sociologie des techniques de Suchman (1987).

Toutefois, l'analyse de conversation apparait sans conteste une des expressions les plus réussies de l'EM. Nos analyses du corpus d'appel ayant principalement sollicité ses outils théoriques et méthodologiques, nous présentons désormais la constitution historique du champ à travers l'émergence de ses principes fondateurs.

[27] Dans l'émergence de ce courant, la publication de l'ouvrage collectif *Grammar in Interaction*, édité par Ochs, Schegloff & Thomspon (1996), fonctionne comme un déclencheur, avec l'ambition de revisiter la grammaire à l'aune de l'interaction (Mondada, 2008, p. 3). Le terme de *linguistique interactionnelle* apparaît quelques années plus tard (Mondada, 1998 ; 2001 ; Selting & Couper-Kuhlen, 2001a ; 2001b). Fox et alii 2013, p.726) font remonter les origines de la LI à la naissance de l'AC au tout début des années 1970.

3. L’Analyse Conversationnelle

3.1. La conversation : le lieu prototypique et central de la vie sociale

L’objet général de l’AC est de chercher à décrire les détails de l’organisation sociale, à produire des règles interactionnelles, en détectant et décrivant les phénomènes ordonnés qui la composent (Schegloff, 1979, pp. 24–25). Elle s'intéresse de façon spécifique à la conversation en s'attachant à analyser les aspects formels de son organisation (de Fornel & Léon, 2000, p. 132). L’AC se déploie en filiation avec la mentalité ethnométhodologique favorisant la descriptibilité des méthodes et le point de vue des participants, et la focalisation sur la description de l’interaction pour le chercheur, issue de Goffman. Elle apparaît comme un renouvellement majeur des approches du langage dans un contexte social. Jusqu'ici peu observée, la conversation est pourtant le socle de notre vie sociale (Heritage & Clayman, 2010a). Médium privilégié de transmission de nos cultures, la conversation rend possible nos relations humaines, l’affirmation de nos identités et structures sociales. Comme le rappelle Bonu (1992, p. 52), l'interaction, sous ses différentes formes, est au principe du fonctionnement de toutes les institutions (économie, politique, justice, famille...). Tout au long du déroulement d'un échange communicatif, les différents participants exercent les uns sur les autres une influence réciproque. Par conséquent, la conversation est un lieu d'ajustement et d'échanges pour développer des relations (institutionnelles ou personnelles) entre les participants. La conversation peut être reconnue comme le lieu prototypique et central de la vie sociale, de la socialisation, de l'acquisition du langage et du maintien de l'ordre social (Schegloff, 1992). Elle n'est cependant pas l'objet de l'AC ; elle « représente seulement son entrée en matière » (Sacks, 1963, 1985), le biais par lequel nous pouvons « trouver une description formelle de l'organisation des activités des individus » (Bonu, 1992, p. 52).

Les activités et les institutions humaines reposent sur notre capacité à partager un sens commun et à agir en conséquence de celui-ci. Coordonner nos actions, peu importe qu'elles impliquent de coopérer ou d'entrer en conflit, implique une compréhension partagée. La notion d'ethnométhodes qui avait été proposée par Garfinkel est alors reprise dans la perspective conversationnelle, nous donnant à voir comment se construisent les contextes communs d'activité dans les interactions. Un mécanisme qui sous-tend que ce sont les mêmes ethnométhodes qui organisent nos actions et notre compréhension de l'action en train de

s'accomplir. Ainsi, on se propose ici de restituer non pas notre interprétation des interactions au SAMU mais le sens que donnent les membres à leurs actions en train de se déployer.

3.2. L'ordre de l'interaction

Nous avons vu que la description et l'explication des méthodes et compétences mobilisées par les locuteurs, rendant leur participation à l'interaction sociale organisée et intelligible, est l'objectif principal des recherches en AC. Face à ces phénomènes, la tâche de l'analyste consiste à rendre compte du caractère ordonné des actions accomplies par les participants en interaction. Si les interactions sont ordonnées, elles ne relèvent cependant pas d'un ordre exogène (Mondada, 2000, p. 38) :

> L'ordre interactionnel est systématiquement et méthodiquement accompli par les locuteurs engagés dans un travail de coordination, de synchronisation, fruit d'un ajustement constant maintenu de façon localement située et endogène par les procédures (les méthodes) des interactants.

L'inspiration ethnométhodologique pose que l'ordre des situations quotidiennes est descriptible de manière formelle, et qu'il est :

- le produit d'un processus ;
- le produit local des actions des participants ;
- récurrent et répété ;
- découvert, décrit et analysé par le chercheur.

Étudier la conversation consiste alors à décrire les procédures formelles que nous mobilisons dans nos interactions et qui nous servent à produire nos activités. C'est la raison pour laquelle l'AC ne formule pas ses objets en termes d'unités linguistiques mais en termes d'activités sociales (Schegloff & Sacks, 1973, p. 290). Une *mentalité analytique* (Schenkein, 1978) qui doit beaucoup à l'étude des appels téléphoniques[28]. En effet, les études sur les propriétés

[28] Outre l'exemple donné plus haut, tiré du corpus des appels du centre pour la prévention du suicide de Los Angeles, c'est un corpus d'appels à la police qui permettra l'étude majeure de description des séquences d'ouverture par Schegloff (1968). Quelques années plus tard, Schegloff et Sacks se consacrent ensemble à

génériques du parler-en-interaction se sont majoritairement portées sur des échanges par téléphone[29]. En faisant le choix des enregistrements audio de conversations téléphoniques (d'aide psychologique, d'appels institutionnels ou ordinaires) comme premiers et principaux terrains, l'AC a pu mettre en exergue la centralité de la parole dans la communication et la centralité du dialogue dans l'interaction (*ibid.* 26). Les observations faites sur des données téléphoniques permettent aux chercheurs d'expliquer l'organisation de l'interaction dans ses détails, rendant possible l'étude de *micro-phénomènes* (Hopper, 1992, p. 53).

Particulièrement, les premières études des appels téléphoniques du centre pour la prévention du suicide de Los Angeles amènent Sacks à développer un appareillage analytique pour identifier les pratiques et les méthodes des membres pour construire méthodiquement leurs interactions. Elles ont mis au jour les phénomènes suivants de l'infrastructure des interactions :

- l'existence d'une règle procédurale dans la conversation : la personne qui parle en premier peut choisir par exemple le mode de salutation et de fait établir la formule que son interlocuteur utilisera par la suite (Hello/Hello ; Le SAMU bonjour/Oui bonjour) ;

- l'articulation de la conversation par unités : « Hello/Hello » est une unité, tout comme « This is Mr Smith may I help you/Yes This is Mr Brown ». Ces unités sont organisées en paires adjacentes. Celui qui parle en premier influence ce qu'il est *approprié d'un point de vue culturel* de répliquer (Goodenough, 1964) ;

- la pertinence conditionnelle entre les énoncés : une activité comme « donner son nom » appelle une formule du même type « donner son nom » (« this is Mr. X », « this is Mr Y »).

l'analyse des clôtures (1973), puis à l'analyse du système de tours de parole et des unités de construction du tour (Sacks, Schegloff, Jefferson 1974), et ce toujours sur un corpus d'appels téléphoniques.

[29] Dans leur article retraçant l'émergence de l'AC et paru en 2000, De Fornel et Léon mentionnent que, outre ses liens avec Goffman et Garfinkel, Sacks a été profondément marqué par le travail de Fries (1952). Précurseur dans l'utilisation de corpus de données enregistrées, et notamment d'appels téléphoniques, il travaille à partir d'un corpus de 50 heures d'enregistrement d'appels collectés auprès de près de 300 locuteurs différents. La thèse de Schegloff (1967) est quant à elle une analyse des 5 premières secondes de 500 ouvertures d'appels téléphoniques. Il faut noter que ces études ne prennent pas en compte spécifiquement le rôle du dispositif téléphonique, ce qu'indique d'ailleurs clairement Schegloff « *From one perspective this may be conceived of as a study in face-to-face interaction* » (Schegloff, 1967). La dimension configurante n'est examinée qu'à partir des années 1980. Cf. *infra* chapitre 1.5

Ainsi, les conversations téléphoniques ont nourri une approche inédite de la conversation, celle-ci représentant un environnement inépuisable de ressources interactionnelles (Sacks, 1972, 1992a), tout en permettant d'étudier plus spécifiquement des formats interactionnels propres aux contextes institutionnels, comme les appels d'urgence (Whalen & Zimmerman, 1987a ; cf. infra chapitre 2.6). Il s'agit aussi de chercher des informations sur le contexte, ou environnement de base (*base environnement* ; Sacks, 1992a, p.8). En effet, selon le type d'interaction (en face à face ou à distance, relation de service, conversation privée, appel au SAMU) l'infrastructure change. Dans les appels au SAMU, le contexte de base permet notamment aux salutations d'être très brèves sans pour autant perturber le bon déroulé de l'échange[30] :

C15HN_B_14

```
01.   ARM.  samu ↑bonjour↑
02.   PAT.  (.)bonjour madame (0.3) euh:: je suis arrivé je euh: hhh là où
03.         il y a les ambulanciers là euh >je suis malade< hh
04.   ARM   (.)alors j'ai pas compris ↑qu'est-ce qui vous arrive↑
```

Tous ces travaux convergent vers une même approche, une analyse directe et située des interactions sociales téléphoniques, pour mettre en évidence le vaste éventail de nos pratiques interactionnelles et rendre visible *l'ordre de la conversation* ou plutôt, une multiplicité *d'ordres* (Ten Have 1999, p.3). La démarche générale de l'AC préconise la méthode inductive allant des données aux problèmes, avec pour objectif de reproduire les données à partir des problèmes (de Fornel & Léon, 2000, p. 141). Cette exigence, où la théorisation suit l'observation et ne la précède pas, est un principe fondateur de l'AC (Bonu, 1992, p. 52).

Schegloff (1992) raconte une discussion avec Sacks qui lui semble illustrer l'émergence des premiers questionnements qui caractérisent l'AC[31]. En 1963, Sacks collabore avec Garfinkel et Goffman dans le cadre de l'étude pour la prévention du suicide à Los Angeles et analyse des enregistrements des appels téléphoniques reçus par le centre. Alors qu'il réfléchit à un problème récurrent pour les opérateurs téléphoniques - la réticence des appelants à donner leur nom -, il évoque un appel commençant ainsi :

[30] Les conventions de transcriptions des appels du corpus sont présentées au chapitre 2 ainsi qu'en annexe.

[31] À partir de 1964, Sacks enregistre ses cours à l'université de Californie et les transmet à Schegloff par courrier. Ainsi, la quasi-totalité pourra être retranscrite et éditée en 1992 par Gail Jefferson sous le titre de *Lectures on Conversation*. Sacks décède en novembre 1975 d'un accident de la route alors qu'il allait rejoindre Schegloff sur le campus.

Corpus Sacks 1992

A: This is Mr Smith, may I help you?
Mr Smith à l'appareil, que puis-je pour vous?
B: I can't hear you.
Je ne vous entends pas
A: This is Mr Smith.
C'est Mr Smith
B: Smith.

L'échange se poursuit, et alors que Mr Smith demande son nom à l'appelant, celui-ci tarde à lui donner. Sacks se demande alors si le problème d'audition de l'appelant en ouverture de l'appel ne relèverait pas d'une méthode pour ne pas avoir à donner son nom en réponse. Ces premiers questionnements sur les méthodes interactionnelles des appelants au centre pour la prévention du suicide seront l'objet de la première lecture que Sacks donnera à l'université de Californie à partir de 1964.

3.3. Des stratégies interactionnelles

Le sociologue entreprend d'examiner des énoncés tels que « *This is Mr Smith* », « *Can I help you ?* » ou « *I can't hear you* » comme des *objets sociaux,* observant comment ils rendent possible l'activité et comment ces *objets* sont manipulés par les participants dans l'interaction (Sacks, Lecture 1, p. 10-11). Poursuivant la réflexion, Sacks et Schegloff relèvent que ces séquences apparaissent d'une façon systématique et ordonnée (*exhibited orderliness*, Sacks & Schegloff, 1973, p. 290) ce qui les conduit à la conclusion suivante : la conversation est un phénomène naturel descriptible et observable.

Elle est une unité reconnaissable, un type de parole-en-interaction vers lequel les participants s'orientent, répondant d'une structure descriptible et reproduisible ainsi que l'explique Sacks (1992b, p. 308) :

> Il y a une chose que nous pourrions décrire comme une unité naturelle, que l'on pourrait appeler une *conversation.* Il n'est pas évident de voir comment en démontrer l'existence, ou comment en traiter l'organisation. Une manière de faire serait de proposer de l'envisager comme étant composée d'éléments invariables qui surviennent systématiquement dans ce que l'on voudrait alors appeler une *conversation.* Malheureusement, je ne crois pas que cela

> soit ainsi. Quelle alternative avons-nous ? Une alternative serait peut-être de considérer qu'il y a des éléments systématiques et pertinents qui quand ils surviennent constituent une conversation et que quand ils ne surviennent pas, vous pouvez alors dire qu'ils sont absents (…) Je pense que nous finirons par comprendre que dans les conversations en général il y a une structure séquentielle superficielle qui prend la forme d'espaces et d'items, mais qu'il y a également de nombreuses autres règles opérationnelles qui sont activées[32].

Tout comme les problèmes d'audition sont considérés comme une méthode de l'appelant, l'institution met elle aussi en place des stratégies interactionnelles. Ainsi, lors de la prise des appels au centre d'aide psychiatrique, à la question « quel est votre nom ? » l'appelant pourrait répondre par un « pourquoi ? » voire signifier son refus de décliner son identité. Face à l'éventualité de cette réponse, les membres de l'institution mettent en place une méthode qui consiste dans l'extrait proposé par Sacks à donner son propre nom pour tenter d'instaurer un contexte favorable à l'obtention du nom du patient. Dans les appels au SAMU, des stratégies de ce type sont systématiquement produites. Dans l'extrait ci-dessous, nous observons la méthode suivante : lorsque l'appel à traiter est un appel transféré par les pompiers pour lequel les ARM ont donc reçu un récapitulatif des circonstances, les ARM signalent dès l'ouverture qu'ils ont connaissance de la situation :

C15HN_B_4

```
22.   POM.  voilà le topo je vous la passe
23.   ARM.  merci
24.   ARM.  madame xnomx
25.   PAT.  oui
26.   ARM.  oui bonsoir madame donc les pompiers m'ont expliqué vous
27.         sortez de l'hôpital parce que vous aviez de la tension
28.         que vous vous sentiez pas bien (.) et là vous vous
29.         sentez de nouveau pas bien
```

[32] N.d.T: « *There is something we could say to be a natural unit, which you could call a 'conversation'. It's not obvious how we could go about showing that there is such a thing, or how we would go about dealing with the way it's composed. One way is to propose that it has some invariable parts such that they always occur in anything you would want to call a 'conversation'. Unfortunately, I don't think there are such things. What's an alternative? An alternative would be perhaps, that there are invariably relevant parts such that if they occur you have a conversation, and if they don't occur, you could say they are 'absent'. [...] What I think we'll find eventually is that for conversation generally there's a very shallow sequential structure in the sense of general slots and items, but that there are a great many other sequencing rules which are operative* ».

C15HN_A_11

```
15.   POM.  >vous avez le samu en ligne<
16.   ARM.  °allo°=
17.   PAT.  =>oui allo bonjour excusez-moi mais j'ai..<=
18.   ARM.  =>madame laissez-moi parler les pompiers m'ont expliqué<=
```

Ce type de méthodes révèle la malléabilité de la structure des appels au SAMU. Dans cet exemple, c'est l'activité de présentation de la raison de l'appel qui se retrouve modifiée par les contingences urgentes qu'implique l'environnement de base. Comment alors identifier ces méthodes comme telles ? Pour Heritage et Clayman (2010a, p. 16), celles-ci doivent être récurrentes, positionnées de manière spécifique dans un tour ou une séquence (ou les deux) et enfin porter un sens spécifique, qui entraîne une ou des conséquences. C'est ainsi que nous procéderons dans nos analyses lorsque nous chercherons à identifier des méthodes récurrentes des participants aux appels au SAMU et leur impact sur l'activité.

3.4. L'infrastructure procédurale

Ainsi, dans nos analyses des appels, nous ne cherchons pas à décrire des modèles, mais plutôt à saisir les règles et les procédures sous-jacentes aux interactions, ce que l'on nomme l'infrastructure procédurale (Schegloff, 1992, p. 1338). Cette infrastructure incorpore les méthodes convoquées par les participants, comme celles que nous évoquions plus haut et qui furent à la base des premières réflexions de Garfinkel sur les conversations du LASPN. Pour analyser l'organisation conversationnelle des appels au SAMU, on isole alors ses traits systématiques (Levinson, 1983, p. 319) et on démontre l'orientation des participants vis-à-vis de cette infrastructure en se demandant quel(s) problème(s) elle résout, et quel(s) problème(s) elle occasionne. Du point de vue de sa réalisation, l'infrastructure procédurale est rendue possible par l'organisation séquentielle des interactions.

L'AC repose en effet sur une idée majeure : les tours de parole procèdent d'une organisation séquentielle et donc, sur le fait « qu'une action en amène une autre » (Ten Have, 1999, p. 113). Les travaux de l'AC posent la *séquentialisation* comme principe fondamental du déroulement temporel de l'interaction, en termes de tours (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974). Cette prise en compte de la dimension séquentielle donne accès empiriquement à la perspective des membres et a démontré que l'interprétation que font les participants des actions accomplies par

l'interaction dépend largement de leur place dans la séquence conversationnelle (de Fornel & Leon, 2000, p.145).

Du point de vue de la séquence, une analyse, pour être menée à bien, doit s'appuyer sur deux tours au moins : l'actuel et le suivant (Heritage, 1991). Ainsi, lorsque l'on étudie l'ordonnancement temporel des interactions au SAMU, plutôt que de répondre spécifiquement à la question « qu'est-ce qui se passe ici ? », caractéristique de l'ethnographie goffmanienne (Goffman, 1974) on décrit plutôt le « pourquoi ceci (cette action) ici et maintenant ? » (Garfinkel, 2002). En d'autres termes, pour identifier le contexte séquentiel, on pose des questions comme « que font les participants ? ; pourquoi cela ? ; pourquoi telle action dans tel tour de parole ? » en adoptant le point de vue des interlocuteurs, c'est-à-dire en mobilisant ce qu'ils rendent eux-mêmes intelligible au moment de faire ce qu'ils font.

Du point de vue des énoncés on observe comment ils provoquent des actions et comment celles-ci s'inscrivent dans le déroulement temporel de l'échange. Schegloff (1996, p. 172) mentionne trois éléments distincts qui devraient être présents dans une description empirique de l'action provoquée par des énoncés :

1. la description des actions en train d'être réalisées ;
2. un ancrage de ces descriptions dans la réalité des participants ;
3. une explication de la manière dont une pratique spécifique, un énoncé ou un comportement, peut produire une action spécifique reconnaissable[33].

La première condition, précise-t-il, doit être exemplifiée avec les données et leur analyse. La seconde doit inclure la preuve que les participants ont effectivement compris l'énoncé comme provoquant ladite action (ce qui implique généralement d'inspecter les énoncés suivants). La troisième condition indique qu'une description ne saurait suffire et qu'il « convient de fournir les bases analytiques d'une telle compréhension[34] ».

[33] N.d.T: « 1 a formulation of what actions or action are being accomplished - 2 a grounding of this formulation in the " reality " of the participants - 3 an explication of how particular practice, i.e an utterance or conduct, can yield a particular, recognizable action. »

[34] N.d.T : « one should provide analytically the grounds for the possibility of such an understanding. »

La mentalité analytique spécifique de l'AC insiste donc pour que cette question (*why that now* ?) soit posée systématiquement pour chaque action (ou chacun des composants des actions) et ceci à chaque tour consécutif. Pour désigner la forme choisie pour produire l'action on convoque la notion de *packaging* (Have, 1999, p. 106). Elle sous-tend qu'il y a toujours plusieurs manières par lesquelles une action peut être produite. La sélection parmi le vaste choix de possibilités porte un sens *(ibid*.) : la manière dont les actions sont réalisées implique des identités, des rôles et des liens entre les interactants, dont les droits et obligations sont sans cesse accomplis.

Ainsi, lorsque nous analysons les échanges au SAMU, nous prêtons certes attention aux raisons qui ont porté au choix du lexique, mais observons avec une attention méthodique la construction des tours et le format des séquences. Cela nous éclaire sur les contraintes qui pèsent sur les participants, la manière dont ils se situent dans l'interaction comme dans le cadre institutionnel du SAMU et dont ils construisent et négocient ce contexte en se maintenant dans le cadre fixé par l'organisation. On observe ensuite les relations de dépendance et de conséquence entre les actions qui précèdent et celles qui suivent.

3.5. Le tour de parole

Sacks et al. (1974) proposent de considérer un tour de parole comme étant caractérisé par deux composantes fondamentales : d'une part, les unités de construction de tour (*turn-constructional unit* ; TCU) et d'autre part, les points de transition possible (*transition-relevant place* ; TRP).

Les unités de construction de tour peuvent être composées d'unités grammaticales, comme : un mot (tel que « allo ») ; un groupe de mots (« le samu bonjour ») ; un énoncé « quand est-ce que vous avez vu votre médecin » ; plusieurs énoncés (« ne quittez pas je vous passe le médecin au revoir madame ») ou même un souffle. Elles sont déterminées dans le travail conjoint des interlocuteurs (Bonu, 2002b, p. 142) et constituent potentiellement un tour complet et rendent parfois pertinente (mais pas forcément obligatoire) la transition vers le prochain locuteur (Schegloff, 1996, p. 55).

Ainsi, le locuteur actuel, en sélectionnant un prochain locuteur, établit un cadre de conduites pertinentes dans le tour de celui-ci. La transition d'un locuteur à un autre se fait en reconnaissant la fin des unités de construction de tours. Schegloff (2007, p. 3) considère que nous disposons

de trois ressources pour construire et reconnaître les UCT : (i) La grammaire, (ii) la prosodie (avec notamment l'intonation) et (iii) les actions reconnaissables en contexte.

Nous voyons avec Greco (2002, p. 63) que ce qui peut constituer un tour de parole prend généralement les formes suivantes dans les appels au SAMU :

Corpus Greco EXTR. 3. DLR THO35

• Un continuer, « mmh »

```
79.AP.ben quand je bouge et quand donc je respire
80.ME.mmh, mmh
```

• Un mot, « allô »

```
1.AP.Le Samu /
2.PA.>allô<
```

• Un sigle, « Le samu »

```
1.AP.Le Samu /
2.PA.>allo<
```

• Une phrase

```
67.AP. [c'est une douleur thoraci[(que)
```

• Une narration

```
87.ME. elle a déjà fait des problèmes cardiaques qui étai[ent &
88.PA. [oui
89.ME. & des problèmes coronariens /
90.PA. >oui oui< >oui oui< elle a:: elle a: ce- lui enfin je ne sais pas si
91.    c'était coronarien e- c'est une angine de poitrine e:: e::: autre
92.    chose (...) mais em- oui antécédents cardio et angine de poitrine on
93.    m'a précisé c'est tout
```

Dans notre perspective séquentielle, le sens des tours de parole est déterminé à la fois par leur composition mais aussi par leur position. Ainsi, alors que l'on observe ce que l'on appelle le formatage ou la construction de tour (*turn design*) : il s'agit de considérer le tour de parole depuis ces trois perspectives : (i) à quel endroit de la séquence conversationnelle le tour de parole est produit, (ii) quelle action est effectuée par le tour de parole et (iii) à qui le tour de parole s'adresse (Drew, 2012, p. 134).

[35] Dans les transcriptions de Greco, AP pour appelant, ME pour médecin et PA pour Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM), le nom précédemment donné aux assistants de régulation médicale.

Greco illustre également la possibilité de phénomènes de solidarité syntaxique entre les tours de parole des locuteurs. C'est le cas des énoncés collaboratifs (*joint constructions* ; Jeanneret, 1999 ; Lerner, 2004 ; Mondada, 1999; Sacks, 1992a, pp. 528–532). Dans ce cas, les unités syntaxiques sont le produit d'une action conjointe :

Corpus Greco EXTR. 8 DLR THO

```
113.AP. allô c'est quand elle respire
114.PA. qu'elle a mal
```

Dans ce type d'action, les acteurs manipulent de commun accord des ressources grammaticales et le mécanisme d'alternance des tours de parole pour construire l'action (ici la construction de ce que Greco appelle « l'événement décrire une douleur »). La réalisation coordonnée implique dès lors des modalités fines d'alternance des tours de paroles entre les participants.

3.6. Les modalités d'allocation des tours

Dans leur article de 1974, Sacks, Schegloff et Jefferson exposent différentes règles qui façonnent de manière systématique l'organisation des échanges conversationnels, mettant au jour l'idée d'une organisation dans la distribution des tours. Cet article fondateur a établi la prise alternée du tour comme un accomplissement pratique, un phénomène social ordonné, reposant sur des procédures. Ainsi, on examine la manière dont le tour de parole est successivement transféré dans l'interaction, en considérant qu'il est accompli sous le contrôle continu exercé par le locuteur sur sa propre production et dans le même temps soumis à l'attention continue de son ou ses interlocuteur(s) (Bonu, 2002b, p. 26).

D'un point de vue méthodologique, cette attention est rendue possible par l'intelligibilité de la façon dont un tour est construit dans sa relation avec le tour précédent. Elle est un outil privilégié pour l'analyste : ce sont ces règles sous-jacentes à l'organisation des tours de parole qui nous amènent à suivre l'activité en cours (Schegloff, 1968, p. 1078). Ainsi, Bange (1992, p.29) explique-t-il que : « l'alternance des locuteurs est la forme dans laquelle se réalise la réciprocité des actions sociales et c'est ce qui donne au dialogue social permanent son caractère relativement imprévisible ». C'est cette réciprocité qui confère son dynamisme à la parole-en-interaction : « le tour représente un développement dynamique de la parole et de l'action en cours et ses composants sont des produits interactionnels séquentiels co-construits » (Bonu 2002, p.137).

Sacks, Schegloff et Jefferson (1974) mettent en lumière la façon dont des participants alternent en conversation et rendent observable son organisation. Trois options se distinguent : (i) le locuteur suivant peut être sélectionné par le locuteur précédent (hétéro-sélection), (ii) un locuteur peut s'auto-sélectionner ou (iii) le locuteur en cours peut continuer de parler.

Dans les appels au SAMU, l'interaction est souvent dyadique[36]. Ainsi, les modalités spécifiant qui parle ensuite sont simplifiées : généralement le locuteur actuel termine une unité et laisse la parole. Le tour qui vient de se terminer est examiné par l'autre partie, pour voir quelle sorte de réponse donner (Schegloff, 2007, para. 1). Même lors de chevauchements, les participants coordonnent finement leur parole, mais il ne s'agit pas là d'une question de politesse (Schegloff, 2000 ; Sidnell, 2010). En effet, une conversation peut être impolie, tendre vers l'agressivité, bien que les membres coordonnent et ajustent chacun de leur tour à celui des autres. Le principe systématique de l'échange de tours implique la réalisation d'un triple travail qui s'accomplit dans un tour, à savoir : être en lien avec le tour précédent, accomplir ce qu'il a à accomplir en tant que nouveau tour, et projeter une relation avec le tour suivant (Sacks et al., 1974, p. 22).

Lorsqu'un tour arrive à complétude, cela occasionne généralement une transition de parole. Ces lieux de complétude sont nommés lieux pertinents de transition (LPT). Sacks, Schegloff et Jefferson (1974) observent en effet qu'un tour ne commence pas à n'importe quel moment, ni à n'importe quelle place, mais à un lieu pertinent de transition qui constitue une fin possible du tour précédent, un énoncé complet adéquat (*adequate complete utterance*). En AC, on considère que c'est cet aspect systématique de la complétude des tours qui poussent par exemple deux personnes qui se rencontrent pour la première fois à se coordonner et à accomplir des actions, sans avoir besoin d'énoncer les règles qui régissent cette coordination. La complétude est réalisée lorsque le locuteur actuel est arrivé de manière prévisible pour le locuteur suivant à la place pertinente pour le changement de locuteur (*transition relevant place*), c'est-à-dire au lieu où peut, de l'avis des participants, s'effectuer l'alternance des locuteurs (Bange, 1992, p. 33). Le système d'alternance de la parole repose ainsi sur la reconnaissance de lieux pertinents de transition pour les participants, impliquant que le prochain locuteur se manifeste.

[36] Ces conversations dyadiques sont toutefois régulièrement interrompues par des apartés, généralement entre le tiers-appelant et le patient se trouvant à proximité, donnant lieu de manière provisoire à des interactions en face à face, accessibles à l'écoute du membre du SAMU qui traite l'appel, et donc à notre analyse.

Les LPT sont associés à une propriété interactionnelle appelée prévisibilité (*projectibility*)[37] (Drew, 2012, p. 149) :

> La façon dont les tours sont construits pour être de nature progressive, de telle manière que ce qui est accompli dans le tour devienne progressivement visible, les composantes initiales de tour jouent un rôle particulièrement important dans la prévisibilité[38].

La prévisibilité est l'interprétation possible de la fin de tour du locuteur par son ou ses interlocuteur(s). Elle permet d'expliquer « pourquoi les auditeurs prennent la parole immédiatement après le tour précédent, sans chercher à s'assurer que le locuteur précédent a encore quelque chose à dire, comme ce serait le cas s'ils faisaient silence pour le vérifier » (Relieu & Brock 1995 : 82). Ainsi, à chaque lieu pertinent de transition, la sélection du prochain locuteur peut (mais pas nécessairement) se réaliser et une transition peut s'effectuer. Cet espace de transition doit non seulement être reconnu par les parties, mais il doit être anticipé un minimum comme tel, ce qui ouvre la possibilité aux participants de prédire un point possible de complétion, qui est en général une unité qui va se terminer.

Ainsi, c'est cette capacité de projectibilité qui, dans les appels que nous étudions, amène les participants à négocier des cours d'actions conjoints et mener à bien leur projet interactionnel, avec le minimum de chevauchements et sans silence entre les contributions, comme dans l'échange suivant :

C15HN_B_5

```
01.   ARM   oui le samu
02.   POM   ouais codis
03.   ARM   ouais
04.   POM   à xcvillex un monsieur xnomx qui appelle pour sa fille de
05.         vingt-quatre ans qui bon elle ferait ↓un il sait pas trop une
06.         crise d'angoisse elle tremble h:(.) il sait pas trop quoi
07.         faire le monsieur↓
08.   ARM   ∇d'accord∇
09.   POM   je te la passe
```

L'organisation des tours de parole est ainsi structurée de manière à minimiser les intervalles où personne ne parle, mais aussi les superpositions de la parole. Ainsi, en général : « un seul

[37] Sur la notion de prévisibilité, voir par exemple Schegloff & Lerner, 2009 ou Streeck, 1995.
[38] N.d.T : « *How turns may be designed to have a progressive quality, in which what is being done in the turn becomes progressively visible, turn - initial components play an especially important role in projectability*. »

locuteur (et pas plus) parle à la fois » (Bonu 1992, p.55). Le système des tours prévoit toutefois la possibilité de superpositions. Les chevauchements ne sont pas forcément problématiques, comme dans cet extrait :

C15HN_B_5

```
01.   TIE   [oui bonsoir monsieur
02.   ARM   [oui bonsoir monsieur c'est le samu donc les pompiers m'ont
03.         expliqué(.)c'est pour [votre fille qui
04.   TIE                         [euh::
05.   ARM   qui [ferait une crise d'angoisse c'est ça/]
06.   TIE        [oui c'est pour ma fille de vingt-quatre ans ans oui]
```

Dans cet autre extrait en revanche, le chevauchement survient pour signifier que pour l'autre participante, le tour est arrivé à complétude :

C15HN_B_2

```
01.   PAT   allo je suis bien au service des urgences urgences
01.         ophtalmiques/
02.   ARM   non madame vous êtes au samu qu'est-ce qui vous arrive/(0.3)
03.   PAT   ah ben écoutez on tourne un peu en rond là parce que j'ai
04.         appelé j'ai commencé par appeler le samu vous m'avez
05.         réorientée vers euh s.o.s médecins s.o.s médecins m'envoie un
06.         généraliste en route il me dit je peux rien faire pour vous euh
07.         euh:: il faut voir euh:: les un ophtalmologue euh un ophtalmo
08.         et euh donc il a annulé le:: la visite je téléphone: téléphone
09.         à l'hôpital nord où sont les urgences ophtalmiques il me dit
10.         ah euh on vous met en relation comme je leur ait expliqué il me
11.         dit faut venir aux urgences ophtalmiques à l'hôpital nord [mais
12.   ARM                                                             [eh
13.         ben allez aux urgences]
14.         là mais là je ne peux ]pas me déplacer là madame=
15.   ARM.  =pourquoi vous ne pouvez pas vous déplacer là madame
```

L'assistante de régulation en demandant à l'appelante de présenter son problème (L 03) circonscrit le tour de l'appelante, qui débute alors une séquence narrative de présentation de la raison de son appel. Sacks lors de son analyse des séquences d'introduction au récit (1971 et 1974) propose la notion de droit à la parole extensif pour le locuteur. Ce droit extensif est interrompu par l'ARM (L 12), qui n'ayant pu s'insérer dans un LPT, provoque un chevauchement. Ce type de chevauchements, fréquents dans les interactions que nous étudions, surviennent lorsque le représentant de l'institution tente de contenir l'interaction dans sa dimension urgente. Le chevauchement peut aussi indiquer que pour l'ARM l'énoncé est arrivé à son point de complétude en ligne 12. Du point de vue de l'ARM, la raison de l'appel a été formulée, ainsi que sa méthode de résolution (la décision de SOS Médecins indiquant que la patiente doit se déplacer aux urgences). Du point de vue de l'appelante, l'énoncé de la raison de

l'appel n'arrive à son point de complétude que lorsqu'elle mentionne un élément décisif : elle ne peut pas se déplacer.

3.7. La réparation conversationnelle

Le chevauchement ou l'interruption peuvent survenir lorsqu'une réparation conversationnelle (*repair* ; Sacks, Schegloff & Jefferson 1977) est nécessaire. En effet, dans la constitution progressive de l'interaction et de la distribution des tours de parole, des problèmes de compréhension ou des hésitations peuvent survenir. Des actions spécifiques immédiates vont alors agir pour éviter que ne s'installe une perturbation durable. Le *repair* désigne donc le processus mis en place afin de régler le problème (*trouble* ; Jefferson, 1988) intervenu dans un tour de parole précédent. Dans ce cas, un ou plusieurs tours de parole sont consacrés à la réparation après cette incompréhension. Les réparations sont des phénomènes qui surviennent régulièrement dans l'interaction.

Elles renvoient à des fonctions interactionnelles variées permettant de travailler à l'intelligibilité de la parole et notamment de clarifier ses propos, les compléter ou encore exprimer son savoir et prendre position dans l'interaction (Traverso, 2016). Ces procédures de réparation sont définies comme : autocorrection ou autoréparation (*self-correction* or *self-repair*). Elles n'engagent alors que le locuteur lui-même qui hésite, se reprend, se corrige, cherche ses mots, alors que ses interlocuteurs restent simples témoins et n'interviennent pas.

Si ces actions sont produites par les autres intervenants, elles sont appelées hétéro-correction ou hétéro-réparation (*other-correction* ou *other-repair* ; Schegloff et al., 1977a, p. 361 ; Schegloff, 1992, p. 1305). C'est alors l'interlocuteur qui est à l'origine de l'interruption du tour de parole, qui va demander la clarification d'un élément mal entendu ou mal compris. Il peut manifester son incompréhension en répétant le segment problématique, en utilisant un pronom interrogatif qui localise l'élément problématique ou au contraire signaler qu'il rencontre des difficultés à saisir un élément sans préciser de quoi il s'agit[39]. Le fait de signaler un trouble n'implique pas que celui-ci va forcément être réparé. De plus, la réparation peut tout à fait

[39] Les procédés utilisés pour signaler une perturbation sont des marqueurs interrogatifs (« quoi », « comment », « hein », « pardon ») ; des questions ciblées sur le trouble (« qui donc? », « où ça? », « le quoi? ») ; des répétitions ou des commentaires méta discursifs (« j'ai pas compris », « qu'est-ce que tu dis? », « vous voulez dire »).

concerner des énoncés non problématiques. Enfin, nous verrons aussi que les participants ne signalent pas toujours qu'ils n'ont pas compris un élément.

L'ensemble de ces méthodes d'examen des mécanismes d'appariement de tours de parole successifs a permis aux analystes d'envisager les actions qui émergent dans les conversations comme des paires adjacentes (*adjacency pair* ; Sacks et al., 1974, Schegloff 1968 ; 2007) qu'ils considèrent comme la forme basique d'agencement des tours de parole.

3.8. Une structure conversationnelle : la paire adjacente

Cette idée que les énoncés successifs forment des actions appariées (*paired actions*) résultant des observations de Sacks sur le corpus de LAPS, est un instrument majeur de l'analyse de l'organisation séquentielle. La paire adjacente représente l'une (et la plus connue) des formes de l'organisation séquentielle de la conversation (Bonu, 1999, p. 72). Elle est considérée comme l'unité minimale de coopération interactionnelle (unité dialogique minimale).

L'action accomplie par le premier tour projette une action appropriée de la part du destinataire de l'énoncé : les premiers éléments d'une paire adjacente (PA désormais) exercent une contrainte sur ce qui doit être fait au tour suivant (Sacks et al.1974). Il s'agit à la fois de la « contrainte de produire un énoncé et contrainte de produire une des actions rendues pertinentes par le premier tour » (Traverso, 2012, p. 72). Au sein d'une PA, on distingue la première partie de la paire (*first pair part* ; FPP) et la deuxième partie de la paire (*second pair part* ; SPP).

Le couplage PA représente un mécanisme essentiel qui sert à (Heritage, 1991) :

- maintenir la compréhension intersubjective dans l'interaction ;
- soutenir l'échange ;
- et reconnaître les perturbations qui le menacent.

Ce couplage peut prendre la forme de cycles répétés de séquences similaires (Ten Have, 1999, p. 114) tel que le type de paire question /réponse (Q/R), forcément fréquent dans les appels au SAMU et qui sont définis par Sacks par la notion de règle d'enchaînement des actions (*chaining rule* ; Sacks 1972, p. 343) :

> Une personne qui pose une question peut parler de nouveau, elle a, dirons-nous, un droit réservé de parole, après celui à qui la question était adressée. Et, usant de ce droit, il peut poser une question. J'appelle cette règle, la *chaining rule*[40].

Dans les appels que nous examinerons, les séquences Q/R prennent généralement la forme soit (i) d'une demande d'information, suivie de cette information soit (ii) d'une requête suivie d'une acceptation, d'un ajournement ou d'un refus. On observera alors que la première partie, la question, implique la sélection d'une seconde partie, la réponse, pertinente à la première (qui peut toutefois être un refus).

Ce fragment extrait de notre corpus donne à voir l'organisation basique d'une PA lors des procédures de questionnement : l'information requise étant fournie par la patiente (PAT) (information sur le domicile), une nouvelle activité débute (annoncer le passage de l'appel au médecin) avec une double orientation du tour en L 37, rétrospective (l'adresse est validée) et prospective (suite de l'activité) :

C15HN_B_4

```
35. ARM     ça vous êtes au xlieux à quel étage
36. PAT     au premier étage
37. ARM     bon je vais vous passer le docteur au téléphone d'accord
38. PAT     d'accord
```

Le fait que la deuxième locutrice fournisse effectivement une réponse à l'intérieur de la paire Q/R montre les points suivants :

- elle a effectivement compris ce que la première locutrice voulait dire ;

- la première locutrice voit, par la réponse de la seconde locutrice, que ce qu'elle entendait dire a été compris. Elle peut alors passer à une nouvelle activité.

[40] N.d.T : « *A person who asked a question can talk again, has, as we may put it, 'a reserved right to talk again, after the one to whom he has addressed the question speaks. And, in using the reserved right he can ask a question. I call this rule the 'chaining rule.*»

De manière générale, toute énonciation faisant suite à une question a tendance à être interprétée comme une réponse à cette question, sauf si elle constitue elle-même un premier élément reconnaissable d'une autre PA (Bange, 1992, p. 41). La PA est ainsi envisagée comme un contexte à l'intérieur duquel les interactants peuvent rendre visibles, descriptibles et interprétables leurs actions (Goodwin & Heritage 1990, p. 288). Son étude joue un rôle crucial dans nos analyses des interactions au SAMU, notamment en vue d'observer le passage d'une activité à l'autre, l'annonce des décisions médicales, avec leur acceptation, ou refus et si les requêtes des participants ont été effectivement traitées ou si elles sont restées en suspens. Schegloff et Sacks (1973, p. 297) proposent à ce sujet la notion d'ordre clos (*close ordering*) réalisé par la PA. Il est selon eux, le moyen fondamental pour s'assurer qu'un événement désiré aura lieu.

Pour étudier en détail, l'émergence des activités dans notre corpus d'appels, on regardera comment un premier tour de parole déclenche l'attente normative d'un deuxième tour, en réaction au premier selon le principe de dépendance conditionnelle (*principle of conditional relevance*). C'est là l'idée que la production d'une action reconnaissable comme une première partie de paire (une salutation, une invitation, une requête, une plainte, une évaluation, une annonce, etc.) rend conditionnellement pertinente comme action suivante, une action ajustée à la première.

Selon cette règle, une certaine activité est envisagée comme étant pertinente, c'est-à-dire attendue par les participants. Une propriété de la conversation qui permet aux participants de traiter à la fois les PA adjacentes (une seconde partie suit la première partie) et celles éloignées (comme dans les séquences insérées, voir plus bas). Un point fondamental pour nos analyses afin d'observer comment, si la deuxième partie de la PA n'est pas celle attendue, qu'elle n'est pas adaptée ou est absente, le premier locuteur (qui a produit la première partie) peut le signifier.

La nécessité d'une dépendance contextuelle des énoncés n'est pas forcément claire pour les interactants. C'est le cas dans l'extrait suivant, où l'appelante élude une réponse franche à la demande de précision formulée par son interlocutrice :

C15HN_A_9

```
36. ARM.     =et ça fait une semaine qu'elle s'étouffe là vous me
37.          dites c'est ça/
38. TIE.     oh un peu plus un peu plus même le:: sos médecins [est venu y'a
39. ARM.                                                       [madame madame
40.          va falloir me préciser parce que pour nous elle s'étouffe ça
41.          veut dire qu'elle est en détresse vitale qu'elle est [à la
42. TIE.                                                         [oh ben
43.          oui oui
1.  ARM      limite de
2.  TIE      ouais ouais ouais ouais
```

Nous voyons que ce n'est pas une activité de détermination du problème médical qui est en jeu pour l'appelante. Plutôt que de répondre à la demande de précisions (« va falloir me préciser ») pour pouvoir qualifier en urgence vitale, l'appelante opère une validation de l'énoncé « détresse vitale ». Souvent, si la deuxième partie de la paire n'a pas été produite, elle est attendue tout au long de la conversation jusqu'au moment de son apparition, ou de l'annonce de son absence (Schegloff 1968, p. 1083) :

> Étant donné la première partie, la seconde est prévisible ; lors de son occurrence, elle peut être perçue comme une seconde partie de la première ; lors d'une non-occurrence, elle peut être vue comme officiellement absente – tout cela étant donné l'occurrence de la première partie[41].

Cette assertion est particulièrement vraie dans les appels au SAMU où sont traitées des demandes relevant de la santé, des demandes urgentes, parfois vitales, presque toujours sources d'angoisses pour les appelants et engageant la responsabilité des membres de l'institution. De la même manière, lorsqu'un énoncé est interprété comme étant mal placé, on relève des marqueurs de mauvaise place (*misplacement markers*) qui manifestent la reconnaissance que l'énoncé n'est pas à sa place (Schegloff & Sacks, 1973, p. 320). Tous ces phénomènes entraînent parfois des perturbations qui peuvent s'étaler sur plusieurs tours, voire être transférées d'un membre de l'institution à l'autre.

---

[41] N.d.T : « *given the first, the second is expectable; upon its occurrence it can be seen to be a second item to the first; upon its non-occurrence it can be seen to be officially absent - all this provided by the occurrence of the first item.* »

3.9. La préférence

Nous avons vu que les procédures d'allocation de tour donnent la possibilité au locuteur en action de sélectionner non seulement le prochain locuteur, mais aussi l'action que ce dernier doit accomplir. Ce processus est complété par la notion d'implicativité séquentielle *(sequential implicativeness* ; Sacks & Schegloff 1973, p. 296) qui désigne le rapport de pertinence instauré du fait qu'un tour projette vers les tours suivants des attentes normatives, qui incorpore en fait une multitude d'occurrences possibles. On y associe la notion de préférence, se référant aux choix possibles entre différents cours d'actions qui ne sont pas considérés comme équivalents, l'institution produisant des préférences pour telle ou telle alternative (Sacks, 1987 ; Atkinson & Heritage, 1984 ; Pomerantz, 1984).

D'une manière générale dans les conversations, Sacks invoque une règle de préférence pour l'assentiment et l'acceptation. Nous voyons avec Bange que la réplique préférentielle à une question sera la réponse informative et que les répliques non-préférentielles peuvent être (i) l'affirmation d'ignorance (ii) le refus de répondre (ii) la mise en doute des présuppositions ou encore la sincérité de la question (Bange, 1992, p. 40). Levinson (1983, p. 333) souligne que les participants à l'interaction ont pour devoir d'éviter les actions non-préférentielles, et de ménager ainsi la face de leur partenaire (au sens de Goffman) afin de maintenir la coopération interactionnelle. Pour Levinson toujours, la notion de préférence renvoie à l'opposition courante en linguistique entre marqué / non-marqué (*ibid*.). Ainsi, on considère que la réplique préférentielle est non marquée, et a contrario la réplique non-préférentielle est dite marquée. Elle peut être marquée par un délai, des marques d'hésitation, des marqueurs de la non-préférence (euh, eh bien, c'est-à-dire…) des explications ou encore des justifications (*ibid.* 41).

Ainsi, la notion de paire adjacente, considérée, rappelons-le, comme l'unité d'interaction minimale, peut être vue comme le point d'intersection entre l'étude de l'organisation des tours de parole et l'organisation séquentielle.

3.10. Expansions de la paire adjacente

Examiner la constitution des séquences conversationnelles a permis de montrer qu'elles sont souvent plus que juste un échange en deux parties. Des expansions qui peuvent précéder, intégrer ou suivre la séquence PA. Ces positions constituent les trois formes primaires d'expansion (Stivers, 2012, p. 193) :

- la pré–expansion (ou pré-séquence) ;
- l'expansion insérée (ou séquence insérée) ;
- la post– expansion (ou post séquence).

Comprendre comment les tours sont organisés en séquences et comment celles-ci peuvent être élargies nous informe analytiquement sur ce que les participants accomplissent dans l'interaction (*ibid*. 200). L'expansion de séquences répond à des objectifs interactionnels variés. Ces formes nous intéressent particulièrement car elles sont interactionnellement signifiantes en termes de *stance* (point de vue), de gestion de l'affiliation et de l'alignement (*ibid*. et voir *infra*). La pré-expansion a pour objectif d'établir les conditions pour produire une séquence en PA qui va suivre. C'est la projection à l'instant T d'une action future du locuteur, un travail local qui a pour fonction de projeter quelque chose qui va se produire plus loin.

Dans les appels urgents, la post-expansion est fréquente. Dans ce cas, un item apparaît en troisième position, qui peut être une acceptation, une reconnaissance ou une évaluation par le premier locuteur de l'item produit en seconde position (Ten Have, 1999, p. 113).

L'ensemble forme alors une séquence ternaire reposant sur l'adjonction d'un troisième membre, ce qui donne lieu à ce que Schegloff nomme une post-expansion particulière (2007, Chapter 7). Nous voyons avec Rollet (2012) que dans les interactions au SAMU ce troisième membre est très fréquemment constitué de l'item « d'accord », comme dans ces échanges extraits de notre corpus[42] :

[42] Sur l'étude de « okay » et de « d'accord » voir également Beach (1993) Stivers et Heritage (2001b, p. 152).

C15HN_B_6

18. ARM c'est elle a quelle âge
19. TIE elle a eu deux ans
20. ARM d'accord c'est votre fille ou votre petite fille
21. TIE non c'est ma petite fille
22. ARM d'accord je vais vous passer un docteur au téléphone
23. ne quittez pas
24. TIE d'accord ben je vous remercie

C15HN_B_4

76. MED ouais combien de milligrammes
77. PAT coversyl euh cinq milligrammes
78. MED mh d'accord
79. PAT et puis là euh j'ai j'ai quelque chose pour le pour
80. le l'angoisse c'est effexor
81. MED d'accord

Autre possibilité, la reprise d'un élément de la seconde partie de paire :

C15HN_B_1

18. ARM (.)d'accord hhh euh::::↑vous êtes de quelle commune↑ pour
19. voir(.)ce que j'ai comme secours
20. TIE (.)>xvillex<=
21. AR. =xvillex d'accord (.) >vous êtes monsieur/<

C15HN_B_5

47. ARM et tu me passes son copain/
48. POM son père
49. ARM son père allez ça marche

La séquence ternaire peut marquer la clôture de la paire, en posant par exemple une nouvelle question comme dans l'extrait suivant :

C15HN_A_12

82. ARM °oui° >je voudrais le nom de famille ouais<
83. TIE alors xnomx
84. ARM ouais
85. TIE xnomx
86. ARM xnomx d'accord >et son âge/<
87. TIE euh son âge (0.3) soixante-huit
88. ARM d'accord à part les problèmes respiratoires il a d'autres
89. problèmes de santé ce monsieur/

Dans la post-expansion, une fois que la réponse a été produite, la requête accordée ou refusée, une invitation acceptée ou déclinée, la séquence d'action est arrivée à complétion. Toutefois, de telles séquences vont souvent se déployer au-delà de la seconde partie de paire.

Les formes minimales d'expansions sont une réaction qui n'initient pas une nouvelle séquence (Schegloff, 2007). Par exemple un *token* du type « oh » (Heritage, 1984a), « okay » (Beach, 1993) ou encore un « d'accord » (Rollet, 2012) qui manifeste le caractère non problématique de l'énoncé précédent ou que l'on a bien reçu l'information (González-Martínez et al., 2016). Si ces post expansions minimales ont pour fonction d'assurer que la réponse était adéquate, cela n'implique d'ailleurs pas nécessairement une réponse positive (Stivers, 2008a, p. 200).

Autres cas, la post-expansion peut relancer quelque chose à propos de la paire initiale comme dans le fragment suivant, alors que l'ARM suit la procédure de questionnement visant à orienter (ou non) vers un type de qualification en problème médical urgent :

C15HN_A_13

```
76. ARM     elle respire comment/=
77. TIE     =>moyen<
78. ARM     >↑c'est bruyant c'est comment/↑<
```

Lorsque l'action initiale est suivie d'une autre action qui n'a pas pour effet de traiter et clore l'attente ouverte par le premier tour, cette seconde action est vue comme une séquence insérée (SI ; Schegloff, 1972). Les séquences insérées ont pour fonction de réparer, préciser, compléter un FPP *(first pair part)* ou des éléments dont la production d'une SPP (*second pair part*) dépend. Dans les appels au SAMU, le plus souvent, les SI ont pour fonction d'ajouter des éléments aidant à la qualification de la demande.

On distingue deux formes de SI : (i) les *post-firsts* qui sont relatives à l'action initiale et (ii) les *pre-seconds* qui concernent la réponse faite à l'action initiale (Sidnell & Stivers, 2012, p. 196). En d'autres termes, on considérera que les séquences insérées *post-first* concernent ce qui précède (*backward looking*) alors que les séquences insérées *pre-seconds* concernent ce qui va suivre (*forward looking*).

Comme dans cet extrait avec une séquence qui concerne ce qui précède :

C15HN_B_2

```
01. ARM     oui/
02. MED     oui xnomx >tu m'as repassé la dame tout à l'heure pour
03.         les yeux s'il te plait ben il faut qu'on chercher cette
04.         dame< qu'on l'amène aux urgences >pour qu'on le montre à
05.         l'ophtalmo :h hein par ce que< a une cruralgie elle peut
06.         pas se déplacer=
07. ARM     =ah celle qui voit rien là
08. MED     oui oui c'est pour ça que je t'avais demandé je lui avait
09.         demandé de s.os médecins par ce qu'elle pouvait pas se
10.         déplacer(inaud.)
```

À la ligne 07, l'ARM insère un tour pour s'assurer qu'elle a bien identifié de quelle patiente il s'agit. La séquence insérée vise ainsi à consolider l'activité en cours (le médecin demande qu'une équipe SMUR soit envoyée). Cette séquence insérée est ici nécessaire car les éléments (« cette dame » ; L 03-L 04) produits par le médecin dans son tour précédent ne permettent pas de l'identifier par son nom et donc d'envoyer les secours.

Dans l'extrait suivant, la pré-clôture concerne ce qui va suivre, elle est initiée par la préposition « voilà » qui est produite par tous les participants. La clôture est engagée par la construction [OK + remerciements] et dans le cours de cette activité une question est insérée (« je peux l'appeler de suite là/ ») :

C15HN_B_3

```
88. MED     c'est ce que je vous [souhaite hein voilà
89. TIE                          [voilà (.) moi aussi
90. MED     donc qu'il soit examiné ↑ça nous rassurera tous hein d'accord/↑
91. TIE     ok je vous [remercie je peux l'appeler de suite là/
92. MED                [voilà
93.         oui bien sûr il est [il est   ]en fonction au revoir
94. TIE                         [très bien] d'accord merci au revoir
```

La séquence insérée concerne l'action à suivre, c'est-à-dire l'action à enclencher une fois que cette activité de clôture d'appel est terminée (téléphoner au médecin traitant).

Ces séquences insérées ne sont toutefois pas toujours perçues par l'interlocuteur comme étant pertinentes pour l'accomplissement de la suite du cours d'action. Dans l'extrait suivant, le médecin régulateur a déclenché l'activité de clôture de l'appel. Cette activité est facilitée du

fait que la décision (qui est de retourner consulter à l'hôpital) a été co-construite avec l'appelante :

C15HN_B_4

```
100. PAT    par ce que je j'ai j'ai dit à ma belle-fille de ma belle-
101.        fille va venir je pense que ↑elle va me ramener à l'hôpital↑
102. MED    ↑oui↑ si elle peut le faire oui y'a pas de soucis pour moi
103.        y'a pas [de (inaud.)
104. PAT            [elle vient en voiture là
105. MED    d'accord
106. PAT    je crois que je vais retourner à l'hôpital [(inaud.)
107. MED                                              [et puis comme
108.        ça ils vérifieront votre tension et puis ils verront si y a
109.        pas besoin de faire d'autre examens=
110. PAT    parce que: je me sens mal ↑je suis mal↑ je suis vraiment
111.        mal [hein
112. MED        [d'accord ah allez ben on fait comme [ça
113. PAT                                             [tout à l'heure
114.        j'avais froid
115. MED    hum
116. PAT    j'avais des des bouffées de de ↑de chaleur↑ [j'étais mal
117. MED                                               [oui
118. PAT    vraiment mal=
119. MED    >d'accord bon< du coup faites faites comme ça quand
120.        votre belle fille arrive vous dites que vous avez eu le
121.        médecin bon qu'on vous donne le feu vert pour euh pour
122.        aller sur l'hôpital d'accord/
123. PAT    d'accord=
```

Or, nous voyons que dans cette séquence de clôture l'appelante insère des informations supplémentaires (« elle vient en voiture là » ; L 104 ; « je me sens mal ; L 110 » , « j'avais froid » ; L 114 ; « j'avais des bouffées de chaleur » ; L 116) auxquelles le médecin répond avec des UCT (unités de construction de tour) qui sont des expansions minimales qui tentent de maintenir l'échange dans son orientation vers la conclusion (« d'accord » L 105 ; d'accord ah allez ben on fait comme ; L 112 , « hum » ; L 115 ; « >d'accord bon< du coup faites faites comme ça quand » ; L 119). Finalement, l'échange se conclut sur la PA [reformulation de la décision + marque de l'acceptation].

Greco (2002), dans son étude des appels au SAMU, fait mention d'un autre type de séquence insérée, très fréquent dans ce type de conversations où les appelants ne sont souvent pas les destinataires de la demande médicale : les conversations parallèles où le patient (qui n'est donc pas l'appelant) est soit sollicité par le tiers, ou alors (plus rarement) s'insère dans l'échange. Du point de vue séquentiel elles prennent la forme de séquences enchâssées :

C15HN_A_10

```
30. ARM          =oui elle arrive à parler là où elle arrive pas à parler\
31. TIE          très difficilement\
32. ARM          est-ce que c'est possible qu'elle parle au téléphone pour
33.              que le médecin l'entende
34. TIE          {(.)tu peux parler maman au téléphone/=
35. PAT          =(j'ai pas la force}
36. TIE          non(.)elle se sent pas la force=
```

Ainsi, l'on passe très momentanément d'une conversation médiée par le téléphone, à une interaction en face à face, l'appelant ayant abandonné provisoirement le téléphone pour s'adresser à la source directe, le patient, et obtenir l'information recherchée. Les séquences insérées n'interrompent donc pas le cours de l'action principale, elles le précisent.

On les distinguera des séquences latérales (*side sequences* ; Jefferson, 1972a) où l'expectative créée par la première partie de la paire se retrouve suspendue par l'insertion d'une séquence qui n'était pas préférentielle. Autrement dit, une nouvelle activité s'enchâsse dans une activité en cours. Dans les appels institutionnels, ces séquences peuvent marquer une perturbation, comme dans le fragment suivant où l'ARM doit signaler au pompier un inconvénient technique. On voit aux lignes 10 et 11 que le changement d'interlocuteur est entravé par un élément organisationnel :

C15HN_B_5

```
01.   ARM   oui le samu
02.   POM   ouais codis
03.   ARM   ouais
04.   POM   à xcvillex un monsieur xnomx qui appelle pour sa fille de
05.         vingt-quatre ans qui bon elle ferait un il sait pas trop une
06.         crise d'angoisse elle tremble le respire il sait pas trop quoi
07.         faire le monsieur
08.   ARM   d'accord
09.   POM   je te la passe
10.   ARM   ouais attend parce que xvillex t'sais on a toujours pas
11.         les fiches nous (..)
12.   POM   ah tu as toujours pas
```

S'ensuit une série de tours (à partir de L 12 et jusqu'à L 47 non retranscrites) visant à pallier l'absence de transmission de la fiche médicale du patient (d'abord la justification de cette absence, puis la dictée des informations primaires qui auraient dû y figurer) pour enfin revenir à l'action initiale, c'est-à-dire le passage de l'appel au père de la jeune fille :

47. ARM et tu me passes son copain
48. POM son père
49. ARM son père allez ça marche

Dans les séquences latérales, l'attention des participants se trouve déplacée sur un nouvel élément. On peut considérer qu'une telle séquence comporte trois phases :

1. manifestation d'un problème par l'un des interlocuteurs (*initiative*) ;
2. traitement du problème (*réaction*) ;
3. signalisation que le problème est considéré comme résolu (*feedback*) :
    - soit par la reprise de l'activité antérieure (*signalisation implicite*) ;
    - soit par une signalisation explicite, une ratification.

L'explicitation peut avoir lieu sous deux formes dénommées par Jefferson (1972a) :

1. *may-form* : lorsque l'initiative de la séquence latérale facultative revient au locuteur de l'énoncé problématique qui peut interrompre l'activité principale ;
2. *must-form* : lorsque le récepteur d'un énoncé manifeste l'existence d'un problème et initie une séquence latérale à laquelle l'auteur de l'énoncé problématique doit se soumettre.

Ces séquences latérales peuvent avoir pour objet une clarification, sous forme d'explication, ou de reformulation. Elles visent à réguler l'intercompréhension (Bange 1987 ; Gülich 1986) comme dans cet extrait, avec une initiative *must-form* de la part de l'appelante :

C15HN_A_10

43. ARM =>est ce qu'il y a quelqu'un qui sait faire un dextro ou pas
45. TIE =°non°
46. ARM °donc personne à la maison ne sait faire le:↓le dextro↓°
48. TIE >c'est quoi ça le dextro?<=
(**iniative must-form**)
48. ARM =>pour voir le sucre qu'elle a dans le sang<=
(**réaction**)
49. TIE =>eh ben sa machine ne marche pas, alors on a essayé ça marche pas<=
(signalisation implicite)

Dans ce fragment, la demande de précisions est une *must-form* à la demande de l'ARM :

C15HN_A_9

```
16. ARM     =et ça fait une semaine qu'elle s'étouffe là vous me
17.         dites c'est ça/
18. TIE     oh un peu plus un peu plus même le:: s.o.s médecins est
19.         venu y'a
20. ARM     madame madame va falloir me préciser par ce
21.         que pour nous elle s'étouffe ça veut dire qu'elle
22.         est en détresse vitale qu'elle est à la limite de
23. TIE     [oh ben oui oui ouais ouais ouais ouais]
```

Il n'est toutefois pas rare que les conversations donnent lieu à des séquences plus longues et plus complexes que l'agencement basique et relativement peu étendu du format de séquence de deux tours qui sont adjacents, du format ternaire ou des expansions de PA (Sacks, lecture 1, April 1972, p. 19).

Dans ces longues séquences, qui sont des ensembles composés de plusieurs échanges accomplissant ou amplifiant une action déterminée, on retrouve le même principe de la dépendance conditionnelle que dans les PA. Psathas (1992, p. 99) souligne que les « séquences étendues dans l'interaction ont besoin d'être compréhensibles et analysables comme des unités entières car elles représentent des systèmes complexes d'action ou d'activité »[43].

Sur le plan méthodologique, les conversationnalistes ont particulièrement analysé les ouvertures et les clôtures des longues séquences. Sacks identifie les pré-séquences (pré-invitation) qui ont la forme des paires adjacentes, et ont pour fonction de préparer l'organisation coordonnée d'une action commune à venir[44].Elles peuvent annoncer une action que le locuteur va faire lui-même ou qu'il engage les autres participants à faire et annonce qu'une entité plus complexe va survenir (Traverso, 2012, p. 5). Une pré-séquence est généralement (de Fornel, 1987, p. 23) :

[43] N.d.T : « *extended sequences in interaction need to be understandable and analyzable as whole units because they represent complex systems of action or activity system* » (Pasthas 1992, p.99).

[44] Sacks nomme les séquences longues *big packages*, qui sont des séquences d'introductions au récit (Lecture 2, Avril 1972, p. 1). Elles sont des pré-séquences visent à éviter de raconter ce qui est déjà connu et à donner un cadre pour préparer à l'écoute.

> Constituée d'une PA (ou une chaine d'actions, servant de préliminaire à une autre PA (ou à une autre chaine d'actions) de telle manière que la possibilité d'apparition de cette seconde paire (ou de cette chaine d'actions) dépende du type de deuxième tour présent dans la pré-séquence.

Les pré-séquences comportent trois moments successifs qui forment une structure hiérarchisée (Levinson, 1983 ; Bange, 1992) :

1. A cherche à savoir si B est disponible pour accomplir une action que A s'apprête à lui proposer ;
2. B donne une réponse indiquant que c'est le cas (souvent accompagnée d'une invitation à accomplir l'action) ;
3. A réalise son intention (qui n'est possible que si la paire adjacente précédente a autorisé l'action).

Jefferson aborde la question des longues séquences dans son étude du *trouble talk*. S'interrogeant sur le désordre qui émane de ce type d'interactions, l'autrice se demande si celui-ci n'est pas inhérent aux longues séquences (Jefferson, 1988, p. 419), et donc potentiellement lié à l'action même parler de ses problèmes (dans les appels au SAMU, l'activité de description de la raison de son appel).

On retrouve en effet de telles séquences dans les appels au SAMU avec pour effet d'introduire des séquences au format narratif de présentation d'un problème de type errance médicale ou problème de nature inconnue :

C15HN_B_2

34. PAT (0.3)ah ben écoutez on tourne un peu en rond là parce que
35. j'ai appelé les ↑j'ai commencé par appeler le samu↑ vous
36. m'avez réorientée vers euh s.o.s médecin s.o.s médecin
37. m'envoie euh un généraliste euh en route il me dit je peux
38. rien faire pour vous euh euh:: il faut voir euh: les: un
39. ophtalmo un ophtalmologue ou euh ↑un ophtalmo↑ et euh
40. donc il a annulé le:: ↑la visite↑ je téléphone à
41. l'hôpital nord où sont les urgences ophtalmiques il me
42. dit euh on vous met en relation comme j`leur explique il
43. me dit faut venir aux urgences ophtalmiques à l'hôpital
44. [nord&

```
45. ARM      [(inaud.)
46. PAT      &mais là mais là je ne peux pas me déplacer là [et::
```

Nous verrons que ces séquences désordonnées impliquent un travail interactionnel des ARM pour tenter de rétablir l'agenda institutionnel. En effet, dans la conversation (et donc dans l'appel au SAMU) les participants doivent partager une orientation commune vers le fait de parler thématiquement (de Fornel & Léon, 1997, p. 16), c'est ce qui amène à passer naturellement d'une activité à l'autre.

3.11. Progression thématique et topicalité

Le niveau thématique de la conversation renvoie à ce dont on parle à travers une série d'enchainements séquentiels (*ibid.*). L'établissement et le développement d'un thème dans la conversation constituent un accomplissement pratique et interactionnel. Nous observons dans l'extrait suivant comment une cohérence thématique se construit interactionnellement au niveau de l'organisation des tours de parole.

C15HN_B_3

```
01.   ARM   =maintenant il a plus de fièvre/
02.   TIE   maintenant il a plus de fièvre par contre il a là il a la
03.         nuque toute raide et il est >enfin il a plus de fièvre<
04.         il est il a trente-sept huit quoi donc il a pas énormément
05.         de fièvre=&
06.   ARM   =hum
07.   TIE   &mais il a surtout la nuque toute raide et il: arrive
08.         plus à bouger son cou et il dit qu'il est tout ↑qu'il a
09.         mal qu'il a mal↑ au niveau de la nuque qu'il a mal euh=
10.   ARM   =vous appelez de quelle ville/
```

Nous voyons avec cette séquence en exemple, que l'arrivée d'une nouvelle action est effectivement traitée par l'appelante comme une seconde paire, une réponse à sa requête. Le passage au médecin est la réponse attendue à l'expression du besoin médical, l'appelante remercie l'ARM. Dans la plupart des cas, la réponse à la demande d'intervention n'est pas fournie par le premier interlocuteur (ARM) mais par le second (Médecin), seul habilité à prendre des décisions médicales. Ainsi, ce qui, dans une conversation ordinaire, serait une suspension impliquant de revenir à l'action initiale, est ici traité comme une progression thématique que peut imposer l'ARM comme ici à la ligne 10.

Sacks a montré qu'au contraire des mouvements thématiques avec frontières peuvent survenir : pour le locuteur l'introduction d'un nouveau thème apparait comme une conséquence naturelle de la fin du traitement du thème précédent. Or, nous verrons que si pour les répondants certains thèmes découlent naturellement les uns des autres, ceux-ci ne sont pas toujours identifiés comme tels par les appelants et que cela peut générer des perturbations.

Dans nos analyses séquentielles nous parlerons de la convergence thématique au niveau interactionnel. Nous observerons notamment des situations où une réplique d'un des participants cherche à bloquer un développement thématique, produit une digression thématique, que l'enchainement séquentiel est perturbé par un malentendu ou encore quand des divergences d'interprétation surviennent (*ibid*. 22).

Dans la majorité des cas, lors d'un appel au SAMU, l'agenda thématique (Mondada & Dubois, 1995, p. 11) ne fait pas l'objet de négociations. Une dimension programmatique du développement thématique qui certes contraint le déroulement de l'action mais a pour objectif de le structurer (Jefferson, 1993). Dans le cas de l'échange ARM / appelant, outre le fait qu'il y ait une structure prototypique à suivre pour que l'activité soit intégralement accomplie, il est important de traiter exhaustivement un topic et de ne pas passer au suivant avant de l'avoir épuisé (Mondada, 1995, p. 25). Lorsque des énoncés surgissent sans être en relation avec l'énoncé précédent ils peuvent alors être considérés comme un changement de topique discursif. Schegloff (1990) a montré à ce propos que topique et séquence ne doivent pas être confondus. La notion de topique est principalement utilisée pour se référer au contenu d'un tour alors que la notion de séquence concerne l'ordre interactionnel de la conversation. Il remarque que le topique peut changer dans le cours d'une même séquence sans pour autant perturber la cohérence ou la structure formelle de la séquence (*ibid*. 55). À cela nous ajoutons qu'en AC, la question du topique implique plusieurs exigences fondamentales : tout d'abord elle doit être envisagée non pas comme des constructions du chercheur, mais plutôt comme un problème pratique traité par les participants, qui lui attribuent des propriétés spécifiques aux fins pratiques de leur action interactionnelle (Mondada, 1995, p. 9). Cela consiste à considérer que les catégories et les objets de discours par lesquels les sujets saisissent le monde ne sont ni préexistants ni donnés, mais s'élaborent au fil de leurs activités, en se transformant selon les contextes (*ibid*.). Ce sont alors les procédures mises en œuvre par les participants à l'interaction qui sont l'objet de nos descriptions.

Selon Schegloff (1990), la cohérence thématique est accomplie par l'organisation séquentielle et la règle de la pertinence, plutôt que par l'organisation topicale. Sacks (1992a, p. 753) et Schegloff (1990, pp. 51–52) alertent tous deux sur le problème d'une analyse de la progression thématique qui soit centrée sur la notion de topique. Ils estiment qu'elle renvoie à l'analyse du contenu plutôt qu'à une étude formelle des séquences conversationnelles. À cela, ils ajoutent que la notion de topique provoque des analyses où les interprétations du chercheur prennent le dessus sur les analyses - émiques - des participants (*ibid.* ; Sacks, 1992a, vol. 1, p.17).

Greco (2002) puis Rollet (2012) dans leurs travaux sur les appels au SAMU, s'accordent sur le fait que les participants ne sont pas tant orientés sur des topics mais plutôt sur des traits ou des attributs. Ceux-ci reflèteraient mieux l'activité des participants, qu'elle soit orientée vers la description de la demande de santé pour les uns, ou vers l'accomplissement de l'activité de régulation pour les autres. Ainsi, plutôt que de centrer leur étude sur le topique lui-même, il s'agit d'observer plutôt l'activité de *topical talk* ; Sacks, 1992a, vol. 1), ainsi que les orientations des membres vers le *doing topical talk*. Pour Greco et Rollet, la gestion des traits et des attributs dans la conversation est liée aux procédures de catégorisation des locuteurs : en produisant un certain type de description, les locuteurs déploient leurs appartenances catégorielles, voire les instaurent. L'identification catégorielle des participants implique, même si les interlocuteurs ne se connaissent pas, l'exploitation de connaissances typiques liées aux processus de catégorisation (Sacks, 1972).

3.12. Les catégories

On doit à l'anthropologue Goodenough (1964) d'avoir initié le travail sur les catégories. Il les aborde depuis le problème de l'attribution dans un contexte donné, d'un rôle et statut social. Goodenough montre alors que le comportement des membres d'une société est le résultat de leur orientation vers les catégories de contexte, d'identité sociale et de situation. Une approche qui reconnaît en outre la nature normative des catégories : elles impliquent des droits et des obligations. De ses travaux découle un intérêt pour les principes de division et de groupement des objets en catégories qui se déploiera dans de nombreux champs de Sciences Humaines et Sociales (Quéré, 1994, p. 12). Ces travaux s'intéressent notamment à l'organisation des catégories en tant que réseaux qui se renvoient les uns aux autres et s'entre-signifient (*ibid.* 21). En AC et en EM, l'analyse des catégorisations est produite de la même manière que la

description des interactions, c'est-à-dire en décrivant les méthodes et procédures pour les accomplir[45].

Garfinkel (1967b, Chap. 5) examine par exemple les catégories sexuelles comme étant des entités morales. Il montre en cela que les catégories constituent des attentes d'arrière-plan de la vie sociale, que les membres d'une société convoquent comme repère et qui agissent sur leur comportement, puisqu'il convient de se soumettre. Les catégories agissent comme des systèmes d'attitude et d'orientation (Quéré, 1994, p. 35).

Avec Sacks (1972) on envisage les catégories dans leur relation à l'organisation des activités pratiques. Ses travaux sur le sujet ont une visée double : tout d'abord se demander quelles sont les méthodes systématiques que les membres d'une société mettent en œuvre pour catégoriser les individus, les populations ou des membres d'un groupe restreint. Si une personne peut être décrite selon plusieurs catégories (femme, célibataire, noire, professionnelle de la médecine) comment l'ensemble d'une société parvient-elle à définir des catégories communes et quelles sont les règles d'utilisation de ces catégories ? On observe ensuite comment la sélection d'une catégorie et pas une autre ouvre des perspectives de cours d'actions différentes.

Plusieurs notions constituent l'appareil analytique des catégories en AC. On commence par envisager quelques exemples de ce que peuvent être les catégories :

Catégories exogènes	Par exemple : âge, sexe, emploi
Catégories endogènes	Par exemple : appelé / appelant dans une conversation téléphonique
Catégories médiatrices	Par exemple : secrétaire, standardiste, assistant personnel
Catégories de personnes	Par exemple : femmes, professeur

Sacks propose ensuite d'organiser ces catégories en collections qui sont des groupements naturels de catégories (âge, sexe, travail, provenance géographique, groupe...). Il s'agit de considérer par exemple que ARM est une catégorie et membre du réseau d'intervention urgente

[45] Bonu (2014) souligne que la place des catégorisations a donné lieu à un vaste débat entre EM et AC.

est une collection. Les catégories Pompier et ARM sont alors toutes deux dans la collection membre du réseau d'intervention urgente. Une catégorie peut appartenir à plusieurs collections.

Sacks propose deux collections spécifiques :

Collection K	Ce sont des paires de catégories profanes/professionnels comme patient/médecin
Collection R (relatives)	La famille, les fiancés, les amis forment des paires relationnelles standardisées (*standardized relational pair* ; PRS, Sacks, 1972, p. 37), telles que mari/femme ou ami/ami. Elles peuvent constituer des foyers standardisés pour imputer des droits et des devoirs concernant certaines activités, comme celle d'apporter une aide. Elles impliquent une dimension morale des catégories, conçue en termes d'action à accomplir (Sacks, 1992a, p. 8) car faisant référence aux attentes normatives et sociales pour telle ou telle catégorie de proches.

Ces collections de catégories, ainsi que les règles d'utilisation pour les appliquer à des ensembles de personnes, forment des dispositifs de catégorisation (Dc). Le travail de sélection des interactants porte alors d'abord sur le Dc et ensuite sur la catégorie.

Lors du choix du dispositif de catégorisation adéquat, il existe toujours plusieurs Dc possibles, que Sacks nomme Pn adéquats (tels qu'âge ou sexe) qui, bien qu'ils ne se recoupent pas, sont simultanément disponibles. Ils peuvent être attribués à de larges groupes, voire à une population toute entière (Dc Pn nationalité, appartenance ethnique) soit à des groupes limités (famille, équipe). Ainsi, une personne peut être déterminée par deux Dc (par exemple un enfant relèvera à la fois du Dc famille et du Dc étapes de la vie).

La notion de dispositif de catégorisation apparait dès le travail de Sacks sur le corpus d'appels au centre de prévention du suicide (LASPN). Il s'interroge sur l'intrication entre la recherche d'aide et la structuration des catégories. En effet, les appelants semblent concevoir leur situation en relation directe avec la façon dont les personnes vers qui ils se tournent sont catégorisées, et les catégorisent. Ainsi, dans ce cas précis, lorsque les requérants contactent le centre, deux Dc Pn adéquats sont convoqués au cours de l'appel : (i) le Dc R pour parler des proches et (ii) le Dc K pour évoquer le parcours de santé de l'appelant et ses relations éventuelles à des professionnels de santé. Sacks montre comment, pour les opérateurs, si

certaines catégories R sont des foyers de droits et d'obligations, elles permettent de faire des inférences sur les disponibilités d'aides existantes pour l'appelant. Ainsi, selon les attentes partagées des membres d'une société, les membres du cercle familial proche sont spontanément considérés comme des sources d'aides évidentes.

Greco (1992a, p. 6) en fournit un autre exemple lors d'un appel d'aide après la question « vous vivez tout seul ? » l'opérateur active la catégorie quelqu'un qui vit tout seul. Dans sa réponse, l'appelant pourra chercher à produire un déplacement vers la catégorie quelqu'un qui ne vit pas tout seul grâce au prédicat : « Non, j'ai ma mère qui vit avec moi ». Cette catégorie peut alors être renégociée par l'appelant lui-même grâce à ce que Sacks (1992a, p. 6) appelle les modificateurs de la catégorie. L'appelant précise alors « elle est aveugle » puis « elle est diabétique » et enfin « et je ne peux pas lui parler ». Son objectif étant que l'opérateur en arrive à la conclusion suivante « l'appelant a une mère mais c'est comme s'il vivait tout seul ».

Ainsi, l'émergence de catégories se fait *ad hoc* c'est-à-dire qu'elles sont engendrées par la situation. Une nature procédurale des catégories qui permet une description de soi-même, de sa situation, en tant que membre adéquat de la catégorie suicidaire ou individu ayant besoin d'une aide médicale urgente. Cette approche implique de considérer que les catégories, les modalités de description d'une personne, d'un objet ou d'un évènement, dépendent du contexte (Greco, 2002, p. 82).

Selon Sacks, il importe de veiller à la convergence interactionnelle des catégorisations de tiers par deux personnes, ou celui de leur catégorisation mutuelle, et pour cela d'examiner les activités de catégorisation dans leur développement séquentiel (de Fornel, 1987 ; Bonu et al., 1994 ; Watson, 1994 ; Bonu, 2016). Sacks donne à ce titre l'exemple de la pratique psychiatrique où une personne peut utiliser une catégorie de la collection R pour traiter un professionnel de santé alors que ce dernier désire être considéré en référence à la collection K.

Trois principes contribuent à la structuration interactionnelle des catégories (Sacks, 1972, p. 34) :

Principe d'économie : une catégorie d'un seul Dc peut être référentiellement adéquate. S'il est bien entendu possible pour classer un individu d'utiliser plusieurs catégories, cela n'est pas forcément nécessaire. La minimisation peut avoir pour effet de rendre compte de la prédominance d'emploi d'une seule catégorie. C'est aussi un principe de pertinence. Il suppose que dans un contexte donné une catégorie appartenant à un Dc va être exclusivement appropriée pour classer un individu, un objet ou un événement. Ce principe selon lequel une seule catégorie est suffisante, permet de passer du concept de description véritable à celui de description adéquate, pertinente pour l'action en cours.
Principe de cohérence : la même catégorie, ou une catégorie du même Dc peut être utilisée et cela permet une cohérence thématique. Ce principe établit que si, en une occasion donnée, un DcPn est approprié pour catégoriser une portion d'une population, alors il peut être utilisé comme dispositif pour catégoriser la totalité de cette population.
Principe d'emploi répétable : l'application d'un Dc Pn à une population implique de déterminer pour chaque membre de la population quelle catégorie est appropriée, là où n'importe quelle catégorie peut être utilisée. Autrement dit, pour les DC dont les catégories ne sont pas mutuellement exclusives, il sera nécessaire de postuler, pour qu'une catégorie unique soit reproductible.

Comme le rappelle Quéré (1994, p. 36), dans l'approche de Sacks on souligne que les catégories jouent un rôle de support dans l'organisation et l'actualisation du savoir de sens commun dans le monde social. Les savoirs dont disposent les membres d'une société à propos de celle-ci sont à la fois rendus visibles par les catégories et produits par elles.

Une approche qui soutient l'analyse des activités pratiques au SAMU, puisque en convoquant une catégorie et pas une autre on ouvre des perspectives de cours d'actions différentes (*category bound activity* ; Sacks, 1972 ; 1992a, p. 57). Le traitement d'un appel au SAMU illustre effectivement très bien ce travail : telle ou telle trajectoire de patients (Strauss, 1985) est activée en relation avec le dispositif de catégorisation que sélectionnent les membres de l'institution. L'activité de diagnostic au SAMU implique ainsi des méthodes partagées de catégorisation entre ARM et MR. Cela implique aussi la co-sélection de catégories appariées pour assurer l'intercompréhension et la coordination de l'action. Dans notre posture d'analyste, les catégories, parce qu'elles rendent visible l'activité mentale des agents du SAMU, nous permettent de saisir les opérations de sélection des cours d'actions possibles (qui sont à la base de la pratique décisionnelle).

Dans cette perspective, ce qui nous préoccupe dans l'activité de catégorisation ce n'est pas de savoir à quoi elles renvoient référentiellement mais quel type de travail, d'action, elles peuvent accomplir dans des contextes donnés. On s'attachera donc dans nos analyses, à chaque fois que les membres font une catégorisation, à décrire comment ils l'ont faite et quelles méthodes ils ont utilisées pour assurer la pertinence de la collection qui contient la catégorie utilisée (*ibid*. 133).

Greco (2002) dans son étude du SAMU aborde spécifiquement les problèmes de convergence et de structuration interactionnelle des catégories, et notamment de l'item catégoriel douleur thoracique. Il insiste sur l'inscription des pratiques de catégorisation dans un ensemble d'activités parmi lesquelles :

- prendre une décision ;
- questionner l'appelant ;
- en parler avec le régulateur ou le patient ;
- sanctionner les descriptions des appelants.

Selon lui, le travail de régulation consiste pour une large partie à une activité de catégorisation de l'appelant/patient en termes d'urgence. Dans ce sens, Greco (*ibid.* 82) montre que c'est le contexte qui rend pertinente la catégorisation d'une personne. Le contexte agit sur les catégories en les rassemblant autour d'une collection ad hoc, ici la collection de catégorie patient urgent ou la collection de catégorie patient non urgent. L'auteur propose alors d'envisager les catégories comme des ressources, des outils pour les participants, afin d'accomplir des activités en contexte. Les ARM, pour décrire la douleur, ont recours aux attributs typiques urgents (renvoyant à la collection de catégories « patient urgent » ; *ibid.* 371). Les acteurs utilisent des catégories comme des ressources à toutes fins pratiques (*adequate for all practical purposes* ; Garfinkel, 1967b) : ce qui s'applique à une situation ne s'applique pas nécessairement à une autre.

Greco souligne que cela s'exprime justement dans le fait que la catégorie « patient en douleur thoracique » peut relever tantôt de la collection « patient urgent » , tantôt de la collection « patient non urgent ». Ainsi explique-t-il, les descriptions des appelants déclenchent des activités typiques liées à la catégorie « patient douleur thoracique » (*category bound activities* ; (Sacks, 1972). Pour le SAMU, cela implique un « travail de mise en correspondance entre un

savoir sur les routines descriptionnelles de la douleur acquis lors d'expériences interactives antérieures, et les occurrences de description de douleur des appelants » (Greco, 2002, p. 378).

Comme Bonu (2016) l'a montré, outre l'étude de la référenciation catégorielle à laquelle sont soumis les individus dans leur traitement par une institution, on observe que des catégories complexes peuvent émerger (la catégorie « patient-expert » ou la catégorie « proche-aidant » par exemple au SAMU ; ou encore les catégories « premier appelant », « appelant-fréquent », « appelant-régulier » (DiDomenico, 2015). On s'appuiera alors sur le dispositif de catégorisation pour décrire comment l'institution SAMU exerce une pression sur ce que sont les catégories pertinentes qui peuvent être produites dans une interaction urgente. Des phénomènes de condensation des identités catégorielles (Bonu, 2014) ou de stigmatisation (Goffman, 1975) qui nous informent sur les effets sociaux des usages des catégories (Bonu, 2016, p. 132). Une approche praxéologique où l'ont décrit du point de vue des membres comment, par leurs actions, ils font catégorie (Sacks, 1992a). Analyser les catégories dans les appels au SAMU c'est chercher à dévoiler leur accomplissement pratique et comment la dynamique interactionnelle redéfinit continuellement la pertinence des catégories en fonction des contingences locales. Produites et négociées *in situ* par les participants à l'interaction, les catégories sont ainsi considérées dans leur dimension opératoire et font souvent l'objet de négociations.

Dans ce travail, il s'agira donc de rendre visible les raisons sous-jacentes aux phénomènes de désaccord, non seulement dans la non-convergence interactionnelle de sélection des catégories mais également dans les opérations de sélection des cours d'action et notamment autour du refus manifeste ou implicite d'accomplir une activité.

3.13. Le désaccord dans l'interaction

Nous accorderons une grande place à la description des séquences d'opposition dans nos descriptions des appels au SAMU. Une méthodologie d'identification du désaccord (Colón de Carvajal et al., 2016) qui s'articulera autour des phénomènes de désalignements et de désaffiliations. Dans l'approche de la linguistique interactionnelle, on parle d'alignement entre les interlocuteurs, lorsqu'ils collaborent à la même activité : « par exemple, lorsqu'un récepteur soutient la production du récit de son interlocuteur par ses marques d'attention, ou lorsqu'un participant s'oriente vers la clôture de l'interaction proposée par son interlocuteur

» (Mondada & Traverso, 2005 ; Stivers, 2008a). On considère ensuite qu'il y a affiliation quand les participants à l'interaction expriment un même *stance* (attitude, jugement ; Stivers, 2008a) c'est-à-dire lorsque « les attitudes, les position(nement)s et les affects manifestés par un participant récepteur sont adaptés (congruents, complémentaires) à ceux de l'autre participant » (Stivers et al., 2011).

Ainsi, dans l'examen des conversations au SAMU, on estimera qu'il y a alignement et affiliation lorsque la construction grammaticale d'une question donne lieu non seulement à une réponse qui est attendue mais qui est aussi la réponse préférée. L'alignement sera défini en rapport avec l'activité : produire un tour aligné consiste à soutenir l'activité en cours. L'affiliation sera définie en rapport avec le jugement (la qualification de la demande) qui est opéré. Ainsi, l'alignement permet l'accomplissement de l'activité de régulation et l'affiliation concerne la co-construction de la décision.

Nous considérerons que le désalignement (Stivers, 2008a ; Stivers et al., 2011 ; Steensig, 2019) dans les interactions est d'ordre séquentiel et/ou catégoriel. Nous relèverons les indices d'alignement ou d'affiliation par les participants ou leur absence et montrerons comment le désalignement est parfois à l'origine d'un désaccord qui se déploie sur plusieurs tours et peut d'ailleurs être transféré d'un interlocuteur à l'autre. Si alignement et affiliation sont des manifestations de la coopération entre les participants et de leur convergence dans l'activité en cours, cela impliquera de considérer que des réponses alignées ne sont pas nécessairement affiliées et que de plus, ce qui constitue une affiliation ou non dépend du contexte séquentiel (Stivers, 2008a, p. 36).

Les notions d'alignement et d'affiliation sont ainsi convoquées pour identifier la convergence ou non du point de vue des participants sur l'action en cours. Dans nos descriptions, cela nous est utile afin d'identifier comment les participants s'orientent ou non vers la projection de la clôture imminente d'une phase d'activité ou d'un topic et comment ils l'anticipent soit en s'alignant (en convergeant vers la clôture projetée) soit en manifestant un désalignement par la proposition d'autres trajectoires séquentielles, notamment en prolongeant la phase ou le topic précédent ou en y revenant (Mondada & Traverso, 2005, para. 6).

Nous aborderons le désalignement comme la possibilité pour les interactants d'exhiber des orientations divergentes quant à la gestion de l'activité et montrerons que ce phénomène

interactionnel est pourvu de caractéristiques systématiques. Nous en donnons quelques exemples ici :

Réponse alignée mais non affiliée (pas le même jugement)

C15HN_B_3

95. MED [il arrive plus à bouger ↑son cou↑ vous me dites
96. hein/=
97. TIE =oui
98. MED que c'est [ça
99. TIE [voilà c'est ça
100. MED alors que c'est un genre de torticolis/
101. TIE je sais pas si c'est un torticolis il se plaint de la
102. tête aussi j'avais peur que ce soit un symptôme de
103. méningite

C15HN_B_5

07. MED mh mais là là elle tremble encore elle est ↑elle est pas
08. bien↑
09. TIE ouais ouais
10. MED même si elle s'est posée même si euh ↑elle est calme↑
11. TIE oui ↑ah euh↑ enfin calme pas trop là elle tremble là encore
12. hein
13. MED oui:
14. TIE ouais=
15. MED =stressée y'a eu un facteur déclenchant une contrariété
16. TIE (.)comment/
17. MED y'a eu hein est ce qu'elle est est-ce que y a eu du
18. stress aujourd'hui/
19. TIE (.) ah ben non du stress non parce qu'elle était euh on
20. était invités euh tranquille elle était bien tranquille
21. non

Réponses non alignées et non affiliées

Dans cet extrait alors que le médecin déploie une activité de qualification de l'état respiratoire (L 147-L 148), son interlocutrice est orientée vers l'activité de transfert de sa responsabilité à l'institution (L 149-L 150 ; L 152- L 153) :

C15HN_A_9

147. MED [ben elle parle] je l'en:tend je l'entends derrière
148. donc elle parle quand même vot' maman↓ =
149. TIE =oh non mais la moi je vais pas la laisser eh je vais pas
150. la laisser ↓comme ça↓ là hein
151. MED madame [est-ce]
152. TIE [c'est p]as possible >Δje peux même pas l'amener
153. aux urgencesΔ<

Dans cet autre extrait, on voit que dans la PA L 122 / L 123-125 la réponse est composée d'une première partie de UCT qui est alignée et affiliée et immédiatement dans la suite du tour il y a désalignement à l'activité « thème médecin traitant » et désaffiliation (à la catégorisation par le SAMU) :

C15HN_A_10

118.	MR	euh <donc c'est sûr qu'elle ne peut pas
119.		contrôler son sucre >(0.4)d'accord ben euh: okay le médecin
120.		traitant vous l'avez contacté là/
121.	TIE	oui
122.	MR	et qu'est-ce qu'il a dit/
123.	TIE	euh il ne peut pas venir avant deux heures euh >écoutez si
124.		vous ne m'envoyez personne je l'amène aux ur[gences h]ein<
125.	MR	[écoutez]

Cela concerne tout autant des séquences de désalignement et de non-affiliation exprimant une opposition par rapport à ce qui précède dans l'échange que sur le déploiement d'une séquence d'activité. Autrement dit, dans le dispositif catégoriel appelant/appelé orienté vers les buts de l'appel, les participants convoquent des ressources interactionnelles que nous analyserons dans leur accomplissement pratique pour montrer comment elles exhibent ou non un alignement sur une même trajectoire séquentielle et catégorielle et comment, en cas de phénomènes interactionnels marquant l'émergence d'un problème, les participants gèrent ces situations.

3.14. Traitement interactionnel des perturbations

Les interactions, particulièrement lorsqu'elle se déroulent dans des institutions sensibles telles que le SAMU, ne s'effectuent évidemment pas toujours de façon harmonieuse. Les perturbations, que l'on peut définir génériquement en anglais par le terme *trouble* peuvent représenter une difficulté, un ennui ou un problème pour l'un des participants, voire pour les deux ou encore pour plusieurs interlocuteurs (Bonu, 2008, para. 2). Outre le désalignement ou la non-affiliation sur un trop grand nombre de tours, des phénomènes interactionnels tels que les interruptions et les chevauchements peuvent tout à fait signaler l'apparition d'un problème et un potentiel glissement imminent de l'interaction vers un état de conflit ou de rupture communicationnelle.

On assiste alors à une dégradation de la progressivité des échanges. Un décalage survient, un participant va manifester son désaccord ou une orientation interactionnelle discordante. Il s'agit alors d'examiner le surgissement de la perturbation et la trajectoire de son traitement interactionnel. Jefferson a mis en évidence les différents composants des outils sur lesquels s'appuient les interlocuteurs pour traiter interactionnellement ces perturbations. Nous nous consacrerons à l'examen de ces séquences qui sont des tentatives de cadrer le *trouble* et de le résoudre.

Nous verrons que les perturbations interactionnelles dans les appels au SAMU peuvent être (i) à source technologique, (ii) liées à un non-alignement des agendas des participants, (ii) à des résistances quant au déclenchement d'une activité, (iv) à des divergences dans le travail de catégorisation ou dans l'activité décisionnelle ou encore (v) à des incompréhensions ou malentendus non repérés et qui demeurent non réparés.

4. L'étude des interactions institutionnelles médicales

Bien que les premiers travaux en AC aient à la fois porté sur des conversations ordinaires et institutionnelles ce n'est qu'à partir des années 70 que les recherches se portent spécifiquement sur le *institutional talk*[46] (Heritage, 2005, p. 103). Ce sont Drew et Heritage (1992a) qui développent la notion du parler institutionnel comme type spécifique d'échange. Ce concept définit l'activité institutionnelle rendue possible par l'exercice de la parole dans un lieu déterminé. On en distingue deux formes : le « parler au travail » (*talk at work*) et « le parler comme travail » (*talk as work*). Si le parler institutionnel incorpore de nombreuses propriétés de la conversation ordinaire, il s'en distingue pourtant nettement. Le caractère institutionnel peut s'observer au niveau du système d'alternance de tours, de la structure générale de l'interaction, de l'organisation en séquences, des choix lexicaux, des formats de tours, ou encore de l'usage de catégories orientées sur des tâches spécifiques à l'institution. En observant comment chaque institution développe « une empreinte unique » (*a fingerprint*), les conversationnalistes ont révélé que les comportements des membres semblent témoigner d'un ordre social préétabli (Schegloff, 1991 ; 1992). Ils ont également montré comment les participants s'orientent vers le caractère institutionnel (Drew & Heritage, 1992a).

[46] N.d.T : « le parler institutionnel ».

Heritage et Clayman établissent trois traits fondamentaux du parler institutionnel (2010a, p. 34) :

1. l'interaction implique que les participants soient orientés vers un but spécifique lié à l'institution ;

2. l'interaction implique des contraintes sur ce qu'il est possible de dire ;

3. l'interaction doit se dérouler dans un cadre référentiel spécifique avec des procédures particulières.

À partir de la fin des années 70, l'étude des interactions médicales intéresse un grand nombre de chercheurs et chercheuses, d'abord aux États-Unis, en Hollande et en Grande-Bretagne. L'objectif de ces études était de comprendre et documenter l'activité telle qu'elle est accomplie par les participants, ainsi que la manière dont ils convoquent et exploitent des ressources interactionnelles pour co-construire la visite. Il s'agissait également d'identifier des modèles récurrents d'interactions (Teas Gill & Roberts, 2012, p. 577).

Après s'être concentrés sur les consultations de médecine générale, ils élargissent les études à d'autres types d'interactions médicales, en pharmacie, chez des spécialistes, puis aux lignes d'assistance téléphonique médicale ou encore aux visites à domicile. À cela s'ajoutent des études spécifiques dans des disciplines médicales émergentes, comme les interactions thérapeutiques, mais aussi les situations où les praticiens sont engagés à la fois dans un entretien médical et dans la formation d'étudiants. Progressivement, les études prendront en considération la manière dont les participants coordonnent leurs activités avec l'usage de technologies, de documents, ou en ayant recours à des ressources non vocales comme le regard et le toucher.

L'ensemble de ces recherches forme le champ de l'analyse de conversation médicale (*Medical CA).* L'apport original de l'AC à l'étude des interactions médicales est d'avoir établi et analysé leur structure fondamentale, mais également l'explication de la manière dont elles sont un accomplissement dynamique et collaboratif dans leurs moindres détails (Ten Have, 2005, p. 5). Dans ce domaine particulièrement riche et vaste, nous citerons ici quelques-unes des études fondatrices, qui, en produisant une analyse systématique des consultations ont révélé l'origine

interactionnelle des difficultés qui émergent dans le cours des interactions. Ensuite, nous nous focaliserons sur les études plus récentes, marquant un tournant de la discipline, s'attachant à démontrer comment la participation du patient est accomplie et révélant une meilleure prise en compte de l'autorité épistémique des sujets souffrants.

4.1. La structure fondamentale des consultations médicales

« Consultations are much more clearly ordered in terms of an overall structural organisation than are informal conversations[47]*. »* (Schegloff & Sacks, 1973, p. 289)

C'est l'étude de l'ordre interactionnel des conversations médicales qui a largement motivé ces travaux. Insistant sur le fait que l'ordre de l'interaction est négocié, au fur et à mesure, et en continu, et que les activités en consultation sont construites en séquences. Les interactions médecin-patient révèlent ainsi avoir une structure globale aisément identifiable.

Byrne et Long (1976) pionniers du mouvement *patient-centered* ont été les premiers à suggérer un modèle de structure de la consultation, ce après avoir analysé un corpus de 2500 enregistrements audio de visites médicales[48]. Ils soulignent alors que les consultations sont centrées autour du médecin (*doctor centered)*, c'est-à-dire qu'elles se focalisent plus sur l'expertise du praticien que sur les besoins du patient. Leur étude « Doctors Talking to Patients » est conçue dans une perspective interventionniste. Les médecins participants étant invités à évaluer leurs comportements et à les modifier pour favoriser l'approche centrée autour du patient. Byrne et Long proposent une structure en six phases de la consultation, qui ensuite est reprise et développée en AC (Heritage & Maynard, 2006, p. 14 ; Robinson & Heritage, 2005, p. 481; ten Have, 1989, p. 118 ; Heritage, 2005, p. 481; ten Have, 1989, p. 118). Si cette structure est établie, elle n'est évidemment pas fixe et immuable dans le cours des entretiens médicaux. Elle constitue une ressource pour les participants (ten Have, 2006, p. 45).

[47] N.d.T : « Les consultations sont bien plus clairement organisées en termes de structuration générale de l'organisation que ne le sont les conversations informelles. ».
[48] Notons que leurs transcriptions des consultations mentionnent le temps de parole des participants mais aussi les silences et chevauchements.



Figure 2 Structure des consultations.

En AC, on approfondit l'étude de ces phases d'interaction successives pour montrer que leur organisation est à la fois locale et accomplie interactionnellement (*ibid.* 36). Robinson (2003, p. 31) en propose une version plus spécifique : il distingue plusieurs types de consultations, selon qu'elle concerne un nouveau problème médical, une demande pour un problème déjà établi, comme un renouvellement de prescriptions ou le suivi d'une maladie chronique ou une visite de routine, comme la vaccination. De la même manière, Zimmerman établit une comparaison entre le nouveau problème médical présenté en cabinet et la présentation d'un problème lors d'un appel urgent (Zimmerman, 1992, p. 458) : « Le nouveau problème médical est comparable à l'urgence au 911, dans le sens où il peut être pressant, menaçant, ressenti intense d'un ici, d'un maintenant, d'un tournant dans l'existence. »[49].

4.2. La consultation en tant que système d'activité distribuée co-construit

Le fait que l'entretien médical soit le fruit d'une co-construction est une des notions fondamentales du champ, motivé par la prise en compte que chaque contribution à la parole en interaction est une action collaborative. Toute action est produite en relation avec la précédente, créant un contexte pour la suivante. C'est là le cœur de l'entreprise de l'analyse de conversation d'inspiration ethnométhodogique : décrire l'interaction comme un accomplissement pratique et situé, rendu possible du fait même que les participants rendent intelligible, progressivement, leur compréhension de ce qui est en train de se dérouler et de ce qui va suivre. L'attribution réciproque de sens dépend de la maîtrise des ethnométhodes, de règles procédurales, qui

[49] N.d.T : « *new medical problem is analogous to a 911 emergency in the sense that it can be an "urgent, threatening, deeply felt 'right now, this moment, life-changing' event* ».

permettent aux participants de reconnaître les traits constitutifs des situations dans lesquelles ils sont engagés et de produire du sens commun.

Dans l'interaction médicale, cette dynamique nous intéresse particulièrement lorsqu'elle est abordée du point de vue de l'agentivité accordée au patient. Vickers, Globe et Lindfelt (2013) examinent à ce titre la co-construction, à la fois du récit, des symptômes et du diagnostic. L'agentivité du patient est non seulement accomplie interactionnellement, elle est aussi nécessairement une co-construction : « nous y voyons une interaction complexe entre le respect des patients pour l'autorité médicale et leur propre vécu[50] » (*ibid.* 3). Se révèle ainsi une forte relation entre le degré de contrôle exercé par le praticien et le degré d'agentivité du patient (*ibid.* 12). Ainsi concluent-ils leur étude en remarquant l'importance de laisser au patient l'espace suffisant pour s'exprimer, sans être interrompu, et veiller à ce que dans les séries interrogatives, le médecin pose des questions qui dans leur formulation, suggère au patient qu'il a possibilité de poursuivre ou compléter son récit.

Ces observations rejoignent celles de l'étude de Robinson (2003, p. 27) qui soulignait le caractère trop souvent passif de la participation du patient lors de la consultation. L'auteur relevait alors que ce sont toujours les praticiens qui amorcent les activités et posent les questions. Les patients quant à eux demandent rarement des informations, des explications ou des clarifications, et ne font finalement que très peu part de leur opinions et préférences. Si la faible participation des patients peut s'expliquer par des motifs pratiques, comme la présence d'un tiers, la tentation de rester hors de la prise de décision et de la responsabilité ou encore l'objet de la visite (routine, contrôle ou première visite), Robinson estime qu'il importe d'en explorer avant tout les raisons interactionnelles (*ibid.* 29) : non pas uniquement les variations liées à la phase d'activité (cf ouverture vs prise de l'historique médical ; ten Have, 1991) mais plutôt l'analyse séquentielle, tour après tour, de la manière dont les activités sont accomplies.

[50] N.D.T: « *We certainly see patient agency as co-constructed, but we also see a complex interaction between the patient's respect for the medical authority and her own lived experience*.»

Pour cette raison, l'étude des entretiens médicaux en AC se focalise généralement sur trois points (Heritage & Clayman, 2010a, pp. 103–104) :

1- comment le patient présente son problème au médecin ;
2- comment le médecin questionne le patient à propos de ce problème ;
3- comment le médecin introduit son diagnostic et ses recommandations de traitement.

Plus précisément, il s'agit de montrer de quelle manière les patients orientent l'interaction pour montrer qu'ils sont dans une quête légitime d'aide médicale et comment les médecins exercent leur autorité médicale. Il s'agit de porter une attention première aux séquences interrogatives et de les examiner comme le principal instrument de contrôle interactionnel (*ibid.* 6).

4.3. L'étude spécifique de la présentation de la raison de la visite

La présentation de la raison de la visite est souvent considérée comme la séquence la plus importante de la visite. Elle forme le socle ce qui va se dérouler par la suite (Ten Have 2006, p. 7 ; Heritage & Robinson 2006, p.41). La présentation commence généralement par une invitation du praticien et, comme dans les séquences de collecte des informations que nous aborderons ensuite, la manière dont la question est posée au patient influence considérablement le format de la réponse (Heritage & Clayman 2010, p.117).

Heritage & Robinson (2006a, pp. 2–3) observent que généralement :

- le patient choisit de décrire les symptômes en présumant d'un diagnostic et tente ainsi d'anticiper le raisonnement du médecin (cela donne généralement une narration chronologique de la maladie aboutissant à la présence dans le cabinet médical) ;

- le patient produit une description se focalisant sur la douleur, l'angoisse, la gêne (c'est -à-dire une simple énumération de symptômes).

Alors que cette séquence est l'occasion principale pour les patients de décrire leur problème selon leurs propres modalités et en suivant leur propre agenda (Robinson & Heritage, 2005, p. 105), la démarche est néanmoins délicate, car comme le formulent Maynard et Heritage (2005, p. 430) : « en en rendant compte, les patients naviguent dans un terrain moral difficile et

empirique, s'efforçant de démontrer qu'ils ne sont ni démesurément préoccupés, ni trop détachés et cavaliers à propos de leur condition corporelle et leurs soucis de santé[51]. »

La présentation du problème, qui a souvent été préparée par le patient, voire répétée en amont de la visite, ne serait-ce que dans la salle d'attente, peut prendre des formes variées : « parfois elles sont très courtes, mentionnant juste le topique principal sans plus de détails, alors que dans d'autre cas elles prennent la forme d'une liste de symptômes ou d'un compte-rendu. »[52] (ten Have, 2006, p. 8). Pour le patient, il s'agit d'exploiter au mieux cet espace de liberté pour garantir que le médecin comprenne bien ce qui a motivé la visite (*ibid*. 37). Les patients doivent alors agir pour conserver le *conversational floor* tout en étant conscients que la transition vers la séquence de prise des informations, orchestrée par le praticien, est imminente (Robinson & Heritage, 2005, p. 105).

Lors de la présentation du problème, les médecins orientent progressivement l'interaction vers la description des symptômes ressentis au moment même (*being experienced in the here-and-now*). Le patient est invité à exprimer les aspects singuliers de sa douleur actuelle. Une procédure visant à préparer le patient à la transition imminente vers la séquence suivante (*ibid.* 481 ; Heritage & Clayman, 2010a, p. 34). Cette transition est accomplie interactionnellement et implique le passage d'une séquence dont le patient a le contrôle (*the patient-controlled problem-presentation phase of the visit*) vers une séquence dirigée par le médecin (*the physician-controlled information-gathering phase*).

Une navigation dans l'interaction depuis la présentation du problème (où le principal symptôme ressenti sera généralement exprimé) vers une phase intermédiaire (de développement ou de présentation de symptômes complémentaires) avant que le médecin ne reprenne la parole pour procéder à la prise de l'historique médical, initiée par une question sur le moment où les symptômes ont débuté (*when did they start* ; *ibid*.).

La présentation du problème ne peut se faire sans que ne soient mentionnés les symptômes ressentis au moment de la consultation. L'étude de Heritage et Robinson les amènent à dresser

---

[51] N.d.T : *« In giving these accounts, patients navigate a difficult empirical and moral terrain, striving to show that they are neither overly preoccupied with bodily conditions and health concerns, nor excessively lax and cavalier about them. »*

[52] *N.d.T : « Sometimes they are very short, just mentioning the major topic without further elaboration, while in other cases they have the format of a list of symptoms or a summary tale. »*

quelques constats sur la formulation des symptômes actuels (2006a, p. 483). En premier lieu, ils observent que les médecins s'en enquièrent presque toujours et que les deux parties traitent une réponse qui n'en fait pas mention, comme étant incomplète. Ils notent également que le médecin va effectivement traiter la formulation des symptômes actuels comme une manière de conclure la présentation du problème et que les patients peuvent interpréter cela comme une interruption survenant prématurément. D'un autre côté, si le médecin ne passe pas à la séquence interrogative au moment attendu par le patient, celui-ci signifie alors qu'il a terminé sa présentation. Ainsi, la description de l'organisation sous-jacente à la présentation du problème apporte une compréhension plus fine des procédures de coordination à l'œuvre dans le déploiement des séquences successives de la consultation et des négociations qui s'y jouent (*ibid.* 483).

4.4. Légitimer la raison de la visite

Les conversationnalistes se sont focalisés sur un autre aspect fondamental de la présentation du problème, pour le patient, il s'agit aussi de légitimer son choix de venir consulter (ten Have, 2006, p. 87). Heritage et Robinson (2006a, p. 58) proposent la notion de doctorabilité[53] du problème médical :

> Pour un patient, un problème doctorable est digne d'attention médicale, digne d'être évalué comme la preuve d'une potentielle maladie, digne de donner lieu à des conseils et, lorsque nécessaire, à un traitement médical (…) en amont de la visite au médecin, le patient doit estimer qu'il a un souci légitiment doctorable. Et ce jugement sera lui-même jugé lors de la visite[54].

En consultation le patient doit alors convaincre qu'il a un problème doctorable. C'est d'ailleurs la première activité à accomplir. Cette procédure est particulièrement visible pendant le tour de parole consacré à la présentation du problème médical mais peut ne pas être totalement accomplie et dès lors ressurgir dans des séquences ultérieures (*ibid.* 12).

---

[53] Heritage et Robinson adaptent le terme de Meehan (1989) qui dans son étude d'appels au 911 propose le terme *policeable* (ou *police relevant*) pour décrire la dimension légitime d'une raison d'appel.

[54] *N.d.T « For patients, a doctorable problem is one that is worthy of medical attention, worthy of evaluation as a potentially significant medical condition, worthy of counseling and, where necessary, medical treatment. (…) Prior to visiting the physician, patients must make a judgment that they have a legitimate concern. Yet this judgment will itself be judged over the course of the visit.* »

L'étude de Halkowski (2006) va dans le même sens : il observe que les présentations des patients sont construites pour ne sembler ni trop préoccupés par les symptômes (qui sont potentiellement insignifiants) ni risquer de paraître trop négligents face à ces mêmes symptômes (possiblement importants). Le rôle du patient est de convaincre de la légitimité de sa situation depuis le point de vue de son interlocuteur, le médecin. Heritage et Robinson (2006a, pp. 19–31) relèvent trois types de procédures que peuvent mettre en place les patients pour justifier leur venue :

1- **annoncer un diagnostic :** les études sur la relation médecin-patient ont montré que les patients, bien qu'ils aient généralement déjà établi un diagnostic sur leur condition, ne sont pas très enclins à le signaler au médecin (Drew, 2006 ; Gill, 1998 ; Gill & Maynard, 2006). Cela pourrait s'expliquer par le fait que les patients anticipent l'éventualité d'un désaccord avec le praticien, auquel cas leur diagnostic profane (*lay diagnostic*) ne sera très probablement pas celui qui sera retenu. Pour Heritage et Robinson, le besoin de justifier la doctorabilité du problème exprimé a pour avantage de favoriser l'expression par le patient du diagnostic qu'il a lui-même établi ;

2- **évoquer l'implication d'un tiers dans le processus décisionnel :** la description que font les patients de leur problème inclut souvent la mention d'un processus décisionnel antérieur. Cela peut être un compte-rendu du raisonnement qui a conduit le patient à prendre un rendez-vous. Décrivant ce processus, les patients vont alors signifier qu'un ou plusieurs tiers partagent leur point de vue sur la nécessité de consulter. Ainsi, la décision de chercher une aide médicale n'appartient plus seulement au patient. C'est là une manière de minimiser leur propre responsabilité, surtout dans l'éventualité où le professionnel déterminerait que le problème ne justifiait pas une consultation. Cette méthode se trouve renforcée lorsque le tiers évoqué est un membre du corps médical ;

3- **énoncer une résistance à la douleur :** Par exemple, à la question « comment allez-vous ? » nous répondons souvent positivement « bien » alors même que nous allons formuler un problème dans un tour à suivre. Il y a effectivement une forte propension, lorsque nous parlons de nos problèmes, à maintenir un équilibre entre d'un côté l'expression de ce qui nous cause problème et de l'autre l'expression de notre capacité à gérer ce problème nous-même, ou tout du moins à en avoir le souhait. Dans la visite médicale, les patients peuvent par exemple mentionner qu'ils ont attendu longtemps avant de consulter, ou signifier qu'ils ont accompli de

nombreux efforts pour supporter leur gêne ou douleur, avant de chercher une aide médicale. C'est une manière de montrer qu'ils ne se sont pas précipités en prenant rendez-vous dès le premier signe de la maladie et qu'ils ont essayé de gérer la douleur, de la surpasser de telle ou telle manière, par l'automédication par exemple. Pour cela, le patient va recourir le moins possible à des descriptions de douleurs, en insistant plutôt sur des symptômes. La visite est alors décrite comme le dernier recours.

Heritage et Clayman (2010a, p. 132) montrent que lorsque les patients pensent avoir une raison claire et légitime de consulter, par exemple pour un problème récurrent, ils se contentent généralement d'une très rapide description des symptômes, voire d'une idée de diagnostic.
A contrario, lorsqu'ils éprouvent plus de difficultés à définir leur expérience médicale ou doutent de la légitimité de leur demande, ils sont plus enclins à présenter leur problème avec des narrations (*extended narrative-style présentations* ; *ibid.* 133) :

> Pour les problèmes qui sont difficiles à formuler avec des mots, ou qui semblent marginaux, peu légitimes, l'usage de la narration présente de nombreux avantages. Les narrations permettent aux patients de raconter leur histoire avec leurs propres mots, en en choisissant l'ordre, en incorporant des éléments de sensation, de contexte, la réaction des autres, le processus de raisonnement qui les as amenés à ne pas retenir certaines interprétations et d'en envisager d'autres, et ce qui a pu les faire changer de point de vue[55].

L'étude de Maynard et Teas Gill (2006) explore la présentation du problème médical du point de vue de la structure interactionnelle de l'explication des patients et de la réponse des médecins (*explanation–response sequences*). Les auteurs examinent comment ces séquences s'inscrivent dans le cours de l'activité, et ce aux différentes phases de l'entretien médical. Ils examinent les stratégies interactionnelles des patients pour présenter leur demande et les méthodes des médecins pour y répondre. Deux observations émergent alors : (i) que les patients s'efforcent de produire leurs présentations sans perturber le déploiement imminent de la séquence suivante qui est la collecte des informations (ii) alors que de leur côté, les médecins doivent maintenir

[55] N.d.T : *« For problems that are hard to put into words, or which seem to be only marginally legitimate, the use of narratives has real advantages.Narratives allow the patient to tell the story of their problem in their own words, in an order of their own choosing, incorporating elements of sensation and context, the reactions of others, the reasoning process by which some interpretations were discounted and others entertained, and by which revisions in perspective emerged »*

une orientation dans le cadre canonique des entretiens médicaux, ce qui suppose que la séquence de collecte des informations précède nécessairement l'activité de diagnostic (*ibid.* 117).

Cela induit de ne pas réagir lorsque les patients indiquent pendant la présentation de la raison de la visite un diagnostic qu'ils ont eux-mêmes établis. S'intéressant alors plus précisément à ces diagnostics des patients qui émergent dans la présentation du motif de la visite, les auteurs observent trois formats caractéristiques :

1- **proposer une relation causale** (*linkage proposal*) : en plus de formuler des plaintes, un patient peut suggérer une explication à son symptôme : c'est-à-dire que le patient propose un diagnostic, une étiologie, ou signale l'origine d'un symptôme ;

2- **explications manifestes** (*overt explanations*) : l'explication du patient repose sur une structure ternaire : (i) une douleur (ii) une relation causale (un facteur, un évènement) (iii) une hypothèse (par exemple une zone corporelle spécifique) ;

3 - **explications implicites** (*tacit explanations*) : un patient peut proposer une explication en rapportant un événement, une expérience ou un symptôme sans faire état d'un lien avec le problème présenté.

Cela tend à rejoindre les travaux de Gill (1998) qui remarquait que les patients évitent de poser eux même des questions par crainte de faire pression sur le médecin pour qu'il évalue l'explication qu'ils lui ont fourni. Au contraire, les patients s'expriment de manière à préserver pour le médecin l'opportunité de se focaliser sur son activité de diagnostic (*ibid.* 346 sqq.). Gill suggère qu'en formatant leur explication de manière à ne pas obliger les médecins à répondre, les patients favorisent la possibilité pour leur interlocuteur de ne pas évaluer leurs explications immédiatement.

D'ailleurs, plus tard dans l'interaction, lorsque le médecin présente son diagnostic, Heath (1992, p. 264) remarque que la réaction des patients prend souvent la forme d'un acquiescement minimal. Il apparait que les patients sont continuellement conscients de : « la ténuité, la

fragilité, le caractère incertain et vulnérable de leurs diagnostics profanes[56] » (Drew, 2001, p. 264). Ils produisent, tout au long de la consultation, des *accounts* rendant intelligible leur point de vue, lucides sur leur situation médicale et sur leur rôle de patient. Mettre à jour ces procédures interactionnelles révèle que les patients savent qu'il est attendu d'eux de se conformer à une structure préétablie. Ils perçoivent qu'il leur faut convaincre de la doctorabilité de leur situation, qu'ils ne doivent pas interrompre la phase de collecte des informations, et d'éviter de fournir leur diagnostic trop tôt dans l'entretien.

Maynard et Teas Gill (2006, p. 147) estiment que les médecins gagneraient à signaler, dans le cours de l'action notamment pendant la séquence de collecte des informations, que bien qu'ils explorent d'autres explications possibles, ils prennent en considération l'hypothèse du patient. Cela n'implique pas, précisent-ils, de répondre immédiatement en confirmant ou en infirmant le diagnostic du patient mais plutôt de tenir le patient informé tout au long de l'entretien, c'est-à-dire de le rassurer sur le fait que son explication a été entendue et prise en considération. Une autre stratégie proposée par les auteurs consiste à signaler au patient que leur proposition de diagnostic sera abordée plus tard dans l'entretien.

La présentation du problème est alors spécifiquement envisagée comme une activité socialement organisée. Il s'agit de : « rendre compte de l'aspect normatif de cette organisation, et de la manière dont elle façonne la compréhension par les participants de ce qu'ils doivent présenter, de quelle manière il faut présenter, et de ce qui constitue une présentation complète[57] » (*ibid.* 482). Toutefois, dans la plupart des cas observés, si le diagnostic établi par le patient survient pendant la collecte des informations, les auteurs remarquent que les médecins ne traitent pas cette nouvelle information (*ibid.* 117 sqq.).

4.5. L'étude spécifique des séquences interrogatives

Dans tous ces travaux, l'analyse est centrée sur l'imbrication entre l'organisation de la parole, les actions accomplies et les objectifs portés par l'institution à laquelle appartient le professionnel. Heritage et Clayman (2005, 18) en donnent un exemple : la manière dont les

---

[56] N.d.T: *« It appears that patients are quite conscious of the tenuousness, fragility, uncertainty, or vulnerability of their lay diagnoses, at least in terms of the medical view of doctors. »*

[57] N.d.T: *« an account of the normative organization of problem presentation as a socio-medical activity that shapes participant's understandings of what is to be presented, how it is to be presented, and what constitutes a complete presentation. »*

visiteurs de santé (*health visitors*) démarrent leurs visites à domicile de nouveau-nés, selon que le père soit présent ou non[58]. Les auteurs remarquent que lorsque le père est là, l'entretien commence avec des conversations informelles, avec par exemple des questions sur le nom du nouveau-né, ou des compliments sur celui-ci. Si la mère est seule, ils ouvrent la visite d'une manière différente : une question sur l'expérience de la mère lors de l'accouchement ou à propos de son état de santé. Les représentants de l'institution sont dépositaires d'un cadre fixé par la profession et celui-ci est rendu particulièrement visible dans les phases interrogatives. Le raisonnement des médecins, leurs croyances et leurs attentes concernant les patients sont communiqués à travers la formulation des questions (Heritage & Clayman, 2010a, p. 136)

Ces recherches ont mis en évidence un format séquentiel récurrent de type question/réponse où préférentiellement le médecin pose les questions auxquelles répond le patient selon un principe de dépendance conditionnelle (Schegloff & Sacks, 1973). Cette séquence comporte souvent un troisième tour au cours duquel le médecin ratifie la réponse du patient et opère une transition vers la séquence suivante. Les professionnels (anglophones) désignent ces phases de questions rapides et restrictives par le terme diagnostic différentiel (*differential diagnosis*).

Ten Have (1991) et Maynard (1991a) montrent que les questions impliquant une réponse en oui/non ou d'autres types de réponses courtes sont plus fortement présentes pendant la phase de collectes d'informations que pendant les autres phases de la consultation. Les patients ont l'opportunité de faire part de leurs points-de vue avant et après la phase de questions initiées par le médecin, c'est-à-dire pendant la présentation de la raison de la visite, et par la suite à nouveau en réponse à la décision du médecin. Les analystes ont fortement conseillé aux médecins de formuler des questions ouvertes (Bates et al., 1995 ; Cohen-Cole, 1991 ; Coupland et al., 1994 ; Frankel, 1995). Pour Boyd et Héritage (2006, p. 172), ce type de sollicitation encourage les patients à répondre en utilisant leurs propres termes et suscite l'émergence d'épisodes narratifs relatant leur expérience de la maladie.

[58] Les *Health visitors*, dans le système de santé britannique, sont des infirmiers qui rendent visite aux mères à leur domicile quelques jours après l'accouchement.

Heritage et Clayman (2010a, p. 136) proposent quatre caractéristiques des questions et des réponses produites lors des consultations, elles sont résumées dans le tableau suivant :

Questions du médecin	**Réponses du patient**	**Conséquences**
Le médecin propose un agenda (i) un agenda thématique (ii) un agenda d'actions à accomplir	Le patient s'y conforme / ne s'y conforme pas	En établissant à la fois l'agenda thématique et d'actions à accomplir, les questions imposent des contraintes importantes sur le prochain tour du patient.
Le médecin élabore des présuppositions →	Le patient les confirme / ne les confirme pas	Les questions, parce qu'elles incorporent des présuppositions informent nécessairement le patient (révélant par exemple ce que le médecin suppose de la vie sociale et de la santé du patient). Celui peut alors les confirmer ou tenter de les modifier.
Le médecin fait part de son point de vue épistémique →	Le patient montre son accord / désaccord	Les formats de questions révèlent des degrés variables de certitude sur ce que la réponse du patient va être. Des postures épistémiques allant de (i) ignorance relative (ii) questions formatées en oui/non (ex « êtes-vous mariés ?) (iii) ou invitations à confirmer par des formats affirmatifs (p.ex « vous êtes mariés ?»).
Le médecin intègre des préférences dans ses question →	S'aligne / ne s'aligne pas avec elles	La forme grammaticale des questions en oui/non intègre des attentes ou préférences pour un type particulier de réponses.

À travers les études de cette époque, le patient est souvent montré comme contraint par la rigidité de la structure de l'interaction, embarqué dans un cours d'action très largement dirigé par le médecin, dans lequel la prévalence des questions oui/non en paires adjacentes limite son agentivité. Il est alors démontré que les interactions résultant d'une profonde collaboration entre les parties (*a weaving together*) conduit à de meilleurs soins (Beach & Dixson, 2001).

Stivers et Heritage (2001b, p. 179) s'intéressent à la séquence de questions du médecin en l'abordant d'une manière nouvelle, focalisant leur attention sur ces situations où le patient

déborde, c'est-à-dire qu'il étend sa réponse. Ils relèvent deux types d'expansions : (i) les réponses étendues, qui, si elles fournissent un surplus d'informations, se maintiennent dans le projet interactionnel porté par le praticien et peuvent d'ailleurs être à son initiative, et (ii) les expansions narratives, où les patients fournissent un éclairage sur leur situation personnelle en allant au-delà du format attendu par le praticien. Le patient produit alors un surplus d'informations qui n'est pas en relation avec la question posée. Contrairement aux réponses étendues qui demeurent dans le cadre posé par les questions, les expansions narratives entendent éclairer le médecin sur l'état d'esprit du patient. Pour Heritage et Stivers, ces narrations doivent être traitées comme des séquences ressources. Ils montrent qu'il s'agit là de tentatives des patients de provoquer un mouvement hors de l'agenda établi par le praticien (*ibid*. 155). Elles sont l'occasion pour le praticien d'intégrer à son diagnostic des éléments tels que la personnalité du patient et de prendre en compte les éléments qui sont pertinents, signifiants pour le patient (*ibid.* 181).

Ten Have (1991) dresse les grandes lignes des résultats des travaux de cette époque sur les séquences interrogatives dans les interactions médicales :

- les initiatives locales qui établissent une pertinence conditionnelle pour des types spécifiques de secondes actions, telles que des questions, des ordres ou propositions, sont le plus souvent le fait des praticiens et semblent moins acceptées (*dispreferred*) lorsqu'elles sont produites par les patients[59] (Frankel, 1990; Todd, 1984; West, 1984, pp. 71–96) ;

- le contrôle interactionnel qui semble en découler est renforcé par la manière restrictive dont ces initiatives sont souvent produites, particulièrement par des questions qui engendrent uniquement des réponses courtes et factuelles[60] (Frankel, 1990; R. M. Frankel, 1984; Mishler, 1984, pp. 59–91) ;

- les questions des médecins surviennent généralement en série, de telle manière que les réponses des patients sont enfermées et encadrées par les contributions du médecin. La

[59] N.d.T *: « Local initiatives that establish a conditional pertinence for specific kinds of second actions, such as questions, orders and proposals, are mostly taken by physicians and seem to be "dispreferred" when taken by patients »*. Ten Have rappelle que l'on doit l'idée d'une dispréférence pour les questions à l'initiative des patients à Frankel (1990), et que cela a aussi été étudié par West (1983 ; 1984).

[60] N.d.T : *« The interactional control that seems to follow from this is reinforced by restrictive ways in which these initiatives are often used, especially by questions that allow for only short factual answers. »*

question précédente et la reconnaissance qui s'en suit, et/ou une question suivante, surviennent dans la plupart des cas de manière interruptive[61] (Mishler, 1984, pp. 95–121) ;

- les questions elles-mêmes, avec leurs flux et leurs changements thématiques, ne sont généralement pas rendues intelligibles par les praticiens. En particulier, la raison sous-jacente aux questions n'est pas fournie et les changements thématiques qui peuvent survenir de manière abrupte ne sont pas signalés (Mishler, 1984, pp. 95–121). En cette façon, le patient n'est pas informé du processus de raisonnement supposé guider les actions du médecin[62] ;

- un manque similaire d'information est produit par l'utilisation par le praticien du format en trois tours dans ses questions : par des items tels que « oui », « hum hum » ou des formulations qui résument les propos du patient mais ne lui montrent pas ce que le praticien fait de la réponse, marquant simplement s'il est nécessaire ou non de développer plus[63] (R. M. Frankel, 1984; John Heritage & Greatbatch, 1991; Maynard, 1991a).

- ces inclinations semblent souvent être un instrument de sélection biomédicale de la part du praticien qui a tendance à ignorer les énoncés du patient lorsque ceux-ci rendent comptent de son expérience subjective, ses circonstances personnelles et sa condition sociale. (Frankel 1984 ; Mishler 1984 ; Todd 1984).

Enfin, l'asymétrie mentionnée va, de manière cumulative, donner lieu à une inclinaison pour des décisions qui sont principalement fondées sur la perspective du médecin, guidées par ses questions et produites malgré son manque de connaissance des éléments pertinents dans

---

[61] N.d.T : *« Questions put by physicians come mostly in series, in such a way that answers by patients are enclosed in and framed by the doctor's contributions: that is to say, the preceding question and the acknowledgment that follows it, and/or a next question, that in many cases comes interruptively. »*

[62] N.d.T : *« The questions themselves, together with their topical flow and topic changes, are generally not accounted for by physicians; in particular, motivation for physicians' questions is not provided, and topic changes - which may be initiated quite abruptly - are not marked as such. In this way the patient is not informed on the reasoning process that supposedly guides the doctor's actions. »*

[63] N.d.T : *« A similar lack of information is engendered by physicians' use of the "third turn" in questioning sequences: items like "okay," "uhuh" and "yes," as well as summarizing formulations, do not display for the patient what the physician makes of the answer, but only mark whether or not further elaboration is needed. »*

l'orientation du patient vers le problème. Cela implique pour le patient de fournir des efforts spécifiques pour contrer ces inclinaisons du praticien[64].

4.6. Asymétrie interactionnelle et autorité médicale

Si nous avons vu que l'interaction est à envisager comme une co-construction, la distinction entre le point de vue profane du patient et celui du professionnel est un des aspects les plus largement étudié dans les travaux sur les interactions médecin-patient. C'est un exemple de la catégorie K de Sacks (1972, pp.37-39) mentionnée précédemment. Elle est construite en référence à une distribution des savoirs, distinguant qui dans l'interaction est en capacité de gérer le problème à résoudre. La collection de Sacks étant alors constituée de deux classes : le professionnel et le profane (*laymen*). D'autres catégories peuvent entrer en jeu, comme par exemple l'âge, le genre, le fait d'être un tiers ou le patient. Mais ce qui semble caractériser la fonction du médecin, c'est qu'elle est fondée sur l'analyse professionnelle (de plus en plus soutenue par des outils techniques) de données fournies par des individus profanes (et leurs corps). Cette expertise médicale repose sur un statut épistémique (Heritage, 2012) impliquant que seul le praticien dispose de la connaissance nécessaire à l'établissement d'un diagnostic.

La notion du diagnostic comme lieu principal de l'autorité médicale est héritée de la sociologie de Parsons (1951) et Freidson (1970). Le modèle traditionnel du médecin décideur, appelé aussi modèle paternaliste, repose sur le constat d'une dissymétrie foncière entre médecin et patient. En contrepoint de cette vision d'un patient diminué, sujet souffrant ignorant de sa condition, les travaux en AC ont au contraire insisté sur la complémentarité des participations à l'interaction.

Pour Heritage, les participants occupent en fait des droits épistémiques distincts, l'expertise pour le médecin et l'expérience pour le patient, ainsi les membres s'appuient sur ces statuts comme des ressources interactionnelles (2013, p. 392). La dimension asymétrique est liée au topique puisque c'est la condition de santé du patient qui est examinée et non pas celle du médecin. Une relation qui distingue le *benefactor* du *beneficiary* (bienfaiteur et bénéficiaire ; Clayman et al., 2014). Le bénéficiaire est toujours le patient, et ce que la demande soit formulée

---

[64] N.d.T : *« Finally, the asymmetries mentioned will accumulatively, so to speak, result in a tendency for decisions that are mainly based on the doctor's perspective on the case, guided by his questioning and relative lack of knowledge of the relevancies stemming from the patient's orientation to the problem. That is, in all the above instances, it takes specific efforts on the part of patients to counter tendencies leading to such a result. »*

par le patient ou par le professionnel de santé (Couper-Kuhlen, 2014). Enfin, il y a asymétrie du point de vue des tâches à accomplir dans la rencontre. Le médecin est celui à qui il revient d'initier le passage d'une activité à l'autre. Néanmoins, dans de nombreux cas, le médecin produit des formats interrogatifs orientant l'interaction vers le récit, appelant à une contextualisation plus large du problème, ne se limitant pas aux faits. Il arrive aussi que les patients s'en tiennent aux faits et aux symptômes alors même que les médecins leur aient suggéré de produire des comptes-rendus étendus.

4.7. Encapacitation et statut renouvelé du patient

Dans une étude récente de Stivers et Timmermans (2020) les auteurs examinent la question de l'autorité médicale en envisageant l'impact des transformations du monde de la santé. Ils abordent le sujet en dressant un premier constat : les patients sont aujourd'hui plus enclins à produire de la résistance face aux recommandations de traitement. La résistance, c'est le fait de questionner, remettre en cause, voire rejeter ouvertement les recommandations d'un professionnel de santé (Stivers, 2005b).

L'encapacitation[65] (*empowerment*) des patients est une des raisons qui ont porté ces changements (Stivers & Timmermans, 2020, p. 1) : « (elle) prend des formes à la fois collectives - les mouvements sociaux qui entreprennent de changer les pratiques médicales et individuelles quand les patients s'opposent aux recommandations de traitement des praticiens[66] ». À cela, ils ajoutent d'autres facteurs impactant l'exercice moderne de la médecine, comme la (ré)adoption des médecines alternatives, des pratiques telles que le nomadisme médical (*physician shopping*) et les demandes d'une seconde opinion médical.[67]

Les institutions médicales ont quant à elles opéré un certain nombre de réformes pour évoluer vers un soin centré autour du patient (*patient-centered care* par opposition au *doctor-centered*

[65] Encapacitation est la traduction la plus fréquente du terme anglais *empowerment*. Toutefois, comme le souligne Stengers en préface de Starhawk (2021, p.17) cette traduction a « pour défaut de mettre l'accent sur le terme capacité, qui se laisse trop facilement réduire à une question d'acquisition, vérifiable qui plus est ». Stengers suggère de favoriser, dès que possible, le terme *habilitation*.

[66] N.d.T : *« Patient empowerment has taken both a collective form—social movements attempting to change clinical practice and an individual form when patients clash with clinicians over recommended treatments*. »

[67] L'impact des sociabilités en ligne et l'effet grandissant des conseils de profanes sur les décisions et les actions liées à la santé impacte aussi les comportements en santé (Casilli & Tubaro, 2016, p. 44). Des réseaux solidifiés (Cardon, 2011) d'individus qui s'organisent et se structurent en un groupe autour de pratiques de santé ou de récits, de partage de conseils médicaux sur les réseaux sociaux numériques. Les groupes de parole, plutôt proposés jusqu'alors par les institutions du soin ou des structures associatives, se forment en quelques clics sur Facebook et regroupent des milliers de malades et sont accessibles 24h/24h.

care). Un mouvement qui implique des formes renouvelées de communication médicale où l'information des patients est favorisée tout en les impliquant plus fortement dans les processus décisionnels les concernant. Cela passe aussi par un élargissement du répertoire des pathologies prises en compte par l'institution et le fait de reconsidérer certaines techniques médicales invasives ou androcentrées[68]. L'objectif étant la construction d'une relation thérapeutique harmonieuse basée sur le partage du pouvoir et des responsabilités (*ibid.* 3).

En réalité, si l'on observe une plus forte résistance des patients aujourd'hui cela est dû au fait que la médecine centrée autour du patient encourage ces derniers à exprimer leurs inquiétudes et questions à propos des traitements. Lorsque la question est posée, la résistance est, de fait, plus probable. Cela ne signifie pas pour autant que les praticiens rencontrent de grandes difficultés à convaincre leurs patients du bien-fondé de leur décision (*ibid*.). Néanmoins, la somme de ces évolutions pourrait bien éroder l'autorité professionnelle des médecins à tel point que ceux-ci aient désormais un statut d'experts, apportant conseils aux patients, et qui en retour seraient libres de les suivre ou non (*ibid.*).

D'un autre côté, nuançant leur propos, Stivers et Timmermans rappellent que certains patients demeurent toujours peu enclins à participer aux décisions médicales. Les praticiens de leur côté maintiennent leur autorité professionnelle lorsqu'ils parviennent à s'approprier les innovations technologiques et les nouvelles connaissances liées aux développements de la recherche médicale. Quant au domaine d'autorité des patients, c'est-à-dire leur expérience et leur savoirs spécifiques de patients (*patient-specific knowledge*) ils sont de mieux en mieux pris en compte. Somme toute, si les médecins appréhendent la résistance au traitement comme une menace pour leur autorité (Stivers, 2005a) c'est pourtant par elle que les patients exercent leur droit légitime de participer aux décisions médicales les concernant (Stivers & Timmermans, 2020, p. 4).

Pour Ekstrom (2016), ces transformations peuvent aussi s'observer depuis une analyse des discours des médecins (*in-house doctors*) dans les médias. Ce sont des médecins qui

[68] Les techniques médicales traditionnelles (ainsi que l'attribution aux hommes de techniques médicales spécialisées sur le corps féminin - gynécologie et obstétrique) sont questionnées et reconsidérées. Pour Steinberg (2013) si les techniques médicales paraissent a priori neutres du point de vue du genre (*gender-neutral*) elles peuvent en fait être androcentrées et c'est souvent sous la pression militante (par exemple le mouvement *self help* des années 1970) qu'elles ont été modifiées. Ces travaux convoquent notamment l'approche de Latour (2015) et l'hypothèse Gaïa, qui postule l'appartenance des organismes vivants à un tout tendant à l'autorégulation et appellent à une société moins technicisée.

revendiquent une expertise académique, sont identifiés comme des acteurs majeurs de leur profession, et en deviennent les voix médiatiques. De la crise sanitaire que nous traversons depuis 2020, nous retiendrons peut-être que jamais les médecins et responsables d'institutions hospitalières n'avaient autant occupé l'espace médiatique, portant d'ailleurs souvent des voix contradictoires, qui sans doute auront pour conséquence de transformer un peu plus l'autorité médicale. L'étude d'Ekstrom observe les changements opérés dans la performance publique de l'expertise médicale dans trois programmes télévisés suédois entre 1983 et 2014, montrant une transition depuis des interventions du type monologue ou cours magistral (dans les années 1980) à une expertise donnant lieu à des performances communicationnelles proches de celles des présentateurs de télévision, et notamment une orientation à la fois vers la connaissance médicale, l'expérience du quotidien et le savoir profane.

Si nous avons vu que les études en AC ont, par leurs analyses situées, examiné et documenté ces transformations du monde de la santé, des considérations intéressantes dans le champ de la philosophie du Care (qui peut être traduit par philosophie du prendre soin) nourrissent aussi notre travail. Pour la philosophe Cynthia Fleury, la médecine doit avoir le souci de rendre capacitaires les individus, c'est-à-dire de leur redonner aptitude et souveraineté (2019, p. 7). Il s'agit de penser la santé avec la communauté médicale pour l'inscrire dans la démarche de l'Organisation mondiale pour la santé (OMS) ainsi : « ce n'est plus seulement l'absence de la maladie qu'il faut chercher à atteindre, mais un bien-être physique, psychique, social- et ajoutons environnemental. » (*ibid.* 8-9). Ce sont les avancements sociaux et de santé qui portent l'usager à un état nouveau de conscience de lui-même, lui permettant d'échapper à un état de minorité, physique et mentale. Sur le rôle des soignants, Fleury avance que « prendre soin de quelqu'un, c'est prendre le risque de son émancipation, et donc de la séparation avec soi-même. C'est précisément l'amener vers son autonomie, lui laissant le privilège de la coupure et pour soi le sentiment d'abandon et d'ingratitude, inévitable ». Le soin est alors une fonction en partage qui n'appartient pas à une caste de soignants s'occupant de patients incapables d'être eux-mêmes actifs dans la démarche du soin. Il relève d'une « alliance dialectique, créative, des soignants et des soignés, qui, ensemble, font éclore une dynamique singulière » (*ibid.*19).

On observe l'importance grandissante de la médecine dite narrative (Rossi, 2019). Il s'agit d'une approche des soins de santé centrée sur le patient qui se développe dans les pays anglophones à partir des années 1990 et est désormais enseignée dans quelques universités de médecine française. Une démarche médicale qui donne une large place aux récits *de soi*

(Pierron et al, 2021, p.9) et qui fait de la narration des patients et des soignants une ressource pour le soin (Charon, 2008). L'objectif est de placer le récit du patient et son écoute attentive au cœur de l'acte médical et d'établir ainsi une relation marquée par l'empathie, entre le soignant et le soigné. Pour Fleury (*ibid.* 23) :

> Les études de médecine narrative montrent clairement que la sollicitude permet une qualité d'écoute essentielle pour obtenir quantité d'éléments informationnels en vue du diagnostic et de l'amélioration de la prise du traitement, du fait une meilleure compréhension du patient.

La médecine narrative fait l'objet d'un ouvrage collectif et pluridisciplinaire « Médecine, langage et narration » paru en 2021. Au-delà des effets sur la qualité des soins, cet ouvrage souligne les enjeux de reconnaissance des savoirs expérientiels face aux « savoirs expérimentés ou expérimentables » (Pierron, 2021, p.13). En outre, pour ces auteurs, il ne s'agit pas seulement de se préoccuper d'envisager « l'inventivité langagière » comme une ressource pour le soin mais également de défendre une voie alternative à la protocolisation des interactions médicales. Une posture critique opposant la médecine narrative à la médecine des données (ou la médecine fondée sur les faits ; *evidence based medecine*). L'activité médicale serait bien trop contrainte, rationalisée, soumise à l'impératif de « gommer le bruit de fond du discours non strictement nécessaire » avec des professionnels du soin sommés de « ne pas *bavarder* trop longtemps », d'éviter de « laisser le patient disgresser », d'œuvrer « dans un temps contraint et avec un impératif de résultat » (*ibid.* 9). La médecine narrative entend s'inscrire à contre-courant d'une gestion managériale de nos institutions du soin. Il s'agit aussi de questionner les effets de dispositifs technologiques tels que le dossier patient informatisé (DPI). Pour Nathalie Schmitt, psychologue en milieu hospitalier (*ibid*. 46), modéliser une expérience médicale dans une vignette clinique n'autorise ni de rendre compte de la complexité ni d'envisager le diagnostic comme un processus cognitif qui se construit dans le temps :

> Les soignants consignent, dans le dossier du patient sur support informatique, différentes données. Description de l'état du patient, recueil de symptômes, hypothèses diagnostiques, éléments biographiques, informations somatiques, informations familiales et sociales, évènements qui jalonnent l'hospitalisation. Les actes médicaux ou paramédicaux (…) seront consignés, *tracés*. On essaie d'être objectif, de consigner des faits.

> On ne *trace* pas des hypothèses, des interrogations, des doutes, des sensibilités. Dans le dossier patient, l'écriture se fait au présent de l'indicatif. On ne consigne pas - ou peu – les perspectives qui se dégagent dans l'après-coup, celles que le recul du temps autorise. On trace plus volontiers ce qui est actuel.

Un point de vue qui rejoint celui de Chalancon et de Carjaval (2021), qui, dans leur étude des relèves infirmières, observent que données orales ou écrites sont ancrées dans des temporalités différentes (*ibid.* 98).

Dans notre travail, l'approche de la médecine narrative nous engage à envisager comment les dispositifs technologiques peuvent être des outils qui prennent soin des interactions. Ils ne doivent pas seulement amener à reproduire la complexité des interactions afin de l'inscrire, la matérialiser dans les documents qui jalonnent la trajectoire de soins mais aussi de renforcer, multiplier, « faire déborder » les espaces d'interactions pour l'accès aux soins. Comment les *expériences de soi* peuvent-elles se prolonger en dehors des quelques minutes de l'interaction ? Comment les interfaces numériques peuvent-elles contribuer à ne pas figer l'acte médical dans la temporalité courte et urgente de l'appel ?

La médecine narrative nous invite à envisager le récit de la maladie comme un espace de nouvelles expériences de créativité. Les relations entre pratiques de soin et langage font émerger ce que Pierron décrit comme des ZAD, des Zones pour d'Autres Discours. De la rencontre entre médecine et SHS, nait la possibilité de constituer une littérature de témoignages (*ibid.* 12) et de donner ainsi à voir la singularité, la complexité et la dimension sensible des *expériences de soi* qu'éprouvent les malades mais aussi ceux qui les soignent. Les auteurs proposent d'adopter le concept *d'hospitalité narrative,* forgé par Paul Ricoeur, afin que les institutions hospitalières agissent comme un « cadre soutenant la capacité à (se) raconter (*ibid.* 16).

L'ensemble des recherches menées dans un large spectre de disciplines suggèrent des évolutions par paliers, que nous résumons ici dans un tableau :

Le modèle paternaliste → la prise de décision par le seul médecin.
Partage de la décision (*shared decision making models*) → la décision finale est prise en commun par le médecin et le patient qui endossent tous deux une part de responsabilité. Le modèle tient compte de ce que les patients ne désirent pas tous participer à la prise de décision.
Décision informée (*informed decision making models*) → une médecine de partenariat entre médecin et patient. Un flux bidirectionnel de l'information tout au long de la consultation. Développement de la médecine narrative. La décision finale revient au patient.

Ainsi les travaux les plus récents tendent à indiquer une forme de révolution du patient et un possible statut renouvelé du diagnostic. Ce dernier ne serait désormais plus une décision prise par le médecin mais l'objet d'une discussion entre le patient et son ou ses soignant(s).

À notre sens, il conviendrait, avant de pouvoir dresser un tel constat, de prendre en considération les voix critiques et les témoignages portés dans les médias. Les associations de patients dénoncent régulièrement des situations d'autorité abusive et de discriminations dans la santé. France Asso Santé et le défenseur des droits Jacques Toubon alertent en 2019 sur les trop fréquents refus de soigner du fait de l'état de santé, de la couverture maladie, la nationalité, le handicap ou encore de l'orientation sexuelle ou la religion. Sur les réseaux sociaux, des comptes Instagram tels que @leglobulenoir recensent des témoignages de victimes de discriminations médicales racistes et font état d'un syndrome méditerranéen[69]. Le 26 septembre 2020, dans le journal le Monde, 330 professionnelles de santé signent une tribune pour dénoncer une misogynie systémique dans les institutions médicales. Le compte Instagram @stopvogfr recense des témoignages de violences gynécologiques et obstétricales (VOG). Sur ce sujet, en 2019, l'association Osez le féminisme publie les résultats de leur enquête : 87% des femmes interrogées disent avoir été gênées par le comportement d'un professionnel de santé. À la suite du suicide d'une jeune étudiante transgenre le 24 septembre 2020 à Montpellier, des manifestations pointent du doigt une maltraitance médicale du fait de sa

[69] Le « syndrome méditerranéen » est un préjugé culturel sur les populations méditerranéens et particulièrement nord-africaines avançant que celles-ci auraient tendance à exprimer leurs douleurs de manière exagérée. Tartière (2015, p. 86) régulatrice urgentiste au SAMU, reconnait l'existence de ce préjugé et l'évoque dans ces termes : « Si la voix est riche d'informations, pour autant, il faut se garder d'avoir des préjugés. Nous sommes confrontés à ce que nous appelons dans notre jargon médical, le « syndrome méditerranéen », une manière élégante de désigner l'exubérance oratoire des gens du Sud. »

transidentité. Les critiques sont relayées dans les médias et notamment dans un article de blog de Médiapart du 26 septembre 2020 « La transphobie et la précarité tuent ! État & CROUS responsables ! »[70]. Citons également un article de Libération du 8 janvier 2016 dénonçant des pratiques de grossophobie médicale. Le chercheur et médecin Martin Winckler publie en 2016 un livre intitulé « les Brutes en blanc » consacré à la maltraitance médicale de la part de professionnels de santé en France. En AC, les travaux de Berard (2005, 2010 ; 2008) s'intéressent au racisme institutionnel et ceux de Stivers et Majid (2007) explorent spécifiquement les biais liés à la race[71] dans les entretiens médicaux.

Nombreux sont les travaux en sociologie de la santé suggérant des pratiques de discrimination dans les institutions médicales[72]. Des études consacrées au lien entre inégalités sociales de santé et origine réelle ou présumée des usagers, mettent à jour des représentations racialisantes que des professionnels hospitaliers ont au sujet de patients qu'ils identifient comme Africains ou Roms, et les traitements référentiels qui découlent de cette catégorisation raciale (Prud'Homme, 2015) que l'on peut interpréter comme des pratiques de sélection sociale (Morel, 2014). Le présent travail a également sollicité les travaux en sociologie de la santé qui abordent les prises d'autonomie de certains citoyens à l'égard de la médecine institutionnalisée et notamment des formes de renoncement-refus (Desprès, 2008). Le non-recours en santé peut être vu comme l'expression d'un désaccord politique (Warin, 2016). Lorsque la crédibilité de l'action politique est remise en cause cela peut affecter les choix individuels en matière de santé, notamment avec des comportements qui s'écartent des normes sanitaires reconnues. Les dispositifs numériques en santé en particulier sont envisagés comme des nouveaux outils de surveillance d'une technocratie. Les mouvements d'opposition aux applications de traçage du Covid-19, du contrôle du passe sanitaire puis du passe vaccinal nous ont montré à quel point les craintes face à la technicisation de la médecine ne peuvent être ignorées et ont d'importantes conséquences en Santé publique[73].

[70] Sur le parcours médical des personnes trans' voir les travaux de Meidani (2019).
[71] Sur l'usage du mot race nous renvoyons à l'ouvrage de Mazouz « Race » (2020).
[72] Et particulièrement les travaux de Berard, 2005, 2010 ; Berard, 2008 ; Cognet et al., 2009 ; Fassin, 1999, 2001, 2021; Gelly & Pitti, 2016; Prud'homme, 2021 ; Sauvegrain, 2010 ; Stivers & Majid, 2007.
[73] Sur ce sujet, voir l'ouvrage de Tesquet paru en (2021) et intitulé « État d'urgence technologique, comment l'économie de la surveillance tire parti de la pandémie. » aux éditions Premier Parallèle.

4.8. Digitalisation des consultations médicales

La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 aura été un accélérateur d'une transformation qui était déjà en cours depuis les années 1990 : la télémédecine. Elle consiste en la mise en place et en l'utilisation, dans divers environnements de soins (hôpital, domicile, cabinets médicaux), de dispositifs techniques d'information et de communication. Ceux-ci permettent à des professionnels de santé de réaliser des actes médicaux en étant situés à distance des patients[74] (Gaglio & Mathieu-Fritz, 2018, p. 2). Parmi les objectifs de la télémédecine : réduire les inégalités d'accès aux soins dans les zones sous-dotées, obtenir une prise en charge médicale plus rapide, lutter contre le renoncement aux soins et le recours aux urgences.

Pour les praticiens, la télémédecine implique une souscription à une ou des plateformes en ligne pour la prise de rendez-vous, l'appel vidéo et l'échange sécurisé de documents. Ces plateformes ont des effets sur l'organisation des soins. Elles transforment les activités professionnelles et impliquent un recours supplémentaire aux objets techniques. La relation médecin-patient, les cadres de participation, les modalités de coopération ainsi que la définition de soi en tant que praticien se trouvent modifiés (*ibid.* 3). Pour l'interaction médicale à distance, cela veut dire la réintégration de la dimension visuelle, absente dans les interactions médicales téléphoniques.

De nombreuses études interactionnelles soulignent l'importance de la dimension visuelle des consultations médicales. Nous citerons par exemple Heath qui montre que l'expression de la douleur à la poitrine pendant la consultation médicale s'accompagne d'un geste de pointage vers celle-ci (1991, p. 106) et de Fornel et Verdier (2014b, pp. 176–187) pour qui « les gestes donnent vie, même momentanément, à différentes parties du corps et fournissent une exemplification dramatique des symptômes et de la souffrance vécue par le patient ». Une souffrance démonstrative où le fait de désigner l'emplacement corporel d'une douleur opère une transformation depuis des catégories génériques de symptômes vers une sensation physique correspondant à l'expérience propre du patient.

[74] Voir le numéro 207 de la revue Réseaux (2018) sur la diffusion de la télémédecine et le développement de ses usages. Les auteurs mettent en perspective les enjeux liés au développement de la télémédecine pour les acteurs concernés (institutionnels, médecins, soignants, patients, etc.) et la société dans son ensemble. Ce numéro propose également une revue de littérature internationale des travaux en sciences humaines et sociales sur la télémédecine ainsi que plusieurs études de cas autour de la reconfiguration de la relation médecin-patient dans ce cadre d'activité. Des travaux sont en cours dans l'unité de recherche Lhumain, et notamment l'étude de la télémédecine en Colombie. Voir le projet « l'étude du Telecare dans les Humanités Numériques ».

Pour de Fornel et Verdier, l'examen physique introduit en fait un nouveau cadre de participation au sein de l'interaction médicale et permet d'échapper à la *dépendance identificationnelle* en révélant un objet de jugement directement perçu. Réalisant une ethnographie des consultations douleurs (consultations d'analgésie) chez des enfants souffrant de maladies orphelines, de Fornel et Verdier montrent que la pertinence et la validité d'un diagnostic ne sont évaluables qu'en l'insérant dans l'environnement pratique et interactionnel où il s'est formé et qu'il contribue lui-même à configurer (*ibid.* 293). Leur étude révèle l'activité de « jugement de perception, qui aboutit à un diagnostic ». Si la palpation à distance n'est à ce jour pas possible sur les plateformes de télémédecine, l'examen visuel, la mesure des corps et des états de maladie soutenue par des artefacts médiaux numériques sont désormais des pratiques très développées, particulièrement pour les malades d'affection longue durée. Il s'agit aussi de reconnaitre les effets de la digitalisation des professions médicales. Dans un univers de soin de plus en plus technicisé, le sentiment de déshumanisation peut être fort et certains patients éprouvent des difficultés grandissantes à organiser leur parcours de soin. L'accompagnement humain demeure essentiel pour éviter la perte d'autonomie ou la perception d'un consentement bafoué, car non suffisamment informé, voire le renoncement aux soins. Enfin, dans tous les corps de métiers de la santé, des voix expriment des difficultés grandissantes face à l'exercice d'une médecine toujours plus techniciste[75].

La prise en compte de la dimension configurante des technologies pour les interactions, les relations entre les participants, et la réalisation coordonnée des activités professionnelles est fondamentale dans notre approche des appels au SAMU. C'est pourquoi, avant de nous focaliser sur l'étude des appels aux institutions urgentes, nous abordons désormais les études sur l'outil technologique fondamental dans l'accomplissement de la régulation médical : le téléphone.

[75] Outre la technologisation des actes de soins, l'augmentation de la charge administrative est pointée du doigt. En médecine de ville, une étude récente (Sinsky et al., 2016) aux Etats-Unis fait un constat alarmant : les tâches administratives sont devenues si lourdes que seuls 13% de la journée des médecins est consacrée aux interactions avec les patients[75]. Une autre étude de 2016 montre que les médecins pendant une journée moyenne de 11h, passent 6 heures sur leur ordinateur (Arndt et al., 2017 ; Sinsky et al., 2016). Les médecins passent donc presque deux fois plus de temps sur des tâches administratives (49%) qu'en interaction avec leurs patients (27%). Les professions paramédicales ne sont pas épargnées par les conséquences de la digitalisation des métiers sur la répartition du temps alloué aux patients.

5. L'étude des interactions téléphoniques

« We can read the world out of the phone conversation[76] » Sacks (1972)

À partir des années 80, la question des relations entre la configuration technique de l'outil de communication et l'organisation de l'activité interactionnelle devient un thème de recherche à part entière en AC. Nous l'avons évoqué en plusieurs occasions, au SAMU l'activité professionnelle est intrinsèquement une activité de parole : l'institution est rendue possible par la production d'interactions verbales. Or, celles-ci ne peuvent à ce jour être accomplies que par l'existence d'un dispositif de communication à distance : le téléphone.

C'est pourquoi dans cette section nous présentons les procédés interactionnels spécifiques aux interactions téléphoniques tout en suivant la trajectoire technique du téléphone. En observant cet artefact communicationnel depuis le point de vue anthropologique de sa lignée technique (Simondon, 1958) nous déroulerons le fil de l'intégration de diverses fonctionnalités, depuis la téléphonie fixe, puis mobile, jusqu'au smartphone et la communication vidéo. Reconnaitre les pratiques ordinairement inscrites dans le quotidien des usagers du SAMU, tant dans leurs échanges communicationnels privés qu'institutionnels, nous amènera ensuite à identifier les difficultés interactionnelles à source technologique qui surviennent dans les appels au SAMU.

5.1. Mise en visibilité du dispositif : un objet technique pour les interactions sociales

L'étude des technologies de la pensée, à commencer par l'écriture, puis l'imprimerie, le télégramme et téléphone, jusqu'aux nouvelles formes de socialité en face à face distant n'ont de cesse de questionner les conditions d'accomplissement des occasions sociales (Voglimacci et al., 1985, p. 6). Il s'agit de considérer que l'interaction sociale ne survient pas uniquement dans des environnements dans lesquels deux individus ou plus sont physiquement en présence de l'un et de l'autre.

Nous avons vu que l'intérêt de Sacks et Schegloff pour les interactions téléphoniques n'était pas motivé par l'analyse des spécificités des interactions téléphoniques, mais constituait plutôt un moyen plus général d'examiner la conversation ordinaire dans un environnement spécifique. Ce sont la disponibilité d'enregistrements téléphoniques ré-écoutables à l'infini, l'absence

[76] N.d.T : « *On peut comprendre le monde à partir de conversations téléphoniques*. »

d'éléments visuels dans les échanges (réduisant drastiquement l'étendue des phénomènes à analyser) et le caractère bien délimité de cet évènement social qui ont motivé ces recherches, plus qu'un intérêt pour le téléphone lui-même (cf. *infra* chapitre 2).

Le téléphone ne commence à être étudié en tant que technologie pour l'interaction qu'à partir des années 1980, soit un siècle après son invention[77]. La véritable mise en visibilité du téléphone a été rendue pertinente tout d'abord par Hopper (1992) puis par le développement des travaux sur la téléphonie mobile. Ces recherches soutiennent une prise en compte progressive des processus d'innovation du téléphone et des usages des technologies dans les activités humaines. Surtout, elles mettent en lumière l'adaptation de l'interaction au dispositif technologique.

5.2. Effets configurants de la technologie sur les interactions : la téléphonie fixe

« The participants' conduct was oriented to this being a conversation on the telephone they were doing" the talking on the telephone[78] *»* (Schegloff, 2002, p. 290)

Même si des dispositifs (combiné d'écoute, haut-parleur) permettent d'inclure d'autres participants, le trait le plus caractéristique du téléphone est qu'il est un artefact construit pour deux, qui favorise des échanges dialogaux et une configuration dyadique (Hopper, 1992, p. 30) Mercier et al. (1985, p. 6) précisent à ce propos que l'abonnement et le numéro individuel ainsi que la forme du combiné contribuent à faire du téléphone fixe un instrument pour converser à deux et que le fil matérialise, à chacune de ses extrémités, un unique correspondant. La dimension dyadique ayant pour avantage de limiter les pratiques de sélection du prochain locuteur. Dans les appels au SAMU, on retrouve toutefois souvent la configuration multi-parties. Autour du couple parental notamment : un des parents est le locuteur principal mais répète les questions à son conjoint, qui intervient en arrière-plan.

[77] Sur ce sujet Chevet (2017) rappelle que « l'invention du téléphone en 1876 rompt un axiome de communication fondamental, celui selon lequel l'œil peut repérer l'origine d'un bruit si l'oreille peut l'entendre. En effet, avant cette invention, entendre des voix en l'absence de leurs locuteurs relevait de la folie ou du mysticisme. »

[78] N.d.T : « Le comportement des participants était orienté vers le fait qu'il s'agisse d'une conversation au téléphone, ils faisaient *de la parole au téléphone*. »

Comme dans cet extrait de notre corpus :

CH15HN_B_19

```
84. TIE     >elle était allongée par terre< oui
85. MED     alors elle [a bien] eu une perte de connaissance
86. TIE                [mais ]
87. TIE      {elle a eu perte de connaissance/
88. TIE2    non enfin moi quand je suis arrivée quoi elle [elle: a:}
89. MED                                                    [vous savez pas
90. TIE     {↑quand t'es arrivée↑ qu'est-ce qu'elle disait/}
91. TIE2    {j'ai mal}
92. TIE     elle disait j'ai mal
```

Autre figure récurrente de la configuration triadique dans les appels au SAMU : l'appelant- tiers qui téléphone pour un patient qui est à côté de lui et qui participe à l'interaction, généralement à la demande du membre de l'institution :

C15HN_9

```
32. ARM     est-ce que c'est possible qu'elle parle au téléphone pour
33.         que le médecin l'entende
34. TIE     (.)tu peux parler maman au téléphone/=
35. PAT     {=j'ai pas la force}
36. TIE     non(.)elle se sent pas la force=
37. ARM     = mais je l'ai entendue pourtant donc euh en[fin on]va&
38. TIE                                                 [eh::: ]
```

Le patient peut aussi devenir l'interlocuteur direct du membre de l'institution :

C15HN_11

```
172. MED    d'accord et vous pouvez me passer votre maman< (.)au téléphone/
174. TIE    ha ha >↑elle arrive à peine à parler↑<=
175. MED    =>non je voudrais voir ce qu'il en est exactement<((inaud.))
176. MED    allo allo (0.5) allo
178. TIE    °tiens, elle veut te parler°
179. PAT    ↓c'est qui ↓((bruit))
180. MED    °c'est° c'est >↓bonjour madame ↓< (.)↑allo↑
181. PAT    °oui°
182. MED    >bonjour madame je suis le médecin< vous avez
183. PAT    oui
```

Le travail de Schegloff (1968) a permis d'établir que les participants organisent leurs ouvertures téléphoniques ordinaires en quatre séquences spécialisées :

1. sommation/réponse (*summon answer sequences*) ;
2. l'identification/reconnaissance ;
3. séquence de salutation ;
4. requête initiale et sa réponse.

Si ces séquences tendent à former une structure générale des interactions téléphoniques, elles n'apparaissent pas nécessairement à chaque appel téléphonique ordinaire. Toutefois, un appel est le plus souvent accompagné d'une série de procédés locaux visant à faire ratifier l'ouverture de la conversation téléphonique[79].

Hopper (1992, p.83) propose de classer les formats d'ouvertures en fonction des statuts relationnels des interactants :

Ouvertures des appels et statuts relationnels		
Intimes	**Connaissances**	**Inconnus**
Sommation-Réponse	Sommation-Réponse	Sommation-Réponse
Salutations	Identification/reconnaissance	Oui
Requête	Salutations	Raison de l'appel

Schegloff (1968, p. 118) met quant à lui en avant le rôle de la sonnerie du téléphone dans l'organisation des ouvertures téléphoniques. Il observe que le premier « hello ? » d'un appel n'est pas une salutation, mais une réponse à une sommation accomplie par la sonnerie du téléphone :

Schegloff 1986, 119

```
            ri-
            sonn-
Joan:       Hello ?
            Allo ?
Cheryl:     Hello:.
            Allo:.
Joan:       Hi:.
            Bonjour:.
Cheryl:     °hh Were you s(h)itting by the pho:ne
            °hh Tu étais assise près du téléphone ?
Joan:       No, I'm (0.3) I'm in the kitchen, but I wz talking to a
            Non, je suis (0.3) Je suis dans la cuisine, mais je parlais
            friend a mine earlier. I was putting (0.2) my fried rice
```

[79] Les ouvertures de conversations téléphoniques non institutionnelles manifestent une forme d'organisation générale, où alternent des paires adjacentes, sommation/réponse, échange de salutations, échange de « comment ça va ? », au cours desquelles les participants disposent de ressources spécifiques pour régler la question de leur identification mutuelle (Schegloff, 1986 ; 2007).

avec un ami à moi Je mettais (0.2) mon riz frit dans mon assiette
on my plate to go eat lunch
pour aller déjeuner

En français, le terme spécifique « allo » plutôt que « bonjour » corrobore cette hypothèse. Cet extrait montre que les participants peuvent s'orienter vers le nombre de sonneries et le topicaliser. Ainsi, le temps que met Joan à répondre à l'appel (rapidement) est topicalisé par « *Y'were you s(h)itting by the phone* » et ce juste après les séquences de sommation/réponse, d'identification (reconnaissance de la voix d'un proche) et de salutations. Cette topicalisation amène Joan à se justifier d'avoir répondu aussi rapidement. Les participants rendent ainsi intelligible le fait qu'il y a un nombre normal de sonneries avant de décrocher. Cela montre que la dimension technologique peut être un élément vers lequel les participants s'orientent dans l'interaction et qu'ils peuvent éventuellement thématiser. À ce titre, la sonnerie téléphonique et le décroché constituent la paire relationnelle standard appelant/appelé qui implique des droits et des obligations différents, ceux-ci se manifestant par exemple dans l'organisation des ouvertures et des clôtures.

Les ouvertures d'appels sont en effet organisées par le dispositif de catégorisation appelant/appelé, les participants s'orientent vers ces rôles. Les interactants ont à réaliser un ensemble de tâches afin de s'engager (ou non) dans la conversation téléphonique. Généralement, l'appelé prend la parole en premier alors qu'il répond à la sommation (la sonnerie) de l'appelant. Ensuite, l'échange de salutations se coordonne avec les procédures d'auto-identification et de reconnaissance des locuteurs (Schegloff, 1986a, p. 121). C'est ce que Schegloff (*ibid.* 136) appelle un format avec entrelacement (*interlocking organization*), dans lequel les séquences n'ont pas de fonction spécialisée puisqu'un tour de parole peut accomplir plusieurs tâches à la fois (la salutation se combine avec l'échange des noms). L'accomplissement de la séquence d'ouverture configure et instaure une position séquentielle où est pertinente l'introduction par l'appelant d'un premier sujet (*anchor position*) qui est reconnu, sauf précision éventuelle, comme le motif de l'appel.

Pour ten Have (2002, p. 235) l'étude des appels téléphoniques doit se focaliser d'abord sur les tâches à accomplir, avant de regarder la structure séquentielle généralement utilisée pour les

accomplir. Schegloff avait dans ce sens proposé trois tâches inaugurales des conversations téléphoniques (*op.cit.* p. 113)[80]:

1- établir le contact ;
2- rétablir la relation ;
3- préparer le (premier) topic.

À ce jour, les ouvertures demeurent la forme la plus largement étudiée dans les appels téléphoniques. Pour Luke et Pavlidou (2002, p. 11) cela s'explique en partie par la complexité des clôtures. Alors que les ouvertures ont des structures facilement identifiables, notamment leur commencement, il est plus difficile d'identifier le déclenchement des clôtures. Dans une de ses Lectures consacrée à la pertinence de la paire appelant/appelé, Sacks souligne qu'en plus de la règle l'appelé parle en premier, cette paire est ensuite de nouveau rendue intelligible au moment de la clôture, puisqu'il revient souvent à l'appelant de préparer la clôture. Il peut par exemple mentionner que la clôture se ferait dans l'intérêt de l'appelé avec une formule du type « bon je te laisse travailler » (1992, vol.2, p. 361). Comme l'ont montré Sacks et Schegloff (1973, p. 309) une des formes typiques de PA au moment des clôtures est un « okay » donnant lieu à un « okay » en réponse. Ils ont aussi montré que pour les participants, l'accomplissement de la clôture implique des procédures délicates (1973, p. 294). Par exemple, lorsqu'un des locuteurs arrive à son point de complétion, son énoncé ne doit pas être un lieu pertinent de transition (LPT) *in extenso*, mais ne doit pas pour autant être interprété comme un silence (Button, 1990).

Le téléphone a été étudié par González-Martínez et al. (2016) en tant qu'objet de coordination rendant possible l'activité professionnelle en milieu hospitalier. Les autrices soulignent la complexité du travail continu de *gestion téléphonique* que doivent accomplir les infirmières. Les appels téléphoniques apparaissent à la fois « comme des moments de mise à l'épreuve, de validation et de concrétisation » des consignes transmises par les médecins (*ibid*. para 18). En outre, ces appels constituent des espaces relationnels où se mettent en place les identités et relations professionnelles, et se définissent les responsabilités des uns et des autres (*ibid*. para 28).

[80] N.d.T: *« 1- establishing contact 2- (re)establishing a relationship 3- working towards a (first) topic. »*

Hopper (1992) s'intéresse à quelques évolutions techniques du téléphone fixe dont il est contemporain dans les années 1990. À savoir, l'option de mise en attente de son interlocuteur est alors un dispositif très usité dont il déplore le caractère intrusif (*ibid.* 198), mais également celle permettant de bloquer certains destinataires ou de voir apparaître le numéro de l'appelant sur un écran que l'on ajoute à son téléphone fixe. Hopper examine particulièrement l'apparition des répondeurs téléphoniques. Il rappelle les difficultés d'acceptation de cette nouvelle fonctionnalité et raconte comment de nombreuses personnes (y compris lui-même) la rejettent en raccrochant systématiquement lorsque la voix du répondeur se fait entendre (*ibid.* 221). Cette réaction, explique-t-il, serait due au renversement qu'implique l'arrivée de ce nouvel objet technique. Alors que dans l'interaction téléphonique classique le répondant est désavantagé car il doit s'exprimer en premier sans savoir qui le contacte, avec le répondeur, non seulement l'appelant doit inaugurer la prise de parole, mais en plus il ne peut exiger de dialogue.

Dans une perspective proche, Schegloff voit dans l'arrivée de la fonctionnalité de l'identification de l'appelant (*caller ID*) pour les téléphones fixes, une exploitation commerciale de l'organisation des ouvertures des conversations (2002, p. 293). La possibilité de bloquer l'identification de l'appelant (*caller ID blocking*) révélant alors selon lui que les participants cherchent à maintenir les asymétries caractéristiques des conversations téléphoniques.

Ces travaux ont révélé les conséquences interactionnelles des transformations du téléphone et appelé à une prise en compte de sa dimension structurante. Ils ont aussi porté une réflexion sur l'avenir technologique du téléphone. Ainsi, Hopper avise t'il en 1992 que :

> La conversation téléphonique multipartite va devenir banale (…) nous devrions voir plus de communications vidéo. Historiquement, le téléphone est un médium construit pour deux. De nombreuses innovations récentes (p. ex : l'appel conférence, la connexion triadique) commencent à étendre la parole au téléphone au-delà de la dyade[81].

La trajectoire technique du téléphone s'accélère significativement à partir des années 1990 avec le radiotéléphone, puis téléphone cellulaire, le GSM, jusqu'au téléphone mobile (ou portatif/ portable) puis le smartphone (ou téléphone intelligent).

[81] N.d.T : *« the multi-party telephone conversation will become commonplace (..) we shall increase video phoning. Historically, the telephone has been a medium built for two. Numerous recent innovations (eg., the conference call, the triad connection) begin to extend telephone talk beyond the dyad. »*

5.3. De la téléphonie mobile aux smartphones

« Comment devrions-nous comprendre l'utilisation du téléphone mobile : est-ce comme n'importe quel téléphone, ou est-ce que les nouvelles affordances technologiques modifient la façon dont ce type de conversation est initié et conduit[82] *? »* (Schegloff, 2002, p. 297)

L'arrivée de la téléphonie mobile a donné lieu à des nombreuses études de terrain, où la relation entre soubassement technologique et structuration de l'interaction a été plus particulièrement étudiée à partir de l'influence de l'usage de dispositifs mobiles sur la forme standard des conversations téléphoniques. Les chercheurs en AC se sont en effet demandé à partir des années 2000 si les nouvelles *affordances*[83] (Gibson 1977 ; 1979) technologiques impactent significativement les interactions téléphoniques. Dans un premier temps, la recherche s'intéresse aux conversations mobiles en les comparant à la téléphonie fixe de la même manière qu'elle avait envisagé l'étude des conversations institutionnelles depuis le point de vue de leur comparaison avec les conversations ordinaires.

Les travaux semblent s'accorder sur le fait qu'une large part des caractéristiques de la téléphonie fixe est observable aussi dans la téléphonie mobile : la tendance dialogale et dyadique de l'échange limitant l'usage de la sélection est maintenue, on retrouve l'utilisation de continuateurs (comme « mhm ») pour manifester la coprésence et une raison de l'appel est généralement l'objet du premier topic de la conversation. Licoppe (2002) et Schegloff (2002) soulignent toutefois que la téléphonie mobile favorise des appels plus brefs et fréquents.

[82] N.d.T*: « how should we understand cell phone use: is it like any other phone use, or do the new technological affordances modify the terms under which such conversations are initiated and conducted ? »*

[83] Le terme *affordance* a été proposé par le psychologue américain James Gibson et désigne la manière dont des objets (naturels ou non) incitent à certaines possibilités de comportement, et du coup à réaliser certains gestes dans cet objectif. Cette notion a été reprise ensuite par Donald Norman (1989) pour les interactions homme-machine et décrit la potentialité de l'action perçue dans un objet technique et la capacité de cet objet à suggérer sa prise en main. Comme le souligne Nova (2020, 4) dans le cas du smartphone, la forme de l'appareil n'indique pas clairement comment l'utiliser, contrairement à une poignée de porte.

5.4. Les séquences spécialisées des appels de téléphonie mobile

Des études comparatives, dont nous ne citerons que quelques exemples ici, se sont spécifiquement intéressées aux séquences d'ouvertures des deux types de téléphonie, en montrant des caractéristiques communes dans leur structure, mais aussi des spécificités avec notamment l'augmentation des séquences de localisation et d'identification (Hutchby & Barnett, 2016 ; Laurier, 2001 ; Weilenmann, 2016).

L'étude des séquences de localisation nous intéresse particulièrement dans cette étude car elle révèle les effets interactionnels des contraintes technologiques. Avec la technologie mobile, dans les appels ordinaires, le fait de ne pas connaître le lieu et d'émission ou de réception d'un appel sur mobile peut occasionner des séquences spécifiques dédiées à la localisation des locuteurs, comme en témoigne le prototypique « t'es où ? » (Relieu, 2002) et l'abondante littérature centrée sur l'incorporation de la téléphonie mobile dans les lieux publics (de Gournay, 1994 ; Jauréguiberry, 1998; J. Morel, 2006).

Dans les appels au SAMU, du point de vue historique, à l'époque de la médecine au pied de l'arbre (Lareng, 1995) les appels étaient initialement émis depuis des cabines téléphoniques ou des postes fixes depuis des domiciles proches de l'incident. Aujourd'hui, de nombreux logiciels d'aide à l'envoi de secours sont des systèmes augmentés (*enhanced system* ; Zimmerman, 1992) qui permettent de retrouver automatiquement les informations de localisation des appelants - ou plutôt des abonnés - depuis des postes fixes. Alors que la majorité des appels sont désormais émis depuis des téléphones mobiles ou smartphones, le système technique du SAMU n'offre pas la possibilité à ce jour de localiser précisément le lieu d'émission des appels (cf. *infra*).

D'autres travaux mettent en lumière la multiactivité que favorise le téléphone mobile et son usage alors que nous empruntons les transports ou au volant (Haddington & Rauniomaa, 2011 ; Licoppe & Figeac, 2014) ou encore l'envoi de SMS tout en interagissant avec notre environnement (Relieu, 2008). À propos du SMS, s'il est déjà un canal de communication très prisé dans la sphère privée et professionnelle, il pourrait occuper une place grandissante dans

nos interactions avec les institutions[84]. Dans leurs travaux sur les maisons France Service[85], les chercheurs Huguet et Aegerter (2022) soulignent tout l'intérêt d'élargir le recours au SMS (ou texto) pour le suivi des dossiers des personnes qui viennent chercher de l'aide dans leurs démarches administratives. Dans les services d'aide médicale urgente, le SMS permet de donner l'autorisation d'ouvrir la caméra pour les appels en visiocommunication. Durant la crise sanitaire du Covid-19, il est un maillon central dans le suivi des contaminations par l'Assurance Maladie ou dans la transmission de résultats des laboratoires d'analyses médicales.

5.5. Des appels multimodaux : se voir au téléphone

Dans les appels ordinaires passés d'un smartphone à un autre, les appels vidéo sont de plus en plus utilisés. La séquence spécialisée d'identification n'a pas lieu d'être, puisque la reconnaissance est visuelle comme dans les interactions en face à face. À notre connaissance, les premières tentatives de proposer la vidéocommunication pour nos interactions sociales à distance remontent aux années 1960 lorsque l'entreprise états-unienne Bell décide de commercialiser son Picture Phone. Toutefois, comme le souligne Hutchby (2001), cette technologie mettra du temps avant de véritablement s'intégrer à nos usages quotidiens.

Un grand nombre d'études sur les communications vidéo concernent les interactions supportées par des ordinateurs (vidéo-conférence, télémédecine) sur des écrans projetés et autres environnement fixes ou encore via des applications de visiocommunication (Mlynář et al., 2018). Dans cette forme multimodale d'interaction, les études se focalisent sur les ouvertures (Gan et al., 2020) ou sur des interactions institutionnelles tel que l'examen médical (Pappas & Seale, 2009 ; Seuren et al., 2021) ou le rendez-vous avec un conseiller Pole Emploi (Velkovska & Zouinar, 2007). Il peut aussi s'agir d'activités spécifiques telles que montrer un objet (Licoppe, 2017 ; Licoppe & Tuncer, 2019), du traitement interactionnel de l'apparition d'un tiers à l'écran (Veyrier & Licoppe, 2015) ou encore les conséquences interactionnelles de défaillances technologiques dans des conversations privées (Rintel, 2013) ou professionnelles (Bonu, 2007, 2008). Le smartphone pour la visio-communication est abordé par Licoppe et

[84] Le SMS est au cœur du dispositif de santé « Mobile Alliance for Maternal Action (MAMA) déployé dans 4 pays tests, le Bangladesh, l'Afrique du Sud, l'Inde et le Nigéria depuis 2018. Il s'agit d'un suivi médical de femmes enceintes et jeunes mamans par SMS.

[85] Les Maisons France Service sont des lieux d'accueil emploi et médiation sociale d'accompagnement dans les démarches administratives.

Morel (2009) en tant que dispositif permettant la connexion continue, même quand les participants se déplacent.

5.6. Une ère du smarthophocéne

« Whenever the mobile phone chirps it alters the traditional nature of public space and the traditional dynamics of private relationships[86]*. »* (Katz & Aakhus, 2002, p. 301)

Dans le volume « Perpetual Contact », Katz et Aakhus (2002) proposent d'observer comment le téléphone mobile modifie la nature même de nos comportements dans le monde social. Si les objets communicationnels s'adaptent aux besoins des usagers, ils en créent aussi de nouveaux. Les auteurs articulent le concept de *Apparatgeist* qui suggère que l'objet serait porteur d'une logique sociétale, une orientation universelle vers l'acte communicatif, qui précède largement l'artefact téléphone. En cela, ils rejoignent la perspective portée par Simondon (1958) et nous amènent à envisager le téléphone mobile depuis son inscription dans la lignée technique des objets communicationnels rendant possible un état de contact perpétuel (*perpetual contact*). L'*Apparatgeist* désigne ces stratégies collectives qui constituent une logique universelle dans l'usage du téléphone. Cela s'exprime dans la multiplication de fonctionnalités qui font du téléphone un objet global (Nova, 2018).

Katz et Aakhus décrivent une volonté de contact perpétuel, qui si elle est portée par le groupe (l'universel) et modifie les rapports sociaux, impacte et détermine également les comportements individuels[87] (*ibid.* 307). L'idée d'une conversation continue rejoint la notion de Schegloff et Sacks (1973) d'un *continuing state of incipient talk*, survenant par exemple lorsque des individus entrent en conversation alors qu'ils partagent un trajet en voiture, sont voisins dans un avion, ou travaillent dans un open-space. Dans ces configurations, les interactions adviennent et se déploient dans le temps sans séquences de clôture. Aujourd'hui, cette dimension est comparable à l'état de communication continu dans lequel se trouvent beaucoup d'usagers des nouvelles technologies, communiquant par le biais d'un vaste ensemble

[86] N.d.T : « À chaque fois que le téléphone gazouille cela altère la nature traditionnelle de l'espace public et la dynamique traditionnelle des relations privées. »

[87] Le néologisme américain « FoMO » (acronyme de *Fear of Missing Out*) décrit bien cette crainte de se déconnecter et de s'exclure de la vie sociale qui va conduire les individus à consulter leur smartphone en permanence.

de dispositifs et applications, sans que les interactions ne se clôturent du point de vue de l'espace et du temps.

Ensuite, il apparaît que les fonctionnalités des smartphones sont également des moyens d'ajustements coordonnés (Nova, 2020, p. 157). On assiste à une amplification des activités de coordination de la vie sociale. Des pratiques de conscience mutuelle de groupe (*group awareness*) telles qu'elles ont été étudiées à l'origine dans le champ du Computer Supported Collaborative Work (CSCW) à partir des années 1990 et qui ont opéré un glissement de la sphère professionnelle au domaine de la sociabilité privée. C'est là l'idée d'une conscience mutuelle, suscitant une coordination spontanée et qui peut être définie comme « l'appréhension des activités des autres, laquelle fournit un contexte pour sa propre activité » (Dourish & Bellotti, 1992, p. 1).

5.7. Un objet technique fulgurant

En 2019, l'agence onusienne en charge des télécommunications (ITU) évalue à 5,28 milliards les utilisateurs de smartphones[88]. Outre cette diffusion massive, nous voyons apparaître avec Nova (2020) une autre caractéristique singulière du smartphone : à la différence du portable, la fonction d'appel téléphonique n'est pas la plus fréquemment employée sur le smartphone.

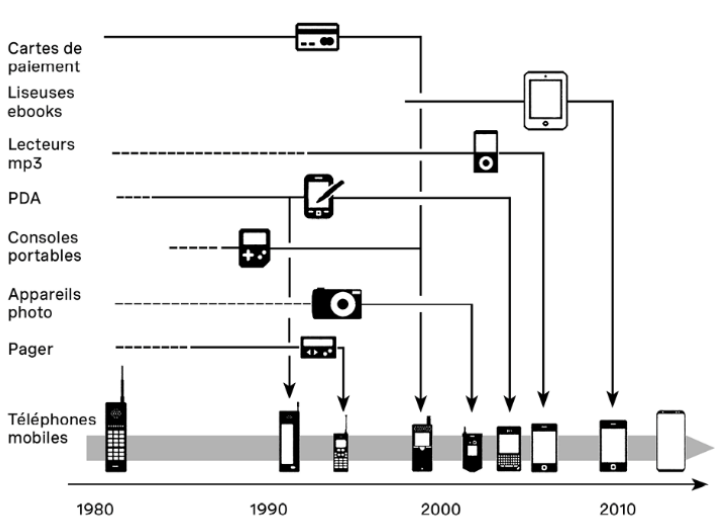
L'auteur cite une étude du Pew Research Center Smith (2015) montrant que les fonctions les plus couramment utilisées sont[89]:

1. l'échange de messages (SMS, mini messages) avec des applications (telles que WhatsApp) ;
2. l'accès Internet ;
3. les communications audio/vidéo ;
4. les échanges de courriels ;
5. la participation et la consultation des réseaux sociaux ;
6. l'accès aux vidéos, à la musique ;
7. la consultation des nouvelles ;
8. l'usage des jeux vidéo ;

[88] Source : Measuring digital development. Consultée le 31 mai 2022
[89] Source : www.pewresearch.org/internet/2015/04/01/us-smartphone-use-in-2015/ consulté le 21 mars 2022

9. l'utilisation des cartes géolocalisées ;

Grâce à toutes ces fonctions, le smartphone pose une rupture avec son prédécesseur et s'impose, en seulement une décennie, comme l'interface d'accès à tout un éventail de services. Plutôt que de chercher une frontière temporelle, Nova propose d'observer l'inscription de cet objet technique dans une généalogie complexe et hybride. Sur cette figure, il montre l'assemblage progressif de multiples fonctionnalités, de prise en charge du rôle de multiples autres biens de consommation :



2 Évolution de la convergence des services numériques sur le smartphone, avec une représentation à l'échelle des terminaux. (Source: N. Nova)

Figure 3 Nova 2020, p. 14

Somme toute, le smartphone apparaît comme l'accomplissement du méta-média[90] imaginé par Kay et Goldberg (1977), un objet technique fulgurant réunissant en lui tous les médias préexistants qui se sont succédés au cours des 30 000 ans passés d'histoire humaine (Citton, 2022, p. 173). Si le smartphone est un objet technique singulier de par son caractère évolutif, Nova attire aussi notre attention sur le fait que malgré son homogénéité de façade (forme, principe technique, type d'application), sa combinaison d'applications, de contenu et d'usage en fait un objet résolument personnalisé (2020, p. 14). Comme le souligne Allard (2010, p.12) , le mobile est tout autant une technologie relationnelle qu'une technologie du soi, au sens de

[90] Le concept de méta-média ou méta-médium a été défini par Kay et Goldberg alors qu'ils travaillaient sur la conception du système informatique *Dynabook*, dont nous avons présenté l'origine et l'influence dans notre mémoire de recherche de Master 2 Humanités Numériques : « Dynamic Land : Étude des mécanismes à l'œuvre dans la conception d'un outil d'externalisation de la pensée. » (2018) sous la direction de François Perea.

Foucault (1988). L'appareil servant tant à communiquer qu'à permettre un retour sur soi, exprimer notre intériorité[91]

Dans son enquête ethnographique, Nova démontre que s'il est vrai que la fonction standard d'appel est désormais moins utilisée que la fonction messages texte et l'accès à l'internet, il ne faut néanmoins pas en conclure que les usagers ont cessé les appels vocaux. En fait, ce sont surtout les modalités et les destinataires qui ont évolué. Lorsque les usagers téléphonent, c'est désormais presque toujours soit à leurs contacts les plus proches soit dans le cadre de leur activité professionnelle. Surtout, les appels sont liés à des temporalités spécifiques dans la journée des utilisateurs, c'est-à-dire le soir ou pendant leurs pauses. L'auteur montre aussi que si les plus jeunes reconnaissent avoir très peu recours aux conversations téléphoniques standards, ils décrivent pourtant l'usage fréquent de visioconférences planifiées sous forme de rendez-vous. Des propos qui selon lui ne témoignent non pas d'une disparition de l'échange oral, mais plutôt d'une reconfiguration de sa place dans les échanges communicationnels (*ibid.* 254) : « soit pour mieux convenir aux habitudes de la personne qui appelle, soit pour des raisons contextuelles, telle que l'urgence ou la frustration de ne pas recevoir de réponse via des messages textuels, ou encore par obligation professionnelle ».

On notera également que reconnaissance vocale et production automatisée de la parole sont désormais intégrées à la quasi-totalité des smartphones. Des fonctionnalités couplées à celle de la commande vocale, pour envoyer un SMS, déclencher un appel ou ouvrir une application. Le téléphone acquiert ainsi un statut d'objet communiquant, réalisant là le rêve à l'origine même de son invention, celui de faire un jour parler la machine[92] (Chevet 2017 para.31). Enfin, relevons l'essor des SMS vocaux où la production vocale s'inscrit dans la temporalité du message textuel asynchrone et la possibilité de réécouter l'enregistrement dans une dynamique conversationnelle (ce qui n'est pas le cas des répondeurs téléphoniques).

[91] Allard (2009) décrit aussi le smartphone comme une technologie de *l'écrivance* qui donne la possibilité à chacun de médiatiser son intimité.

[92] L'autrice raconte : « Le brevet d'invention du téléphone a été décerné en mars 1876 à Alexander Graham Bell. Or, les travaux de cet inventeur étaient encouragés depuis le début par son père, Alexander Melville Bell, lui-même passionné par les machines. Ce dernier était présent en 1845 lorsque Joseph Faber présenta *Euphonia*, sa machine parlante au public. Vingt ans plus tard, en 1863, il emmenait ses fils, dont Alexander, voir « l'homme mécanique », développé par Sir Charles Wheatstone, un automate très rudimentaire simulant une voix humaine. Durant l'été 1864, Alexander et son frère Melville construisirent à leur tour une machine parlante. On comprend donc que l'homme qui a conçu le téléphone comme une *machine à communiquer* était fasciné par l'idée de faire parler un jour la machine elle-même ».

5.8. Émergence et abandon de ressources techno-interactionnelles

Nous distinguons fonctionnalités et ressources. La personnalisation des sonneries, par exemple, est une ressource pour l'identification de l'appelant (Licoppe, 2011) qui fut plébiscitée un temps. De nos jours, les usagers utilisent d'autres ressources que les sommations sonores, les appareils sont souvent mis en mode silencieux, l'usager exerçant une attention quasi continue sur le dispositif[93]. Alors que la séquence *summons/answer* est envisagée par Hopper (1992, p.57) comme l'unique accès vers l'interaction téléphonique, l'application de visiocommunication, Houseparty modifie les modalités d'ouverture des appels vidéo : il devient possible de rejoindre un appel vidéo déjà en cours parmi ses contacts sans avoir besoin de les prévenir, c'est-à-dire sans en faire la demande[94]. Le succès fulgurant de cette application de téléphonie vidéo (lancée en 2020, elle acquière 50 millions d'utilisateurs en un mois lors du premier confinement de la pandémie Covid-19) n'aura duré qu'un temps, les fondateurs annoncent quelques mois plus tard retirer HouseParty des catalogues d'applications pour disent-ils « se concentrer sur le développement de interactions sociales dans le Metaverse[95]». Ainsi, les procédures spécialisées dans les appels sont-elles soumises au devenir des objets techniques, disparaissant, ou au contraire se renforçant, avec l'émergence de nouvelles ressources[96]. Au demeurant : « les innovations techniques transforment et contraignent les possibilités pour parler[97] » (Hopper, 1992, p. 68 ; voir aussi Hutchby, 2014, 2001).

---

[93] Seules 11 % des consultations des smartphones font suite à une notification (Heitmayer & Lahlou, 2021).

[94] N.d.T: « *Summons provides the only way into telephone*. »

[95] Le Métaverse est un concept commercial proposé par l'entreprise Facebook. Il s'agit d'un univers virtuel connecté à internet et accessible via un dispositif de réalité virtuelle. Les industriels envisagent qu'à l'avenir nos interactions sociales, tant professionnelles que intimes, se déroulent largement dans cet univers virtuel immersif. Il est fondé sur le croisement de technologies multi-sensorielles, de réalité virtuelle (VR), de réalité augmentée (AR) et de l'internet des objets. À ce jour, les activités qui se déploient dans le Métaverse relèvent principalement du champ du jeu vidéo. Source : Perez (9/09/2021). Epic Games to shut down Houseparty in October, including the video chat 'Fortnite Mode' feature. Consulté le 21 mars 2021 sur https://techcrunch.com/2021/09/09/epic-games-to-shut-down-houseparty-in-october-including-the-video-chat-fortnite-mode-feature/.

[96] Les *smartglasses* (lunettes intelligentes) tentent de proposer de nouvelles configurations et potentialités interactionnelles, par exemple l'usage *d'images conversationnelles* (Gunther, 2014) ou *photo-discours* (Ghliss, 2020) dans les interactions en face à face. De tels dispositifs semblent de plus tout à fait adaptés à la pratique du guidage à distance par les équipes du SAMU ou tout du moins à permettre un accès visuel à un patient depuis le dispositif *smartglasses* d'un tiers. Leur usage par des ambulanciers pré-hospitaliers pour collaborer avec le médecin régulateur du SAMU est l'objet des travaux de Morel (2019).

[97] N.d.T: « *Technical innovations transform and constraints possibilities for speaking* .»

5.9. Un artefact intrusif ?

Si le smartphone configure nos interactions, Nova souligne également la manière dont la matérialité de l'objet oriente l'action : particulièrement, les informations sur l'écran forment une sorte de liste de choses à effectuer, et de fait structurent l'action (*ibid.* 70). Licoppe (2010) évoque lui une crise de la sommation faite de sonneries, de vibrations, de clignotements renvoyant à la notion d'une attention partielle continue (*continuous partial attention*)[98] . L'idée d'une pluralité de régimes attentionnels que l'on retrouve notamment chez Citton (2014b, 2014a) et qui a donné lieu à de nombreuses études critiques sur l'hyper focalisation et de potentiels troubles de l'attention que provoquerait cette technologie. À ces appréciations négatives s'ajoutent celles de la dématérialisation exponentielle des interactions et de l'hermétisme structurel de nos appareils. Autre forme de contestation qui accompagne souvent le smartphone, celle d'un outil de surveillance (Zuboff, 2018a), un « mouchard relié à des plateformes qui collectent et enregistrent analysent et vendent nos traces » (Citton, 2022). Pour Agamben (2006, p. 44) : « qui se laisse prendre dans le dispositif du téléphone portable, et quelle que soit l'intensité du désir qui l'y a poussé, n'acquiert pas une nouvelle subjectivité, mais seulement un numéro au moyen duquel il pourra, éventuellement, être contrôlé ».

En fait, avec la multiplication des modalités techniques du téléphone, les critiques s'intensifient. Particulièrement, il est reproché au smartphone son intrusivité : il altérerait la qualité de nos interactions sociales en face à face. Entourés de nos proches, nous serions désormais distraits et plus à même de perdre le fil de la conversation. Des travaux observent spécifiquement comment les participants se désengagent de la conversation en cours et regardent leur smartphone dès qu'ils ne sont plus le locuteur principal ou si une attention minimale suffit à participer (Robles et al., 2018). Dans ces travaux critiques, l'interaction avec et dans nos téléphones pendant les situations sociales multipartites est traitée comme une implication secondaire, c'est la conversation en co-présence physique qui est la première et véritable implication (Didomenico & Boase, 2013).

[98] Le terme a été inventé par la journaliste spécialiste des technologies Linda Stone (1998) à l'époque où la téléphonie mobile commençait à s'imposer dans les pays industrialisés.

D’autres études soulignent au contraire que le téléphone, artefact cognitif (Norman, 1994) depuis longtemps envisagé comme une technologie - prothèse, un prolongement mimnésique, s’intègre aujourd’hui de plus en plus naturellement dans nos interactions sociales en face à face. Ces travaux examinent comment la manipulation du smartphone peut être une pratique routinière dans les interactions entre amis (Porcheron, 2019) ou dans des contextes spécifiques, tel que la salle de classe (Sahlström et al., 2019). Ce que ces études soulignent c’est que le fait d’utiliser le smartphone en même temps que l’on pratique une activité collective (et notamment la conversation) n’est pas forcément problématique. Au contraire, le smartphone est régulièrement manipulé comme un objet venant soutenir l’interaction, par exemple pour montrer une photo (Oloff, 2021 ; Robles et al., 2018), apporter une nouvelle information, produire une blague ou encore contester un argument (Porcheron, 2019). S’il est utilisé pour se repérer et se déplacer dans la ville (Laurier, 2001 ; Laurier et al., 2016), le smartphone est aussi un média positionnel (Licoppe, 2016) lorsque la localisation des utilisateurs est à visée interactionnelle. Elle permet par exemple la rencontre sexuelle anonyme via l’application Grindr (Licoppe et al., 2016), l’intervention urgente en cas d’arrêts-cardio-respiratoires (Robert & Bonu, 2019) ou encore le jeu avec Pokemon Go[99] (de Souza e Silva et al., 2021).

5.10. Un outil de la mesure de soi

Les chercheurs se sont aussi intéressés au smartphone en ce qui concerne la notion du *quantified self*. Elle repose sur l'analyse des diverses traces collectées par l'appareil, en vue de « repérer des motifs, et potentiellement de modifier son comportement en fonction de ceux-ci au moyen des technologies de l'information et de la communication » (Nova 2020, p. 139). Des dispositifs que Licoppe (2013, p. 25) qualifie de technologie réflexive, donnant la possibilité aux usagers de « visualiser leurs activités en train de se faire ou l'évolution de leur état », et qui sont pour Cardon (2015) une *dataification* de nos vies, sous forme de traces et signaux. Nova propose lui de reprendre le terme de tableautiste de Auray (2014, p. 18), décrivant le travailleur qui surveille les installations depuis une salle de contrôle, organisée autour d'un tableau synoptique. Ces interfaces de visualisation, de mesure, d'optimisation des comportements, que

[99] Il faut aussi souligner que certaines fonctionnalités liées à la localisation relèvent parfois de la simple illusion technologique. En 2015, une enquête publiée dans la revue Wired signale que la localisation en temps réel dans l’application Uber est fondée sur un faux algorithme. La présence sur la carte des véhicules qui seraient à proximité ne reflète pas une véritable localisation mais une information factice cherchant à convaincre qu’i s’agit d’un service rapidement disponible. Source : https://www.wired.co.uk/article/uber-algorithm-fake. Consultée le 06 avril 2022

l'on décrit comme des technologies du *self tracking* sont caractéristiques des smartphones et sont pour Licoppe (2013, p.7) « le héraut d'un nouveau type d'individu, avec un rapport particulier à l'action, à la présence, à l'existence, et avec ses formes propres de subjectivité ».

Des applications qui s'inscrivent majoritairement dans le domaine de la santé et qui sont au cœur du projet numérique du Ségur de la Santé, notamment dans le récent dispositif Mon Espace Santé (MES) qui est articulé autour d'un catalogue d'applications tierces labélisées. La question des applications pour smartphones concerne aussi le champ de la régulation médicale, nous y reviendrons dans le dernier chapitre de ce travail.

5.11. Approches écologiques du smartphone

Dernièrement les travaux se focalisent plutôt sur l'écologie du smartphone, avec des dénonciations techno-critiques qui ciblent à la fois son coût environnemental et sa dimension coloniale (Allard, 2022, p. 59). Ainsi, à la problématique extractiviste s'ajoute une reconnaissance de formes d'appropriations historiques des terres (et leurs ressources) et des corps pour fabriquer les smartphones. Une exploitation humaine à laquelle sont soumis des centaines de milliers d'enfants, notamment dans les mines congolaises (*ibid.* 61). Ces travaux alertent que la justice sociale et environnementale doit passer par une reconfiguration politique des modes de production du smartphone. Ce dernier est envisagé comme une *technologie zombie*, pour reprendre le terme proposé par le physicien José Halloy (cité par Allard et al., 2022), dont l'obsolescence vient alourdir la masse de déchets que nous déposons sur la planète. Des recherches qui, bien qu'elles traitent plutôt de la matérialité de l'objet que de sa dimension interactionnelle, rejoignent la posture que nous adoptons dans ce travail vis à vis de la production des technologies. L'impératif de produire des objets numériques de manière plus vertueuse sera envisagé comme un préalable impondérable à toute perspective d'introduire ou produire de nouveaux outils technologiques en régulation médicale. C'est pourquoi, dans la dernière partie de ce travail, avant d'imaginer des dispositifs technologiques souhaitables pour le SAMU, nous aborderons l'éthique des technologies de la régulation médicale.

6. L'interaction téléphonique urgente

« Just as it takes two to make interaction succeed, it also takes two to make it fail[100]*. »* (Garcia & Parmer, 1999a, p. 319)

Une abondante littérature est consacrée aux centres de traitement des appels urgents, abordant cette organisation sociale par l'analyse du développement séquentiel des interactions verbales téléphoniques qui constituent l'activité. Les conversationnalistes ont formalisé l'organisation structurelle des appels urgents et montré en quoi elle est différente de celle des appels ordinaires, que ce soit dans les séquences d'ouverture, l'organisation globale de l'appel, et les rôles et devoirs des participants. Ils ont insisté sur la nécessité fondamentale de prendre en compte dans l'analyse, à la fois l'activité sur le plateau, les phénomènes de coordination et de coopération, et les logiciels qui soutiennent la pratique professionnelle. Plus particulièrement, on envisage l'appel téléphonique d'urgence depuis son inscription dans un assemblage complexe (Dodier & Barbot, 2016) qui mobilise une expérience de la situation et du problème médical asymétriquement accessibles aux appelants et aux membres de l'institution. En se focalisant sur les activités situées en relation aux droits et devoirs des participants, on montre l'étendue des pratiques interactionnelles en jeu, leur impact sur la trajectoire et la progressivité de l'appel et les conséquences interactionnelles lorsque les agendas des participants ne parviennent pas à s'aligner.

Après avoir parcouru les caractéristiques fondamentales des appels d'urgence, nous présenterons les principaux travaux nous ayant permis de constituer un ensemble de ressources théoriques pour nos analyses du corpus d'appels au SAMU.

6.1. Formalisation d'une structure interactionnelle des appels urgents

Les premières études conversationnelles sur les appels d'aide sont celles menées par Don Zimmerman de l'Université de Californie, Marilyn et Jack Whalen du Palo Alto Research Center, et Jörg Bergmann de l'Université du Bielefeld dans les années 1980. Ces travaux pionniers rendent compte de l'organisation générale des appels d'urgence donnant à voir

[100] N.d.T : « Tout autant qu'il faut être deux pour qu'une interaction aboutisse, il faut également être deux pour la faire échouer. »

comment la structure de ces appels est une adaptation des procédures et ressources des participants dans leurs interactions ordinaires. On doit à Zimmerman (1984a, p. 211) d'avoir le premier établi la structure des appels d'urgence, selon le modèle suivant, en cinq phases majeures remplissant chacune des fonctions spécifiques :

Phase 1	L'ouverture et l'identification
Phase 2	La demande d'intervention
Phase 3	Séries interrogatives
Phase 4	Sa réponse à la demande d'aide
Phase 5	La clôture

Ces phases sont visibles dans l'extrait suivant de notre corpus :

C15HN_B_6

01.	ARM	samu bonsoir/
02.	TIE	(.) oui bonsoir ↑madame↑ je m'excuse de vous déranger là
03.		je vous appelle parce que j'ai ma petite fille ↑qui
04.		a la diar:rhée:↑
05.	ARM	ou[i
06.	TIE	[et alors on aurait voulu savoir ce qu'il faut qu'on
07.		qu'on lui donne=
08.	ARM	[=oui
09.	TIE	[ça fait déjà une semaine et là bon (.)on l'a emmenée
10.		chez notre médecin traitant ↑mais il nous a rien donné↑
11.	ARM	vous êtes sur quelle commune/
12.	TIE	sur xvillex
13.	ARM	son nom de famille/
14.	TIE	c'est xnomx
15.	ARM	((saisie clavier)) c'est elle a quel âge/
16.	TIE	elle a eu ↑deux ans↑
17.	ARM	d'accord >c'est votre fille< ou votre petite fille/
18.	TIE	non c'est ma petite fille=
19.	ARM	=↑d'accord↑ je vais vous passer un docteur au téléphone
20.		quittez pas
21.	TIE	↑d'accord ben je vous remercie↑
22.	ARM	je vous en prie au revoir
23.	TIE	↑au revoir↑

Cette structure des appels d'aide est une ressource pour comprendre les conséquences interactionnelles du placement d'une action dans le cours de l'appel. Elle nous informe sur la manière dont les participants orientent mutuellement leur participation. Ce modèle demeure à ce jour le socle analytique de la majeure partie des études conversationnelles.

En fait, l'organisation particulière des appels d'urgence renvoie spécifiquement à l'accomplissement du but de l'institution : rassembler les informations pertinentes et les traiter dans un délai minimal (Fele, 2006b, p. 36). Au principe de l'analyse de cette organisation, les auteurs commencent par reconnaître que la parole est au centre du processus professionnel (*Talk as work* ; Drew et al., 1992), et que cela montre bien le rôle fondamental que le langage joue dans la gestion des problèmes sociaux (Whalen et al., 1988, p. 147).

6.2. Les ouvertures des appels aux structures d'urgence

Ensuite, la formalisation de la structure interactionnelle des appels urgents s'accompagne d'un certain nombre d'observations sur les séquences qui la composent, à commencer par les ouvertures. Whalen et Zimmerman (1987b) remarquent en effet une réduction du format canonique par rapport aux ouvertures des appels ordinaires, et particulièrement l'absence de séquences de salutation. Dans l'extrait à suivre, relativement prototypique des appels de demande d'aide urgente, le topique discursif (la voiture vandalisée) est formulé dès le premier tour et l'appelant ne produit pas d'item de salutation, ni d'auto-identification :

CORPUS MCE/ 21-9/12 Whalen and Zimmerman 1987

D: Mid-city Emergency
C: Um yeah(.)somebody jus' vandalized my car,
D: What's your address?
C: Thirty-three twenty-two: elm.

Dans cet extrait de notre corpus, nous retrouvons cette même structure d'ouverture de l'appel marquée par l'absence de salutations :

C15HN_A_20

114.	ARM	↑oui le samu↑
115.	TIE	ah j'ai j'ai j'ai ma femme la qui est très mal ↑hein↑ je
116.		suis deux (.) lotissement xnomx à xvillex=
117.	ARM	=xvillex
118.	TIE	deux lotissement xnomx xvillex

Dans ces formats, la suppression de la séquence de « *greetings* » et de « *how are you* » a pour conséquence de modifier le placement du premier topique (*ibid.* 172). On observe comment la spécialisation et la réduction de la séquence d'ouverture font survenir la raison de l'appel plus tôt que dans un appel ordinaire et établit une séquentialité propre à l'institution, celle qui rend possible l'activité d'écoute et traitement des requêtes (*ibid.* 178).

Les salutations peuvent être produites par tous les participants :

C15HN_B_6

```
01. ARM     samu bonsoir/
02. TIE     (.) oui bonsoir ↑madame↑ je m'excuse de vous déranger là
03.         je vous appelle parce que j'ai ma petite fille ↑qui
04.         a la diar:rhée:↑
05. ARM     ou[i
```

Ou un seul participant :

C15HN_B_1

```
01. ARM     oui: >le samu<
02. TIE     (.)°oui:: bonsoir monsieur° je me permets de vous contacter
03.         hhh po:ur notre enfant là&
04. ARM     ∇dites-moi∇
05.
```

Une large partie du corpus d'appels au SAMU que nous étudions se distingue des appels d'aide étudiés dans des structures dédiées strictement à l'urgence vitale : les salutations y sont fréquentes. Elles sont immédiatement suivies d'un type d'information fondamental pour l'accomplissement de la qualification de la demande : la définition des identités catégorielles

6.3. Émergence des identités situées

Dans cette phase d'ouverture, afin de faire face à l'absence d'un accès visuel mutuel, les participants utilisent des moyens verbaux pour accomplir la reconnaissance ou l'identification. Cela permet l'émergence des identités situées des participants (Greco, 2004 ; Whalen & Zimmerman, 1998b) par l'auto-identification catégorielle du répondant (qui peut être couplée à la salutation comme dans « le samu bonjour » et éventuellement un signe de reconnaissance de l'appelant (par exemple, « oui »), qui sert à confirmer que l'appelant a atteint le numéro voulu. La définition de l'identité catégorielle dans les appels d'urgence accomplit les mêmes fonctions que l'élément « allo » par lequel on répond aux appels ordinaires, c'est-à-dire qu'elle termine la PA « appel / réponse » (Fele, 2006b, p. 38). Lors d'un appel d'urgence les participants

s'alignent mutuellement l'un comme usager ayant besoin d'aide médicale urgente l'autre comme membre de l'institution étant en capacité de faire le nécessaire pour que l'aide requise soit fournie.

Concrètement, les auto-identifications informent du type de cadre de relation, c'est-à-dire soit de professionnel à professionnel ou de particulier à professionnel (Zimmerman, 1992). La tâche de définition des identités institutionnelles, accomplie en deux tours de parole, établit le cadre immédiat pour la suite de l'interaction (Fele, 2006b, p. 38). Si l'auto-identification est incomplète ou pas assez précise, des perturbations peuvent survenir. Les études insistent en effet sur l'importance pour les appelants de préciser de manière claire quel est leur niveau d'implication dans la situation, leur relation au patient notamment mais aussi de donner tous les détails dont ils disposent, sans rétention d'information (Garcia & Palmer, 1999a, pp. 314–320 ; Whalen & Zimmerman, 1990, p. 475 ; Zimmerman, 1984, p. 214).

À ce sujet, Garcia et Palmer (1999a) s'intéressent à l'émergence d'un état de doute dans un appel au 991 aux Etats-Unis. Le cas étudié montre comment ce phénomène peut être la conséquence d'incohérence ou du manque de pertinence dans la présentation de la raison de l'appel, conduisant à une contamination de l'activité (Jefferson, 1988 ; Whalen et al., 1988). Analysant un appel dans lequel le répondant ne parvient pas à saisir l'urgence véritable de la situation, les autrices détaillent les éléments qui ont conduit l'opératrice à douter des propos de l'appelant. Elles démontrent ainsi que malgré le fait qu'il ait plusieurs fois demandé explicitement une ambulance, le témoin participe à l'établissement du doute, notamment par ses procédures de présentation de l'appel. Ainsi les autrices établissent-elles que le doute, tout comme la confiance sont des phénomènes co-construits par les interactants (1999a, p. 298). Dans ce cas particulier (deux officiers de police ont été blessés avec une arme à feu), l'opératrice, parce qu'elle doute des propos de l'appelant, ne suit pas le protocole établi qui requiert de prévenir immédiatement par oral ses collègues et supérieurs et d'entrer un code de priorité dans le logiciel. C'est en fait toute une série d'actions qui vont conduire à un important retard dans l'envoi des secours, ceux-ci n'arrivant que quarante-cinq minutes après la fusillade. Ici aussi, les autrices insistent sur la nature co-construite de l'échec, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le témoin n'insiste pas suffisamment sur le caractère urgent de la situation, tant lors de sa production de l'ouverture de l'appel que dans son premier tour (*ibid.* 304). Les autrices y voient l'expression d'une nécessité pour l'appelant de se tenir à distance et ainsi se protéger du risque d'être impliqué dans l'affaire (*ibid.* 308). Ensuite, son choix de formulation de la raison

de l'appel « coups de feu » (*shot fired*) plutôt que dire par exemple « j'ai besoin d'une ambulance il y a deux blessés par arme à feu » favorise l'apparition d'un état de doute chez l'opératrice (celle-ci a pu à ce moment-là supposer que l'appelant ait confondu avec un bruit similaire). De plus, l'appelant est à la fois très calme, et confus. Le ton de sa voix « rauque avec des difficultés d'élocution » (*rough and slightly slurred* ; *ibid.* 309) porte l'opératrice à penser qu'il est probablement sous l'effet de substances (ce qui sera confirmé plus tard).

Dans le cas de cet appel, la manière dont l'appelant a présenté le problème a rendu difficile pour le membre de l'institution de saisir son propos et de le croire. En retenant des informations afin de se protéger ainsi que ses amis (qui sont les auteurs des coups de feu et qui ont pris la fuite) l'appelant décrédibilise son propos. Pourtant, les autrices indiquent que dans le traitement médiatique de cette affaire, les médias ont attribué l'échec de l'appel à l'opératrice. Elles rejoignent en cela le point de vue de Whalen et Zimmerman, affirmant que pour le grand public, ce sont systématiquement les opérateurs qui sont désignés comme responsables lorsque des appels se concluent par un échec dans l'envoi des secours appropriés ayant pour conséquence le décès du ou des patients concernés (1998b, p. 143).

Dans une autre étude, Garcia (2015a) examine comment le premier tour de l'appelante instaure une ambiguïté car au lieu d'utiliser une auto-identification catégorielle spécifiant qu'elle est une travailleuse sociale supervisant une visite familiale, elle utilise une catégorie liée à l'action qu'elle est en train d'accomplir (*activity-bound category* ; Sacks, 1972, 1992)

Excerpt 1 Garcia 2015

1 CT: morning?
2 (0.5)
3 C: ˈkay, i'm on uh supervised visitation for uh court ordered visit? (0.3) .h A:nd something
4 really weird has happened thuh kids went into thuh house and thuh- PArent (.) thuh
5 biological parent whose name is Mark Howell will not let me in thuh door.
7 (0.9)
8 C: h what should i do hh=

L'absence d'auto-identification professionnelle de l'appelant lors de son premier tour de parole participe à un état de divergence interprétative (Bonu, 2016) qui a des conséquences tragiques. Les circonstances sont les suivantes : la travailleuse sociale alerte qu'un père de famille s'est retranché chez lui avec ses enfants et signale qu'il est menaçant et que ceux-ci sont en danger immédiat. Le répondant ne parvient pas à saisir la situation et n'envoie pas les secours

nécessaires (ici la police). En ne produisant pas les références catégorielles pertinentes lors de sa description du problème, l'appelante ne parvient pas à convaincre son interlocuteur. L'opérateur imagine alors que l'appelante est la mère des enfants et qu'il s'agit d'une dispute familiale et cette incompréhension va avoir des répercussions qui vont se déployer tout au long de l'appel (2015a, p. 105). Or, le père est suspecté du meurtre de sa femme. En annonçant son nom, qui a été fortement médiatisé, l'appelante pense, à tort, que l'opérateur va immédiatement identifier le danger.

L'incompréhension demeure un *hidden reparable* (*réparable dissimulé* ; Garcia, 2013, p. 92) qu'aucune des parties ne corrige car ils n'en ont pas conscience. L'opérateur manque de réaliser la gravité de la situation et reste focalisé sur le déploiement de la série interrogative plutôt que de tenter de comprendre la situation qui est en train de se déployer. Ainsi, il ignore une information déterminante que lui fournit son interlocutrice : l'odeur d'essence (*ibid*. 113). L'issue de l'appel est tragique, le père tue les enfants et met le feu à la maison. L'étude de Garcia met à jour la notion de *réparable dissimulé*. Dans le chapitre 7, nous nous appuierons sur cette notion pour examiner les incompréhensions et malentendus qui ne sont pas repérés par les participants et se déploient sur plusieurs tours. Nous les décrirons comme des « perturbations dissimulées » et montrerons particulièrement qu'elles peuvent être transférées d'un interlocuteur à l'autre, d'un service à l'autre et quelles en sont les conséquences.

Pour revenir aux ouvertures et aux identifications, trois formes majeures se distinguent :

1- Identification institutionnelle simple du type : « *Nine one one* » ; « SAMU bonjour » Format qui établit une relation fournisseur d'aide / demandeur d'aide (*help provider / help seeker* ; (Garcia et al., 1999 ; Zimmerman, 1992).
2- Une forme élargie: « *911, what is your emergency?* » Format qui sollicite une présentation immédiate du problème (Cromdal et al., 2012) et qui présuppose que le motif d'appel est forcément urgent (Kevoe-Feldman & Iversen, 2022, p. 84 ; Wakin & Zimmerman, 1999, p. 425).

3- Une forme incluant l'identification mais aussi des informations et instructions :
« *State Police. Nine one one. This line is recorded. Where is your emergency?* »

Format qui présuppose que le motif d'appel est forcément urgent avec une focalisation sur l'envoi d'une équipe de secours.

Cromdal et al. (2012) proposent d'examiner comment le choix de tel ou tel format contraint les actions à suivre et implique de procéder immédiatement soit à la présentation du problème soit à la séquence de localisation. Les auteurs montrent que la forme identification + demande d'information sur l'incident favorise la progressivité de l'appel et une plus claire répartition des tâches qui incombent à chaque partie, posant que la responsabilité de détermination de l'aide appropriée incombe au professionnel et non pas à l'appelant. Ainsi, les formulations qui incitent les appelants à présenter directement la raison de l'appel peuvent permettre d'éviter un tour de parole où l'appelant demande une aide spécifique reposant sur son seul diagnostic profane.

Cette étude a pour originalité son approche comparative des ouvertures d'appels urgents après un changement organisationnel : la création du numéro 112 en 1996 en Suède où le service d'urgence est nommé SOS-Alarm.

Avant 1996, les ouvertures étaient formulées ainsi :

```
'Nittio Tusen' ;'SOS Nittio Tusen'
'Ninety Thousand' ; 'SOS Ninety Thousand'
```

Après le passage au 112, l'institution opte pour la formulation suivante :

```
'SOS Ett Ett Två, vad har inträffat?'
'SOS One One Two, what has occurred?'
```

Les auteurs notent qu'il y a dans la nouvelle formulation un entremêlement (*sequence interlocking* ; Schegloff, 1986) entre une orientation rétrospective vers la réponse à l'appel (*summons*) et une orientation prospective vers le tour suivant. L'identification explicite de l'institution (SOS) qui était optionnelle est désormais systématique et est en première position, précédant la question sur les circonstances qui ont motivé l'appel. L'étude souligne que le passage d'une forme à l'autre a des conséquences sur la présentation de la raison de l'appel (*ibid.* 391) : la première forme favorise un premier tour des appelants orienté vers le choix d'un service spécifique, quand la deuxième forme favorise une présentation du motif d'appel. La

phase d'ouverture de l'appel est désormais plus courte : la série interrogative est immédiatement enclenchée. En termes d'agentivité, cela a aussi pour conséquence de limiter l'opportunité pour l'appelant de préciser quel service il cherchait à joindre, c'est l'opérateur qui fait ce choix après la présentation de la raison de l'appel.

Dans une perspective proche, Koole, Verberg, et al. (2017) se sont attachés à comprendre quelles peuvent être les conséquences d'un changement de la question d'ouverture dans les appels urgents néerlandais, eux aussi organisés autour du 112. Ce numéro unique implique que l'appel urgent arrive à un premier opérateur (N1, dans un centre national de traitement des appels) qui attend de l'appelant qu'il lui dise quel service il cherche à contacter (pompiers, police ou ambulance) et c'est seulement une fois que le transfert a été fait au second opérateur (N2, dans un centre local de traitement des appels) qu'il est attendu de l'appelant qu'il présente le motif de son appel. Cette étude répond d'un objectif de recherche qui a été déterminé en amont sur demande de l'institution du 112 : mettre au point une méthode communicationnelle pour réduire la longueur des communications. Après examen d'un corpus d'appel, les chercheurs remarquent que les requérants introduisent souvent le motif d'appel au premier opérateur alors qu'il ne devrait être présenté qu'au second opérateur.

Les auteurs s'attachent alors à déterminer avec quelle question vaudrait-il mieux ouvrir l'appel du N1 en vue d'obtenir uniquement les deux informations requises : (i) le service urgent demandé (police, pompiers ou ambulanciers) et la ville ou le village de l'incident. En résultent deux nouvelles propositions de formulation pour l'ouverture des appels, qui sont examinées au même titre que celle déjà en place, pour observer leurs conséquences interactionnelles respectives[101] :

Modèle 0 : La phrase d'origine	« Centre d'urgence 1-1-2, à qui voulez-vous parler ? » *« Alarmcentrale 112. Wie wil u spreken*? »
Modèle 1 : Ajout de la dimension nationale + mention des trois institutions	« Centre d'appel national 1-1-2, voulez-vous parler à la police, aux pompiers ou aux ambulances ? »

[101] L'expérience fut menée avec 9 opérateurs pendant 9 jours et testant les 3 phrases d'ouverture différentes sur 2183 appels.

	« Landelijke alarmcentrale 1–1–2. Wilt u politie, brandweer of ambulance?»
Modèle 2 : Ajout de la dimension nationale + mention des trois institutions + emphase sur la dimension « plateforme de mise en relation »	« Centre d'appel national 1-1-2, voulez-vous être mis en relation avec la police, les pompiers ou les ambulances ? » *« Landelijke alarmcentrale 1–1–2. Wilt u doorverbonden worden met politie, brandweer of ambulance ? »*

Les résultats de leur étude séquentielle montrent que si le changement de format de question n'a pas de véritable impact sur la longueur des appels, il influence bien le contenu de la réponse. Des résultats qui mettent en évidence qu'il est plus pertinent de penser l'interaction urgente en termes de séquences d'action et non pas en termes de durée (*ibid.* 142). En effet, avec les formes 1 et 2, les appelants sont plus enclins à indiquer quel service ils cherchent à joindre plutôt qu'à donner la raison de leur appel :

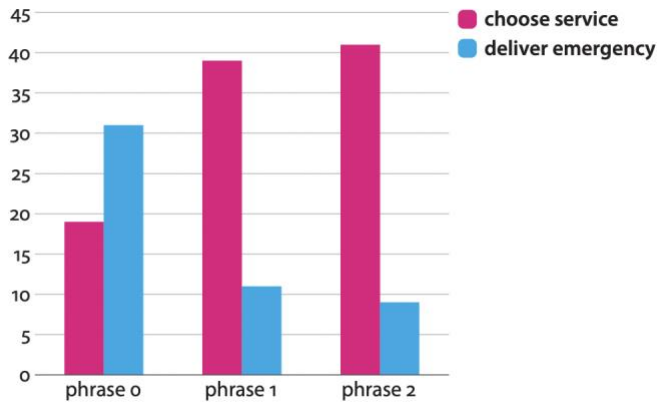


Figure 4 Placement du motif d'appel (Koole, Verberg, et al., 2011, p. 143)

Un format idéal d'ouverture d'un appel d'urgence a été identifié. Dans la formation « 911 Emergency Medical Dispatch role-play training » il est rappelé l'intérêt d'obtenir immédiatement une requête directe incluant la description de la situation et la localisation dans un même et unique tour (Kevoe-Feldman, 2019, p. 234). Cette forme est associée à la notion de *pack complet* (*complete package* ou *complete complaint package* ; Meehan, 1989).

Pack complet



Zimmerman (1992) a proposé d'étendre l'analyse du contexte séquentiel en reprenant la notion de pre-beginning (Schegloff, 1979, p. 27). On envisage alors que la séquence d'ouverture est nécessairement en relation avec des séquences d'action antérieures présumées de l'appelant (choix du service auquel on va téléphoner → numérotation → attente)[102]. Ainsi, dans nos analyses du chapitre 5, alors que nous chercherons à révéler les processus d'auto-détermination des appelants au SAMU, nous examinerons systématiquement quel a été leur choix initial du numéro à contacter pour leur problème médical (appel direct au 15 ; appel transféré depuis le 18 ou le 17 ou depuis le standard de l'hôpital)[103]. Ainsi, non seulement les communications sont régulièrement transférées depuis les pompiers mais de plus toute demande médicale présentée à l'ARM doit être transférée à un médecin régulateur (voir *infra*). Dès lors, nous prendrons en considération le fait qu'il y ait plusieurs ouvertures et clôtures dans le cours du même appel.

6.4. Les clôtures des appels urgents

On envisage la clôture d'un appel urgent en tant que séquence pivot, généralement brève et expéditive (Kevoe-Feldman & Pomerantz, 2018, p. 5 ; Whalen & Zimmerman, 1990, p. 471) mais qui implique des procédures délicates (Schegloff & Sacks, 1973, p. 294). Pour Zimmerman (1984a) le fait de formuler explicitement que l'aide a été accordée, c'est-à-dire que les secours sont partis, est une procédure pour initier la séquence de clôture. A contrario, le fait de ne pas assurer clairement qu'une ambulance est en route est une procédure visant à empêcher

[102] Zimmerman montre que les membres de l'institution s'orientent vers la dimension urgente des appels entrants même lorsque, notamment pour des raisons techniques, l'appel ne peut être réalisé (dans son corpus, les opérateurs rappellent systématiquement lorsque la connexion a été coupée avant l'ouverture de l'appel).

[103] Alors que nous écrivons ces lignes, devraient débuter des expérimentations pour déterminer si le numéro unique 112 sera instauré ou non en France. Les études citées ici, menées à l'étranger, nous semblent informer le débat. Par exemple, Koole, Verberg, et al. (2017 : 146) montrent que les appelants, quand ils font le choix de contacter le 112, semblent orientés vers l'activité de raconter leur problème et non pas de choisir à quelle institution ils veulent parler. En conséquence de quoi, les premiers tours de parole des appelants semblent être plus orientés vers leurs propres attentes que vers la production d'une réponse à la question de leur interlocuteur.

l'appelant de mettre fin à l'appel (Zimmerman, 1992). L'auteur souligne que des perturbations interactionnelles peuvent survenir lorsque la confirmation de l'envoi de l'aide fonctionne comme une pré-clôture du point de vue de l'appelant alors que l'opérateur ne souhaite pas mettre fin à l'appel (cf *infra* transfert d'appel). En outre, Zimmerman et Wakin (1999) et plus récemment Bolaños-Carpio (2017) ainsi que Koole et Burgsteden (2022) ont souligné le rôle particulier des remerciements dans les séquences de clôtures des appels urgents (les *thank you closing*). En particulier, la production de ces remerciements rend visible le statut catégoriel de l'appelant soit comme requéreur qui remercie soit comme témoin qui est remercié d'avoir apporté de l'aide.

Par ailleurs, dans certains cas, par exemple lorsque l'ARM demande à parler au patient et non plus au tiers, des séquences supplémentaires de clôture et de réouverture apparaissent, que nous examinerons dans les deux chapitres d'analyse interactionnelle. Particulièrement, nous insisterons sur l'importance fondamentale de procédures interactionnelles pour faciliter l'activité de transfert lors des séquences de clôture et de ré ouverture (cf. *infra*). Ces séquences de transfert impliquent aussi que soit plusieurs fois présentée la raison de l'appel.

6.5. Formes et procédures de production de la raison de l'appel

L'étude détaillée des séquences des interactions urgentes révèle la manière dont, tour après tour, la raison qui a motivé l'appel est présentée et construite dans un processus conjoint. Il s'agit pour cela d'examiner le destin conversationnel (de Fornel & Verdier, 2014a, p. 97) de la raison de l'appel. À partir de l'étude des caractéristiques interactionnelles de la présentation de la raison de l'appel, son placement et son format séquentiel, se précise le rôle qu'elle joue dans la prise de décision. La séquence de présentation de la raison est, comme lors de la visite en cabinet médical, envisagée depuis son caractère progressif, collaboratif et de la manière dont elle est influencée par l'attitude et les choix linguistiques du membre de l'institution. C'est une phase de l'interaction qui se termine généralement lorsque le professionnel intervient pour lancer la séquence interrogative (Heritage & Robinson, 2006a, p. 2).

Tout d'abord, l'appelant doit à la première occasion séquentielle pertinente présenter sa requête. En principe, ce premier tour de l'appelant doit être une demande explicite d'aide ou la description d'un problème (qui est en fait une demande implicite d'aide). Les trois informations capitales qui doivent survenir dans cette séquence sont (i) qui a le problème (ii) quelle est la

nature du problème (iii) depuis quand dure le problème (Leppanen, 2005, p. 201). En théorie, la présentation de la raison de l'appel affine les identités conversationnelles : l'appelant est maintenant devenu l'initiateur d'une requête, et l'appelé est promu récepteur (Whalen, 1995, p. 16). L'appartenance à la catégorie de récepteur de la requête entraîne certaines obligations, et notamment celle de produire un diagnostic qui peut mener à l'initiation d'un départ immédiat d'une équipe de secours, au transfert de l'appel au médecin régulateur (éventuellement pour un simple conseil médical) ou, dans d'autres cas, au refus de la requête[104].

En réalité, il est rare que l'appel au secours ne se limite à un échange qui serait une requête et sa satisfaction. Cela n'arrive que dans des situations d'urgence vitale, qui lorsqu'elles sont facilement identifiables donnent lieu à des sorties réflexes. D'une manière générale, les demandes de secours qui ne contiennent aucune information sur la nature du problème, et qui sollicitent donc l'envoi d'aide sans fournir la raison de la demande, ne déclenchent pas le départ réflexe, même dans le cas d'une urgence vitale.

La manière dont le problème est présenté est une caractéristique fondamentale des appels d'urgence (Fele, 2006b, p. 39). Zimmerman (1992, p. 435) identifie quatre manières de présenter la raison de l'appel :

1. requêtes (*requests*) ;
2. des annonces (*reports*) ;
3. des comptes rendus (*descriptions*) ;
4. ou des récits (*narrative accounts*) ;

Le fait qu'un appelant s'engage dans tel ou tel format a des conséquences sur la série interrogative qui va suivre et par conséquent sur le traitement de la requête initiale d'intervention. Nous reprenons en partie la description que fait Fele (op.cit. 39 sqq.) de chacune de ces quatre formes :

[104] En AC, les répondants de premier niveau (qui sont au SAMU les ARM) sont décrits comme des *gatekeepers* (gardiens ; Heritage & Clayman, 2010a)

1- Requête *(requests*)

La requête est typiquement formulée dans un format qui explicite clairement ce que souhaite l'appelant. Elle est la première partie d'une paire dont la clôture est la satisfaction effective de la demande. Cela peut s'apparenter à la commande d'un véhicule de secours ou à la demande d'une information spécifique. Auquel cas, on pourra considérer avec Whalen et al. (1992, p. 160) qu'il s'agit de requêtes de type 1 (interactions de service) qui sont formulées dans le cadre d'un service de type 2 (interactions de demande d'aide).

Par exemple, obtenir une information :

CH15HN_ B_26

```
01.   ARM         samu ↑bonsoir↑
02.   TIE         oui bonsoir >je suis à xvillex < et je voulais avoir le
03.               nom du médecin de garde ou ↓éventuellement ses
04.               coordonnées si vous les avez↓
```

Ou solliciter un entretien médical téléphonique :

C15HN_B_6

```
01.  ARM    samu bonsoir/
02.  TIE    (.) oui bonsoir ↑madame↑ je m'excuse de vous déranger là
03.         je vous appelle parce que j'ai ma petite fille ↑qui a la
04.         diar:rhée:↑
05.  ARM    ou[i
06.  TIE      [et alors on aurait voulu savoir ce qu'il faut qu'on
07.         qu'on lui donne=
```

2- Annonce (*reports*)

Les annonces définissent le problème de manière concise et directe. C'est dans ce format que l'on peut voir de manière particulièrement évidente que l'appelant est orienté vers une activité d'un certain type : il s'attend à trouver à l'autre bout du téléphone un récepteur prêt à recevoir une annonce qui concerne un problème médical urgent. Le tour suivant de l'ARM doit rendre visible son alignement vers cette activité.

Comme dans ces fragments :

C15HN_B_8

```
01.  ARM     samu bonjour
02.  PAT     bonsoir madame je voulais me couper les veines mais
03.          ↓ça coule plus↓
04.  ARM ↑   c'est quoi qui coule plus↑ le sang vous voulez vous
05.          couper les veines/
```

C15HN_A_10

```
01.  ARM     oui le samu
02.  TIE     {↓oui je sais↓}↑oui↑ oui bonjour euh:: je suis au xquartierx
03.          j'ai ma maman qui fait un début de coma diabétique=
04.  ARM     =d'accord >vous êtes à quelle adresse au xquartierx s'il
05.          vous plait/<
```

C15HN_A_12

```
01.  ARM    le samu
02.  TIE    euh bonjour=
03.  ARM    bonjour
04.  TIE    ↓bonjour↓ je vous appelle parce que je suis avec mon père
05.         là et il a du mal à respirer et euh je sais pas trop quoi
06.         faire en fait euh:
07.  ARM    ça fait combien de temps qu'il est comme ça/
```

3- Compte rendu (*descriptions*)

Certains appels commencent par un compte-rendu de l'événement qui est moins concis que la simple annonce. Les comptes rendus sont généralement faits d'énoncés déclaratifs qui informent le membre de l'institution du problème, tout en fournissant quelques éléments contextuels additionnels.

C'est le cas dans les extraits suivants :

C15HN_A_9

```
01.  ARM   oui le samu
02.  TIE   oui bonjour je vous appelle pour ma mère là je l'ai vu euh là
03.        je l'ai trouvée par terre de depuis quelques
04.        temps ça va pas du tout :h elle est sous elle est sous
05.        morphine et elle s'étouffe elle arrive pas à respirer :h on
06.        avait rendez-vous demain pour un i.r.m à saint pierre mais je
07.        pense pas :h et là elle est: je l'ai trouvée par terre là
08.        euh:: ↓elle est tombée↓ voilà et: ↓voilà ↓
```

CH15N_B_27

01.	ARM	↑samu bonjour↑
02.	TIE	oui bonjour je vous appelle par ce que mon bébé de huit mois
03.		il a avalé des gouttes panotil c'est un antibiotique pour
04.		les oreilles je voulais savoir ↑si c'est dangereux ou pas↑
05.		ou si euh je lui donne à manger et si ça craint rien
06.	ARM	je vais vous passer le médecin euh vous appelez de
07.		quelle ville/

Dans leur étude de la description dans les appels urgents, Cromdal et al. (2008, p. 949) proposent de reconsidérer un des concepts du philosophe Ryle (1966) : la distinction mince / épaisse (*thin / thick*). Celle-ci les amène à distinguer la description d'un événement de la description de la signification d'un événement. Ils établissent alors que les appelants sont en fait orientés vers la production de descriptions « suffisamment épaisses » (*thick enough*). Dans le chapitre 5, nous nous appuierons sur cette distinction pour souligner le travail de légitimation des motifs d'appel.

4- Récits (*narrative accounts*)

Les appelants peuvent produire un récit pour expliquer la raison de leur appel. Dans ce cas, en règle générale, les participants n'ont pas à négocier leur droit à la parole extensive (Sacks et al., 1974) pour faire la narration de leur problème. On observe toutefois des formes de descriptions initiales. En effet, le format narratif commence généralement par une présentation initiale du problème qui fournit les trois informations capitales que nous mentionnions précédemment (Leppanen, 2005, p. 201). Ces descriptions initiales suggèrent qu'un récit plus long va suivre. Un travail interactionnel qui n'a pas pour objectif de demander le droit de produire un récit mais de préparer l'interlocuteur à son écoute. Il est implicite que le récit arrivera jusqu'aux symptômes ressentis dans le *ici et maintenant* (Heritage & Robinson, 2006b, p. 483). Contrairement aux annonces et aux comptes rendus, où les événements sont présentés de manière à démontrer sans délai le bien-fondé de la demande, dans le cas des récits, les appelants produisent souvent des détails qui ne sont pas immédiatement reconnaissables en tant que situations d'urgence demandant une intervention certaine et immédiate de la part d'une organisation. Dans ces cas, les membres de l'institution discutent avec l'appelant pour déterminer si la situation est de nature à mériter (ou non) une intervention ou si un conseil médical suffira. Le caractère suspensif de la compréhension et de l'alternance des locuteurs joue alors un rôle important. Notamment en ce qui concerne la pression temporelle et le flux continu d'appels qui s'organise en file d'attente.

En fait, la narration d'un motif d'appel est caractérisée par sa nature *action-oriented* (Cromdal et al., 2008, p. 928) c'est-à-dire cognitivement focalisée dans le déploiement séquentiel des buts de l'activité. Le travail interactionnel de l'appelant consiste à arriver à faire partager cette focalisation, celui de l'agent à contrôler les conditions d'adéquation du récit avec l'organisation institutionnelle (niveau d'aide nécessaire, moyens à disposition au moment de l'appel…).

Si la correspondance n'est pas perçue comme immédiate et non problématique, alors un travail de modification de l'engagement (Goffman, 1990) est entrepris par l'un ou par les deux interlocuteurs. Sur ce point, Kevoe-Feldman et Iversen (2022) examinent un appel au 911 où une personne en crise suicidaire tente de produire un récit mais est interrompue. En fait, l'opérateur ne parvient pas à s'éloigner du déploiement routinier de l'activité, et tente de revenir à son agenda institutionnel qui implique de collecter la localisation avant la raison de l'appel. Or, la demande de l'appelant est précisément de recevoir un soutien émotionnel qui passe par le fait pouvoir produire un récit et d'être écouté. Ce que lui refuse l'opératrice, qui se maintient dans le strict cadre de l'agenda institutionnel et ne peut empêcher l'apparition d'un conflit : l'appel se conclut sur « *Fuck you I'm jus' gunna kill myself* » et la personne raccroche (*ibid.* 88).

En fait, et c'est là toute la complexité de la production des récits dans les appels d'aide, produire une narration pénalise parfois la compréhension de la nature de l'incident par l'agent de l'institution. Dans l'étude de Garcia (2015a) que nous mentionnions précédemment, la travailleuse sociale produit une narration chronologique des événements plutôt que de les caractériser. En d'autres termes, plutôt que de dire « il s'agit d'un kidnapping d'enfant » (*naming the event* ; Sharrock & Turner, 1978 ; Zimmerman, 1992) l'appelante se focalise sur la production du récit des événements qui sont en train de se dérouler. Elle produit d'ailleurs des *story prefaces* qui minimisent la sévérité de la situation qu'elle s'apprête à décrire (« *something really weird happened* » puis « *and this is thuh craziest thing* »[105]).

Rappelons ensuite que la narration n'est pas une procédure solitaire qui se déploierait sur plusieurs tours sans que le répondant n'ait d'influence sur son déroulé. Bonu (2001, p. 57) parle de phénomènes narratifs interactionnellement constitués et les caractérise par leur orientation

[105] N.d.T « il s'est passé quelque-chose de vraiment étrange » ; « et c'est absolument fou ».

évaluative. Il rappelle que l'étude de la narration en AC a mis au premier plan à la fois l'alternance (réduite mais significative) des locuteurs ainsi que la participation active du destinataire avant, pendant et après le récit. En fait, la production d'une narration repose nécessairement sur une coordination des participants. On s'attarde alors sur le rôle des évaluations dans la constitution de l'activité de narration.

Les évaluations représentent l'une des formes que les participants utilisent pour montrer et construire leur participation à l'activité en cours, comme dans cet extrait de notre corpus :

C15HN_B_3

11.	ARM	↑samu bonjour↑
12.	TIE	(.)oui bonjour madame euh voilà >je vous appelle j'ai mon
13.		fils qui a de la fiév^ euh de huit ans< qui a
14.		de la fièvre depuis hier qui se plaignait de courbatures
15.		et là maintenant il a la nuque toute raide et ∇il arrive
16.		plus à bouger son cou il se (.)il se plaint de la nuque
17.		mais il a pas de il a pas de fièvre du coup [on
18.	ARM	[donc il
19.	TIE	s'inquiète∇
20.	ARM	avait mal et là maintenant il a plus mal alors ↑il avait
21.		de la fièvre et mal partout↑
22.	TIE	oui=
23.	ARM	=maintenant il a plus de fièvre/
24.	TIE	maintenant il a plus de fièvre par contre il a là il a la
25.		nuque toute raide et il est >enfin il a plus de fièvre<
26.		il est il a trente-sept huit quoi donc il a pas énormément
27.		de fièvre=&
28.	ARM	=hum
29.	TIE	&mais il a surtout la nuque toute raide et il: arrive
30.		plus à bouger son cou et il dit qu'il est tout ↑qu'il a
31.		mal qu'il a mal↑ au niveau de la nuque qu'il a mal euh=
32.	ARM	=vous appelez de quelle ville/

La locutrice produit des évaluations qui certes interrompent le développement de son récit, mais entretiennent toutefois « une relation étroite avec sa réception, puisqu'elles tentent d'anticiper et d'éviter des remarques éventuelles du destinataire » (*ibid.* 56). L'évaluation est bien une production coordonnée qui montre la prise de position, l'expérience et l'implication du locuteur vis-à-vis de l'objet évalué, ici l'état de santé du fils (*ibid.* 53).

Enfin, nous nous intéresserons au fait les appelants font fréquemment mention d'une résistance au problème dans leur récit (Jefferson, 1988). Ils mettent ainsi l'emphase sur le fait que leur situation s'est détériorée et qu'ils ne sont pas le type de personne qui demande de l'aide médicale pour des problèmes de santé de moindre importance (Leppanen, 2005, p. 201). C'est là un des

points de focalisation de notre étude, au chapitre 5 nous examinerons les récits qui présentent un problème vague, dont la nature est inconnue ou initialement de moindre importance mais dont l'intensification progressive a conduit à la décision de contacter le SAMU.

6.6. Procédures interactionnelles pour influencer le format de la requête

En examinant les requêtes présentées au SAMU, nous nous demanderons si certaines procédures interactionnelles produites par les ARM et médecins influencent le format de présentation de la demande médicale. Sur ce point, les études conversationnelles ont montré pourquoi et comment favoriser des présentations courtes de la raison de l'appel. Il a notamment été établi que les narrations courtes permettent un traitement plus rapide et plus efficace de la demande (sur un corpus en néerlandais Koole & Verberg, 2017 et sur un corpus en anglais Riou et al., 2017, 2018). Pour Riou et al. il existe des procédures pour inciter l'appelant à fournir une réponse concise. La question standardisée des opérateurs australiens (appelée *chief complaint*) est la suivante : « *Tell me exactly what happened*. » (« dites-moi exactement ce qu'il s'est passé »). Les auteurs montrent que quand les opérateurs utilisent le present perfect « *what's happened* » plutôt que le prétérit simple « *what happened* », les appelants sont plus enclins à produire un énoncé court plutôt qu'une narration. Ces observations rejoignent celles de Cromdal et al. (2012) qui suggèrent que les appels sont menés de manière plus efficace quand les opérateurs demandent au plus tôt dans la conversation quelle est la raison de l'appel. Par ailleurs, les travaux insistent sur les conséquences interactionnelles du choix des mots : une variation, même subtile dans la construction syntaxique ou dans l'intonation peut avoir des effets significatifs sur l'efficacité du traitement de l'appel (Heritage & Clayman, 2010b ; Riou, Ball, Whiteside, et al., 2018 ; Riou et al., 2017b ; Whalen & Zimmerman, 1987; Zimmerman, 1992).

6.7. Série interrogative et alignement des agendas interactionnels

L'organisation séquentielle des appels urgents implique un élément central qui est une paire adjacente dans laquelle le premier élément (la requête) est séparé du deuxième élément (la réponse) par une séquence insérée de questions et de réponses que Zimmerman (1998b, p. 101) appelle série interrogative. Ainsi, après le premier tour de l'appelant, débute généralement une séquence étendue sous la forme d'une série interrogative. Nous sommes dans la phase centrale de l'appel (phase 3). Les appelants doivent donc répondre à des séquences interrogatives qui

détermineront si leur requête est correctement motivée. Ce sont des questions à propos d'informations primaires (identification, âge, localisation) et plus généralement des questions pour permettre au membre de l'institution de comprendre la situation. Un processus de *reconstruction interactionnelle* (*search procedure* ; Sacks, 1992, p. 66) du parcours médical de l'appelant qui est d'un intérêt primordial car il donne la possibilité au répondant d'obtenir les réponses nécessaires à l'établissement du diagnostic (Zimmerman, 1984, p. 211). Certaines de ses séquences Q/R sont des *post-firsts* (Schegloff, 2007) pour déterminer la nature de la demande.

Dans nos analyses, nous examinerons les séries interrogatives pour détecter les phénomènes de non-alignement des participants. Par exemple, lorsqu'un des participants pose une question et son interlocuteur n'y répond pas, rendant visible comment les participants peuvent s'orienter vers des tâches différentes et les conséquences que cela a sur la progressivité et l'issue de l'appel. Nous examinerons dans les chapitres suivants des situations où le membre de l'institution est strictement focalisé sur son agenda institutionnel (Heritage & Robinson, 2006b) et qu'il y a une asymétrie entre l'agenda de l'appelant et l'agenda institutionnel, et comment cela favorise l'apparition de conflits.

Ce phénomène a été observé dans l'étude de Garcia (2015a, p. 112) : le répondant, en se focalisant sur le déploiement, tour après tour, des séquences interrogatives, ne relève pas les nouvelles informations que fournit la travailleuse sociale. Les participants mènent deux projets interactionnels distincts qui ne parviennent pas à s'aligner. L'opérateur, plutôt que s'orienter vers l'activité de détermination des besoins de l'appelante, maintient l'appel dans le strict cadre de la prise des informations primaires. Ces travaux nous informent sur la nécessité de former les répondants à pouvoir délibérément s'éloigner des procédures établies et de collecter et interpréter les informations qui peuvent émerger hors du contexte séquentiel routinier. L'examen des phénomènes d'affiliation et d'alignement nous amènera à déterminer quelle activité est bien traitée comme relevant de l'activité institutionnelle légitime. C'est ce qui intéresse Kevoe-Feldman et Iversen (2022, p. 84) quand elles examinent comment, pour un opérateur du 991, le fait de prodiguer des conseils (dans le cas d'appels de personnes en crise suicidaire) est envisagé comme une activité effectivement pertinente dans l'agenda institutionnel (et pas seulement l'activité d'envoi d'aide).

Nous distinguerons les appels où les participants montrent une même orientation vers les buts de l'institution de ceux où les membres de l'institution parviennent à *repousser les limites* (*pushing boundaries*) de l'activité institutionnelle c'est-à-dire à sortir des procédures routinières lorsque cela s'avère nécessaire[106]. Enfin, nous verrons comment dans d'autres appels, les membres de l'institution rendent visible que la demande ne relève pas de l'activité légitime de l'organisation, avec des pratiques de *gatekeeping* (Heritage & Clayman, 2010b ; Kevoe-Feldman & Iversen, 2022, p. 85). Les travaux en AC ont également souligné le rôle des logiciels d'aide au *dispatch* dans le déploiement interactionnel, tant dans l'apparition de phénomènes de non-alignement des participants que dans la manière dont ces logiciels standardisent les protocoles professionnels.

6.8. Standardisation des interactions urgentes et usage configurant des logiciels

Dans le monde anglo-saxon, le triage des appels est presque toujours soutenu par l'utilisation de logiciels d'aide au *dispatch* et au triage. Distinguons l'outil informatique d'aide à la régulation qu'est le *Computer-aided dispatch* (CAD) comparable au logiciel utilisé dans les SAMU français des logiciels de protocoles standardisés (*systematic dispatch protocol).* Ces derniers intègrent un script des questions à poser aux appelants et des instructions à leur donner[107]. Il s'agit d'arbres décisionnels (qui peuvent être informatisés ou non) comme le MPDS (utilisé dans beaucoup de pays anglosaxons et notamment le Royaume-Uni, l'Irlande, l'Australie, et en Allemagne et Autriche) ou le CBD (Criteria-Based Dispatch, utilisé par exemple en Suisse, Suède, Danemark). MPDS et CBD sont les deux protocoles standardisés les plus utilisés au monde, le premier est entièrement scripté, et le deuxième semi-scripté[108]. Du point de vue interactionnel on observe comment les membres des institutions utilisent la parole pour naviguer à travers les différentes étapes suggérées par les logiciels.

---

[106] Dans cette étude, les autrices s'intéressent à la manière dont deux institutions peuvent emprunter des pratiques l'une à l'autre et en cela repousser leurs limites institutionnelles. Dans le cas d'un appel d'une personne suicidaire au 991, l'opérateur convoque des pratiques des opérateurs des lignes téléphoniques dédiées aux personnes suicidaires et dans un appel adressé à ce même service, un opérateur doit s'orienter vers le besoin d'une réponse urgente plutôt que vers l'activité ordinaire de soutien émotionnel.

[107] Le MPDS, ou Advanced Medical Priority Dispatch System (AMPDS) est un système de triage reposant sur des algorithmes. Il est utilisé aux États-Unis et dans la plupart des pays anglo-saxons. Au Royaume-Uni les services d'urgence utilisent soit le MPDS soit un système similaire, le NHS Pathways.

[108] Se référer aux documents suivants pour une présentation (i) Dispatch Corp., 2018. Medical Priority Dispatch System version 13.1. Salt Lake City, USA et (ii) King County Emergency Medical Services Division, 2010. Criteria-Based Dispatch, Emergency Medical Dispatch Guidelines. Sixth Edition. Seattle, USA.

Whalen (1995) est un de premiers à examiner la manière dont ces logiciels standardisent les protocoles. Son étude concerne le CAD et la manière dont celui-ci est construit autour d'une série d'étapes à accomplir pour le répondant. Ces étapes ont pour objectif de segmenter l'appel en termes d'objectifs, pour aider à l'obtention des informations de l'appelant, tout en permettant d'enregistrer et partager l'information avec les autres membres de l'institution. Plus particulièrement, Whalen observe : « la dimension incarnée de l'action et du raisonnement pratiques dans l'utilisation compétente des technologies » (*ibid.* 2). Démontrant que l'activité des opérateurs est bien plus qu'un échange conversationnel, il révèle la manière dont le logiciel, en standardisant à la fois les questions et l'ordre dans lequel elles sont posées, détermine la trajectoire de l'appel et modifie l'organisation séquentielle de l'interaction (*ibid.* 5). L'auteur y voit là la marque d'un agenda organisationnel qui serait extérieur à l'interaction en cours. En fait, le logiciel est plus que « juste un formulaire pour enregistrer l'information » (*ibid.*)

> Il est utilisé comme une sorte de plan méthodologique pour la prise des appels - spécifiant quelle information doit être obtenue de l'appelant, quelles décisions doivent être prises, ce qui doit être fait et ce qui est optionnel, comment l'information est traitée, organisée et ordonnée- cela ne peut pas fonctionner simplement comme un dispositif neutre, un instrument standardisé dont l'organisation et les détails structurels reposent en majeure partie sur des décisions externes et implique pour les répondants d'affronter les problèmes qu'ils doivent résoudre dans ces conditions, et ce pour tous les appels[109].

Whalen s'inquiète alors de la manière dont ces dispositifs rendent les opérateurs passifs dans le déploiement tour à tour de la conversation. Alors qu'ils deviennent de plus en plus focalisés sur les questions qui apparaissent à l'écran, leur attention est détournée des contingences propres à la situation spécifique de l'appelant, ce qui intensifie le gap interactionnel entre les participants. Il insiste sur le fait que (*ibid*. 32) :

---

[109] N.d.T : *« because it serves as a kind of "methodological scheme" for doing the work of call-taking — specifying just what information is to be obtained from the caller, what decisions are to be made, what must be done and what is optional, how information is to be processed, ordered and sorted — it cannot function purely as a neutral device, a standardized instrument whose organizational and structural details are for the most part materially external to the conditions and demands confronting call-takers and the problems they must resolve under those conditions during any particular call.»*

> La progression de l'appel, ou de quelconque activité dans le cours de l'appel, d'une tâche à l'autre, quand examinée dans le contexte de sa production locale, est toujours bien plus que le simple fait de faire fonctionner un schéma standard portée par une technologie[110].

Deux décennies plus tard, les travaux de Berger et al. (2016) abordent eux aussi la systématisation des séries interrogatives et des instructions à donner à l'appelant en attendant l'arrivée des secours. L'étude est basée sur un enregistrement d'un appel d'urgence en 2009, qui fut fortement médiatisé car il concernait une célébrité, Michael Jackson. Les auteurs observent l'emploi de la catégorie « un médecin particulier » (*a personal doctor)* et son inscription dans le contexte séquentiel qu'implique le protocole utilisé par les services d'urgences concernés, le Medical Priority Dispatch System (MPDS). Les auteurs analysent l'utilisation de la référence catégorielle pour produire une résistance à la demande du membre de l'institution, un guidage à distance pour le massage cardiaque. Explorant l'emploi de cette catégorie « médecin personnel » dans le but d'accomplir une résistance à la demande de l'institution (pratiquer un massage cardiaque) ils observent son inscription dans la trajectoire séquentielle suggérée par le protocole MPDS, et quelles actions elle produit (*ibid.* 574). Le MPDS implique que les questions de la série interrogative soient organisées en fonction d'un organigramme algorithmique visant à soutenir l'activité de diagnostic[111]. Après avoir observé les séries interrogatives effectivement produites par les opérateurs, les auteurs déplorent le contexte séquentiel relativement figé dans lequel se déroule l'appel. En fait, le MPDS implique que les appels commencent bien avec une ouverture d'auto-identification mais ensuite il n'est pas suggéré de demander quelle est la requête : les opérateurs procèdent directement à la série interrogative. Dans l'appel observé, malgré les tentatives de l'appelant de diversion de la trajectoire séquentielle standard, par référence à la catégorie « médecin particulier », l'opérateur se maintient strictement dans la trajectoire du MPDS. Pour les auteurs, cela démontre l'impact fondamental des protocoles systématisés dans la construction de l'interaction (*ibid.* 576).

---

[110] N.d.T : « *the progression of a call, or any activity in a call from one constituent task to another, when examined in its local production, will certainly be much more than a matter of enacting some standard technologically mandated scheme.* »

[111] Ces logiciels proposent des niveaux de catégorisation des appels allant de A (mineur) à E (urgence vitale). Le déterminant O implique le renvoi vers un autre service.

Dans une perspective proche, l'étude de Riou et al. (2018) menée dans le cadre d'arrêts cardio-respiratoires (ACR) montre que lorsque les appelants préemptent (Schegloff, 1986, p. 142 ; Stivers & Heritage, 2001) la raison de leur appel, ils perturbent le protocole que les opérateurs doivent suivre et cela a pour conséquence de retarder la réponse de l'institution. En fait, comme mentionné précédemment, le MPDS implique que le premier tour de l'opérateur soit une question à propos de la localisation de l'appelant. La raison de l'appel, si elle survient trop tôt, peut être traitée par l'opérateur comme une perturbation. Ce qui est observé, c'est que les conséquences des préemptions se déploient dans le cours de l'appel. Lorsque le membre de l'institution demande que lui soit présenté la raison de l'appel, son interlocuteur va souvent se contenter de fournir des informations supplémentaires, c'est-à-dire de compléter sa première présentation de la raison de l'appel, mais sans la répéter. Cela peut conduire à la perte d'informations capitales.

Or la notion de risque est fondamentale dans l'activité des opérateurs des centres de traitement des appels urgents. Les logiciels de triage sont conçus pour favoriser la solution qui comporte le moins de risques d'erreur dans chaque situation. Autrement dit, au moindre doute, il vaut mieux envoyer une équipe de secours (c'est le modèle anglo-saxon du départ réflexe). Les membres des services d'urgences téléphoniques sont régulièrement évalués pour garantir qu'ils suivent strictement les protocoles et les termes et formulations du logiciel (Booker et al., 2018, p. 2). Par conséquent, des perturbations peuvent survenir lorsque les réponses des appelants ne correspondent pas au format interrogatif du script (voir aussi Murdoch et al., 2015, p. 45). Les protocoles hautement scriptés du traitement des appels urgents impliquent que les réponses puissent correspondre à un code dans le logiciel. Pourtant, il apparait qu'une ouverture telle que « *tell me exactly what's happened* » favorise la production de réponses ne correspondant pas un code dans le logiciel (*low codeability responses*[112] ; Zimmerman 1992). C'est un point que nous examinerons dans nos analyses des appels au SAMU : lorsque le problème énoncé ne peut être relié à un problème médical *codable*, des difficultés interactionnelles peuvent survenir. Un phénomène d'autant plus fréquent du fait que la dimension inconnue semble caractéristique des demandes relevant de la médecine générale (Booker et al., 2018, p. 7), qui, rappelons-le, constituent désormais l'activité principale du SAMU.

[112] N.d.T : « réponses faiblement codables ».

Les analyses de Booker et al. (*ibid.*) d'un corpus d'appels au 999, le service britannique d'aide médicale urgente, montrent l'étendue des difficultés que rencontrent les opérateurs face à ces présentations de problèmes inconnus et la manière dont des questions alternatives peuvent être produites pour tenter de les résoudre (par exemple : « est-ce qu'elle s'est évanouie ou presque évanouie ? » ; ou encore « est-ce qu'elle tremble comme une attaque ou comme si elle avait froid ? »). Une des stratégies des répondants est de dévier du script et de ses questions polaires (questions fermées du type oui/non). Leur étude souligne que ces questions alternatives produisent elles-mêmes des perturbations interactionnelles. Ils concluent que la qualification par les deux parties de la nature d'un problème médical comme indéterminée et l'incapacité du répondant à associer un code à la demande résultent en définitive, presque toujours, à l'envoi d'une ambulance et donc d'un sur-triage (*ibid.* 13).

Toujours sur le sujet de l'impact interactionnel des logiciels, la thèse de Pooler (2010) s'intéresse aux appels au NHS Direct, qui est une ligne téléphonique de conseils et d'aide en santé en Angleterre. L'auteur examine l'orientation des opérateurs (qui sont des infirmiers) vers le logiciel CAS comme un dispositif générant des perturbations dans leur relation aux appelants. Si Pooler montre lui aussi que les opérateurs s'éloignent fréquemment des questions du script, il propose de décrire les procédures interactionnelles de dérivation et de modification du script comme des opérations pour atténuer (*cushion*) les effets du logiciel. Il observe que les opérateurs rendent visible leur relation au dispositif CAS et le fait que le logiciel nécessite un travail interactionnel. Les opérateurs en informent les appelants et montrent un positionnement à distance (par exemple en questionnant à voix haute la pertinence d'un item ou d'une question du logiciel ou en précisant que les questions viennent du logiciel et non pas d'eux). Pooler parle d'un *travail invisible* (*hidden labour*) pour réduire les effets d'un logiciel dénué de sensibilité à la parole-en-interaction et à la singularité de chaque appelant (*ibid.* 66).

Ces résultats sont intéressants à envisager en perspective avec ceux de Hanlon et al. (2005) qui ont démontré une volonté managériale de NHS Direct visant à limiter l'autonomie des infirmières et à standardiser le service. Pour autant, Pooler montre que les infirmières continuent de favoriser leur propre connaissance et expertise et parviennent à individualiser leur service, c'est-à-dire en s'adaptant, en complétant, en rejetant ou en préemptant les recommandations du CAS. Ainsi la volonté institutionnelle de standardisation n'est que partiellement accomplie. À l'orientation cognitive des infirmières s'ajoute le fait que les

logiciels ne parviennent pas pour le moment à saisir et traduire ce qui constitue véritablement l'accomplissement, moment par moment, de l'expertise professionnelle.

Enfin, les travaux sur la dimension configurante pour l'interaction des protocoles et logiciels se sont particulièrement intéressés aux perturbations interactionnelles qui émergent lorsqu'un opérateur demeure focalisé sur l'activité d'obtention de la localisation et que son interlocuteur tente de déployer une autre activité ou ne reconnait pas la pertinence de cette séquence.

6.9. Le cas d'une perturbation à source technologique : les séquences de localisation

Dès 1995, Whalen montre qu'en plus de devoir trier et prioriser les appels, les opérateurs doivent dans le même temps obtenir des informations sur la localisation du patient. En outre, la localisation est une étape décisive dans les appels urgents : une grande partie de l'appel lui est dédié, c'est là une des informations les plus importantes à obtenir (Larsen, 2013 ; Paoletti, 2012, p. 191). La dimension urgente étant sans cesse omniprésente, la localisation doit être formulée le plus rapidement possible. Cela implique de prendre en compte les possibilités techniques spécifiques au contexte et leurs incidences sur les moyens qui seront déployés. Des études précédentes sur l'activité d'indication d'itinéraire ont établi son caractère profondément réflexif (Psathas, 1990). Une tâche qui implique une attention forte au contexte et aux identités des participants car dans une même situation, si plusieurs formulations de lieu peuvent être correctes, toutes ne sont pas nécessairement pertinentes dans le contexte spécifique de l'action (Schegloff, 1972). Communiquer à propos d'un itinéraire, que cela soit recevoir ou donner l'instruction, engage un processus conjoint de collaboration des membres (Psathas, 1990) et une connaissance fine de la géographie de sens commun partagée.

Le placement séquentiel de la question sur la localisation de l'incident est généralement déterminé soit par des directives professionnelles soit par l'existence d'un script qui dicte les questions aux opérateurs (Paoletti, 2012). Bolaños-Carpio (2020, p. 230) dans son étude costaricaine montre que quel que soit le type d'incident (vital ou non vital) et quelle que soit la forme linguistique produite pour demander de l'aide, après cette requête, l'action suivante des opérateurs est de demander la localisation ou de vérifier les informations primaires de l'appelant. Une dimension qui met en évidence la manière dont les contraintes institutionnelles impactent les interactions. Pour reprendre la formule de Nattrass et al. (2017a, p. 74) les opérateurs sont d'abord focalisés sur le « où » (*the where*) et posent donc en premier cette

question alors que les appelants se préoccupent d'abord du « qui », « quoi » et « quand » de leur problème (*the who, what and when*).

Cet appel extrait du corpus illustre bien comment au SAMU les ARM s'orientent d'abord vers l'accomplissement de la séquence de localisation, quand bien même d'autres éléments pourraient modifier l'agenda de l'appel :

C15HN_B_18

01. ARM ↑oui le samu↑
02. AP ((souffle combiné))(ok bon) ↑c'est le samu↑
03. ARM oui c'est le samu
04. AP ((souffle combiné)) bon ben je vous envoie un message
05. [((souffle combiné))je vous envoie ↑un message↑
06. ARM [pardon
07. ben donnez-moi votre adresse monsieur
08. AP <((avec une diction difficile))mon adresse c'est xadressex
09. numéro onze=>
10. ARM =dans quelle [rue↑&
11. AP [xnomvillex
12. ARM &dans ↑quelle ville↑ pardon
13. AP <((respiration bruyante)) place xadressex>
14. ARM pardon↑
15. AP c'est pas une rue ↑numéro onze:
16. ARM dans quelle ville↑ monsieur
17. AP <((respiration bruyante))xnomvillex soixante-six>=
18. ARM =xnomvillex=
19. AP =↑xnomvillex↑ ((souffle combiné))
20. ARM mais à ↑nomvillex ou à xnomvillex↑ ↑c'est pas la même chose↑
21. AP no::n maiis: xnomvillex <((avec une diction difficile))
22. c'est bien(commune)de ↑xvillex non↑>
23. ARM ↑vous êtes à xnomvillex [monsieur↑
24. AP [oh tu me prends pour ↑hein↑
25. ARM ↑monsieur vous êtes où vous êtes à xnomvillex ou à
26. xnomvillex↑
27. AP Δà xnomvillexΔ=
28. ARM =↑à quelle adresse↑ ↑onze↑=
29. AP Δ↑a:onze:↑Δ ((souffle combiné)) Δc'est à ↑xnomvillex↑Δ
30. ARM je comprends [pas si vous criez monsieur

31. AP [voilà
32. ouais ouais mais tu ↑tu m'énerves↑ par ce que tu me dis des
33. conneries=
34. ARM monsieur [va pas falloir me tutoyer par ce que
35. AP [(inaud.)
36. ARM [faut ↑arrêtez↑
37. AP [Δ eh euh ↑je suis espagnol↑ eh Δ
38. ARM arrêtez monsieur
39. AP ↑ça se voit beaucoup↑((souffle combiné))
40. ARM monsieur restez correct
41. AP (.) ouais((souffle combiné))mais oui commencez-vous eh ↑je
42. m'excuse↑((souffle combiné)) je respire et je m'excuse
43. pardon
44. ARM alors donnez-moi votre adresse s'il vous plait=
45. AP =voilà (.)euh xprénomx xnomx ((souffle combiné))
46. ARM ↑ça c'est vo[tre nom xprénomx xnomx↑ ↑c'est ça↑
47. AP [(inaud.)oui oui oui
48. ARM ↑c'est votre nom↑
49. AP (date de naissance) je suis né à département soixante-quatre
50. à xvillex
51. ARM monsieur l'adresse ou vous vous trouvez là maintenant ↑c'est
52. où/↑
53. AP c'est place xadressex numéro onze (.) numéro onze place
54. xadressex
55. ARM (.)↑xadresx ↑
56. AP Δ↑xadressex↑Δ ((souffle combiné))
57. ARM ↑xadressex↑ place xadressex
58. AP oui A.D.R.E.S.S.E [↑xadressex↑]
59. ARM [d'accord] c'est un [appartement ou une&
60. AP [hein
61. ARM maison monsieur
62. AP oui c'est rez-de-chaussée
63. ARM rez-de-chaussée [↑le numéro de l'appartement↑AP
64. AP [voilà onze (---) quatre fois hein
65. ARM ↑quoi quatre fois↑
66. AP quatre fois je je je je vous dit=
67. ARM =onze c'est le numéro dans la rue mais le numéro de
68. l'appartement=
69. AP =↑bé c'est↑ c'est c'est c'est pas une rue ↑c'est une place↑
70. ARM ∇d'accord∇
71. AP place xadressex ↑ouais↑

72. ARM y'a bien des numéros [dans (inaud.)
73. AP [(inaud.) que je parle
74. ARM =mh mh (.) ↑vous avez quel âge monsieur↑
75. AP ouais (.) ↑moi↑ et bé j'ai ((avec une diction difficile))
76. (inaud.) euh j'ai quarante-huit ((souffle combiné)
77. ARM ↑vous appelez le samu pourquoi↑

Bien que l'appelant ait produit un énoncé atypique en ouverture (« bon ben je vous envoie un message » ; L 04), que sa respiration et sa prosodie traduisent un état d'alcoolémie, et qu'il se montre peu respectueux (« oh tu me prends pour↑hein↑ » ; L 24 « ouais ouais mais tu ↑tu m'énerves↑ par ce que tu me dis des conneries= » L 32-33) l'ARM reste focalisée sur l'obtention de l'adresse. Une fois qu'elle a obtenu cette information elle s'enquiert de son âge et de la raison de l'appel (L 74-77).

Garcia (2015) rappelle le caractère à la fois problématique et décisif de la séquence de localisation de l'appelant et explique que le fait que la travailleuse sociale qui appelle à propos du père de famille qui s'est retranché chez lui avec ses enfants ne soit pas en mesure de fournir l'adresse de l'incident pendant les deux premières minutes de l'appel, participe aussi à l'issue dramatique de l'appel (*ibid.* 107). Ce cas spécifique illustre remarquablement le fait que les appelants ignorent le plus souvent les procédures impératives des appels urgents en ce qui concerne la localisation, qui ne peut encore se faire de manière automatique depuis un téléphone mobile :

Excerpt 3: Transcript, lines 10–23
10 CT: =what's thee address?
11 (0.2)
12 C: .h its six two two five, and i- i think its sixty first u:hm uh- i
13 don't know what thee address is
14 (.)
15 CT: 'kay that's pretty important for me to know
16 (0.6)
17 C: i'm sorry i can't just uh minute let me get in my car and see if
18 i can if i can find it. i'm uh=su- this- nothing like this has ever
19 happened before uh .h u:hm (0.7) these visitations so (0.2)
20 i'm really (.) uhm s:ho:cked?, and i could hear one of thuh
21 kids crying (.) .h but he still wouldn't let me in.=hh okay, it is
22 uh h (0.6) .h two=hh o::h (1.3) .h h >just uh minute< i have it
23 here. h (0.6) you can't find me by: (0.2) gee pee ess?

Dans cet extrait, alors que l'appelante formule qu'elle ne connaît pas l'adresse (L 13) après insistance de son interlocuteur (L 15) elle questionne le fait qu'il ne puisse la localiser par GPS

(L 21). L'autrice montre que pour l'appelante, il semble évident que l'institution va être en mesure de la localiser directement depuis son téléphone et que le répondant, en se concentrant exclusivement sur l'obtention de l'adresse, échoue à prendre en compte les autres informations que lui donne son interlocutrice, alors même qu'elle tente d'intensifier sa description du problème et d'alerter sur la gravité et l'urgence de la situation.

Toujours sur le sujet de la localisation, citons l'étude de Nattrass et al. (2017b, p. 84) examinant comment les participants à des appels au service d'aide médicale urgente Sud-africain doivent parfois reformuler de nombreuses fois la localisation (*place reference*) avant d'arriver à une information stable et interprétable pour envoyer des secours. C'est le cas dans cet extrait :

Extract 2:101136

1	C:	But there's no blood yet now that [she can see
2	CT:	[Just give me the address there?
3	C:	Ah: Nkanini squatter, they waiting in Ntlazana roa:d. near to the-
4	CT:	Ah can you spell it please mam for me
5	C:	Ah November tango lima
6	CT:	Ja?
7	C:	alpha
8	CT:	Ja?
9	C:	zoo alpha November alpha
10	CT:	And this is which uh area again?
11	C:	Ah this is Nkanini?
12	CT:	Ok ja but is this Stellenbosch, which area?
13	C:	No Khayelitsha
14	CT:	Khayelitsha
15	C:	Ja: they waiting n:ear to the public toilets
16		(5 sec)
17	CT:	One moment for me ne?
18		(3.5 sec)
19	CT:	You say the squatter camp is Nkanini ne?=
20	C:	=Nkanini [yes
21	CT:	[and they waiting at the toilets ne?
22	C:	at the toilets ja:

 # 'Ja' is an Afrikaans word for 'yes'

'Ne' is an Afrikaans word meaning 'okay'

Nous voyons que l'opérateur commence par demander l'adresse (L 2) puis qu'elle lui soit épelée (L 4). Il pose ensuite des questions supplémentaires pour tenter d'affiner sa compréhension du lieu (L 10 – L 12). Toutefois, alors que son interlocuteur ne semble toujours pas parvenir à localiser l'incident, l'appelant annonce « ils attendent près des toilettes publiques » (« *they are waiting near to the public toilets* » ; L 15). Ce type d'énoncé est un repère géographique (*landmark*) qui, pour être efficace, doit être partagé par les interlocuteurs. Ce que cette étude souhaite démontrer, c'est tout l'intérêt que les opérateurs travaillent dans l'aire géographique d'émission des appels qu'ils traitent. Cela leur permet d'identifier plus facilement les repères géographiques (*landmark*) produits par les appelants. Les auteurs argumentent que ces savoirs sur la géographie locale gagneraient à être intégrés au dispositif technologique de localisation.

Dans une perspective très proche, Paoletti (2012) mène une enquête ethnographique dans deux services de régulation des appels urgents en Italie et analyse ensuite deux types de problèmes liés à la localisation : soit (i) les opérateurs ont du mal à obtenir la localisation à partir des informations données par l'appelant, soit (ii) il est difficile pour l'appelant de comprendre où sont les opérateurs, et quel degré de connaissance géographique ils ont en commun afin de leur donner des indications sur le lieu de l'urgence (*ibid.* 193). En fait, les opérateurs qui décrochent les appels en premier niveau doivent déterminer le lieu d'intervention en commençant par obtenir la localité et la région (*ibid*. 197). Or, l'autrice remarque que les appelants fournissent souvent la localisation spécifique comme premier item en supposant que l'opérateur est familier avec ce lieu. Ces réponses aux questions sur la localisation du type « à la maison », « derrière la poste » ou encore « dans la ville haute » sont également décrites dans les travaux de Kitzinger et al. (2013) et de Kevoe-Feldman et Irvinen qui proposent la notion de *poor place formulation* (localisation faible ; 2022 : 94). Certes, l'appelant s'aligne avec l'activité de donner sa localisation mais pas avec l'agenda institutionnel.

Plus largement, les études conversationnelles ont relevé que l'absence d'alignement dans les séquences de localisation peut être associé à un émotionnel important des appelants.

6.10. Apparition, manifestation et traitement des émotions

La gestion des émotions des appelants est identifiée comme étant l'une des tâches majeures du travail des opérateurs. Parce qu'ils peuvent avoir des conséquences dramatiques, l'interruption

soudaine des appels, les insultes, l'agressivité et la colère sont des phénomènes très documentés. En particulier, l'article fondateur « When words fail » de Jack Whalen, Don H. Zimmerman et Marilyn R. Whalen publié en 1988 propose d'examiner la manière dont l'apparition d'un conflit entre les participants à l'appel modifie la structure interactionnelle. Le désaccord est tel que l'information se retrouve mal interprétée par l'opérateur, qui ne parvient alors pas à prendre la mesure de la gravité de la situation[113]. Cette étude, souvent mentionnée comme le « Dallas call » et traduite en français par « Une conversation fatale », donne à comprendre comment l'issue tragique de l'événement procède d'un accomplissement. Elle est « le produit final d'une machinerie interactionnelle » (Whalen, Whalen & Zimmerman, 1988 trad 1992, p. 148).

Par une étude fine de l'organisation séquentielle de l'appel, les trois auteurs soulignent la manière dont, tour après tour, les participants emploient des savoir-faire interactionnels spécifiques[114] (*ibid.* 158). Au cours de leur démonstration, ils établissent que les membres de l'institution procèdent à leurs interrogations en tant qu'elles facilitent le choix de l'assistance appropriée, et ce bien que le déploiement de ces questions soit perçu par les appelants comme des séquences retardant l'envoi de l'aide, ce qui pourrait favoriser la rupture de l'entente entre les participants. C'est là un élément fondamental : le fait de ne pas saisir la pertinence d'une séquence insérée a des conséquences interactionnelles. En fait, comme le démontrent les auteurs, l'appelant supposait qu'une simple demande d'ambulance était suffisante pour que celle-ci soit envoyée (*ibid.* 164). Explorant en détail l'élaboration de la trajectoire de l'interaction par les participants, les auteurs révèlent l'écart entre leurs interprétations et leurs attentes interactionnelles (*ibid.* 174). Cette absence d'alignement est à l'origine de la contamination de l'activité : la recherche et l'apport d'informations sur l'état de santé de la patiente ont été supplantés par la dispute.

L'étude des tours de parole de cet appel démontre que le statut sémantique des énoncés, et donc leur traitement, repose sur leur place dans le contexte séquentiel de l'appel (*ibid*. 175) :

[113] Nous avons déjà mentionné cette étude dans la section précédente, parce qu'elle a permis aux auteurs d'examiner la manière dont des séquences spécifiques aux interactions de service (type 1) impactent une interaction dans le cadre d'un appel de demande d'aide (type 2).

[114] Comme mentionné plus haut, ils remarquent un problème majeur (*ibid.* 162) : « la nécessité de déterminer la nature du problème et sa localisation oblige à différer, à un tour de parole ultérieur, la réponse à la demande d'aide de l'appelant ». En effet, la stratégie pour maintenir l'appelant en ligne, et ainsi obtenir les informations primaires tout en s'assurant de garder un moyen d'agir à distance, est de retenir l'annonce de la confirmation que l'aide est effectivement en route.

> Dans cet exemple, les éléments d'information donnés par l'appelant n'ont pas fonctionné comme des descriptions de symptômes prioritaires, parce qu'ils ont été en grande partie insérés/placés dans des positions séquentielles où ils ont contribué à nourrir une dispute ou une opposition (ils ont été entendus et traités ainsi par les participants).

Cet article, particulièrement riche et précurseur, a inspiré de nombreuses études conversationnelles, dans une grande variété de situations et terrains. Les auteurs ont poursuivi leur travail sur les appels d'urgence avec des études complémentaires. Dans Whalen & Zimmerman (1998a), ils analysent notamment la manière dont une opératrice des urgences (qui est infirmière) insiste pour parler directement avec le patient, bien que deux interlocuteurs tiers lui aient assuré qu'il n'était pas en mesure de s'exprimer. L'étude séquentielle démontrant que la présentation de la situation du patient, construite avec des séquences à visées argumentatives, est interprétée par l'opératrice comme un moyen de signifier le refus de suivre ses instructions. Ainsi, si la résistance des appelants aux instructions données par les opérateurs est d'abord visible lors de la séquence interrogative elle peut également survenir (ou se poursuivre) lors de la séquence de réponse à la demande d'aide (phase 4) et au moment des instructions (conseil médical ou guidance de gestes médicaux à distance).

Pour Whalen et Zimmerman, lorsque les opérateurs décrivent les appelants comme hystériques, ceux-ci ne produisent en fait pas à proprement parler un diagnostic sur leur état émotionnel mais décrivent une difficulté à obtenir les informations primaires nécessaires (1998, p.156). Leur étude insiste sur le fait que l'état d'hystérie est en réalité co-construit par les deux parties. Ils notent que dans les manuels d'apprentissage il est enseigné aux opérateurs l'importance de reconnaître les émotions de l'appelant, de faire preuve de compassion et de ne pas se laisser affecter par de potentielles attitudes offensives (1998, p.153) : « formez-vous à ne pas répondre au comportement de l'appelant, mais à ses besoins[115]». Enfin, ils rappellent l'importance de continuellement prendre en compte le contraste entre l'exceptionnalité de la situation pour l'appelant face à l'ordinarité de l'activité pour l'opérateur.

[115] N.d.T : « *teach yourself to respond not to the caller's behavior, but to the caller's need*. »

Plus récemment, Svennevig (2012a) examine le non-alignement et l'instauration d'un conflit dans une série de trois appels consécutifs aux services d'urgence norvégiens. L'appelant téléphone à propos de sa mère, une femme qui décèdera d'un arrêt cardiaque alors que l'ambulance attend quinze minutes à l'angle de sa rue, après que l'opérateur des urgences ait demandé à l'ambulancier de ne pas intervenir avant l'arrivée de la police. L'opérateur indique avoir identifié la situation comme potentiellement dangereuse pour les secouristes, sur la base du climat d'hostilité pendant l'appel, alors qu'il s'agit d'une urgence purement médicale (un arrêt cardiaque) ne nécessitant pas l'intervention de la police.

L'analyse porte sur l'incapacité des participants à construire un climat interactionnel de confiance et comment cela les conduit à s'attribuer respectivement une attitude de non-coopération et d'hostilité. L'appelant signifie à de nombreuses reprises son sentiment de ne pas être écouté. Ses attentes en termes de validation, de démonstration de l'acceptation de la demande, demeurent malheureusement insatisfaites. Cela a pour conséquence l'instauration d'un conflit, menant jusqu'aux insultes et *in fine* au retard dramatique de l'arrivée de l'aide auprès de la patiente. L'étude insiste sur l'importance des séquences visant à rassurer l'appelant sur le fait que son problème a bien été pris en compte et que l'institution a décidé d'y répondre. Elle montre aussi que le fait de demander aux appelants de « se calmer » peut avoir pour effet d'aggraver la situation plutôt que de la maîtriser.

Une procédure efficace lorsque l'appelant est submergé par l'émotion ou la colère consiste à lui demander son numéro de téléphone (Paoletti, 2012, p. 681). Cela permet de rétablir un état de collaboration. Une autre méthode consiste à donner des directives sous la forme d'un ordre et d'une raison qui le justifie (Kevoe-Feldman, 2019, p. 236 ; Whalen & Zimmerman, 1998a) et ainsi regagner l'attention et la coopération de l'appelant. Cela peut être par exemple, « Calmez-vous afin que je puisse aider votre ami ». Il est recommandé aux opérateurs de veiller à rassurer l'appelant en lui annonçant de manière très explicite que les secours sont en route (Cromdal et al., 2008) ou encore d'adapter le rythme et le ton de leur voix pour s'aligner avec l'urgence ressentie de l'appelant (Paoletti, 2012, p. 674). Le bon déroulé d'une interaction urgente repose ainsi sur des constructions séquentielles, des actions et procédures qui vont réduire les probabilités de ruptures conversationnelles. En complément, les auteurs insistent sur l'importance d'un environnement de travail qui autorise des pratiques telles que l'évaluation des appels par la réécoute, un climat léger autorisant les plaisanteries et le partage d'expériences et d'anecdotes, propice à évacuer le stress, la colère, l'anxiété (Tracy & Tracy, 1998, p. 407).

6.11. Procédures interactionnelles pour convaincre de la légitimité de la demande

Une dimension nous intéresse tout particulièrement dans ce travail : les émotions des appelants se trouvent exacerbées lorsqu'ils ont le sentiment que la légitimité de leur demande n'est pas reconnue par leur interlocuteur. Sur ce sujet, Whalen et Zimmerman (1990) ont montré que les appelants doivent construire leur présentation du problème de manière à convaincre l'institution du besoin effectif d'aide (comme évoqué précédemment à propos des consultations médicales mais dans une dimension renforcée). Il a d'ailleurs été observé que la crainte de ne pas être légitime favorise les appels longs (Larsen, 2013, p. 2014).

Produire une requête, faire une demande, est une des formes les plus basiques d'activité dans nos interactions sociales (Drew & Couper-Kuhlen, 2014). Une requête est produite avec des actions reconnaissables et éventuellement par des formes linguistiques spécifiques (Curl & Drew, 2008) La requête peut être implicite ou, pour reprendre l'expression de Ervin-Tripp (1981) citée par Drew et Couper-Kuhlen (op.cit. p.9), elle peut être produite sous des *intentions cachées* (*concealed intent).*

Larsen (2013, p. 214) remarque que lors de la présentation de la raison de l'appel, si les appelants semblent convaincus de la légitimité de leur demande, ils utilisent un verbe modal comme *must*. Ensuite, si les informations fournies sont effectivement pertinentes du point de vue institutionnel, les opérateurs passent plus rapidement aux questions qui permettent de valider (ou non) la demande d'envoi de secours. Au contraire, lorsque les appelants semblent hésiter ou cherchent à mitiger la gravité de leur demande (« il me semble que » ; « peut-être que ce n'est rien mais ») les opérateurs sont plus enclins à poser des questions sur l'incident lui-même plutôt que de passer directement aux questions relatives à l'envoi des secours. Les recherches montrent que la manière dont est formulée la requête rend visible le degré de légitimité que cherche à produire l'appelant. Ainsi, la construction modale « *can you* » (pouvez-vous) exprime un fort sentiment de légitimité quand « *I wonder if* » (je me demande si) montre une plus faible légitimité (Curl & Drew, 2008).

Brooker et al. (2018, pp. 10–11) présentent quelques-unes des procédures de légitimation de l'appel :

- l'appelant peut décrire les échecs rencontrés lors de tentatives alternatives de résoudre le problème médical ;

- les appelants peuvent produire des *extreme case formulations* (formulations dramatiques ; Pomerantz 1986). Leurs descriptions des symptômes sont produites de telle manière à rendre visible le fait qu'ils sont plus graves que la moyenne et nécessitent de fait des soins urgents ;

- la présentation condensée d'une liste de symptômes. Par exemple, lorsque la demande concerne une urgence non vitale, cette procédure cherche à communiquer un degré important de détresse.

Leppänen (2005, p. 201) signale d'autres procédures que les appelants utilisent pour convaincre l'opérateur et qui consistent à se présenter comme patients (*invoking patient statu*s). Cela peut prendre par exemple les formes suivantes, implicites ou explicites :

- par référence à un professionnel de santé qui leur aurait conseillé de contacter la structure d'urgence ;

- en se plaignant à propos d'un soin (ou une information, comme des résultats d'analyse) qui leur avait été promis et ne leur a pas été fourni ;

- en utilisant des constructions de types « *I should* » (je devrais) en référence une obligation qui aurait été établie par un autre professionnel de santé. Dans ce format, les appelants ne produisent généralement pas les trois informations principales (qui, quoi, combien de temps) et ne proposent pas de narrations et donc pas de chronologie des complications. Le statut de patient est considéré comme établi.

Enfin, Cromdal et al. (2008, p. 950) introduisent la notion de *workable event*[116] (événement exploitable) dans les appels d'aide, qui est une forme de doctorabilité (Heritage & Maynard, 2006) accomplie conjointement par les participants. Nous proposerons d'adapter à notre tour cette notion pour décrire le travail interactionnel *d'urgentabilité* des demandes.

[116] Aussi décrite comme « *institutionally workable reports of trouble* », une présentation de problème qui soit recevable du point de vue institutionnel.

C’est là une approche fondamentale dans notre étude, nous montrerons comment les buts et missions légitimes du SAMU sont continuellement renouvelés dans le cours des interactions et comment certains membres adaptent leur pratique quand d’autres produisent de la résistance. En fait, la légitimité des requêtes d'aide est évaluable par référence aux critères d'urgence de chacune des parties engagées dans l'interaction. Sur ce sujet, nous montrerons que des frontières floues demeurent entre requête médicale urgente et requête médicale non urgente et pourquoi une approche qui appuie cette dichotomie est un écueil qu’il nous semble devoir éviter.

6.12. Quand les appels urgents ne sont pas urgents ?[117]

Comme annoncé en introduction, nous avons fait le choix d’une perspective encore inédite dans l’analyse des appels d’urgence en français : l’examen spécifique des demandes relevant des soins non programmés[118]. Nous le rappelons ici, il peut s’agir de demandes dont la dimension urgente est l’objet d’une négociation entre requérant et agent du SAMU ou de demandes qui sont, du point de vue de tous les participants, reconnues comme des demandes de soins non programmés (SNP).

Deux articles récents, celui de Booker et al au Royaume-Uni (2018) et celui de Bolaños-Carpio au Costa Rica (2020) nous semblent indiquer un intérêt naissant de la discipline pour cette question des appels de médecine générale adressés aux services d’urgence. L'étude de Booker et al. montre qu'il est possible d'identifier des pratiques interactionnelles récurrentes des appelants pour des demandes de soins non programmés propose de les exploiter pour mieux comprendre comment des incidents relevant plutôt de la médecine de ville sont adressés aux services d'urgence et donnent lieu à des envois d'ambulances. Le groupe de recherche pluridisciplinaire est composé de praticiens hospitaliers, de médecins généralistes et de conversationnalistes. À l'origine de leurs travaux on trouve le constat suivant : les appels aux services d'urgence britanniques augmentent de 7% par an et la majorité des appels ne sont désormais plus pour des urgences vitales mais pour des problèmes que les auteurs décrivent

[117] Nous reprenons là le titre de l’article de Bolaños-Carpio (2020) « When emergencies are not urgent, requesting help in calls to 911 Costa Rica »

[118] Pour rappel, comme mentionné en introduction, les chiffres issus des données des centres de traitement des appels urgents (en France comme à l'étranger) font état non seulement d’une incontestable prévalence mais aussi d'un accroissement significatif et continu de ce type d'appels qui sont aujourd’hui largement majoritaires.

avec le terme « soin urgent » (*urgent care*)[119]. Des appels qui pourraient être traités directement par des services de médecine générale mais qui, pour un certain nombre de raisons, sont adressés aux services d'aide urgente. Pour les auteurs, il importe de défier toute position qui se contenterait d'envisager ces appels comme de stricts usages inappropriés des services d'urgence. Ils font plutôt état d'une réalité complexe et notamment que les indices associés au recours à des services d'urgence pour des problèmes de médecine générale sont variés. Outre les facteurs socio-économiques, des situations telles que l'isolement peuvent favoriser des conceptualisations compliquées sur comment faire face aux imprévus de santé[120] (Booker et al., 2015). Ensuite, le fait de demander de l'aide non pour soi-même mais pour le patient en tant que tiers intensifie l'anxiété et peut conduire à une surestimation de l'urgence de la situation. Enfin, concluent-ils, le désir d'une résolution immédiate s'explique par le sentiment de responsabilité en jeu dans l'aide à une personne tierce en demande de soins (Booker et al., 2018).

L'étude est fondée sur un corpus rétrospectif c'est-à-dire qu'il est extrait de la base de données des appels aux services d'urgence sur le critère suivant : des demandes relevant de la médecine générale mais ayant pourtant donné lieu à l'envoi d'un véhicule d'urgence (sur-triage). Booker et al. font état d'un certain nombre d'observations interactionnelles sur ces appels médicaux de faible intensité (*lower-acuity situations*) afin d'améliorer leur triage dans les structures dédiées à l'urgence[121]. Tout d'abord, ils observent que ces appelants usent de ressources lexicales, grammaticales et prosodiques pour légitimer leur demande et s'assurer de transmettre leur perception du risque associé à leur situation (*ibid.*1). Ensuite que les appels sont souvent effectués par des tiers et débutent généralement par un récit précis et détaillé (ibid. 2). Il semble également, comme susmentionné, que le fait que le problème médical soit de nature inconnue est caractéristique des demandes relevant de la médecine générale. En complément, les auteurs renvoient à la distinction épistémologique entre les demandes de savoir de type 1 (dont on a

[119] Dans les pays anglo-saxons les demandes de soins sont classées ainsi : *Routine Care, Urgent Care and Emergency Care*. En France, ce type de demandes est nommé : urgence médicale.

[120] Une enquête TNS-SOFRES de 2014 sur l'accès aux soins non programmés en Île-de-France a mis en évidence que plus d'un Francilien sur deux (54 % des personnes interrogées) ne savait pas quelle était la conduite à tenir en cas de problème de santé imprévu.

[121] Ces observations s'inscrivent dans la lignée des travaux de Heritage et Clayman (2010) sur les urgences marginales (*marginal urgencies*). Les auteurs démontrent que dans ce type de situation, les appelants s'engagent généralement dans un travail d'atténuation. Celui-ci peut être rendu visible par deux procédures : tout d'abord (i) par référence à des efforts, tentatives antérieures de résoudre le problème et (ii) par référence à un tiers (généralement un professionnel) qui aurait incité à appeler les services d'urgence.

l'expérience directe) et savoir de type 2 (que l'on connaît uniquement de manière indirecte, qui nous est rapporté ; Pomerantz, 1980, p. 7). Enfin, les auteurs observent que ces appels surviennent souvent après des tentatives infructueuses de trouver une solution par d'autres biais. Les appelants peuvent par exemple ne pas avoir réussi, pour des raisons diverses, à accéder à des services alternatifs ou avoir été redirigés par un professionnel de santé. Une réponse fournie par une autre structure de santé qui est considérée comme incomplète ou inappropriée par le patient/appelant peut conduire à un appel à une structure d'urgence. Le récit détaillé de ces tentatives est alors souvent présenté pour justifier l'appel (*ibid*. 13).

Bolaños-Carpio (2020) porte quant à elle spécifiquement attention aux choix grammaticaux des appelants selon le type de requête. En partant de l'idée que les choix linguistiques rendent visible l'orientation des appelants et qu'ils constituent une ressource à disposition des opérateurs, l'autrice montre que la forme « pour voir si » (« *para ver si* ») peut être associée à des demandes relevant de la médecine générale (alors que pour des situations où l'urgence est plus facilement identifiable, la forme « besoin de », par exemple : « *ocupo una patrulla* » j'ai besoin d'un véhicule de patrouille », est préférée. Une pratique qui peut informer les répondants sur comment classifier l'incident (2020, p. 238). Bolaños-Carpio signale toutefois que malgré la minimisation de la demande, les appelants considèrent tout de même que leur problème de santé est urgent, et la réponse de l'organisation doit donc être organisée en prenant en compte la dimension urgence ressentie comme justifiant un traitement dans des délais courts[122].

Raymond et Zimmerman (2007) font état d'un autre type d'appels : la demande d'information. Ils s'intéressent tout particulièrement aux transformations de l'activité routinière (qui est le traitement des demandes urgentes) lors d'appels ayant pour objet la demande d'informations (non urgentes) de citoyens lors d'un événement exceptionnel (ici à propos d'un incendie). Les auteurs remarquent que les usagers appelant pour une demande d'information emploient les mêmes procédures de présentation de la raison de l'appel que celles observées dans les appels urgents routiniers. Pour autant, la modification des motivations de l'appel impacte sa trajectoire. Lors des cas examinés, les services téléphoniques d'urgence s'étaient retrouvés dépassés par un

[122] Outre les appels pour des demandes de soins non programmés, les centres de réception des appels urgents costaricains sont confrontés à des appels de natures variées et pas toujours appropriées. Bolaños-Carpio (2020 : 237) explique que lors de son enquête ethnographique dans le centre d'appels, les superviseurs lui ont indiqué que seuls 20% des appels reçus quotidiennement donnent lieu à la création de fiches incidents sur leur logiciel. En fait, 80% des appels sont soit des canulars (*prank phone calls*), soit des appels *vides* (*empty calls*) ou des appels raccrochés immédiatement (*hang-up calls*).

important volume d'appels à propos d'un seul et même événement : un incendie de très large ampleur en 1990 sur la côte ouest des États-Unis. Les auteurs constituent alors un corpus de 40 appels liés à cette affaire. Ils montrent que l'activité routinière inhérente au traitement de ces appels implique une trajectoire par défaut des appels (*ibid*. 35). Ainsi, lorsque ceux-ci ne concernent pas la demande d'aide, des changements ou des perturbations interactionnelles peuvent survenir, comme une inversion de l'ordre dans lequel les informations sont produites, une détérioration de la relation entre les participants, ou encore des droits et responsabilités en relation avec les identités situées des participants qui sont moins clairement établis.

Leur article questionne l'activité même de ces centres de traitement des appels urgents. En effet, il apparaît dans leur corpus que si les premiers appels reçus informent l'institution d'un incident, tous les appels suivants sont des demandes d'information à propos de cet incident. Les auteurs y voient là un phénomène grandissant, les citoyens se tournent de plus en plus vers les numéros d'urgence pour s'informer lors de situations exceptionnelles (*ibid*. 58). Évoquant la création d'un numéro complémentaire, le 211, pour répondre aux appels non urgents relatifs à des demandes d'informations sur des incidents de grande ampleur, ils précisent que (*ibid*. 40) :

> Ces développements reflètent le positionnement de professionnels sur des objectifs établis du 911 (et implicitement, son organisation interactionnelle) qui ne seraient pas appropriés pour gérer le besoin d'information des citoyens et le conseil pour les troubles individuels et collectifs (...) le fait qu'un système entièrement nouveau serait requis pour gérer ce type d'urgence montre qu'ils n'envisagent pas la gestion ce type d'activité, qui ne leur semble pas faisable dans leur cadre routinier de réception des appels[123].

Raymond et Zimmerman se demandent alors pourquoi il faudrait créer un nouveau service plutôt que de former les opérateurs à traiter ce type d'appels. Ils y voient là une résistance au changement de la part des membres de l'institution. Le fait que l'activité soit fortement marquée par sa dimension routinière rend compliqué l'accomplissement d'activités alternatives ce qui conduit les membres de l'institution à tenter de maintenir la structure ordinaire des appels (*ibid*.

[123] N.d.T : « *These developments reflect practitioners understanding that the established purpose of 9–1–1 (and implicitly, its interactional organization) is not well suited to deal with community members' need for information and advice with respect to individual and collective troubles. That a wholly new service would be required to handle such emergencies suggests that the sort of activities contemplated for them may not be feasible within the framework of a routine 9–1–1 call.* »

41). Ils concluent sur l'idée qu'une structure des appels urgents qui serait aisément transformable, malléable, faciliterait l'accomplissement de l'activité d'information et de conseil des citoyens.

Dans les circonstances que nous traversons actuellement, les lignes du SAMU se trouvent d'ailleurs régulièrement saturées par des demandes d'informations sur le Covid-19 et ce particulièrement lors des pics épidémiques. Ainsi, alors que l'activité institutionnelle se construit et se reconfigure continuellement au sein même des interactions, nous montrerons dans nos analyses que des résistances à certains types d'activités jugées non urgentes peuvent être produites par les agents du SAMU.

6.13. Une dimension organisationnelle configurante : le transfert d'appels

La séquence de passation de l'appel entre deux professionnels nous intéresse particulièrement. Cet échange entre l'ARM et le médecin régulateur informe notamment sur les éléments qui sont déjà en possession de l'interlocuteur suivant, avant son ouverture de l'appel transféré. Les séquences de transferts d'appels urgents ont été très peu envisagées par la discipline. Si Zimmerman (1984) signale cette dimension organisationnelle, il n'en produit pas d'analyse spécifique et n'intègre pas de séquence de transfert comme activité distincte dans l'organisation séquentielle des appels urgents. Lorsque Schegloff mentionne le transfert en introduisant le terme *switchboard request* (1979, p.33) c'est seulement une métaphore décrivant les demandes de la part d'un participant à une conversation téléphonique de passer l'appareil à un autre personne et non pas au fait d'être transféré par un opérateur (*a switchboard operator*). Enfin, l'étude de l'appel de Dallas (Whalen et al., 1988) inclue bien un transfert mais cette dimension n'est pas spécifiquement prise en compte.

L'activité de transfert d'appel a toutefois été étudiée par ces auteurs dans leurs travaux sur un call-center de service après-vente d'imprimantes de bureau (Whalen & Whalen, 2011). Ils montrent comment les appelants résistent à la pratique du transfert d'appel : elle est perçue comme étant problématique et désagréable. En fait, les membres de l'entreprise ont des compétences spécialisées fines et précises mais restreintes. Cela implique pour les usagers qu'il est difficile d'obtenir une information ou une aide spécifique en s'adressant à un seul interlocuteur. Pour un même problème, l'appelant va devoir parler à plusieurs membres de l'entreprise, et donc présenter son problème plusieurs fois.

Leur étude est rejointe par celle de Karlsson (2016) sur des appels transférés dans une ligne d'écoute pour les étudiants en Suède. Après chaque transfert, la raison de l'appel doit être produite à nouveau. L'analyse montre l'importance d'être particulièrement attentif à ce que les appelants soient informés qu'ils vont être transférés à un autre opérateur. Certains opérateurs veillent dans leur ouverture à bien signaler que l'appel est un appel transféré, alors que d'autres ne le font pas et l'autrice observe que dans ce cas il incombe à l'appelant de rendre *accountable* le fait que l'appel est un appel transféré (2016, p. 13). Pour le dire autrement, le travail interactionnel doit permettre d'éviter que, au second décroché, les appelants doutent de s'ils ont été mis en relation avec un nouvel interlocuteur ou s'il s'agit du même. Pour les appelants, la pratique du transfert semble à la fois mal comprise et mal acceptée. Les deux études montrent que plus il y a de transferts, plus on voit émerger des perturbations. Pour éviter cela, les répondants doivent se montrer précautionneux dans leur manière de préparer un transfert mais aussi d'ouvrir un appel transféré.

Le transfert d'appel peut être également être étudié du point de vue des contraintes techniques qui l'accompagnent. Kevoe-Feldman et Pomerantz (2018) observent que dans les centres de traitement des appels qui pratiquent le transfert d'appel, des problèmes spécifiques émergent[124]. Ce sont des centres d'appels étasuniens où les opérateurs (appelés « répartiteurs », *first dispatcher*) effectuent un travail de pré-screening avant de faire suivre l'appel à un second opérateur (*second dispatcher*). Le travail des répartiteurs est d'identifier le lieu et le type d'urgence (*complete complaint package* ; Meehan, 1989) et de le faire suivre au service approprié. Nombreux sont les pays à avoir instauré un système de ce type.

C'est le cas par exemple du Costa-Rica où un premier niveau d'appel est traité dans un centre national dans la capitale San José. Bolaños-Carpio (2017, p. 238) explique qu'afin que les opérateurs puissent transmettre l'appel à un second membre de l'institution, il leur faut garder les appelants en ligne à un moment où ceux-ci s'attendent à ce que leur soit confirmé l'envoi des secours. Or, le fait d'annoncer que les secours sont partis a parfois pour conséquence une rupture de la communication par l'appelant (Whalen & Zimmerman, 1990 ; Raymond & Zimmerman, 2016). Bolaños-Carpio insiste donc sur le *timing* précis des actions à accomplir

[124] Les auteurs désignent ce type de centres d'appels urgents comme des « wireless call center ».

pour l'opérateur chargé du transfert. Il doit orienter l'appelant depuis une possible trajectoire d'action (la clôture) vers celle de rester en ligne et de se préparer à parler à l'interlocuteur suivant.

Nous montrerons dans le chapitre 6 comment les choix organisationnels reconfigurent la structure globale des appels urgents. Nous soulignerons que ces modèles de configurations en chaînes d'échanges (Karlsson, 2016, p. 2) impliquent que dans les appels au SAMU l'appelant ne soit pas nécessairement conscient que l'appel va être transféré (Kevoe-Feldman & Pomerantz, 2018, p. 4). Les différents membres des institutions (du 18 ou du 15) doivent donc mettre en place un travail interactionnel de préparation au transfert.

6.14. Réalisations répétitives et dilemme interactionnel

La dimension organisationnelle impliquant le transfert presque systématique des appels d'aide peut être observée du point de vue des énoncés produits plusieurs fois, soit par les appelants soit par les membres de l'institution qui répètent à un collègue. La répétition est une stratégie importante pour l'accomplissement du travail interactionnel. Sur ce sujet, Vickers et al. (2016, pp. 307-314) ont souligné que l'usage de logiciels peut lui-même provoquer des séquences de répétition si l'information produite en première occurrence ne peut s'inscrire de manière satisfaisante dans le logiciel et quels effets cela a sur la trajectoire de santé mais aussi sur la qualité du travail d'équipe, qui s'en trouve généralement altérée.

L'objet de notre intérêt ici n'est cependant pas les réalisations répétitives produites dans le cours d'une même et unique interaction entre deux participants (auto ou hétéro-répétitions) mais plutôt d'observer comment les participants aux appels d'aide vont répéter une information (ou une présentation de la raison de leur appel) après le transfert de l'appel de l'ARM au médecin ou lors d'appels successifs (répétitions diachroniques). En effet, il apparaît que les informations répétées dans deux événements de paroles distincts peuvent être co-construites et interprétées différemment (Vickers et al., 2016, p. 309)[125]. Nous examinerons également comment les ARM répètent les requêtes aux médecins lors des séquences de passation des informations, des

[125] Cela implique le fait que les opérateurs peuvent traiter des appels pour une même situation sans que cela soit nécessairement le même appelant (Paoletti 2009, 231) : les répétitions diachroniques peuvent alors être produites par des appelants différents.

interactions caractérisées par l'asymétrie participationnelle puisqu'il s'agit de séquences où la requête des appelant est répétée (ou interprétée) mais à laquelle ils n'assistent pas.

Sur ce sujet, la thèse de Pooler (2010) analyse l'organisation du NHS direct qui repose sur la pratique du rappel des usagers. Les opérateurs (des infirmiers) qui rappellent ont à leur disposition un certain nombre d'informations sur le patient, qui leur ont été transmises par l'opérateur du premier appel. Pooler montre qu'ils doivent alors décider s'ils vont ou non révéler au patient qu'ils ont ses informations, car cela a des conséquences interactionnelles importantes (*ibid.* 134).

Pooler relève deux cas de figures :

1- soit l'infirmier n'informe pas le patient des informations qu'il a déjà à sa disposition et il revient au patient de décider s'il va répéter les informations et à quel degré de précision ;

2- soit l'infirmier révèle ce qu'il sait du dossier du patient avec des séquences de vérification des informations et il revient au patient de décider s'il produit la réponse préférée aux questions qui lui sont posées (c'est-à-dire les valider).

Observant que les appelants répondent généralement aux questions du second opérateur en produisant en premier lieu un silence, Pooler avance que cela peut traduire le dilemme du patient, incertain quant au fait de répéter les informations et ne sachant pas de quelle quantité d'information dispose son nouvel interlocuteur (*ibid.* 264).

La dimension dilemmatique est également abordée par Leydon et al. (2013) dans le cadre d'une réception par un opérateur dédié aux soins de médecine générale. Lorsque les patients doivent choisir de répéter ou non les informations, ils peuvent s'appuyer sur des stratégies interactionnelles bien établies dans les conversations ordinaires. Tout d'abord, qu'il n'est jamais nécessaire de produire une information déjà connue de son interlocuteur. Ensuite, qu'il convient de systématiquement sous-estimer le savoir du récepteur, malgré le risque de redondance.

Cette position semble pouvoir être envisagée depuis le point de vue de tous les participants. En effet, tout examen clinique téléphonique traité au SAMU est à considérer depuis la possible méconnaissance qu'a l'appelant du contexte organisationnel et technologique de l'institution.

Les appelants ne savent pas clairement quelles sont les fonctions (simple triage ou décision médicale) et les possibilités (de diagnostic, d'envoi de véhicules) du professionnel qui traite l'appel. Cela implique qu'ils ne soient pas nécessairement préparés à la nécessité de présenter leur problème plusieurs fois. Les conséquences interactionnelles des spécificités organisationnelles du SAMU seront examinées au chapitre 6.

6.15. Activité sur le plateau : coopération et configurations spatiales

Outre les études sur la relation entre l'appelant et le répondant dans les appels urgents, des travaux proposent d'analyser l'accomplissement routinier du travail collaboratif. Dans un article de 2005, Whalen et Zimmerman s'intéressent aux dimensions multipartites des appels d'urgence. Leur point de départ est le suivant : les appels impliquent presque toujours d'autres participants que l'appelant et l'opérateur. Prendre en compte ces participants en surplus (*overhearers* ; Goffman, 1976 ; 1979) permet d'observer l'activité de coordination qui est sous-jacente au traitement des appels. Ainsi révèlent-ils que la dimension multipartite est un mode et une méthode de traitement des appels (*ibid*. 340). En fait, des deux côtés du combiné on trouve la possibilité d'avoir de multiples participants, qui bien que silencieux, écoutent l'appel, et peuvent être impliqués dans le cours de l'action. Des participants peuvent également, s'ils n'assistent pas à l'appel, être informés de son déroulé par d'autres moyens de communication (et notamment via le logiciel de traitement des appels). Une dimension collaborative du travail de traitement des appels dont « on ne peut saisir la véritable organisation du travail des télécommunications urgentes sans prendre en compte ce travail d'équipe et les infrastructures interactionnelles complexes des personnels qui traitent les appels, en ligne et hors ligne[126] » (*ibid.* 340).

Ce traitement multipartite des appels est décrit comme un *monitoring* continu entre les membres, sur les plans visuels et sonores. Un mode d'attention active sur le plateau ou *interactional readiness* c'est-à-dire un état interactionnel de vigilance alerte qui implique une écoute flottante et se caractérise par une attention à des mots-clés (comme « feu » ; « arme » ; « crise cardiaque »). Les répondants peuvent notamment les mentionner lors des séquences de vérification qui surviennent généralement juste après la présentation de la raison de l'appel

[126] N.d.T : « *we cannot grasp the actual organization of the work of emergency telecommunications until we take into account this teamwork and it's often complex interactional infrastructure of personnel who manage calls both on and off the phone*. »

(*ibid*. 318). La surveillance active (*active monitoring*) permet alors de lancer un départ pendant que le répondant procède aux séquences d'interrogation.

Décrivant ces modes d'engagement, de désengagement, et ré-engagement dans l'activité, ces transitions depuis la conversation ordinaire entre collègues et le retour à la parole comme activité professionnelles (*talk as work*), Whalen et Zimmerman nous informent sur la manière dont celle-ci est soutenue par l'organisation spatiale du plateau et les choix ergonomiques (*ibid.* 316). Ils proposent le terme de « *call co-participants* » (*ibid.* 312) pour décrire l'activité de collaboration qui accompagne la gestion des appels. En réalité, remarquent-ils, ce qui rend possible le travail d'équipe, ce n'est donc pas uniquement la distribution des rôles et responsabilités institutionnelles, mais également l'importance des relations sociales interstitielles entre professionnels. Ainsi, les pratiques interactionnelles développées par les participants, notamment dans leurs conversations informelles, et de manière générale toutes leurs activités latérales, même lorsque celles-ci ne sont pas à proprement parler du travail, doivent être prises en compte dans l'analyse de l'activité professionnelle (*ibid.* 312).

L'activité collaborative dans les centres de traitement des appels urgents a été également abordée par Fele (2008) s'intéressant de manière spécifique aux activités d'envoi des véhicules par communication radio. L'auteur montre qu'elles ne consistent pas en une simple passation d'informations mais qu'elles sont aussi le produit d'une coordination soutenue, tant dans la salle qu'à distance[127]. L'analyse s'attarde sur les modalités même de ces communications radio, par ce qu'elles rendent possibles des pratiques spécifiques de collaboration. Ainsi, les appels radio donnent lieu à du *broadcast talk* (Luff & Heath 2002) car elles sont entendues par toutes les personnes présentes, qui peuvent, tout en menant d'autres activités, évaluer l'importance d'un appel, et agir en fonction[128]. Ces travaux montrent que la présence sonore des informations, en rendant l'activité disponible aux participants en surplus (*overhearers* ; Goffman 1976, 1979), favorisent des formes soutenues de coordination.

[127] Fele formalise une structure des radio communications (2008 : 39), qui comme la séquence de présentation de la raison de l'appel, consiste en une séquence de quatre tours. (i) Appel (summons) par l'appelant radio (ii) Réponse par le centre de coordination, qui autorise l'appelant radio à procéder à l'appel (iii) L'appelant radio donne la raison de son appel, qui est, une demande d'information (iv) Le centre de coordination répond.

[128] Luff et Heath (2002) ont étudié l'utilisation de la radio dans un centre de gestion des transports urbains. L'objectif de cette étude étant de montrer comment les participants organisent leurs communications malgré les contraintes imposées par les dispositifs technologiques.

Dans une perspective proche, Rollet (2015) s'attache à rendre compte de la complexité des activités englobant un appel au SAMU, et plus précisément de la multi activité des ARM[129]. Il part du constat suivant : les ARM, dans leur espace de travail, mobilisent à la fois des objets physiques (tels que souris, clavier, documents papier) et des objets virtuels (à partir du logiciel Applisamu). Le chercheur questionne alors une possible cohérence entre pratiques verbales et interactions avec les objets de l'environnement. Pour analyser ce système d'activité situé, il choisit d'examiner plus spécifiquement l'émergence du marqueur « d'accord ». Rollet note que la régularité de cet item dans les conversations téléphoniques au SAMU en fait une marque spécifique par rapport à des appels ordinaires (2015, p. 228). Un corpus d'une trentaine d'affaires l'amène à distinguer le « d'accord » comme réponse à une question ou le « d'accord » comme indicateur d'une pause pendant des manipulations informatiques. L'objectif de son travail est de montrer un assemblage (Mondada, 2006) entre pratiques verbales, corps et mobilisation d'objets dans les appels au SAMU (*ibid.* 273). Son analyse, en filiation d'une certaine manière avec les travaux de Beach (1995b) sur l'emploi de « okay » dans les entretiens médicaux comme ressource pour se coordonner et construire du savoir sur un problème médical, se distingue en donnant à voir la dimension multimodale du marqueur observé. Elle se révèle particulièrement intéressante pour nous lorsqu'elle montre l'orientation des participants sur deux temporalités : celle de l'échange conversationnel et celle de la relation avec le dispositif informatique (*ibid.* p. 291). En fait, Rollet remarque notamment que l'appelant sait ce qu'il se passe pendant les pauses, c'est-à-dire que l'ARM est en train de remplir un logiciel, et de ce fait ne prend pas son tour. Cela conduit l'auteur à envisager l'émergence du « d'accord » comme un item-indice qui, émergeant à la suite d'une réponse à une question, permet de signaler et d'organiser une navigation dans une activité » (*ibid.* 161).

À propos de la multiactivité des opérateurs, Zimmerman (1992, p. 423) invite à prendre en compte les bruits de clavier (*keyboard sounds*) et à les interpréter comme une des activités

[129] Greco et Rollet ont tous deux réalisés leur thèse, leur enquête et collecte de données au SAMU 78. Greco avait proposé à Rollet de reprendre son terrain : « Luca Greco me proposa de reprendre son terrain d'enquête, la réception et la régulation des appels médicaux urgents au Samu de Versailles. Reprendre son terrain, avec d'autres perspectives, d'autres méthodes de récoltes de données. Et donc d'autres objets d'analyses. Mais forcément d'abord, d'autres données » (2012, p.14). Dans les pages de conclusion de la thèse de doctorat de Greco, on note la perspective déjà envisagée, d'un prolongement de son travail : « En ce qui concerne l'analyse de catégories en contexte, un prolongement possible pourrait consister à rendre compte d'autres catégories (...). Cette analyse pourrait s'appuyer sur des unités d'action plus larges comme « le système d'activité situé » (Goffman, 1961). L'usage de la vidéo pourrait ainsi nous aider à montrer comment les acteurs s'approprient leur espace et interagissent avec une pluralité de ressources sémiotiques comme la parole, l'écrit, les gestes, les regards, les postures. » (Greco, 2002, p. 447).

accomplies dans l'exercice professionnel. Il transcrit ces sons (ainsi que le texte tapé) et montre leur synchronicité avec la parole (*ibid*. 424). Ainsi, non seulement il attribue du sens à l'activité du clavier mais montre aussi comment les participants orientent l'interaction en se coordonnant avec les sons. Mondada (2008) rappelle à ce titre l'importance de la vidéo. En effet, si l'on souhaite documenter le travail des opérateurs, il faut non seulement accéder à ces sons de clavier mais aussi voir ce qui se joue sur les écrans, dans et hors des logiciels (les recherches internet par exemple). La captation vidéo permet également de prendre en compte les échanges entre les équipes dans la salle ou de rendre par exemple visible le fait que la clôture de l'appel n'est pas la clôture de l'activité. (cf *infra* méthodologie).

Si l'arrivée de la vidéo a considérablement facilité l'enregistrement écologique des activités, les éléments sonores non verbaux (et non vocaux) n'étaient pas pour autant négligés auparavant. Ainsi, Whalen et Zimmerman (1987) s'intéressent-ils aux cliquetis du clavier, qui peuvent devenir une performance publique (Garfinkel, 1967 ; Goffman, 1973) lorsqu'ils sont exagérés et trop bruyants. Schegloff (1968) intégrait lui aussi la dimension technologique de la conversation téléphonique (p.ex. : la sonnerie fonctionnant comme la première partie de la première paire adjacente) et rendait compte des orientations des participants vers des détails audibles liés au contexte (liés à l'arrière-plan sonore ou simplement à l'heure de l'appel).

7. Interactions dans des environnements complexes

7.1. Analyse des technologies en action

« The social and interactional organization of workplace activities, and the ways in which tools and technologies, ranging from paper documents through to complex multimedia systems, feature in day to day work and collaboration[130] *»* (Luff et al., 2000, p. 299)

L'analyse de conversation a élargi son champ d'études avec des travaux sur les écologies professionnelles complexes et le rôle qu'y occupent les objets, mais aussi par le biais des *Workplace Studies* (WPS) ainsi que des recherches sur le travail coopératif (*Computer-supported cooperative work* ; CSCW). Ces études naissent dans un contexte où l'enthousiasme pour les nouvelles technologies se tarit quelque peu. Les bénéfices organisationnels annoncés semblent avoir été exagérés. Ces études montrent que les défauts d'utilisation et les échecs de l'intégration de technologies de plus en plus sophistiquées, dérivent d'un manque de compréhension de la part des concepteurs, sur la manière dont les acteurs sociaux accomplissent leurs activités. Les *Workplace Studies*, contemporains des travaux de technocritiques tels que Winner, et de ceux de la socio-anthropologie des sciences et des techniques de Pickering et de Latour sur la construction des faits scientifiques, alertent de la nécessité de se pencher sur les modalités empiriques de la production des technologies.

Parmi les études fondatrices, celle de Suchman (1987), dont la monographie « Plans and Situated Actions » a eu un impact important sur le renouvellement des travaux en Human Computer Interaction (HCI) et traite des relations entre les humains et les machines interactives dites intelligentes. Ses travaux, qui s'inscrivent dans la conception ethnométhodologique des interactions et de l'action, soulignent l'inefficacité de systèmes informatiques strictement orientés vers des buts (*goal oriented*) et dont l'usage est guidé par des plans ou manuels. Considérant que ces pratiques omettent de prendre en compte l'observation des activités situées, l'anthropologue critique tout particulièrement la documentation fournie avec les objets techniques. Suchman démontre ainsi que les plans, les scripts, les règles produites par les

[130] N.d.T : « L'organisation sociale et interactionnelles des activités professionnelles, et la manière dont les outils et technologies, allant des documents papier aux systèmes multimédia complexes, prennent place dans le travail quotidien et la collaboration. »

concepteurs, ne s'incorporent pas dans les contingences de l'action. Ils ne la déterminent pas. En réalité, ils ne sont qu'une ressource avec laquelle les participants organisent leurs actions et interprètent l'action des autres. Ainsi, conclut-elle dans cette étude, il convient d'étudier la manière dont les usagers utilisent et réfléchissent en consultant les manuels, en observant les conditions même de leur usage en contexte, éclairant sur l'agentivité et l'intelligibilité produite par les usagers eux-mêmes, et qui sont des ressources fondamentales pour les concepteurs. Ce que propose Suchman, c'est un changement de paradigme. Alors que les recherches se focalisent jusqu'alors sur la construction sociale des dispositifs technologiques, elle invite à analyser plutôt l'accomplissement pratique des activités professionnelles, et la manière dont les participants constituent eux-mêmes le sens et l'intelligibilité des outils et technologies qu'ils manipulent dans le cours de leurs interactions. Suchman appelle à ce que l'analyse basée sur l'observation des pratiques situées intervienne au plus tôt dans les calendriers des ingénieurs.

Les *Workplace Studies* portent un intérêt marqué pour les terrains que Suchman a qualifié de « centres de contrôle et de coordination ». Des lieux où se coordonnent des activités complexes distribuées, comme les tours de contrôle dans les aéroports, les centres de contrôle d'une centrale nucléaire ou d'un métro, la Bourse ou les services des urgences. Ce qui caractérise ces études, c'est l'analyse du tissu ordinaire des relations au travail, ce que la théorie de l'acteur réseau appelle *association* observant alors les alignements entre humain et non-humain (Callon, 1986). D'un point de vue général, les *Workplace Studies* se préoccupent de la manière dont les objets techniques, informatiques ou non, ainsi que l'organisation spatiale, participent aux activités quotidiennes du lieu de travail. Une vision du contexte qui va au-delà du cadre de l'interaction et favorise systématiquement la démarche ethnographique. Cela suppose de mobiliser un savoir situé sur l'institution, dans une approche procédurale, se focalisant sur les méthodes par lesquelles les membres accomplissent ces activités. Il s'agit alors de saisir les dynamiques constitutives de l'action, plutôt que des résultats produits par l'activité (Mondada, 2002, p.49). S'inscrivant en filiation directe avec les raisonnements et méthodes de l'ethnométhodologie, ces études dirigent ainsi (Luff et al., 2000, p. 19) :

> (...) l'attention analytique vers les pratiques et raisonnements socialement organisés dans et par lesquels des participants produisent, reconnaissent et coordonnent leurs activités (technologiquement informées) sur le lieu de travail. [...] Elles examinent les façons par lesquelles des participants réflexivement et dans le cours de leurs actions, constituent le sens ou

> l'intelligibilité d'une scène depuis les activités dans lesquelles ils sont engagés[131]:

Pour Mondada (2002, pp. 48-51), les *Workplace Studies* proposent un changement de perspective, en se focalisant sur la façon dont les acteurs sociaux agissent dans leur contexte d'action spécifique :

> Cela signifie pas simplement une reconstruction de la perspective des membres mais aussi la description des procédés par lesquels cette perspective est incarnée dans l'action, maintenue, et défendue en elle, mobilisée dans la production incessante de l'intelligibilité et du sens des situations et donc des conduites ajustées et adéquates.

L'espace de travail est ainsi considéré non pas comme une contingence matérielle qui déterminerait l'action, mais comme un accomplissement pratique, une écologie réflexive (ibid. 77). Cette prise en compte des usages des technologies dans l'analyse de situations de travail complexes, se déploie autour du rôle des dispositifs dans la réalisation des activités professionnelles.

L'organisation complexe des centres de contrôle et de coordination est un terrain foisonnant, notamment pour la compréhension de l'organisation de la division des tâches au travail (Luff et al., 2000, p. 14). Objet de nombreuses ethnographies des *Workplace Studies,* on y observe la manière dont se coordonnent ces activités fortement technologisées. Dans cette typologie de lieux, pour comprendre le comportement des systèmes que l'on organise ou régule, il faut projeter l'information, y avoir accès autour de soi. Dans leur étude des salles de contrôle du métro Londonien, Heath et Luff (1992 ; 1996b) montrent que si le personnel responsable de la supervision quotidienne est dans une activité de gestion de flux, les conditions d'accomplissement sont modifiées dès qu'un problème émerge. En fait, lors d'une situation urgente, le personnel n'a ni le temps, ni les ressources, pour informer explicitement les autres membres de l'institution de ce qu'ils sont en train de faire, ni de la manière dont ils gèrent la

[131] N.d.T : *« (...) directs analytic attention towards the socially organised practices and reasoning in and through which participants produce, recognise and co-ordinate their (technologically informed) activities in the workplace. (..) They examine the ways in which participants reflexively, and ongoingly, constitute the sense or intelligibility of the 'scene' from within the activities in which they are engaged. »*

situation et avec qui, alors même qu'ils ont pourtant le besoin fondamental de préserver un haut degré de coordination de leurs activités, à l'intérieur tout comme à l'extérieur de la salle de contrôle (c'est-à-dire avec ceux qui agissent sur le terrain). En conséquence, les membres ont développé tout un répertoire de pratiques et procédures tacites, au travers desquelles ils produisent leurs activités, tout en veillant à participer simultanément à l'activité collective. De telles études informent sur les procédures de division du travail.

Le domaine de la santé urgente a été également abordé en de nombreux terrains, s'attachant plus particulièrement à montrer comment les opérateurs des centrales d'intervention d'urgence accomplissent leurs tâches dans un climat d'intense collaboration, dans lequel les moyens technologiques de communication (radio, téléphones fixes et portables, télécopieurs, etc.) et de gestion de l'information relèvent d'une utilisation sociale et partagée des instruments (Fele, 2006b, p. 34). Ces études montrent que l'activité professionnelle est le produit d'une cognition distribuée parmi les opérateurs.

L'intégration de nouveaux dispositifs apparaît comme le point de focalisation des travaux dans le domaine de la santé. Dans un premier temps, les résistances face à la transition de l'usage du papier aux systèmes informatiques intéressent tout particulièrement les chercheurs. Heath et Luff (1996a) en donnent un exemple lorsqu'ils mentionnent la tentative d'intégration d'un système informatique pour aider au dispatching en 1992 au service des ambulances de Londres. De graves problèmes surviennent alors (délais très longs d'intervention et impossibilité de remplir correctement le fichier informatique), ce qui entraîne un dysfonctionnement profond de tout le service. Le logiciel sera finalement abandonné.

Les auteurs alertent que ces logiciels, qui sont conçus comme des versions digitales des formulaires papier, présentent des lacunes par rapport à la diversité et à la richesse des pratiques d'écriture sur papier. En fait, la disposition et l'accessibilité des informations est moins efficace que dans les dossiers papier utilisés jusqu'alors. Heath et Luff, en décrivant de « mauvaises raisons organisationnelles pour de bons dossiers médicaux » (clin d'œil au titre de l'étude de Garfinkel de 1967 sur les dossiers médicaux[132]) pointent ainsi du doigt la conception d'un système informatique qui ne tient pas compte des réalités de la pratique des personnels

[132] Le titre de Heath et Luff (1996) « *Bad* organisational reasons for *good* clinical records » est une reference au titre de l'étude de Garfinkel (1967) « *Good* organisational reasons for *bad* clinic records » .

médicaux.

Enfin, soulignons que les travaux dans le champ du *Computer Supported Cooperative Work* (CSCW) se sont aussi intéressées à l'organisation temporelle des activités médicales. Reddy, Dourish et Pratt (2006) proposent d'envisager trois dimensions qui émergent lorsque les professionnels de santé cherchent, fournissent et gèrent l'information dans le cours de leurs activités quotidiennes : la trajectoire, le rythme et l'horizon temporels. C'est là une des focalisations des CSCW (*ibid.* 2) : « examiner l'accomplissement de l'action professionnelle concertée et collaborative - comment l'activité individuelle est organisée pour atteindre des buts collectifs[133] ». Or, les auteurs remarquent que si la reconfiguration spatiale des activités professionnelles est possible (travailler ensemble à distance) il est bien moins aisé de collaborer dans le temps (*ibid.* 30) :

> Nombreux sont ceux qui examinent la distribution du travail en l'évaluant en comparaison avec l'interaction en co-présence. Toutefois, lorsque l'on songe à la distribution temporelle du travail il est clair que cela ne fait pas sens d'imaginer des actions qui prendraient toutes place au même moment[134]

Si ces études nous ont appris à analyser l'accomplissement pratique des activités professionnelles en nous focalisant sur la manière dont les objets techniques et l'organisation spatiale et temporelle configurent le travail et la collaboration, notre approche des environnements fortement technologisés s'inscrit aussi dans le champ des Humanités numériques (*digital humanities*).

---

[133] N.d.T: *« One of CSCW's primary concerns is the achievement of concerted action – how individual activities are organized to achieve collective ends. »*

[134] N.d.T : *« Many who investigate distributed working evaluate it in comparison to co-present interaction. However, when thinking about the temporal distribution of work, clearly it makes no sense to imagine activities taking place all in the same moment. »*

7.2. Les Humanités Numériques

Que recouvrent les Humanités Numériques et quelles sont les pratiques habituellement désignées par ces termes ? Dans le « Manifeste des Digital Humanities » (2010) une définition est proposée[135] :

> Le tournant numérique pris par la société modifie et interroge les conditions de production et de diffusion des savoirs. Pour nous, les digital humanities concernent l'ensemble des Sciences humaines et sociales, des Arts et des Lettres. Les digital humanities ne font pas table rase du passé. Elles s'appuient, au contraire, sur l'ensemble des paradigmes, savoir-faire et connaissances propres à ces disciplines, tout en mobilisant les outils et les perspectives singulières du champ du numérique. Les digital humanities désignent une transdiscipline, porteuse des méthodes, des dispositifs et des perspectives heuristiques liés au numérique dans le domaine des Sciences humaines et sociales.

En fait, un premier tournant numérique (*computational turn*) est identifié au milieu du XXe siècle lorsque les Sciences Humaines, en particulier les linguistes, les historiens et les sociologues s'emparent de l'informatique pour traiter les données dans leurs travaux de recherche (Vinck, 2016, para. 4).

Le terme *digital humanities* est attribué à John Unsworth, Susan Schreibman et Ray Siemens en 2004 qui l'associent à l'utilisation des Sciences Humaines et Sociales (SHS) pour étudier la manipulation des outils numériques dans l'analyse d'objets culturels et sociaux. Plus largement, les Humanités Numériques renvoient à la rencontre des sciences et technologies informatiques avec les SHS. Un dialogue interdisciplinaire sur la dimension numérique des recherches en SHS, au niveau des outils, des méthodes, des objets d'études et des modes de médiation des travaux. Les Humanités Numériques pointent vers des questions décisives, comme le partage et la pérennité des données scientifiques, la collaboration entre individus et entre communautés et la formation (Berra, 2005). Le numérique y est à la fois envisagé comme

[135] En mai 2010 des acteurs et observateurs des *digital humanities* (humanités numériques) se réunissent à Paris lors du THAT Camp et produisent ce manifeste.

instrument de recherche, comme outil de communication et comme objet de recherche (Dacos & Mounier 2014, p. 6). Un espace de dialogue, une zone d'échange dans laquelle se rencontrent les données et les méthodologies des différentes traditions savantes (Berra, 2015). C'est ce que souligne Longhi (2019, p. 132) pour qui les Humanités Numériques sont :

> Un domaine propice à faire avancer l'histoire des idées et l'histoire des sciences, puisqu'elles nécessitent une approche métadisciplinaire qui donne à voir les enjeux de chaque domaine (humanités et informatique) et les particularités des disciplines spécifiques (littérature, histoire, linguistique, fouille de données, traitement de l'image, gestion des connaissances, etc.).

Le développement d'outils informatiques de plus en plus sophistiqués et accessibles donne aux chercheurs des nouveaux moyens de mener leurs travaux. En linguistique particulièrement, on assiste à un profond renouvellement avec les approches computationnelles des corpus. (Berra, 2015). Du point de vue de l'écrit d'abord, de nouvelles pratiques émergent, telles que l'écriture en réseau. Des formes collaboratives, ouvertes, favorisent un renouvellement de ce que peut être un travail académique. Il s'agit aussi d'un mouvement en faveur de la diffusion, du partage et de la valorisation du savoir. Par l'édition électronique *open access* à travers des dépôts institutionnels comme HAL ou Spire à Sciences Po, mais aussi l'édition d'ouvrages et de revues en ligne à travers le portail Open Edition.

Ensuite, le numérique change notre rapport aux objets généralement étudiés en SHS. Avec la prise en compte des productions numériques (données issues du web ou des réseaux sociaux) alors envisagées au même titre que des objets d'étude plus traditionnels. Par la capture, l'analyse et le traitement des données numériques, le traitement linguistique (TAL), la fouille de textes, le traitement de l'image et du son ou encore la représentation graphique et visualisation des données. Des travaux fondés sur la constitution de corpus numériques (texte, audio, vidéo), sur la numérisation de documents existants, ou encore sur le recueil de documents nativement numériques. Des problématiques transdisciplinaires émergent alors à propos des pratiques d'extraction, de traitement et de représentation de données complexes et très volumineuses.

L'approche des Humanités Numériques est particulièrement convoquée dans ce travail pour aborder la transformation des activités professionnelles et sociales en santé. Ce champ de

recherche œuvre comme une passerelle, un lieu où se jouent des « phénomènes de contamination, transfert, réappropriation, diffusions des méthodes à l'intérieur des différentes disciplines des sciences humaines et sociales (Mounier, 2018, p. 141). Une approche pluridisciplinaire de la médiation numérique de nos activités sociales et l'intégration des sciences et des techniques, de l'éthique de l'ingénieur, et des technologies.

Ainsi, au-delà de la dimension outillage et diffusion de notre recherche, notre appréhension de ce domaine concerne la participation des humanités à la production des outils numériques, et à leur problématisation dans de plus profondes collaborations entre les professionnels du domaine étudié, les ingénieurs et designers et les chercheurs en SHS. Il s'agit aussi considérer l'importance de l'impact et la lisibilité de la recherche.

Une démarche épistémologique dans laquelle méthodologie de recherche et analyses se nourrissent de l'histoire des techniques, de la connaissance des textes fondateurs de l'informatique, du projet initial des « pionniers » et également d'une approche des usages du numérique, examiné à la fois de manière critique et enthousiaste. Enfin, comme le souligne Pélissier (2017, para. 2), les Humanités Numériques adressent aussi la convergence d'activités d'enseignement et d'ingénierie pédagogique « par la définition de méthodes et de pratiques liées à l'utilisation d'artefacts véhiculant un contenu informationnel et/ou didactique et/ou scientifique ». En effet, les Humanités Numériques ont favorisé l'émergence de formes innovantes d'enseignement et de recherche.

7.3. Ingénierie pédagogique pour la régulation médicale

Un des objectifs de notre thèse est de constituer des outils pédagogiques directement issus de nos analyses interactionnelles[136]. Nous faisons des propositions pour la formation des acteurs de la régulation médicale et de la réponse aux demandes de soins non programmés qui peuvent tout autant se déployer en formation initiale qu'en formation continue. Nous envisageons avec Charnet (2022, p.12) qu'un enseignement n'est plus seulement un contenu mais bien une suite d'activités qui doit être construite et hiérarchisée : cela consiste à construire un système d'apprentissage.

[136] Voir le document en annexe.

Ensuite, il faut prendre en compte que le métier d'Assistant de Régulation repose sur la nécessite d'une forte acculturation aux artefacts technologiques. L'apprentissage en Centres de Formation des Assistants de Régulation Médicale (CFARM) est forcément soutenu par des dispositifs numériques. Ils rendent possible la pratique collective (écoute et discussion), individuelle (mise en situation) et les activités d'évaluation des compétences et savoirs effectivement acquis (*ibid.* 6).

La situation d'apprentissage repose sur les dispositifs numériques qui donnent accès aux ressources didactiques, en l'occurrence les enregistrements d'appels au SAMU. Comme l'explique Charnet (*ibid.* 2) :

> La formation numérique hybride et à distance prend de l'ampleur réellement depuis une trentaine d'années avec des pics d'avancement souvent en relation avec des politiques ministérielles de déploiement numérique, mais aussi dans l'urgence, lors des événements sociaux comme des grèves ou des crises sanitaires, à l'instar de la pandémie de la Covid.

Nous en avons d'ailleurs fait l'expérience directe : en décembre 2020 nous intervenions pour la première fois en CFARM en présentiel. L'année suivante, en pleine crise sanitaire, il a été nécessaire d'adapter le contenu de notre formation à une intervention en distanciel.

L'ingénierie pédagogique concerne aussi la conception d'environnements numériques personnalisés pour les étudiants et l'usage des outils les plus appropriés aux objectifs (*ibid.* 7) : « de nouveaux espaces d'apprentissage où ce n'est plus seulement une relation apprenants-enseignants mais aussi celle des apprenants dite interactions entre pairs, par la mise en place de communauté d'apprenants qui échangent entre eux et qui amènent à un savoir partagé ». Charnet (*ibid.* 8) souligne également toute l'importance pour les ingénieurs pédagogiques de tenir compte de : « la connaissance métacognitive qui demande à l'apprenant de s'interroger sur ses pratiques et d'analyser son propre comportement. Cette dimension pourra être appréciée par la demande de journaux d'apprentissage, d'entretiens ou d'échanges entre pairs ou avec des enseignants ou des tuteurs. ».

Ce n'est que depuis 2019, qu'une formation est obligatoire pour devenir ARM. Elle dure une année et comprend 1470 heures, réparties entre l'enseignement théorique et l'enseignement

pratique. Dans un travail d'ingénierie pédagogique à suivre, nous proposerons des modules à distance qui donneront la possibilité de mener des enseignements théoriques et des évaluations pendant les temps d'immersion pratique dans les SAMU. Il s'agira de proposer un entremêlement entre pratique et théorie.

Bilan

Dans ce chapitre, nous avons commencé par souligner comment s'est constitué le champ de la linguistique interactionnelle et nous avons ensuite déterminé quel est le socle théorique de nos analyses du corpus d'appels au SAMU : l'approche conversationnelle d'inspiration ethnométhodologique. Ce sont là des outils analytiques fondamentaux pour l'examen de conversations institutionnelles caractérisées par la nécessité de déployer successivement et le plus rapidement possible des activités prototypiques tout en faisant émerger collaborativement une décision. Coopération interactionnelle et co-construction de l'activité décisionnelle reposent sur ces procédures délicates et sont indispensables au bon déroulé des interactions au SAMU.

Nous nous sommes ensuite intéressée à la manière dont l'analyse conversationnelle traite des interactions institutionnelles médicales en tant que processus complexe de coordination des actions. Les travaux parcourus ont permis de comprendre l'émergence interactionnelle des présentations du motif de la visite des patients. Nous avons noté que les recherches récentes soulignent une meilleure prise en compte des expertises profanes des patients.

Avant de nous focaliser sur l'étude des appels urgents, nous avons abordé la dimension configurante du téléphone pour nos interactions. En déroulant le fil de la multiplication des modalités techniques du téléphone nous avons envisagé cet artefact comme un outil qui oriente l'action. À partir de l'objet technique qui permet la communication verbale à distance nous avons vu apparaitre des fonctionnalités et ressources successives pour aboutir aujourd'hui à un dispositif de plus en plus orienté vers des pratiques de coordination mutuelle dans nos relations sociales et d'auto-surveillance en santé.

Acquérir une connaissance fine des études antérieures sur les appels urgents fut forcément fondamental dans ce travail de thèse. Les travaux que nous avons parcourus dans ce chapitre s'inscrivent dans le constat de Wakin et Zimmerman (1999) : le traitement des appels urgents

constitue une interaction médicale particulière, et d'un genre unique parce que : (i) l'urgence impose un déroulement accéléré de l'interaction ; (ii) l'appelant se trouve dans un état émotionnel inhabituel ; (iii) l'enjeu de l'interaction est important (une question de vie ou de mort parfois). L'étude détaillée des séquences de l'interaction a particulièrement insisté sur la manière dont, tour après tour, la raison qui a motivé l'appel est présentée et construite dans un processus conjoint et la récurrence des situations de non-alignement des participants aux appels urgents, notamment lors des séries interrogatives.

Ces travaux ont permis d'établir un certain nombre de raisons pouvant expliquer l'apparition de perturbations interactionnelles, que nous résumons ici :

- les appelants, ne connaissant pas la logique institutionnelle et les raisons pratiques qui motivent les séries interrogatives peuvent, dans des situations où l'urgence ressentie est importante, considérer que ces questions ne sont pas pertinentes et qu'elles retardent l'envoi de secours ;

- les appelants sont souvent soumis à la nécessité de convaincre du bien-fondé de leur demande. L'expression du doute par le répondant, peut conduire à l'instauration d'un climat hostile. Le doute peut concerner la véracité de la description, le fait qu'un tiers refuse de passer l'appel au patient alors que l'opérateur a entendu le patient s'exprimer en arrière-plan ou encore des demandes de clarification quand les réponses produites ne sont pas satisfaisantes du point de vue de l'opérateur ;

- l'expression de la frustration de l'appelant qui reste sans réponse (avoir le sentiment de ne pas être écouté) et le fait de demander à un appelant de « se calmer » conduisent souvent à un climat de tension, à la contamination de l'activité (Whalen et al., 1988).

La lecture de ces travaux nous a informé sur l'importance de former les répondants à pouvoir délibérément s'éloigner des procédures établies et à collecter et interpréter les informations qui peuvent émerger hors du contexte séquentiel routinier. Nous avons ainsi pu identifier des phénomènes interactionnels qui permettent d'anticiper les perturbations qui pourraient venir dévier la trajectoire des appels. Un répertoire des procédures méthodiques, basées sur les principes séquentiels qui dévoilent les aspects granulaires (Schegloff, 2000) de l'activité de la régulation urgente (Fele 2006, p. 46). C'est cette boite à outils que notre étude ambitionne

désormais d'enrichir par la description de la manière dont les participants aux interactions aux SAMU interprètent et rendent intelligibles leurs actions mutuelles et co-construisent leur univers social.

Dans la dernière partie de ce chapitre consacré à notre cadre théorique nous avons présenté les méthodes d'observation des pratiques situées telles que mises au point dans le champ des *Workplace Studies* et des travaux coopératifs assistés par ordinateur (*Computer-Supported Cooperative Work*). Outre l'usage situé, contingent et social des artefacts, numériques ou non, dans des situations professionnelles variées, ces travaux se sont préoccupés des modalités de travail et de collaboration dans les « centres de contrôle et de coordination ».

Désormais nous présentons notre accès au terrain d'enquête ainsi que les conditions méthodologiques de collecte et de traitement du corpus d'appel.

Chapitre 2 :
Orientation méthodologique

Préambule

Les salles de régulation médicale sont des environnements de travail complexes, fortement médiatisées par des technologies. Nous avons vu précédemment que les recherches dans le cadre de l'AC ont particulièrement prêté attention aux méthodes de recueil et d'exploitation des données audio et vidéo d'interactions, en tant que pratiques sociales situées. Dans ce chapitre, nous nous attarderons en détail sur ces questions. Nous verrons comment, après l'étude des conversations téléphoniques, les chercheurs ont eu recours à l'enregistrement vidéo pour saisir l'écologie de l'action. Une démarche méthodologique qui comprend le déplacement de l'équipe de recherche dans les lieux sociaux où les futures données s'élaborent et sont échangées, en vue de les recueillir, de les enregistrer, et parfois d'en interroger les participants (Mondada, 2001, p. 3). Le chercheur qui aborde un terrain dispose généralement d'un ensemble de ressources qui peuvent l'aider à anticiper ce qu'il s'apprête à observer. Dans la phase préparatoire, nous avons pu nous appuyer, en particulier, sur les réflexions portées par le Dr Gely et M. Bonu, ainsi que sur notre connaissance de la littérature de l'étude des appels urgents. Ces connaissances préalables nous informaient des nombreuses spécificités du terrain d'étude, caractérisé par son contexte sensible, tant du point de vue de ce qui se dit dans les appels, que des problèmes rencontrés par les professionnels. Elles nous suggéraient également d'accorder une attention spécifique à l'imbrication entre les pratiques conversationnelles et le travail informatique, traduisant l'orientation des régulateurs sur plusieurs temporalités simultanées. Dans cette section, nous porterons un regard réflexif sur la manière dont nous avons documenté les procédures mobilisées pour réguler les appels. Nous poserons la question de l'observation et de son instrumentation. Nous verrons comment a été élaboré notre dispositif filmique afin de capter des interactions enregistrées dans leur contexte naturel de production. Enfin, nous présenterons notre démarche pour organiser et transcrire les données collectées.

1. La fabrique de la recherche

1.1. Obligations juridiques préalables

Mener une enquête dans un SAMU implique un certain nombre de prérequis juridiques, assurant un cadre de collecte éthique. Les informations échangées lors des appels d'urgence sont des données sensibles. Au-delà des informations d'état civil, elles peuvent concerner des pathologies, voire des situations répréhensibles du point de vue de la loi. De plus, l'utilisation de la caméra doit faire l'objet d'une notification préalable car elle implique l'application de principes déontologiques et juridiques à l'endroit des sujets filmés (Mondada, 2006b). Ainsi, notre accès au terrain en septembre 2019 a-t-il été conditionné par l'accomplissement d'un certain nombre d'obligations[137]. Des documents de présentation du projet faisant état de la démarche scientifique ont été adressés aux responsables des SAMU et des structures hospitalières. Une convention a été rédigée, grâce au soutien du service juridique de l'université Paul Valéry Montpellier 3, nous engageant notamment à anonymiser les enregistrements qui allaient constituer le corpus et à ne pas conserver les données non anonymisées. L'ensemble du corpus ayant été intégré au projet C15HN, et conformément aux nouvelles recommandations du règlement pour la protection des données (RGPD), la mise en place des autorisations de traitement des données de ce corpus a été organisée par le directeur scientifique du projet M. Bonu, avec le soutien juridique de l'université.

Les enregistrements qui ont été collectés concernent deux types de participants : les appelants d'une part et les acteurs du réseau d'intervention de l'autre, qui ne sont pas nécessairement des membres du SAMU[138]. Afin de préserver les droits des professionnels du SAMU qui allaient être filmés, un courrier a été adressé aux ARM du SAMU concerné en amont de notre venue, afin de leur expliquer le rôle du dispositif d'enregistrement[139]. Une fois toutes ces formalités essentielles accomplies, le déplacement sur le terrain fut possible. Ces démarches n'influencent cependant pas systématiquement les participants à accepter l'enregistrement. La convention étant signée par la direction de l'hôpital, les personnels du SAMU physiquement présents dans la salle de régulation, n'ont pas eu la possibilité de donner leur autorisation individuelle d'être

[137] Nous avons intégré ces documents en annexe.
[138] Voir *infra* présentation du SAMU pour une présentation des membres du réseau d'intervention urgent français.
[139] Ce document est présenté en annexe.

filmés. Nous avons convenu avec le responsable du SAMU 42, le Dr Giraud qu'ils pourraient signaler leur éventuel refus de vive voix, une fois que nous serions sur place.

Mondada (2006b, p. 131) s'intéressant à cette question, considère que la demande d'autorisation d'enregistrement est :

> Un problème pratique et réflexivement configurant constamment posé à l'enquêteur et incarné dans la question du moment auquel procéder à cette demande : l'éthique et le juridique se présentent donc ainsi comme un problème pratique que les chercheurs ont à résoudre sur le terrain, au sein de contingences interactionnelles précises.

Elle est effectivement liée à la compréhension du projet d'étude par les acteurs, ainsi qu'à leur information préalable, concernant les modalités de diffusion et d'utilisation de ces données, leur anonymisation et le droit éventuel de rétraction des participants. L'extraction des appels se fait depuis la base de données interne des SAMU[140].

Le cadre de cette recherche ne permettait pas d'informer les appelants ou les professionnels externes au SAMU, ni en amont de la collecte, ni a posteriori, et ceci pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le caractère urgent de l'activité ne donne pas la possibilité aux récepteurs des appels de signaler en ouverture que les appels peuvent être collectés dans le cadre d'une recherche universitaire. Cette information pourrait perturber le bon déroulé du traitement du problème de l'appelant. Il n'était pas non plus possible techniquement de modifier le disque diffusé pendant le temps d'attente. Quant à le leur signaler a posteriori, cela aurait représenté une tâche considérable à accomplir et aurait nécessité par ailleurs des autorisations supplémentaires trop contraignantes. La garantie de confidentialité en jeu repose donc sur l'engagement pris d'anonymiser au plus vite les données et de ne pas les diffuser hors du cadre de la recherche. Pour éviter l'identification des locuteurs enregistrés dans les transcriptions, des pseudonymes ont été utilisés et un bip a été ajouté sur les bandes audio-visuelles dès qu'une information relative à l'état civil de l'appelant et à sa localisation émergeait. Sur les images, pour l'analyse multimodale, il est indispensable de conserver une bonne visibilité des visages

[140] Un arrêté du 20 octobre 2011 impose la conservation des enregistrements des appels reçus pendant cinq ans.

et des membres supérieurs, mais lorsque nous reproduisons des images dans ce document, et dans la mesure où notre description est principalement centrée sur les postures, nous anonymisons les visages des ARM.

Notre difficulté a aussi été d'expliciter le projet de vive voix aux ARM pendant notre temps sur le terrain. Une tâche à laquelle nous ne nous étions pas spécialement préparée. Ainsi, sur le vif, répondant à leurs questions, les explications que nous leur avons fournies sur les objectifs de la recherche se sont focalisées sur les apports potentiels au développement futur de technologies dans le domaine de la régulation, à commencer par les logiciels, éludant alors que notre problématique se préciserait bien en aval de ce temps passé à leurs côtés. Le chercheur se dévoile à travers sa demande d'autorisation aux participants, et celle-ci « est susceptible d'opérer, du fait même de son énonciation, une transformation des relations entre enquêteur et enquêtés, modifiant à la fois leurs catégorisations respectives et les activités qu'elles rendent possibles et intelligibles. » (Mondada, 2006b, p. 133). De fait, la mise en discours du projet a une influence sur l'acceptation ou le refus de la demande.

1.2. Observation située des pratiques

L'approche ethnographique, issue des travaux de l'École de Chicago consiste à s'immerger au cœur des situations sociales afin d'acquérir une meilleure compréhension de l'activité du groupe observé. En effet, pour comprendre une situation et être à même de la décrire telle qu'elle se produit réellement, le chercheur ne peut *négliger la situation* (Goffman, 1988), il doit l'observer dans son contexte spatial et dans son déroulement temporel. Le positionnement immergé permet d'approcher au plus près des pratiques des différents acteurs[141].

Pour observer l'activité située, la recommandation générale qui prévaut en AC, est de réaliser des enregistrements qui restituent les activités interactionnelles en modifiant le moins possible les contextes d'interaction des participants. Ces interactions verbales, en face à face ou à distance, sont documentées dans leur contexte ordinaire (Mondada, 2012 p. 130) et doivent être des échanges sociaux non provoqués c'est-à-dire : « non produites par l'intervention du chercheur comme (Schegloff & Sacks, 1973, p. 291). Une exigence méthodologique en rupture

[141] Dans la perspective ethnographique, Gold (1958) détaillait quatre types de rôles possibles pour une observation participante *in situ* : le pur participant, le participant-comme-observateur, l'observateur-comme-participant et le pur observateur.

avec les dispositifs traditionnels de collecte de données en Sciences humaines qui, comme l'écrivent Heritage et Atkinson (1984, p. 2) font usage de méthodologies expérimentales dans lesquelles les analystes doivent nécessairement manipuler, diriger ou de toute manière intervenir dans le comportement des sujets observés[142].

En AC on s'attache à découvrir l'ordre des activités sociales, du point de vue de leur organisation endogène dans la vie de tous les jours, sans intervention exogène des chercheurs (Mondada, 2012, p. 34). Pour Mondada, l'AC est le mouvement qui a le plus thématisé l'importance des données enregistrées « naturelles », condition *sine qua non* d'une étude détaillée de l'interaction telle qu'elle est localement organisée par les participants ainsi que de l'établissement d'une intersubjectivité et d'une traçabilité de l'analyse (2007a, p. 144). Pour autant, elle estime que le terme interaction spontanée n'est ni distinctif, ni pertinent (2006b, p. 124). En effet, une interaction peut être non spontanée, mais quand même naturelle : c'est le cas tout particulièrement de la parole dans un cadre institutionnel comme le SAMU. La production de la parole y est en effet produite et orientée dans et pour une situation provoquée par l'exercice professionnel, et elle est contrainte par les statuts catégoriels des participants, impliquant des manières de dire et de faire. Cependant, elle reste naturelle, c'est-à-dire produite en situation, dans le sens où elle n'a pas été pré-arrangée par le chercheur pour les besoins de la recherche.

Alors que nous disposons de deux lieux d'étude, il convient de porter un regard sur la constitution du corpus des appels du SAMU 66. En effet, nous avons vu que ces données ont été collectées au fur et à mesure de l'activité par les ARM, ceux-ci les qualifiant comme problématiques, et les mettant dès lors de côté pour constituer un corpus, à la demande du Dr Gely. Pour évaluer le caractère naturel de ces données, nous sollicitons les travaux de Potter (Potter, 1996, p. 135) qui propose le test de la non-présence du chercheur pour définir une interaction naturelle. Ainsi, le test cherche à savoir si l'interaction aurait eu lieu, et si elle aurait eu lieu sous la forme produite, si le chercheur n'était pas né. Mondada (2006b, p. 4) évoquant ce test, avance que s'il est par nature invérifiable, il traduit néanmoins l'idée selon laquelle les interactions doivent être saisies dans leur contexte ordinaire, habituel. En continuité avec cette idée, Speer (2002, p. 520) soutient cependant que « toutes les données peuvent être naturelles

[142] N.d.T : « *The use of experimental methodologies in which the social scientist must necessarily manipulate, direct, or otherwise intervene in the subjects behavior*. »

ou contraintes selon ce que l'on veut en faire ». Ainsi, le caractère naturel, ou contraint n'est pas une propriété uniquement des données, mais dépend de l'objet de recherche.

Un point de vue partagé par ten Have (1999, p. 49) qui explique : « qu'une parole soit considérée comme naturelle ou non, ne dépend pas seulement de la situation, mais aussi de la manière dont elle est analysée[143] ». Du point de vue de notre étude nous privilégions une observation située de l'activité dans les centres de régulation des appels, la majorité de notre corpus d'appels ayant été collecté lors de notre déplacement dans le SAMU de Saint-Etienne. Elle n'exclut pas pour autant l'analyse du corpus recueilli par les membres du SAMU de Perpignan dans le cadre du travail de recherche avec le Dr Gely. L'étude de ces données se fera selon la méthodologie de l'AC qui garantira de notre stricte volonté de ne pas faire reposer l'analyse sur une pratique intuitive découlant de la constitution même du corpus. En effet, nous veillerons à ce que la théorisation naisse toujours de la transcription fine et de l'analyse. En d'autres termes, nous nous attacherons à ne pas prendre pour point de départ les intuitions des ARM et médecins, et analyserons ces conversations depuis le point de vue émique de tous les participants. Dans cette optique, les données du corpus 66, qui ont été collectées par le Dr docteur Gély nous apparaissent comme des données authentiques, ayant eu lieu indépendamment du projet de recherche. Pour autant, travailler uniquement sur ce corpus n'aurait pas été suffisant. En effet, pour Mondada (2005, p. 26) « Si l'on veut rendre compte des pratiques professionnelles, la meilleure démarche semble être d'aller soi-même observer ces pratiques, plutôt que d'en faire produire une version par quelque témoin. Cela permet de recueillir plutôt qu'un dire sur, des dires dans ces pratiques ». Ainsi, l'exigence méthodologique qui consiste à travailler sur des données enregistrées dans leur contexte réel d'énonciation, va de pair avec la reconnaissance du caractère situé de l'organisation de l'action sociale et des pratiques langagières, c'est-à-dire de leur ancrage dans un contexte social, qui exerce des effets sur la production de l'ordre interactionnel.

1.3. Des enregistrements sonores puis audiovisuels

Le travail sur des conversations téléphoniques enregistrées a joué un rôle historique dans le développement de l'analyse conversationnelle et de la linguistique interactionnelle (cf. *supra* chapitre 1). Sacks inaugure ce type de recherche en 1963 en ayant recours à des enregistrements

[143] N.d.T : « *So, wether some piece of talk can be treated as 'natural' or not depends not only on its setting, but also on the way it is being analysed.* »

audio produits par un centre d'appel de prévention du suicide. Le caractère disponible de ces enregistrements constitue une opportunité inédite pour analyser les cours d'action dans un contexte naturel. Chaque enregistrement, par la possibilité d'une écoute et d'un visionnage répétés, met à disposition des détails dans l'activité, les caractéristiques interactionnelles des échanges sont préservées, permettant de réécouter les phénomènes autant de fois que souhaité. Sacks (1984, p. 26) envisageant l'apport analytique de la réécoute, expliquait :

> De tels matériaux avaient une seule vertu, c'est que je pouvais les rejouer. Je pouvais les transcrire quelque peu et les étudier à souhait – quel que soit le temps que cela prenait. Les matériaux enregistrés constituaient un enregistrement "suffisant" de ce qui s'était passé. D'autres choses, assurément, s'étaient produites, mais au moins ce qui était sur l'enregistrement s'était déroulé. […] J'ai pu les étudier maintes fois, et aussi, par conséquent, parce que d'autres ont pu regarder ce que j'avais étudié et en faire ce qu'ils pouvaient[144] […]

En outre, le travail sur des données enregistrées conduit à observer le déroulement séquentiel des interactions afin d'analyser les processus de coordination, de synchronisation et d'articulation de la parole. L'observation répétée des données permet l'accès aux éléments que Garfinkel (1967b, pp. 36–37) définit comme vus mais non remarqués (*seen but unnoticed)*, et dont les enregistrements amènent à attester, en préservant leur agencement dans le déroulement temporel. Ainsi, ils ne sont pas seulement des aide-mémoires du contenu d'un événement passé que l'on étudie, mais des outils d'analyse indispensables pour mettre à jour des phénomènes interactionnels autrement inaccessibles.

Dans leur article sur les méthodes de captation du travail dans les centres d'appels, Relieu, Licoppe et Lan Hing Ting (2010) expliquent que dans la perspective ethnométhodologique, la mise en contexte de l'action est essentiellement une dimension interne à l'effectuation de l'activité des participants. Ils poursuivent en énonçant que le travail de l'analyste consiste à reconstituer la façon dont tel élément contextuel a été invoqué par les participants, en donnant

[144] N.d.T : « *I started to play around with tape recorded conversations, for the single virtue that I could replay them; that I could type them out somewhat, and study them extendedly, who knew how long it might take ... It wasn't from any large interest in language, or from some theoretical formulation of what should be studied, but simply by virtue of that; I could get my hands on it, and I could study it again and again. And also, consequentially, others could look at what I had studied, and make of it what they could, if they wanted to disagree with me.* »

à voir les ressorts des opérations d'inscription de l'action en contexte. L'activité est en effet envisagée comme un processus d'organisation reposant sur la capacité des participants à rendre sensibles et observables les détails pertinents sur lesquels ils s'appuient pour agir. L'analyse prend forme avec des explorations systématiques, de la façon dont les participants rendent possible cette observabilité, préalablement à tout regard extérieur. En d'autres termes, elle restitue les détails rendus pertinents par les participants dans leur interprétation du sens. Ce point de vue endogène des participants est essentiel, non pas simplement pour en restituer la perspective sur l'action, mais pour reconstruire les méthodes par lesquelles ils soutiennent activement cette perspective dans l'organisation de leurs conduites (Gülich & Mondada, 2001, p. 202). Une intelligibilité scénique de l'action (Jayysi, 1988) qui fait converger dans un continuum les points de vue des membres avec les points de vue des chercheurs présents sur le terrain (Mondada, 2007b). Pour Bonu (2016) il s'agit d'une méthode radicalement inductive dans laquelle le chercheur est guidé dans la quête de phénomènes pertinents par des questions de recherche telles que « pourquoi cela maintenant[145] ? », « quel problème est apparu au locuteur en action ? », « Quel est celui que doit résoudre l'interlocuteur qui prend la parole à la suite ? » Ainsi, ajoute-t-il : « chaque action dénoue un ou plusieurs problèmes et en projette de nouveaux, résolus tour à tour par chaque participant » et l'explicitation de la solution de ces énigmes procède de ce que Schegloff (1992) appelle « l'infrastructure procédurale de l'interaction ». De ce fait, l'analyse des interactions naturelles consiste en l'observation et la description de la production et des conséquences séquentielles des actions.

Les travaux de recherche fondés sur des enregistrements sonores ont représenté le socle principal de la première phase de l'histoire de la discipline conversationnelle. L'invention des caméras portables à la fin des années 60 et notamment les premiers appareils Sony comme Portapak fait émerger un nouveau type de corpus audiovisuel pour l'AC (Mondada, 2017b, p. 71). Goodwin est un des principaux acteurs du virage technologique de la discipline. En effet, fort d'une formation professionnelle dans la production filmique, il réalise dès les années 70, un grand nombre d'enregistrements vidéo pour sa thèse d'abord, qu'il publie en 1981, mais aussi à destination de la communauté conversationnaliste (Mondada, 2007b, p. 144). Cette extension à des enregistrements audiovisuels, ouvre une forme renouvelée d'attention analytique, où l'on observe les relations multiples entre la dimension sonore et les éléments

[145] N.d.T : *Why that now*. Une question centrale dans la méthodologie analytique en AC, posée en premier lieu par Schegloff (Schegloff 1980: 147 1991: 55; Schegloff and Sacks 1973).

visuels, liés au mouvement des corps, au maniement des objets et à l'usage d'artefacts par les participants à une interaction (Bonu, 2008, p. 11). Les chercheurs s'attachent alors à la fois à revisiter des concepts et des phénomènes appréhendés jusque-là au moyen de données audio, mais aussi à prendre en compte de nouveaux phénomènes, inobservables jusque-là, ainsi qu'à développer de nouvelles conceptualisations des rapports entre action, langage et corporalité (Bonu, 1992). Pris dans leur dimension interactionnelle, ces détails deviennent pertinents pour l'analyse dès lors qu'ils sont rendus visibles par les participants, verbalement et corporellement (*ibid*.). Or, les ressources des participants sont extrêmement variées et impliquent différentes modalités, qui sont simultanément mobilisées : la parole (y compris l'aspect verbal, la prosodie, la phonétique et les caractéristiques vocales), le regard, les expressions faciales, le mouvement de la tête, les gestes, les mouvements du corps (comme marcher, rester debout, courir), la position dans l'espace, la proxémie et la manipulation d'objets (Deppermann et al., 2010, p. 1701). Autant de modalités centrales dans la pratique du travail complexe que réalisent les ARM. En ce sens, c'est l'appropriation des méthodologies de recherche de l'AC qui nous permet dans nos analyses de rendre visible l'éventail de leurs méthodes et de montrer l'apparition des phénomènes interactionnels dans l'analyse détaillée des séquences, qu'elles soient extraites des appels ou capturées dans des interactions entre collègues.

1.4. Filmer des conversations téléphoniques

Les applications informatiques prennent une place de plus en plus importante dans l'environnement professionnel. Les ARM sont presque toujours confrontés à deux flux d'activité au moins : l'un inscrit dans la conversation et l'autre dans les supports informatiques (Firth et al., 2005 ; Rollet, 2012). Leur activité peut être décrite comme une chorégraphie qui règle la distribution de leurs engagements et de leur attention entre parole et écran (Whalen et al. 2002). Avec la vidéo, un autre regard sur les conversations téléphoniques est possible. La captation vidéo montre de manière variée et appropriée comment les détails de l'interaction sont en relation étroite avec un large éventail d'activités professionnelles, marquées par la multiactivité, qui ne commence ni ne finit avec le décrochement et le raccrochement d'un combiné (Mondada, 2007b, p. 143). Dans notre étude nous avons fait le choix de nous focaliser sur les données où nous avons accès à la participation des appelants (ou des appelés lorsque c'est le SAMU qui initie l'appel). Toutefois, avec le corpus vidéo de l'activité dans la salle de régulation, nous avons pu, en quelque sorte, revenir sur le terrain aussi souvent que nous le

souhaitions. Et ce notamment afin de vérifier de nouveau une information consignée dans notre cahier d'observation répété des données vidéo, à propos de la multiactivité par exemple.

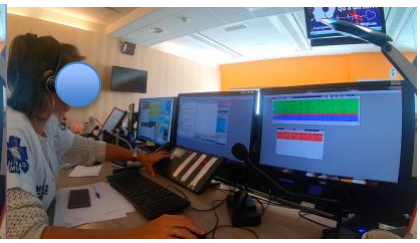
Comme le montre l'extrait suivant, la fin de l'appel n'entraîne pas une clôture de l'activité. L'ARM se voit transférer un appel avec par le médecin régulateur, mais lorsqu'elle décroche la ligne est interrompue :

C15HN_MM_B_1

```
01 ARM1 allo allo/ ah ben il a coupé\
       *tape au clavier*            *raccroche* *tape au clavier*
    im  #im 1                        #im 2      #im 3
```



im.1



im.2



im.3

Alors qu'elle décroche l'appel, l'ARM effectue simultanément une saisie sur l'ordinateur. Réalisant que la ligne est interrompue, elle suspend temporairement son activité sur le clavier pour raccrocher, mais reprend immédiatement après les manipulations informatiques. Ainsi, si l'activité conversationnelle relative à l'affaire en cours est clôturée, l'activité informatique qui s'y rapporte se poursuit. Les conversations téléphoniques urgentes que nous avons collectées sont emplies de phénomènes sonores non verbaux. Les silences, les bandes sonores d'attente, ont des effets sur l'interaction avec les appelants.

Le fait d'avoir à notre disposition ce corpus audio-visuel et d'avoir pu le visionner aussi souvent que nécessaire durant les trois années qui ont suivi fut particulièrement utile pour la rédaction de la partie consacrée à nos propositions technologiques.

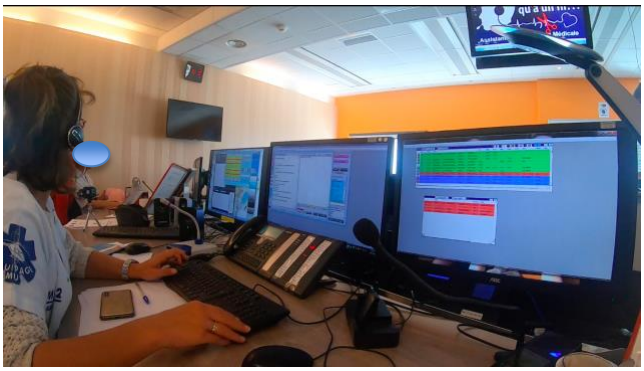
En outre, notre déplacement sur le terrain impliquait de constituer un corpus pour l'ensemble du projet C15HN, et non pas pour notre seule thèse. L'objectif était de pouvoir dans une perspective analytique inspirée notamment des *Workplace Studies,* étudier l'enchâssement de la parole en interaction dans l'environnement matériel de la salle de régulation. Le dispositif audiovisuel d'enregistrement pour le projet C15HN implique la présence de plusieurs caméras dans l'environnement complexe de travail. Grâce à ce dispositif, il est possible d'analyser d'un point de vue multimodal, l'écologie dans lequel les appels se déroulent, à savoir les relations entre les gestes, les regards, les déplacements, les manipulations d'artefacts et les productions sonores. Les occurrences sonores, toujours nombreuses dans les espaces partagés de travail, le sont tout particulièrement lorsque l'activité professionnelle est une activité de parole. Les membres développent alors une compétence adaptée.

Ainsi, dans la salle, la pratique du travail de régulation implique des compétences dans l'exercice d'une « écoute flottante pour surprendre, reconnaître, filtrer et interpréter les sons pertinents et significatifs dans l'environnement local pour la collaboration » (Lan Hing Ting & Pentimalli, 2009). Souvent, les participants augmentent le volume de leur voix, expriment à voix haute des doutes ou interrogations, ou produisent des rires et autres occurrences sonores, pour attirer l'attention de leurs collègues sur l'appel qu'ils sont entrain de traiter. L'examen de ces séquences nous informe sur les modalités de collaboration dans les salles de régulation. Cela s'applique tout particulièrement aux appels du SAMU, puisque le système organisationnel en place implique qu'une même demande de santé puisse être traitée par plusieurs opérateurs, comme dans cet exemple, montrant une production sonore pertinente et signifiante vers laquelle s'orientent les co-présents (Mondada, 2003).

Ainsi, dans cet extrait, qui survient quelques secondes après l'extrait retranscrit plus haut, la même ARM produit un énoncé à propos de l'appel interrompu. Elle prévient du départ d'un VSAV (véhicule de secours et d'assistance aux victimes), cet énoncé est prononcé à voix haute dans la salle tout en se tournant vers sa voisine (ARM2), qui, en se tournant également vers elle en émettant un rire très léger (*quasi-laughter ;* Lavin & Maynard, 2001), lui signale qu'elle a bien reçu l'information :

C15HN_MM_B_2

01 ARM1 s'il rappelle ok docteur xnomx pour la v.s.a.v de xvillex (0.2)ils
*tape sur le clavier * #se
im #im.1



Im.1
le laissent sur place sans appeler un ami sans rien y se
tourne vers arm2----------
débrouillent=
--------→
02 ARM2 =((ha ha))
regarde ARM1

Moins de trente secondes plus tard, le téléphone de ARM2 sonne :

01 ARM2 samu bonjour
tour de l'appelant
xvillex/
arm1 se tourne vers ARM2
#pointe son doigt vers ARM1
im #im.2



Im.2
02 ARM1 xvillex/
arm2 fais un signe de la tête pour acquiescer
03 ARM1 dis leur ok c'est bon
04 ARM2 c'est bon ma collègue ma collègue me dit que c'est bon

Ces extraits nous donnent à voir comment le travail de coopération repose effectivement sur une écoute flottante : ARM1 a anticipé que l'affaire qu'elle venait de traiter allait donner lieu à un autre appel, et que celui-ci pourrait arriver sur un autre poste que le sien. Par conséquent

elle a exprimé à voix haute un commentaire, qui bien qu'il soit verbalement adressé au médecin, est en réalité adressé aux autres ARM, et plus particulièrement à celle qui se trouve la plus proche de son poste. Nous relevons également, et cela constitue une analyse ultérieure, que l'appel est revenu sur un autre poste que celui de ARM1, alors même que celle-ci était disponible (nous pouvons affirmer qu'elle n'était pas en ligne puisqu'elle décroche un autre appel quelques secondes plus tard).

Ainsi, les participants produisent des indices auditifs (Goodwin, 1995), une prosodie étonnée ou interrogative par exemple, qui, tout en épousant la forme d'une parole pour soi ou adressée à l'appelant à l'autre bout du fil, est exprimée à voix haute et de ce fait, peut être entendue des pairs (Heath et al., 1994). Ces indices peuvent aussi prendre la forme d'une emphase sur un terme qui catégorise une demande de santé ou d'une argumentation sur un ton agacé auprès d'un interlocuteur insistant. Ils peuvent avoir pour visée de partager une information divertissante sur un appel en cours ou de signaler des difficultés. L'agencement de la salle de régulation du SAMU 42 a été pensé autour de cette question du partage sonore de l'espace. Ainsi, sur les conseils d'un ergonome, les murs ont été réalisés dans le même matériau que celui utilisé dans la salle des débats de l'Assemblée générale du conseil des Nations Unies, matériau qui a pour caractéristique d'optimiser l'espace sonore. Pour le Dr Giraud, alors responsable du SAMU 42, ce choix favorise un espace d'écoute réciproque propice à l'entraide (*ibid.*) et à la résolution collective, rapide et efficace des requêtes des appelants (Goodwin, 1995 ; Goodwin & Harness Goodwin, 1997).

Dans la section précédente, les interactions étudiées doivent être saisies dans leur contexte naturel de production, on ajoutera aussi que les données, même audiovisuelles, sont nécessairement sélectives. Elles sont en effet le produit de l'interprétation des chercheurs de l'activité sociale en cours par le choix du cadrage. Elles ne sont pas une simple représentation de la réalité mais une production locale et située (Mondada, 2009, p. 96). Par exemple, l'enregistrement ne saisit pas l'intégralité de l'historicité conversationnelle des membres, alors que celle-ci peut s'avérer nécessaire à la compréhension des appels traités par les ARM. L'enregistrement sélectionne dans le temps et dans l'espace un épisode interactionnel et opère ainsi une délimitation de l'activité. On jugera cependant que l'observation directe, combinée à nos modalités de collecte de données constitue un dispositif satisfaisant pour notre sujet d'étude. Dans la suite de cette partie, nous montrerons comment notre système de captation a été pensé dans une perspective écologique.

1.5. Mise en œuvre du scénario de collecte de données

Nous détaillons ici les procédures utilisées par le groupe de recherche pour enregistrer en situation, en préservant la configuration contextuelle, combinant artefacts et pratiques situées. Le dispositif d'enregistrement doit être pensé en respectant une politique de préservation (Relieu et al., 2010) de l'activité située. Ainsi, pour sauvegarder la façon dont le travail s'auto-constitue collectivement et en interaction entre les participants – afin de rendre analysable sa construction – il est essentiel d'anticiper sur le choix de l'équipement nécessaire très en amont et d'adapter les techniques de prise de vue ou de son pendant le tournage. La constitution du corpus est un accomplissement matériel et technique qui doit être conçu et réalisé en fonction d'objectifs et d'objets d'analyse.

Ces exigences posent toute une variété de problèmes pour la conception du dispositif d'enregistrement. Les choix se font en fonction des contingences spatiales et organisationnelles qu'impliquent les activités que l'on se destine à filmer et la réussite de l'opération dépend fortement de la qualité de la phase de terrain réalisée avant l'enregistrement lui-même. Pour cette raison, M. Bonu et moi-même avons sollicité l'expertise de Pierre-Olivier Gaumin, concepteur multimédia et réalisateur pour la Maison des Sciences de l'Homme de Montpellier (MSH Sud) et Nada Jonchère ingénieure à la DSIN de l'Université Paul-Valéry Montpellier 3, chargée de l'accompagnement numérique à la recherche.

Nos réunions de travail ont permis une réflexion anticipée sur le matériel à se procurer et sur les possibilités de placement des caméras dans la salle de régulation, envisageant avec leur concours, tout ce qui optimiserait la constitution du corpus. Ces réunions, couplées aux photographies et aux notes d'observations préliminaires sur le terrain, ainsi qu'aux échanges avec le Dr Giraud, nous ont permis de déterminer les éléments à prendre en compte dans le dispositif d'enregistrement et de construire une future représentation globale et visuelle de l'interaction. Nous avons ainsi arrêté le choix des caméras, qui devront être de petite taille et pouvant ainsi être installées sur des pieds posés sur les bureaux des ARM pour limiter l'intrusivité. Un dispositif simple, consistant en une source unique (un enregistrement audio-visuel, avec une seule caméra) n'était pas envisageable pour capturer l'écologie de l'activité de régulation. Un dispositif incluant le recours à plusieurs caméras filmant simultanément sous plusieurs angles s'est avéré nécessaire. Cela nécessite un temps de montage pour éditer et

synchroniser, des opérations relativement longues. Pour toutes ces raisons, nous décidons que nous filmerons deux postes à la fois, ce qui implique d'emporter quatre caméras. Notre choix s'est arrêté sur les caméras suivantes :

Type caméra	**Nombre**	**Caractéristiques principales**
Caméra Go Pro Hero 7 	3	○ Capteur BSI de 12 mégapixels ○ Possibilité de filmer en Full HD et 240 i/s ○ Stabilisation ○ Écran tactile efficace ○ Impossible de changer la batterie ou la carte MicroSD sans démonter la caméra de son support
Caméra Osmo Pocket de DJI 	1	○ Stabilisation ○ Écran tactile efficace ○ Caméra portable compacte stabilisée à 3 axes ○ Capteur ½,3 pouce ○ Champ de vision de 80° Ouverture f/2.0. ○ Possibilité de filmer en 4K à 60 ips, avec un débit de 100 Mb/s, au ralenti 4x en 1080p à 120 ips ○ Impossible de retirer la batterie tout l'appareil doit être mis en charge

L'accompagnement de Pierre-Olivier Gaumin nous permet d'anticiper d'éventuelles difficultés. Voici la check-list qu'il nous fournit :

```
Vérifier le rendu luminosité
Vérifier la possibilité de récupérer les enregistrements audio
Attention aux espaces morts de notre dispositif
Être à hauteur des visages !
Attention aux prises d'alimentation
Prendre du matériel de secours
```

Deux problématiques importantes se sont imposées à nous, la durée des batteries et la capacité de stockage. Pour optimiser nos capacités de stockage nous nous munissons de cartes SD 32 Giga et d'un disque dur 1 To. Ensuite nous prévoyons également des batteries supplémentaires pour les caméras GoPro. Pour la caméra Osmo, il n'est pas possible d'alterner les batteries. La

durée des batteries influence considérablement la production du corpus, et malgré notre anticipation, une fois sur le terrain, cette question s'avérera problématique. En effet, leur trop faible durée donnera lieu à un corpus relativement fragmenté, avec un nombre d'affaires[146] filmées dans leur intégralité finalement assez limité. Comme nous disposons de caméras supplémentaires, nous nous en munissons comme dispositif de secours. C'est dans ce même but que nous prenons soin d'emporter des enregistreurs Zoom, pour prévenir toute rupture dans les captations audio. Nous emportons également une caméra YI 360° afin de réaliser quelques prises de vues de la salle de régulation, anticipant sur leur éventuelle exploitation à des fins de diffusion du projet de recherche.



Figure 5 vérification du matériel la veille du départ à Saint-Etienne

Du point de vue de ses modalités pratiques de mise en place dans la salle de régulation, notre dispositif technique de captation de l'activité n'a pu être intégralement déterminé à l'avance. Le positionnement des caméras notamment, a subi quelques variations. En effet, nous nous sommes adaptés aux contingences du contexte exhibant par-delà même nos interprétations locales sur l'activité. Nous avons pu être amenés, par exemple, à déplacer une caméra pour la placer sur un autre poste dont l'activité nous semblait mieux répondre à nos objectifs dans la constitution de notre corpus. Autre exemple, c'est une fois sur place que nous avons réalisé que l'organisation des espaces de régulation pouvait être un atout, la salle de traitement des appels étant séparée par une grande baie vitrée de la salle de gestion des crises (qui est également la

[146] Nous rappelons ici que nous ce que nous dénommons comme une *affaire* peut être constitué d'une série d'appels pour la même demande de santé.

salle où se déroulent, le matin, les réunions quotidiennes, lors des transitions entre les équipes de nuit et de jour). Le Dr Giraud nous ayant offert la possibilité de nous y installer, nous avons pu observer l'activité depuis cette paroi vitrée en commandant les caméras à distance par le biais des applications Go Pro et Osmo installées sur nos téléphones mobiles. Ce dispositif technique nous a donc permis de maintenir un lien visuel direct sans que la présence physique des deux chercheurs n'affecte l'activité en train de se dérouler.

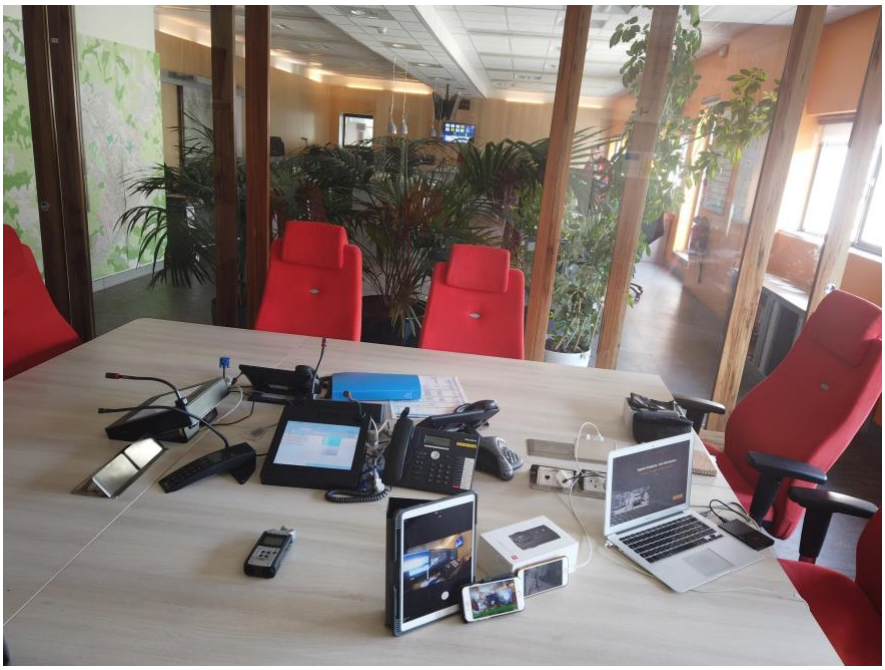


Figure 6 Matériel de captation disposé dans la salle de crise / réunion du SAMU 42

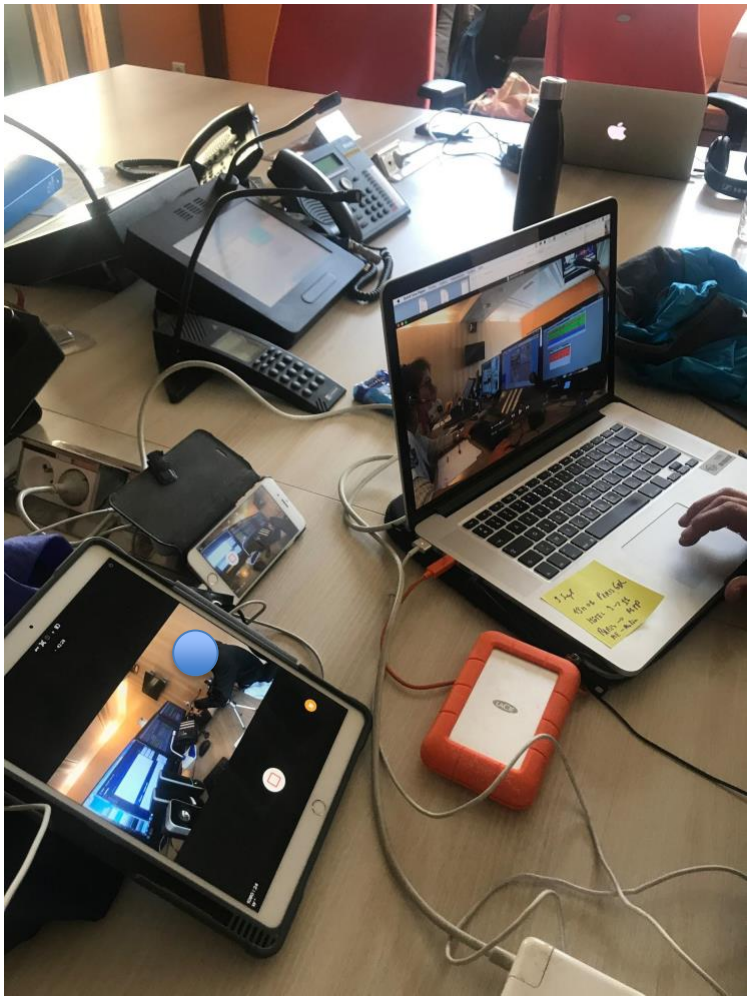


Figure 7 Matériel de captation disposé dans la salle de crise / réunion du SAMU 42

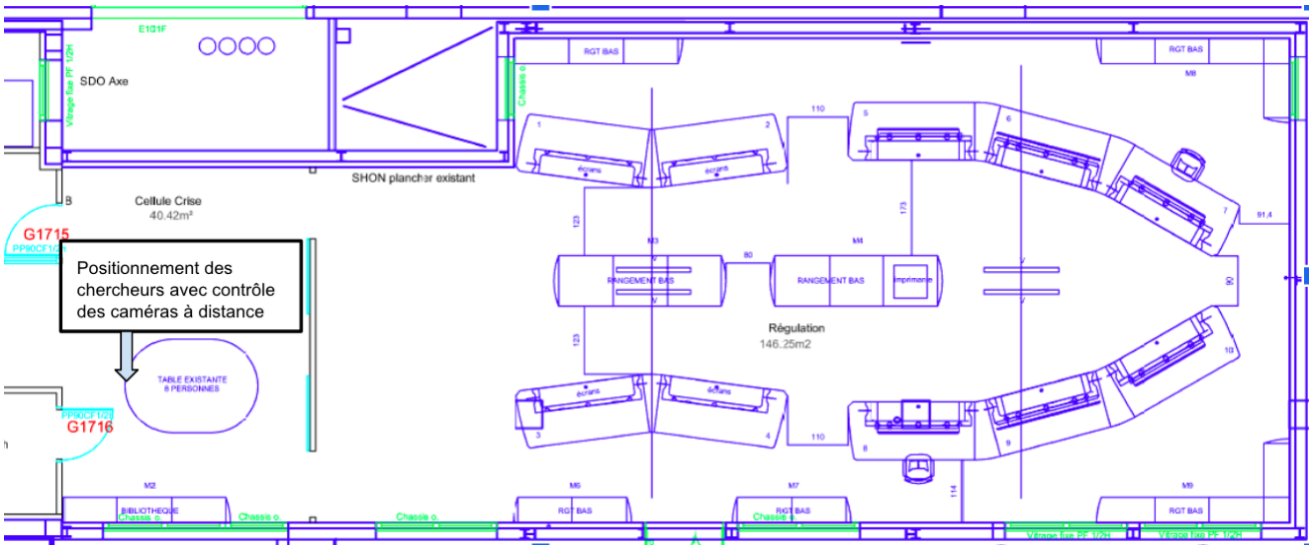


Figure 8 Plan du SAMU 42 annoté par l'autrice

1.6. Configurations pratiques du dispositif de captation

Les centres de traitement des appels offrent un environnement très riche pour interroger les problèmes de prise de vue en contexte de multiactivité. À partir d'extraits issus d'une expérience de plusieurs années de prise de vue dans des centres d'appels situés en France et à l'île Maurice, Relieu, Licoppe et Lan Hing Ting (2010) montrent plusieurs choix de cadrage et de dispositif et discutent la manière d'accéder à des perspectives différentes sur le travail dans ces centres d'appels. Cela les a amenés à réfléchir aux problèmes pratiques qui émergent lors de toute prise de vue et particulièrement sur ceux des choix d'angle ou de cadrage. Ils alertent sur la nécessité d'examiner les questions de prise de vue depuis le mouvement interne de segmentation issu de l'activité des participants, celui-là même que le chercheur vise à préserver dans la perspective d'une analyse ultérieure. Il était entendu que nos choix de cadrage devaient prendre en compte le fait que le travail des ARM est une coordination entre la conversation distante, sa résolution instrumentée à l'ordinateur et l'activité de parole dans la salle. À chaque fois que nous installions nos caméras sur un poste, nous avons cherché à obtenir simultanément un angle de prise de vue centré sur le cadre de l'ARM (vue trois quarts), et une seconde sur l'écran informatique. Ce dispositif nous a semblé suffisant pour pouvoir restituer les aspects principaux de l'activité. Cependant, comme nous l'avons vu, les ressources mobilisées par les ARM pendant leur activité de travail ne sont pas seulement informatiques. Elles concernent aussi l'utilisation de documents ou d'artefacts situés dans leur environnement proche (comme la carte IGN accrochée au mur, ou encore les écrans suspendus au plafond et rendant compte continuellement de l'activité, dont notamment le taux de décroché des appels). Pour ces plans, nous avons privilégié une prise de vue active, manipulant nous- même la caméra dans la salle de régulation. L'enregistrement audiovisuel est un dispositif relativement figé qui nécessite d'anticiper les actions possibles des participants. La présence du chercheur permet donc d'ajuster la caméra si nécessaire. Comme nous l'évoquions, nous avons cherché à nous tenir le plus à l'écart possible de la salle de régulation, en manipulant les caméras à distance. Pendant les temps d'enregistrement, lorsque nous nous rendons dans la salle de régulation, nous avons pour objectif, soit d'opérer des changements de focale ou des variations de plan, soit de changer les batteries et de vider les cartes mémoires pleines. Ces moments, voulus furtifs, donnent souvent lieu à des conversations informelles non provoquées par les chercheurs, comme mentionné plus-haut et régulièrement convoquées dans l'analyse. Parmi les ARM, certains montrent en effet un fort intérêt pour notre recherche, ce qui a des effets sur la captation de l'activité. En effet, ces participants peuvent par exemple ajuster le positionnement de leur

écran, ou pointer des actions qui se déroulent à l'écran, faire des démonstrations, nous livrer leur point de vue sur leurs activités, des anecdotes, des retours sur leur usage de logiciels. Pour ces participants, il est difficile de faire abstraction de notre présence dans leur espace de travail, et ils produisent des discours sur l'activité en cours, certes instructifs pour nous, mais qui modifient le déroulement routinier de leur activité. D'ailleurs la présence de nos caméras est régulièrement soulignée dans nos données enregistrées. La modification des prises de vue ne suit pas uniquement une logique spatiale, elle cherche également à épouser les formats temporels du travail. Nos prises de vue sont régulièrement interrompues lorsque les participants quittent leur poste de travail pour partir en pause. En revanche, les temps entre les appels, qu'ils soient destinés au traitement des dossiers (*wrap up*), à la conversation avec des collègues, ou à des activités personnelles sur l'ordinateur professionnel, sont des événements interactionnels de premier plan dans cette analyse. En laissant la caméra tourner pendant ces temps, à la jonction de deux appels, nous préservons la possibilité d'étudier par la suite la façon dont s'organise la prise d'appel non pas seulement comme événement interactionnel, mais comme événement local imbriqué dans l'ensemble de l'activité de travail, qui implique de mobiliser certaines ressources matérielles hors des appels comme, dans la figure ci-dessous où l'on voit un ARM chercher une information dans le Guide 2016 des SAMU SMUR Urgences de France :

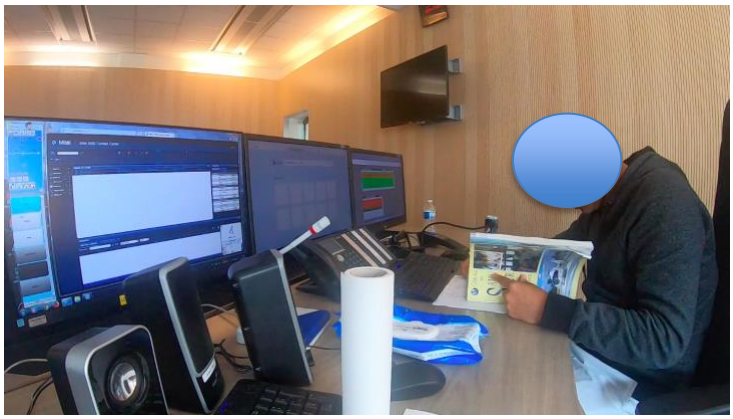


Figure 9 ARM consultant un document

Le fait de placer plusieurs caméras sur un seul poste (cf. *infra* figure 11 et 12), outre le fait d'enregistrer le large éventail des manipulations de l'ARM, élargit le plan aux interactions conversationnelles avec les autres membres présents dans la salle de régulation et aux déplacements et manipulations des participants dans l'espace. Cette perspective est la traduction de notre effort de préservation d'un aspect essentiel de leur travail : la collaboration. Cela rejoint le point de vue de Luff, Hindmarsh et Heath (2000) appelant à privilégier le

cadrage le plus large possible. Un cadrage qui intègre une prise en compte globale de la situation et qui préserve le maximum d'informations, de sorte que l'analyse ultérieure puisse porter sur une transcription la plus détaillée et précise possible. En effet, la prise de vues élargie rend alors possible l'examen de la coordination entre les différents participants, ARM, médecins ou autres personnels du SAMU, dans l'organisation globale de l'activité de travail, comme dans la figure ci-dessous, ou l'on observe plusieurs niveaux de collaboration : entre un ARM et un médecin régulateur libéral au premier plan et entre une ARM et un médecin régulateur urgentiste consultant la carte IGN en arrière-plan :

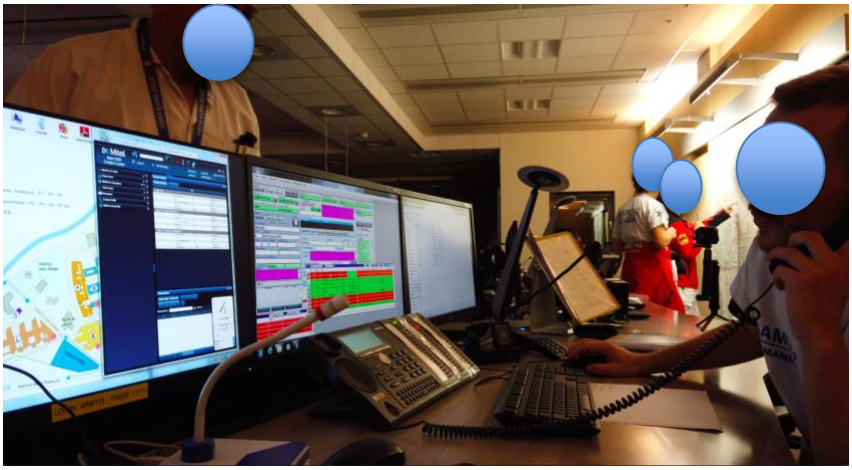


Figure 10 Activités collaboratives dans la salle de régulation du SAMU 42

Pour autant, le placement des caméras doit répondre à une autre de nos problématiques, incompatible avec un unique plan large : enregistrer les manipulations informatiques visibles sur les écrans. Pour ces raisons, nous plaçons deux caméras par poste de travail, sur deux postes contigus, une des caméras est placée proche de l'écran et l'autre pour le plan large.

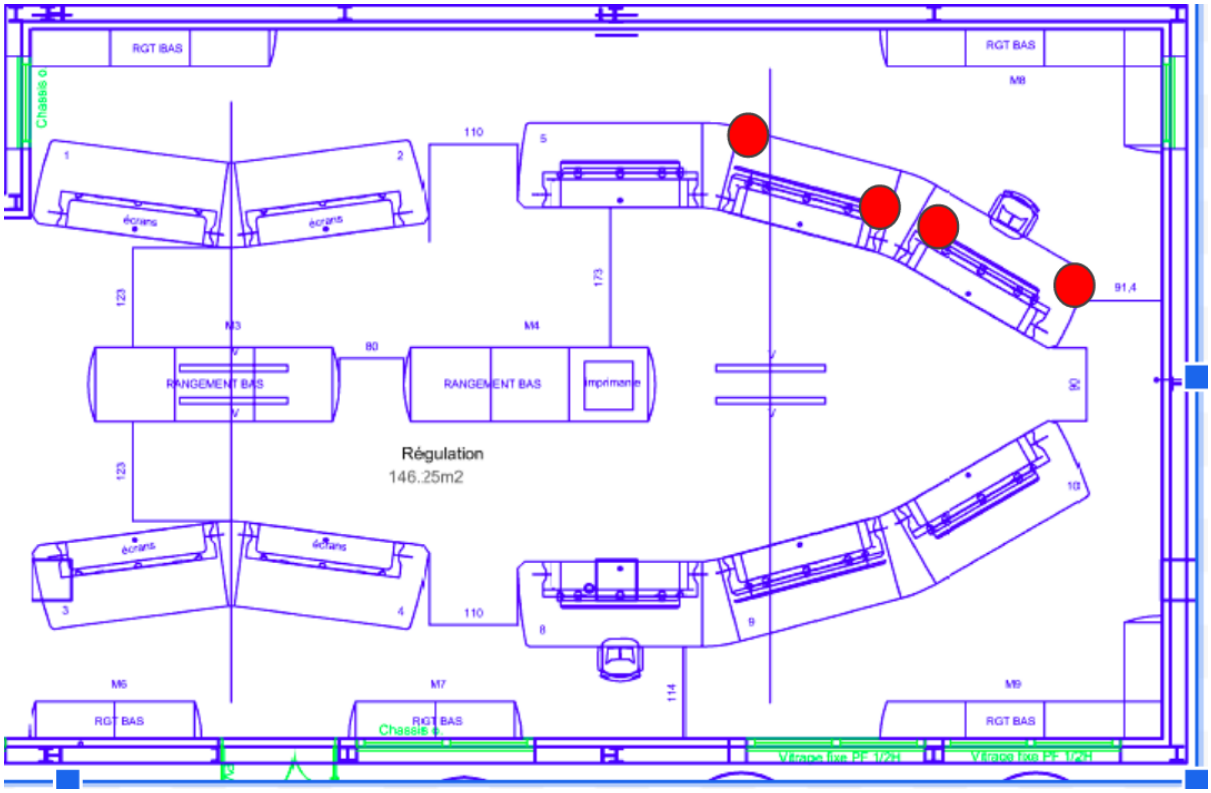


Figure 11 Placements des caméras sur les postes de travail

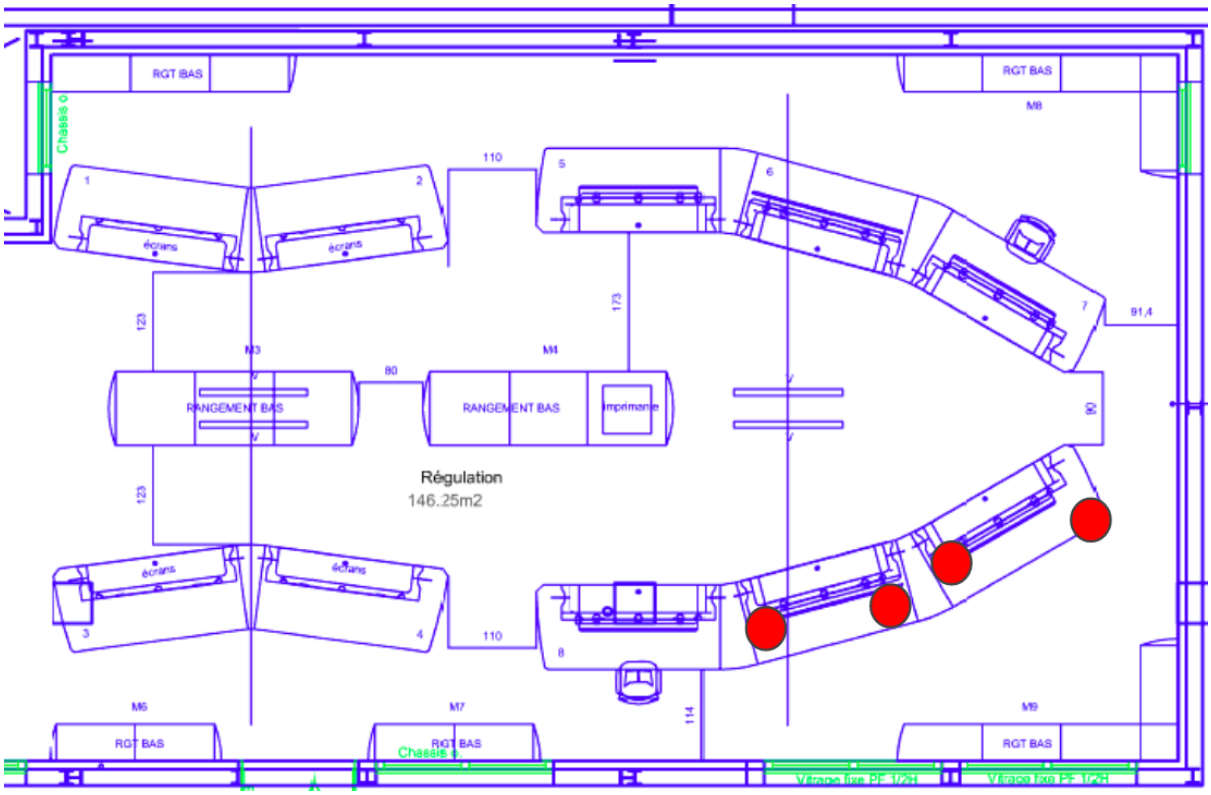


Figure 12 Placements des caméras sur les postes de travail

Pour la collecte des enregistrements audio, il n'est pas nécessaire de mettre en place un dispositif d'enregistrement des conversations téléphoniques puisque celles-ci sont systématiquement enregistrées et conservées plusieurs années. Dans le cas du SAMU 42, elles sont disponibles directement depuis tous les postes de travail et leur extraction est simple. Dans le cas du SAMU 66 (Perpignan), comme il s'agit d'une plateforme mixte 18/15 et que les plateformes téléphoniques sont dans ce cas gérées par un prestataire externe sous la responsabilité des pompiers, l'accès aux données n'est pas possible directement sur les lieux de la régulation. Ceci explique en partie pourquoi les échanges ont été plus compliqués et que nous avons finalement travaillé exclusivement sur le corpus que nous a confié le Dr Gely.

Pour constituer le corpus d'appels audio du SAMU 42, il suffisait donc d'extraire les appels directement depuis la base de données accessible depuis les postes de travail. Nous avons pu extraire environ 1000 appels, qu'il a ensuite fallu écouter et organiser. Dans l'ensemble, nous avons pu filmer une quinzaine d'heures, pendant lesquelles plusieurs caméras enregistraient simultanément le même poste de travail. Ainsi, pour un certain nombre d'événements, nous disposons de deux cadrages sur l'ARM. De cette manière, nous avons des enregistrements multi-sources d'un même cours d'action ou tout au moins, d'une même situation d'interaction.

Ce corpus, que nous n'avons pu obtenir qu'un an après le début de la thèse, a donc agi comme le véritable point de départ de la recherche. La stabilisation du corpus primaire (pour le projet C15HN pour arriver au corpus ciblé (pour la thèse) s'est faite progressivement pour arriver au corpus actuel de la thèse composé de 29 appels (ou affaires) et 3 enregistrements audiovisuels. Si nous avons sélectionné des appels, c'est notre connaissance et nos nombreuses écoutes et visionnages de la totalité du corpus qui ont rendu possible notre recherche.

1.7. La collecte documentaire, des dispositifs de recherche multiples

Nous avons expliqué mobiliser dans notre étude une approche ethnographique associant observations instrumentées et entretiens (Goodwin & Goodwin, 1996 ; Heath & Hindmarsh, 2002). Celle-ci s'est en effet avérée nécessaire pour acquérir des savoirs experts propres à notre terrain. Rollet (2012), expliquant pourquoi lui aussi convoque des entretiens dans sa recherche, juge ce dispositif essentiel : « lorsque le chercheur est confronté à des données dont l'analyse requiert l'acquisition d'une série de compétences spécialisées. » Surtout, ajoute-t-il, la pratique routinière de l'activité de régulation est vernaculaire, les acteurs absorbant les détails de leurs pratiques dans un allant de soi (*ibid.* 172). Ainsi, à la suite de Rollet, mais aussi de Greco (2002,

pp. 54–55) nous proposons une ethnographie polyphonique en mobilisant les entretiens ethnographiques que nous avons réalisés avec les acteurs des SAMU 66 et 42 dans nos analyses.

Tout au long de la recherche, nous avons tenté de nous approcher au plus près de la compétence des acteurs. Cette volonté, qui nous a amené à dépasser la complexité terminologique (cf. *infra* présentation du SAMU) de leur organisation, a rendu possible l'acquisition d'un savoir sur les relations entre les participants, sur les contraintes, qui pèsent sur eux, particulièrement nombreuses dans l'exercice difficile du métier d'ARM. Nous le devons aux nombreux échanges que nous avons eu avec des professionnels de la régulation médicale pendant ce travail de recherche doctorale, ainsi que par la prise de notes ethnographiques et la conduite d'entretiens lorsque nous étions sur le terrain. En analyse de conversation, l'entretien peut être traité comme une organisation sociale située co-construite par les participants dans le déroulement de l'interaction. Au lieu de prendre l'entretien comme un simple instrument pour saisir des informations, nous l'analysons comme un événement interactionnel (Bonu 2004). Nous mobilisons également les conversations de terrain que nous avons eues avec les acteurs, qu'elles aient été capturées sous forme de notes ou enregistrées, car survenant à des moments où les caméras étaient en fonctionnement, en les considérant au même niveau que les entretiens structurés à visée directive. La conversation courante, ordinaire, est en effet un élément fondamental de l'observation participante : rencontrer des acteurs et parler avec eux dans la mesure où l'on assiste à leurs activités. Souvent, dans notre corpus, les conversations sont initiées par les professionnels eux-mêmes, toujours très intéressés par le partage de leurs savoirs, leurs expériences et disposés à exposer leur point de vue sur leur activité au moment même de son déroulement. C'est le cas dans cet extrait où un ARM, venant de raccrocher d'un appel, se tourne vers nous et nous explique spontanément son activité :

C15HN_MM_B_3

```
01.   ARM   c'est mieux quand on leur dit\(.)parce que si on leur dit
02.         pas/c'est pour ça qu'on met des choses sur la fiche
03.   LOR   que si vous leurs dites pas(.) quoi\ ∇j'ai pas compris∇
04.   ARM   euh quand on leur parle/
05.   LOR   d'accord
06.   ARM   quand ils sont disponibles on leur parle on leur explique des
07.         trucs(.)parce que sinon y'a que la fiche(.) c'est pour ça
08.         que la fiche il faut être\(attendez)quand on regarde une
09.         fiche (0.03) voilà pris de la pris de la drogue (0.2)trois mci
10.         il fait un bad trip il a des hallucinations
11.   LOR   d'a:ccord
```

```
12.   ARM   parce que elle si euh elle vu qu'elle a un flot d'appels\
13.         (0.2) quand elle reçoit l'appel elle demande(.)quel est le
14.         nom\ donc elle regarde par rapport au nom
15.   LOR   je comprends
16.   ARM   on reste on reste pas en double écoute avec elle contrairement
17.         à avec xnomx
```

Cette séquence montre bien comment l'acquisition de savoirs experts sur la régulation médicale s'accomplit dans et par les conversations ordinaires. Alors que nous filmons l'activité dans la salle, de nombreux pans de l'activité échappent à notre compréhension. L'ARM ne manque pas de le remarquer, et nous explique alors la raison pour laquelle il a appelé le médecin régulateur : doubler systématiquement la saisie des informations sur le logiciel, avec un appel téléphonique au médecin. Autre pratique constitutive de notre compréhension du contexte, la prise de notes suite à des conversations de type informel s'est avérée capitale, notamment lors des premiers temps, pendant nos discussions avec le Dr Gely. Ces notes nous ont permis de conserver une trace d'échanges non programmés qui se révèlent intéressants pour la recherche. Ces données sont retranscrites sous forme de récits en caractère `courrier`, sans numérotation des lignes et sans indication sur les spécificités de la parole, ni les gestes. Les notes d'observation ont, quant à elles, constitué une documentation précieuse que nous avons pu consulter aussi souvent que nécessaire, mais principalement pour des descriptions ou des quantifications de l'activité. En effet, cet outil est employé comme une ressource complémentaire à une observation directe, qui est traité plus comme un aide- mémoire que comme une méthode systématique d'enquête (Hammersley, 2003, p. 341). Lorsque l'on écrit des notes d'observation, on sélectionne une description particulière parmi une multitude de caractérisations possibles de l'événement. De plus, elles ne favorisent pas une saisie détaillée du caractère ordonné de nos actions. Autre moyen complémentaire aux observations instrumentées, on réalise des photographies de documents imprimés (ouvrages papier, représentations matérialisées (cartes, schémas etc.), ou de traces numériques, comme des recherches sur un navigateur internet, mais aussi des photographies des espaces professionnels. L'analyse de ces documents et des informations qu'ils restituent, nous informe sur la nature des activités et des pratiques. Pour Bonu (2007, p. 33) : « Le document participe à la structuration matérielle de l'environnement et les artefacts et les technologies jouent un rôle fondamental dans l'accomplissement de l'action, dans le déroulement de l'interaction en cours de réalisation et dans l'apparition progressive de l'intelligibilité des situations ». Par exemple, reproduire dans cette étude des documents audiovisuels montrant l'utilisation par les participants d'une carte IGN affichée au mur de la salle de régulation de Saint-Etienne, plutôt que d'un dispositif numérique de calcul des

distances, nous renseigne sur la manière dont les acteurs accomplissent et coordonnent leur activité (cf. *infra* chapitre 3).

Ces matériaux constituent une documentation propice à garder des traces, mais aussi à familiariser le lecteur avec les spécificités de l'espace, agrémentant ce travail d'indices de contextualisation. En convoquant dans nos analyses des transcriptions des données audiovisuelles nous donnons à voir par des démonstrations des membres, les outils de communication et les logiciels de régulation et de coordination interprofessionnelle. En effet, les interactions au SAMU se produisent dans « un monde peuplé d'objets pertinents pour les activités professionnelles » (Goodwin, 2000, p. 17) qui s'organisent principalement autour d'informations assemblées et échangées ou sauvegardées sur les ordinateurs.

Nos lectures sur l'histoire du SAMU nous ont renseignée sur la manière dont l'intégration du numérique dans la pratique de la régulation médicale téléphonique a profondément transformé les pratiques, originairement basées sur l'usage du papier. Aujourd'hui plus que jamais, la question de l'évolution de l'environnement numérique des acteurs de la régulation médicale téléphonique constitue un objet d'intérêt et de discussions controversées, tant au sein des acteurs du réseau d'intervention urgente, que des institutions gouvernementales, et des instances médiatiques. Ces questions sont constitutives du projet de recherche C15HN (cf *supra.* introduction et *infra*. présentation du SAMU). Pour toutes ces raisons, nous pouvions anticiper la collecte de traces des documents et artefacts numériques manipulés par les participants. Nous nous sommes attachée en particulier à récolter des données en relation avec les pratiques d'usages et à saisir le maximum d'indices nous montrant les fonctionnements techniques et sociaux des acteurs engagés (Charnet, 2008, p. 129). Après avoir parcouru le large éventail des méthodes convoquées pour constituer notre corpus et présenté comment nous avons tenté de nous approcher au plus près des savoirs des membres, la section suivante s'attachera à présenter le processus de transcription des enregistrements, en vue de leur analyse.

2. Le travail sur les données

2.1. Des données audio aux données texte

L'AC recourt à la transcription fine des tours de parole, une activité située qui doit être le préalable au travail d'analyse. Elle rend compte du déroulement séquentiel de l'interaction. Elle permet également de rendre accessibles les données audio de manière textuelle aux lecteurs (Sacks, 1992a, pp. II–27), jouant un rôle prééminent (mais non exclusif) dans le processus aboutissant à la restitution des résultats de recherche (Bonu, 2002a, p. 135). Mais surtout, elle est un outil à la fois nécessaire et réifiant : elle amène à faire des choix et matérialise une disposition (Mondada, 2000 ; Mondada, 2008 ; Ochs, 1979). Le système de transcription largement utilisé dans les analyses de l'interaction aujourd'hui est celui mis en place par Jefferson (2004). Travaillant alors avec une machine à écrire, elle adapte les signes de ponctuation aux objectifs de l'analyse conversationnelle. Soutenue par ce système, la transcription met en évidence le large spectre des phénomènes sonores, verbaux, vocaux, tels que les paroles prononcées, les hésitations, les mots inachevés, les autocorrections, les silences, les chevauchements, les arrêts de la parole, les modulations prosodiques et les sons divers produits par les locuteurs.

En outre, la transcription favorise la mise en évidence de passages rendus difficilement lisibles par des superpositions successives de la parole (Mondada, 1998). On considère que la transcription détaillée est une démarche analytique qui doit produire une « fixation dynamique » des actions et pratiques langagières (Mondada, 2008, p. 79) sans pré-analyse des phénomènes. Si le système de Jefferson a été mis au point pour des enregistrement sonores, il est ensuite élargi aux aspects visuels de l'interaction (Bonu, 2007, p. 28). L'utilisation de symboles supplémentaires permet en effet de caractériser les éléments langagiers non verbaux et les mouvements corporels des participants. Un assemblage multimodal qui rend compte des interactions dans leur contexte, en prenant en compte tous les aspects non-verbaux de la communication que nous avons évoqués précédemment. Pour autant, les transcriptions ne sont pas les données de l'interaction. La transcription est une reconstruction d'interaction, un dispositif sélectif (Duranti, 1997), guidé par un objectif analytique (Have, 1999) qui ne pourra jamais se substituer à l'interaction elle-même (ten Have, 1999).

Sacks, cité par Psathas et Anderson (1990) explique :

> La transformation des enregistrements audio et/ou vidéo dans une forme écrite, une transcription, représente un processus de sélection (supplémentaire). Le système de transcription utilisé et ses variations dans les pratiques individuelles de transcription introduisent directement et spécifiquement les intérêts et théories de l'analyste[147].

Si les transcriptions constituent les données du chercheur (Blanche-Benveniste, 2000 ; Ochs, 1979), elles ne sont pas pour autant un objet indépendant. Pour Mondada (2008), la transcription n'est pas autonome par rapport à l'enregistrement, ni par rapport aux conventions de transcription ou encore aux pratiques dans lesquelles elle s'incorpore. L'enregistrement reste la donnée primaire et la transcription constitue une donnée secondaire, réalisant déjà une première forme d'analyse linguistique et d'interprétation (Blanche-Benveniste, 2000 ; Ochs, 1979). Alors que l'on transcrit uniquement ce qui est rendu disponible par l'enregistrement, on procède toujours à un appauvrissement de celui-ci, puisqu'on ne peut pas tout transcrire. Cependant, l'écoute fine et répétée conduit à visualiser clairement des phénomènes qui ne sont pas toujours saillants à l'écoute, comme les chevauchements, les ralentissements ou les accélérations, les bribes ou les répétitions. Si elle représente une aide incontournable pour l'isolement des phénomènes, la transcription ne peut néanmoins en aucune manière se substituer à l'examen détaillé des enregistrements, elle doit « aider à la saisie des phénomènes et favoriser les approfondissements analytiques successifs » (Bonu, 2002a, pp. 135–138). La transcription des données du corpus se fait par la sélection de séquences, mettant en évidence les éléments spécifiques, saillants et récurrents quant au type de situation qu'ils engagent. Le degré de précision de la notation dépend des objectifs de chaque analyse, ainsi la transcription s'affine-t-elle souvent dans son cours, par des allers-retours entre les données brutes et leur exploitation (*ibid.*). Plusieurs transcriptions du même extrait de conversation peuvent rendre compte de certains phénomènes qui, au début, n'avaient pas retenu notre attention.

Pour Greco (2002, p. 44), la transcription est également un moyen d'éviter toute description généralisante autour d'une catégorie de locuteurs ou d'un fait linguistique. Ainsi, au lieu d'argumenter l'analyse par des énoncés, la transcription constitue le point de départ pour

[147] N.d.T : *The transformation of audio and or video recordings into a written format, a transcript, represents yet another selection process. That is, the transcription system used and the variations in individual transcriber's practices introduce directly and specifically the analysts' interests and theories*. »

l'analyse du chercheur, et peut être un garde-fou efficace contre les descriptions et les *sur-interprétations* du chercheur. C'est la méthode que nous adoptons, privilégiant les transcriptions de la parole des professionnels en action aux explications de la chercheuse.

2.2. Les conventions de transcription adoptées dans cette étude

Nous avons adopté un système de transcription inspiré de celui du groupe ICOR[148] qui poursuit la tradition jeffersonienne tout en ajoutant le niveau multimodal. Les usages de cette convention se développent selon trois niveaux. Premièrement, celui de base où sont obligatoirement notés les changements de locuteurs, les chevauchements et les pauses. Deuxièmement, le niveau intermédiaire où les notations des phénomènes vocaux sont ajoutées au niveau de base, ainsi que les éléments multimodaux, qui sont généralement notés en italique à la ligne qui suit le tour de parole, délimités et rapportés au verbal grâce à des repères visuels (astérisques ou autres signes) (Mondada, 2008, p. 225) avec une quantification de l'intensité par la multiplication du signe. Enfin, en troisième lieu, le niveau spécialisé, où les spécificités apportées à la transcription sont définies par la thématique de recherche suivie[149].

[148] Les conventions de transcription ICOR ont été créées par le groupe ICAR (Interactions, Corpus, Apprentissages, Représentations) de l'Université de Lyon 2 (UMR 5191. CNRS – Lyon 2 – ENS de Lyon). La convention est consultable à cette adresse http://icar.cnrs.fr/projets/corinte/documents/2013_Conv_ICOR_250313.pdf

[149] Au niveau intermédiaire de transcription, les actions informatiques (taper au clavier, sélectionner un menu) sont délimitées par le signe « # ». Nous avons opté pour une typographie en petites majuscules pour représenter les informations inscrites sur le logiciel par l'ARM, que nous plaçons sous le flux de parole. Les postures corporelles sont disposées sur une autre ligne et délimitées par un signe pour le visage et un autre pour les mains. Pour la délimitation du geste d'un participant un signe indique le début et la fin. Pour le détail approfondi des conventions, se rapporter aux conventions de transcription de gestes de Mondada, que nous adoptons dans cette recherche. Consultables à : http://icar.univ-lyon2.fr/projets/corinte/documents/convention_transcription_multimodale.pdf

Niveau de base de transcription

[	Chevauchement d'énoncés. Dans nos transcriptions les crochets fermants] (fin du chevauchement) ne sont pas systématiquement inscrits.
=	Enchaînement rapide entre énoncés de locuteurs différents
(0.3)	Pause chronométrée par estimation perceptuelle en secondes
(.)	Micropause de moins d'un dixième de seconde
(1.2)	Silence à valeur de tour. Peut être attribué à un locuteur.
↑ ou ↓	Intonation montante ou descendante
> <	Accélération du rythme de l'énoncé
:	Allongement du son ou de la syllabe.
Mot	Emphase sur un mot ou une partie de phrase
∆ ou ∆	Baisse de volume ou hausse de volume
/ ou \	Montée ou descente intonative
°	Ton plus calme par rapport au reste de l'énoncé
MOT	Haussement du ton
&	Continuation d'un même tour après un chevauchement
hhh	Inspiration audible
•hhh	Expiration audible
(inaud.)	Segment incompréhensible
xnomx ; xvillex	Information anonymisée
xn.o.m.x	Information anonymisée épelée
(il va)	Transcription incertaine
ha ha	rire
((s'exprime difficilement)) ; ((tape un numéro de téléphone))	Phénomènes décrits mais non transcrits ou action à valeur de tour
ARM	Tour de parole
<((en riant))>	Portée de la production vocale

Conformément aux recommandations de la convention ICOR, nous n'utilisons pour les transcriptions que la police Courier taille 10, afin d'avoir la même largeur pour tous les caractères et toutes les productions verbales sont transcrites en minuscules. Ensuite, chaque ligne de la transcription est numérotée pour faciliter les renvois dans l'analyse et nous excluons l'usage de tabulations après la notation de l'identité du participant. Pour aligner les chevauchements, nous veillons à toujours utiliser les espaces car ils sont les seuls à être conservés lors des transferts de fichiers entre ordinateurs. En analyse de conversation, au niveau de la séquence, une analyse pour être menée à bien, doit s'appuyer sur deux tours au moins (Heritage, 1991) : il faut tenir compte de l'environnement séquentiel proche (le tour de parole précédant et succédant par exemple). Pour en rendre compte visuellement, on traduit l'unité de tour de parole de manière linéaire et l'enchaînement des tours de parole, dans la verticalité. Comme mentionné en introduction, chaque locuteur se voit attribuer un signe sous la forme de ARM (assistante de régulation médicale) ou MR (médecin régulateur) ou MG (médecin généraliste du SAMU) suivi d'un numéro, ARM1, ARM2. Cette notation indique quel est le participant qui a parlé en premier dans la séquence. Au SAMU il n'est pas rare que plusieurs collègues traitent la même demande de santé simultanément. Aussi, deux cadres de participation sont juxtaposés : celui de la salle de régulation et celui des appels. Pour les distinguer, nous étudions toujours des séquences où la transcription commence par le tour de l'assistant de régulation qui est en train de traiter l'appel qui est retranscrit, et qui est donc noté ARM1. Le ou les locuteurs qui ne sont pas physiquement présents sont notés PAT lorsqu'il s'agit d'un patient, en sachant que nous considérons patient toute personne dont la situation médicale est examinée au SAMU, TIE pour un tiers (avec la numérotation TIE1, TIE2, lorsqu'il y a plus d'un tiers au bout du fil). S'il s'agit d'un membre du corps médical ou d'un acteur de la chaîne d'intervention externe au SAMU nous les notons de la manière suivante, en fonction de leur profession : INF (infirmière), MV (médecin de ville hors SAMU), AMB (ambulancier), POM (pompier).

Lorsque nous abordons les données audiovisuelles, nous utilisons le logiciel ELAN qui aligne la transcription textuelle avec le signal audio-vidéo. Ce logiciel, développé par le Max Planck Institute, permet de visionner simultanément plusieurs sources et de les synchroniser. Pour Mondada (2007b, p. 6), les transcriptions alignant le texte avec sa source matérialisent grâce à la technologie l'indissociabilité entre données primaires et données secondaires et sont la garantie d'un travail effectué en référence constante aux données enregistrées. ELAN offre des fonctionnalités d'écoute des données particulièrement adaptées à la pratique de la transcription.

Il permet de jouer en boucle une action et affiner l'alignement temporel. De plus, en l'associant au segment audiovisuel correspondant, la transcription conserve le lien avec sa source. ELAN a la particularité d'afficher les annotations sous forme de partition, chaque ligne correspond à une ligne de participant déclinée en fonction du critère oral, geste, regard, etc. La lecture des annotations se fait horizontalement, de gauche à droite, sur une ligne temporelle correspondant à la durée des extraits vidéo à annoter. Après avoir annoté les actions, on reporte ces annotations dans la transcription en format liste. Si le logiciel ELAN nous fut très utile à certains moments du travail préliminaire sur les données, l'évolution de notre problématique nous a progressivement conduit à nous focaliser sur les données audio du corpus. Pour ces données, la transcription manuelle est apparue suffisamment efficace.

La transcription est donc à envisager comme une pratique située et instrumentée dont les étapes sont autant de procédures de l'analyse. Les buts de recherche doivent être atteints dans un mouvement continu, des allers-retours des données, à la transcription et l'analyse. Ainsi, selon Sacks (1992a, pp. II–27), le lecteur dispose d'autant d'information que l'auteur et doit pouvoir par cet intermédiaire reproduire l'analyse. Dans notre étude, la mise en pratique de cet outil méthodologique s'accompagne de la constitution de collections des données. Ces collections ont pour point de départ les liens complexes que les pratiques de transcription tissent avec les problèmes analytiques, selon une méthodologie que nous détaillons dans la section suivante.

2.3. La mise en collection

L'ensemble des enregistrements constitue un corpus primaire qui doit être organisé pour être utilisé. Cette exigence est d'importance dans la mesure où nous collectionnons un très grand nombre d'enregistrements mais aussi parce que les données collectées dépassent le cadre de ce travail doctoral, puisqu'il s'inscrit dans le groupe de recherche C15HN. Vu le grand nombre de données que nous avons dû traiter, tant audio que vidéo, l'organisation du corpus a été une étape décisive en amont de la transcription. Après une première écoute du corpus nous avons pu identifier que de nombreux fichiers d'enregistrements extraits de la base de données du SAMU sont des doublons. La difficulté étant que ces doublons ne sont pas nommés de la même manière dans le fichier d'extraction. En fait, il est apparu que l'extraction depuis la base de données du SAMU n'est pas une pratique très stable. En outre, il fallut également éliminer les appels interrompus avant le décroché ARM ainsi que des enregistrements de bruits non-identifiés, venant « polluer » le corpus.

Nous avons sélectionné les appels qui sous semblaient pertinents pour le projet C15HN et pour notre thèse dans des dossiers, nous en reproduisons ici l'architecture préliminaire :

Affaires	**Nommées par un mot clé**
Type de demande	● Demander un avis ou un conseil ● Besoin d'être rassuré ● Douleur thoracique/ abdominale ● Patient expert ● Critique du 15 ● Méconnaissance du 15 ● Non acceptation du diagnostique ● Patient non véhiculé ● Les demandes de santé non urgentes ● Coopération inter-professionnelle
Séquences typiques	● Ouvertures ● Clôtures ● Séries interrogatives/insérées
Catégories de tiers	● Parents de jeunes enfants ● Tiers membres de la famille ● Professionnels ● Tiers qui n'est pas en co-présence avec la victime ● Autres
Perturbations liées à l'environnement technologique	● Disque sonore annonçant un autre interlocuteur que celui qui prend l'appel ● Manque du lien visuel ● Problème de localisation ● Problème d'interopérabilité

Ensuite, nous avons procédé à une nouvelle écoute du corpus en prenant des notes. Cette étape nous a mené jusqu'à la constitution d'un corpus intermédiaire de 60 appels. Pour faciliter leur traitement, il nous a été conseillé d'établir un système de nomination générique pour l'ensemble

de ces appels, pour pouvoir ensuite les identifier facilement. L'organisation du corpus final[150] est présentée dans un fichier Word simple, qui nous a semblé le dispositif le plus fonctionnel pour accéder à l'architecture des données. Bien que trivial, ce référencement propose un accès rapide aux données.

Nous avons vu que l'observation directe de la parole-en-interaction repose sur la mise en place de dispositifs de captation de l'activité, qui permettent aux chercheurs de traiter ultérieurement les données, pour les transcrire d'abord puis pour constituer des collections vers une analyse systématique de phénomènes interactionnels. Dans les méthodologies analytiques issues de l'analyse conversationnelle, il est d'usage d'analyser un phénomène, une activité, une problématique à partir soit d'un exemple unique appelé *single case*, soit en établissant une collection d'extraits qui présente le même phénomène, la même activité, ou la même problématique[151] (Schegloff, 1987, p.101).

Ainsi, d'une part on étudie un phénomène en analysant les procédés déployés par les participants pour montrer sa complexité et d'autre part, le même phénomène est analysé dans des données différentes pour montrer sa systématicité c'est-à-dire « un ensemble de cas qui présentent le même phénomène dans le même environnement séquentiel » (Mondada, 2005, p. 78). En d'autres termes, une collection, ce n'est pas simplement la même action, mais c'est la même action, et/ou les mêmes ressources formelles (linguistiques, multimodales) dans le même environnement séquentiel. Rollet (2012, p. 239) en suite de (Connie, 2001, p. 246-54) voit les collections comme des familles extensionnelles permettant de classer et de rendre compte des actions accomplies par des participants.

Ten Have (1999, p. 102) dans son guide pratique « Doing Conversation Analysis » explique que s'il est possible de commencer par la constitution d'une collection de données reposant sur des aspects caractéristiques de la parole en interaction, inspirée par la littérature ou par des intérêts pratiques, il faut néanmoins être vigilant car la variété des phénomènes interactionnels observables souffrirait d'une exploration basée sur une théorisation précipitée. Il cite Psathas

[150] Analyse de 27 affaires audio et 4 données vidéo dont une pour laquelle nous avons fait le choix de ne pas intégrer les captations vidéo dans la thèse mais uniquement les transcriptions textuelles en raison de son caractère sensible. Cf *supra* chapitre 3.8.

[151] N.d.T *: the resource of past work on a range of phenomena and organizational domains in talk-in-interaction are brought to bear on the analytic explication of a single fragment of talk […] a set of fragments then, to explicate a single phenomenon or a single domain of phenomena* ».

(1995, p.45) pour qui la bonne méthode consiste à pratiquer le *unmotivated looking*[152] c'est-à-dire l'exploration des données sans objectifs analytiques pré-spécifiés. Si Psathas reconnaît le paradoxe sous-jacent à la formulation même d'une observation non motivée, il explique que le chercheur doit être dans une démarche d'exploration ouverte à la découverte de phénomènes plutôt que dans la recherche de multiples exemples d'éléments problématiques identifiés au préalable.

Sur cette même idée, Schegloff (1996) propose alors de commencer l'analyse en observant une action des participants et d'identifier alors la parole (ou tout autre comportement) qui dans ce contexte, rend possible l'accomplissement de cette action. Alternativement, il est possible dit-il de procéder dans l'autre sens, c'est-à-dire en identifiant une particularité de la parole pour en observer les conséquences sur l'action. Ensuite alors, l'analyse doit produire[153] :

- une formulation de quelle action ou actions sont réalisées ;
- une spécification de celles- ci depuis la "réalité " des participants ;
- une explication de la manière dont des pratiques spécifiques, comme un énoncé ou un comportement, peuvent mener à une action identifiable.

Ten Have (1999, p. 104) reconnaît cependant qu'il n'est pas possible, lorsque l'on procède à l'exploration du corpus, d'ignorer totalement l'appareil conceptuel mis à jour en AC et préconise une approche modérée, impliquant une observation ouverte, qui s'appuie sur quelques-uns des concepts basiques de l'AC, permettant de structurer quelque peu l'exploration. Ainsi, une fois la première étape d'organisation du corpus accomplie et après une phase prolongée d'écoute, de premières transcriptions et d'analyses non motivées, nous avons pu identifier les actions spécifiques sur lesquelles nous allions travailler.

Dans la partie à suivre, nous juxtaposons étude observationnelle et entretiens de recherche menés avec notre directeur de thèse avec nos transcriptions des appels. L'objectif est de débuter les analyses par la description de certains aspects saillants des pratiques des technologies dans les activités professionnelles au SAMU.

---

[152] N.d.T : « l'observation non motivée ».

[153] N.d.T : « *1. a formulation of what action or actions are being accomplished 2. a grounding of this formulation in the "reality" of the participants 3. an explication of how particular practice, i.e an utterance or conduct can yield a particular recognizable action.* »

Partie II :
Ethnographie des pratiques techno-interactionnelles au SAMU

Chapitre 3 :
Des activités professionnelles configurées par le dispositif technologique

Préambule

Dans son étude des appels au SAMU, Greco (2002, p. 53) proposait d'instaurer dans la recherche « une sorte de va-et-vient dialectique entre la description ethnographique et l'analyse détaillée des données ». Si nous ne négligeons pas que l'entretien de recherche est un « évènement interactionnel » constituant une « organisation sociale située co-construite par les chercheurs et le professionnel » (Bonu, 2008), ils seront ici traités comme des « dispositifs de production d'informations » (*ibid.* para.5) venant enrichir l'enquête ethnographique.

Notre objectif est de poursuivre l'analyse de l'imbrication continue de la technologie et de l'ordre interactionnel (Mondada, 2007). Nous l'avons vu, la parole est le premier outil de la régulation médicale au SAMU et n'est réalisable que par l'existence du dispositif technologique. Téléphone, ordinateurs, accessoires informatiques, applications de smartphones, logiciels, tous ces artefacts permettent à la fois d'accomplir l'activité de régulation et la configurent. Ils le font au-delà de ce pourquoi ils ont été ergonomiquement conçus (Fauré, 2019, p. 45). Surtout ces dispositifs charrient la promesse d'une activité facilitée, optimisée. Si la collaboration à distance est rendue possible par les outils de communication, ce qui a motivé cette étude c'est que ceux-ci ne semblent pas encore s'inscrire de manière performante dans l'activité de régulation médicale. En effet, le dispositif technologique, avec ses potentialités, rend possibles certaines actions mais il en inhibe, voire en empêche d'autres (Bonu, 2008, para. 31). La nécessité de moderniser le SAMU est depuis longtemps identifiée par l'institution, les industriels et les instances politiques (cf. *infra* présentation du SAMU). Il s'agit là d'une préoccupation majeure. Précisons que nous ne proposons pas ici une analyse ciblée d'un logiciel de régulation médicale en particulier. En nous focalisant sur la manière dont l'activité professionnelle est configurée par le dispositif technologique, notre intention est de placer la focale sur la façon dont les membres de l'institution font face aux manquements des dispositifs qui sont mis à leur disposition. Nous observons comment les professionnels adaptent ou non leurs pratiques professionnelles lors de situations de *misfits*[154], c'est-à-dire d'inadéquation entre le système techno-organisationnel et les besoins de l'activité. Ensuite, dans l'esprit des *Workplace Studies*, nous nous interrogeons sur la réflexivité entre fonctionnalités technologiques et pratiques situées.

[154] N.d.T : « inadaptation ».

1. Contraintes sur la pratique professionnelle

Les plateformes mixtes pourraient alors avoir été le terreau fertile d'une meilleure collaboration entre les deux entités 15 et 18. Le SAMU 74 est d'ailleurs à ce titre souvent cité en exemple de la réussite de ce modèle. Mais il apparait que cela n'est pas toujours le cas. Au SAMU 66 la plateforme mixte 15/18 existe depuis 2012. Elle a donc été initiée à une époque où toutes ces problématiques étaient déjà identifiées (cf. *infra* présentation du SAMU). Cela ne semble pas avoir permis d'avoir des outils plus optimaux à disposition[155].

Sandrine Gallaud, l'ARM en chef du SAMU 66, nous explique les contraintes liées à la double saisie qu'impose la non-interopérabilité des logiciels internes[156] :

C15HN_entretien_armchef_SG_Samu66_2018

01. SG alors ah oui parce qu'on travaille avec euh plusieurs
02. logiciels qui ne sont pas forcément interconnectés donc
03. ça ça nous oblige à avoir une double saisie donc ça
04. accrue la vigilance et puis y a une perte de temps alors
05. pas pour le patient parce que ça implique pas le départ
06. des moyens ou des secours mais euh mais pour nous ça ça
07. alourdit notre travail au quotidien oui effectivement euh

Cela vaut aussi pour les interactions avec les collègues sapeurs-pompiers, comme l'explique le Dr. Francis Coll :

C15HN_entretien_MR_FC_samu66_2018

01. euh oui alors oui on on partage une: euh: dans ce sur la
02. plateforme commune 15 18↓des informations concernant des
03. patients des blessés avec les pompiers mais eux
04. travaillent sur un outil qui leur est spécifique↓
05. BB d'accord
06. (.)

[155] Lors de nos échanges informels avec les professionnels du SAMU 66 ainsi qu'avec le Dr Gely il nous est expliqué que l'écart entre les moyens financiers, techniques, humains et de valorisation professionnelle entre les deux ministères qui partagent la même salle de travail est difficile à vivre pour les membres du SAMU de Perpignan. D'autant plus que la salle de réception des appels est partagée avec les pompiers et est de surcroît installée dans une caserne SDIS. C'est un argument d'ailleurs souvent repris par les urgentistes : ceux-ci doivent alterner temps à l'hôpital et temps en régulation et se sentent pénalisés par les trajets d'un site à l'autre.

[156] Pourtant le rapport de 2008 alarmait déjà : « en l'absence d'interconnexion informatique, toute information saisie par un service doit être transmise oralement et saisie à nouveau par l'autre service dans son propre système d'information en cas d'intervention conjointe, ce qui est à nouveau source de délais additionnels dans le traitement d'un appel. ». Dans le rapport de la Mission d'audit des 8 SAMU d'Île-de-France en 2019 il est estimé que la trop faible interopérabilité est « source de tensions entre les partenaires » (2019, p. 35).

07. FC c'est comme ça on a pas tout à fait le même métier donc
08. eux ils ont un un métier un un outil logiciel qui
09. convient parfaitement
10. BB à leur métier
11. FC à leurs interventions pompiers et nous on a un autre
12. outil la jonction entre les deux outils pose un problème
13. BB pose problème
14. FC alors bon ça c'est l'évolution des logiciels qui va
15. certainement nous aider euh les pompiers ici sur
16. perpignan vont changer de logiciel et on a de très bon
17. espoir en fait qu'il y ait un lien une: ben une enfin une
18. un lien euh: qui permette de passer les informations euh
19. entre les deux entre les deux outils
20. BB d'accord
21. FC et de suivre les moyens engagés de part et d'autre
22. BB de part et de l'autre
23. FC qui permette de voir ce qui est important
24. BB d'accord ↓très bien↓
25. FC alors c'est une situation qui est euh assez assez diverse
26. en france parce que y'a différents logiciels pour les
27. pompiers y'a différents logiciels pour les samu

Ainsi, lorsque le corpus est constitué en 2018, la transmission des fiches patients au SAMU 66 se fait encore parfois à l'oral. Ce que confirme cet extrait d'une interaction entre un ARM et un pompier, où l'échange se fait par téléphone, bien que les interactants se trouvent dans la même salle de régulation :

C15HN_A_13 il me manquait un bout de phrase

01. ARM ↑le samu↑
02. POM oui c'est xnomx à coté
03. ARM ↑oui↑
04. POM {(↓ah merde on a↓)} >c'est pour te dire que je viens de
05. faire partir un v.s.a.v à xvillex< pour ↓une personne âgée↓
06. en détresse respiratoire↓
07. ARM ↑alors xvillex c'est ça/↑
08. POM ouais
09. ARM ↑oui↑
10. POM (.) (donc) (.)c'est une infirmière qui a appelé que j'ai en
11. ligne=
12. ARM =oui
13. POM =donc ça se passe (.) à résidence (.) euh:: at-at-tends
14. euh: ↑xnomx↑
15. ARM (.) >↑c'est quoi c'est la maison de retraite/↑<
16. POM (.) ouais ↑c'est ça↑ h:: ↑l'adresse↑ c'est=
17. ARM =>xruex<
18. POM ouais c'e[st ça ouais]
19. ARM [c'est ça ouais]
20. POM ouais
21. ARM ↑okay↑
22. POM ↑ba↑timent (.)xnomx
23. ARM (.)↑xnomx/↑
24. POM xnomx,xnomx [comme le

```
25. ARM                  [ah xnomx] >et ben il manquait il me
26.          manquait un bout de phrase< ((ha ha[ha)) plein]sud ouais
27. POM                                          [ha ha ha]
28. POM      <(en riant))en ple[ine (inaud.)]>
29. ARM                       [ha ha ]
30. POM      <(en riant))étage un chambre cent un>
31. ARM      ouais=
32. POM      =madame xnomx xn.o.mx
33. ARM      ↑ouais↑
34. POM      quatre-vingt-douze ans
35. ARM      ouais=
36. POM      = qui est en détresse respiratoire et c'est j'ai une
37.          infirmière au téléphone
38. ARM      ↑d'accord okay↑ >le v.s.a.v qui va là-bas c'est lequel/
39. POM      (.) alors v.s.a.v cent trois (.) xnomx (.)[ah zéro treize]
40. ARM                                                [cent trois/ ]↑ah
41.          zéro treize ha ha okay ça marche=
42. POM      =(je te la vire) ha ha ha
43. ARM      ha ha ha ouais ouais [ouais on s'arrête merci
44. POM                           [ha ha y a pas de soucis
45. TIE      (inaud.)/
```

Au moment de notre venue, le SAMU 42 subissait quant à lui une profonde transformation : jusqu'alors le département était doté de deux centres distincts de traitement des appels au SAMU. Un se situant à Saint-Etienne (SAMU 42 A) et l'autre à Rouanne (SAMU 42 B). En raison d'une faible activité nocturne le SAMU de Rouanne ferme désormais de minuit à 8 heures. Cette transformation pendant les temps de « nuit profonde » a un impact direct sur l'accomplissement de la collaboration avec les pompiers.

En effet, la fermeture a été décidée sans que ne soit mise en place une solution de transmission des fiches patients entre les pompiers de Rouanne et le SAMU de Saint-Etienne. C'est ce que découvre le pompier alors qu'il s'apprête à transmettre un appel. L'ARM lui explique « on n'a toujours pas les fiches nous » (L 02-03) et estime même qu'ils ne les auront jamais (L 07-08) :

C15HN_B_5 non mais c'est pas la peine on les aura jamais

```
01.    POM        je te le passe
02.    ARM        ∆ouais attend∆ parce que xvillex t'sais on n'a toujours
03.               pas les fiches nous (0.2)
04.    POM        ▽ah tu as toujours pas/▽
05.    ARM        non
06.    POM        ah eu alors (0.4)
07.    ARM        ben non non euh non mais ∆non non mais c'est pas la
08.               peine∆ on les aura jamais
09.    POM        ah pas du tout
10.    ARM        non non ben ((inaud.))
11.    POM        ben pourtant à une époque elles arrivaient bien non
```

12. ARM ah non non non
13. POM ah ouais t'es obligé de tout retaper à la main
14. ARM et ouais
15. POM oh putain
16. ARM ouais à chaque fois c'est comme ça nous quand on vous les
17. envoie normalement vous les recevez mais on peut pas les
18. POM ah

En conséquence, les ARM se trouvent obligés « de tout retaper à la main » (L 13) ce qui, outre la surcharge de travail, peut présenter un risque évident de perte informationnelle[157]. Cela illustre bien le fait que les sphères technologiques et organisationnelles ne sont pas toujours conçues pour former un ensemble cohérent et que les contraintes réelles sur la pratique professionnelle sont parfois invisibles, ou oubliées, des décideurs. De toute évidence, les dimensions organisationnelle et technologique fonctionnent comme des vases communicants : un changement organisationnel ne devrait pas être engagé sans que ne soit modifié son versant technologique.

La communication est également presque continue avec les transporteurs sanitaires privés. Or, au moment de notre enquête ethnographique en septembre 2019, les logiciels ambulanciers privés n'étaient pas non plus interopérables avec ceux du SAMU. D'ailleurs, selon le Dr Giraud, une formation allait bientôt être mise en place pour que les ARM sachent utiliser le logiciel des ambulanciers privés au niveau régional :

C15HN_entretien_MR_FG_samu42_2019

807. BB euh (.) le lien avec les ambulanciers privés ici vous
808. le faites avec vos logiciels ?
809. LR oui
810. FG sans pour le moment mais vous avez vu le docteur xomx
811. qui euh me disait en face de vous tu as vu les dates
812. les dates c'est les dates de formation au système
813. informatique ambulancier qui permettra d'avoir une
814. gestion informatisée des ambulances par l'intermédiaire
815. effectivement de smartphones
816. LR ça c'est national/ ou c'est parce que
817. FG non c'est régional pour le moment mais c'est une
818. volonté nationale
819. LR d'accord

Pour le Dr Giraud, le dispositif de communication entre ces deux acteurs majeurs du traitement de la demande médicale présente des faiblesses et « une gestion très lourde » :

[157] Ce que signalait déjà le référentiel de 2008.

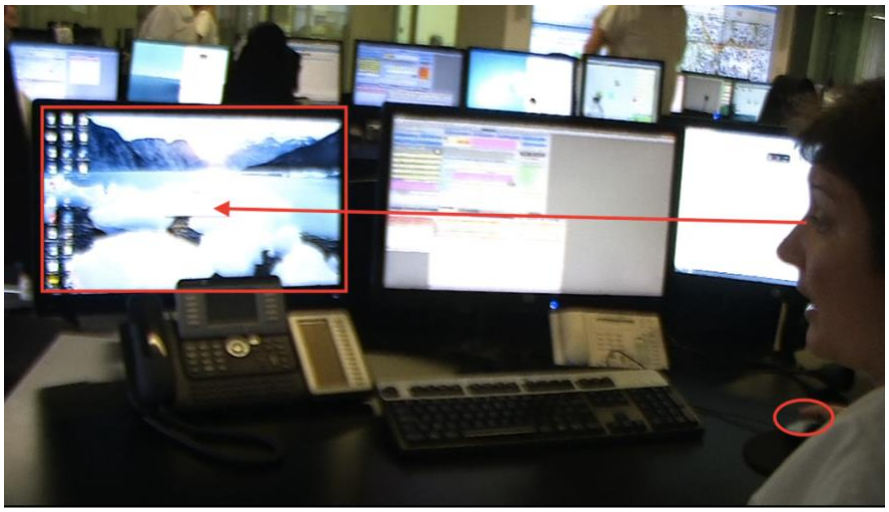
C15HN_entretien_MR_FG_samu42_2018

826. FG on a trop peu ambulances privées disponibles et euh: le
827. la la gestion est très lourde et il faut appeler le
828. centre d'ambulances qui appelle son ambulance pour
829. remonter ah ben non on va pas y arriver ah: alors que
830. parfois ils sont à la porte de l'hôpital en train
831. d'attendre que le patient ait fini sa: son i.r.m qui va
832. prendre deux heures et ils se roulent les pouces à la
833. cafeteria alors je peux vous dire que ça ça intéresse
834. les sociétés d'ambulance de pouvoir envoyer faire une
835. urgence le gars qui est à la cafétéria et donc y'a plus
836. sur le plan économique et donc les ambulances suivent
837. et euh nous on y a tout intérêt
838. LR mh mh
839. FG parce que on va augmenter les disponibilités du parc
840. actuel dont on sait qu'il est utilisé a peut-être cinquante
841. pour cent de ce qu'il peut être

Au SAMU 66, la communication avec les entreprises ambulancières n'est pas plus aisée. Il est nécessaire de procéder à une double saisie des informations : sur le logiciel des ambulanciers (écran de gauche) et sur le logiciel de régulation du SAMU (écran central), comme l'explique l'ARM Chef Sandrine Gallaud :

C15HN_entretien_armchef_SG_Samu66_2018

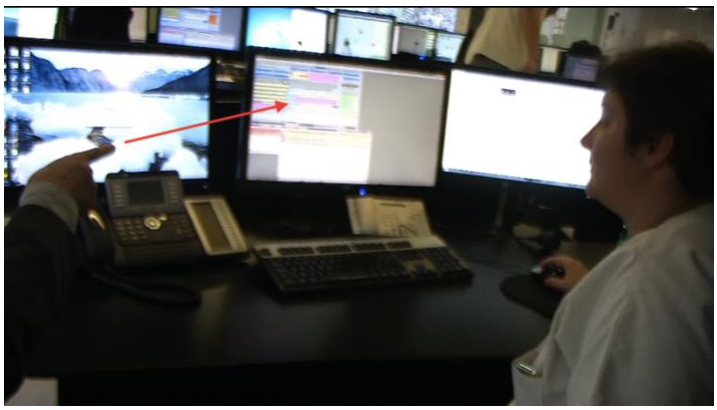
01. SG euh + <ensuite nous avons donc un: logi:ciel +
+ clique icône logiciel ambulanciers +
#im.7



#im.7 écran 1 logiciel Ambulanciers

02. <qui nous permet de gérer donc les ambulances privées du
03. département euh: c'est un logiciel qui euh: qui a été:
04. qui nous a é:té imposé: par euh l'association des: des
05. des tran[sports sanitaires>

06. BB [ah vous en parliez oui [ça ce midi
07. SG [oui voilà et euh: donc
08. ce logiciel n'est pas lié informatiquement à notre
09. logiciel métier donc c'est ce qu'on déplore par ce que
10. ça nous nous oblige à avoir une une double saisie donc à
11. une perte de temps et puis surtout euh ça: ça accroit le
12. risque d'erreur
13. BB double saisie *c'est-à-[dire que
pointe du doigt écran 2 logiciel métier
#im.8
14. SG [c'est-à-dire que la saisie
15. BB les informations qui ont été saisies là* elles doivent
16. être ressaisies=



#im.8 Bruno Bonu pointe écran 2

17. SG =exactement exactement donc à ce moment-là bon après ça
18. c'est un logiciel ou on est juste utilisateurs on est pas
19. administrateurs on ne peut rien modifier&
20. BB d'accord
21. SG &on ne peut rien même les changements de garde euh on ne
22. >on n'a pas la possibilité de le faire<

Le fait que ce logiciel ait été « imposé » par l'association des transports sanitaires (L 04-05) implique que les ARM n'ont aucune possibilité d'action car ils ne disposent que d'un accès « utilisateur ». L'opacité structurelle du logiciel concerne toute une catégorie d'utilisateurs quotidiens, même l'ARM Chef du SAMU 66 n'a pas d'accès administratrice.

2. Faiblesses du dispositif de localisation

Nous avons précédemment établi que la localisation de l'appelant est l'information principale à obtenir pour les ARM, c'est la condition *sine qua non* à l'envoi de moyens. Nous avons également souligné que les dispositifs de localisation occupent désormais une place centrale dans les usages sociaux des appelants car les applications de smartphone basées sur cette technologie rencontrent un grand succès.

Nous pourrions penser que localiser le lieu de l'incident implique de poser une question simple pour obtenir une réponse généralement facile à produire. En réalité, cette activité interactionnelle est très souvent complexe. Les analyses interactionnelles des chapitres suivants confirment la persistance d'un phénomène déjà bien décrit dans la littérature sur les appels urgents, les séquences de localisation des victimes sont régulièrement perturbées car les appelants les jugent trop longues (cf. *supra* chapitre 1 ; Larsen, 2013; Paoletti, 2012, p. 12; J. Whalen, 1995). Si la technologie existe, les dispositifs de localisation des victimes se révèlent effectivement aujourd'hui encore largement imparfaits. Ainsi, un décalage apparait entre d'une part l'importance capitale de cette information, les pratiques socialement constituées des appelants et l'absence de localisation avancée au SAMU[158]. Cela fait d'ailleurs consensus chez tous les acteurs que nous avons rencontré. La littérature grise a elle aussi établi depuis longtemps qu'il faut engager une modernisation des techniques de localisation.

Il existe tout de même un dispositif de localisation automatique des appels d'urgence en France. Les opérateurs télécoms sont depuis 2005 dans l'obligation de géolocaliser les appels d'urgence et ce par décret du ministère de l'Industrie[159]. Malheureusement, certains opérateurs ne sont techniquement pas en mesure d'appliquer cette mesure[160]. Ainsi, la localisation telle qu'elle se pratique généralement dans les centres de réception des appels urgents, n'est à ce jour pas très précise[161].

[158] Il convient de rappeler que jusqu'aux années 2000 les appels au SAMU étaient adressés depuis un poste fixe (au domicile ou une cabine téléphonique) et que donc les appelants pouvaient être localisés car leur numéro renvoyait à un contrat avec France Télécom associé à une adresse. Si le contrat téléphonique est toujours associé à l'adresse, le téléphone étant mobile, évidemment rien n'indique que l'appelant se trouve à son domicile.

[159] Disposition du code des postes et communications électroniques introduite par le décret 2005-862, publiée Journal Officiel par le ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie. Ce décret met en application la loi du 9 juillet 2004 dite « paquet télécom ». Une directive européenne n°2009/136/CE du 25 novembre 2009 demande elle aussi aux opérateurs européens de transmettre gratuitement la localisation des appelants aux services d'urgence. Cette directive traduite en droit français par l'ordonnance n°2011- 1012 du 24/08/2011 qui précise « les opérateurs doivent fournir gratuitement aux services d'urgence l'information relative à la localisation de l'appelant ».

[160] Il s'agit de transmission de la voix par Internet. (IP) ou VoIP (*Voice Over Internet Protoco*l). Contrairement aux lignes de RTC (Réseau Téléphonique Commuté) traditionnelles, la téléphonie VoIP n'utilise donc pas de lignes physiques, la communication qu'elle soit par la voix ou multimédia (via vidéo ou par flux audio) transite par le réseau Internet.

[161] En 2014, un projet mutualisé a été lancé par les opérateurs téléphoniques, la PFLAU (Plate-Forme de Localisation des Appels d'Urgence). La PFLAU a pour but d'optimiser les investissements nécessaires à une meilleure fourniture des données de localisation de l'appelant lors d'un appel d'urgence.

C’est ce que nous explique le Dr Francis Coll responsable du SAMU 66 :

C15HN_entretien_mr_FC_Samu66_2018

FC voilà donc on voit apparaître toutes les les renseignements concernant la localisation la cartographie aussi on peut désormais avec une cartographie précise localiser à la fois les fixes avec leur adresse de facturation et on peut aussi localiser les les

BB d'accord

FC euh: pas simplement l'adresse de facturation du mobile mais aussi la position géographique du mobile

BB ah la position géographique

FC voilà alors le positionnement est ça dépend parfois très précis enfin la précision n'est pas à quelques mètres près parfois ça c'est un petit peu plus vague

Le système évoqué repose sur le bornage sur les antennes relais, qui donne une localisation qui va d’une centaine de mètres en zone urbaine à plusieurs kilomètres en zone rurale.

C’est l'Advanced Mobile Location (AML) qui pourrait constituer une amélioration concrète des moyens de localisation[162]. Créée en 2014, l’AML permet une localisation entre dix et vingt mètres, quel que soit le lieu de l’appel, par usage de la position du smartphone en réconciliant les données GPS, Wifi et cellulaires. La localisation se fait ensuite par l’envoi automatique d’un SMS[163]. Concrètement, le système d’exploitation des smartphones est configuré de telle manière que l’appel à un numéro d’urgence génère automatiquement la transmission d’un SMS de 126 caractères vers les serveurs de données propriétaires (Google, Apple, etc.). L’information est ensuite redirigée par l’intermédiaire d’un numéro long vers un serveur gouvernemental dédié, contenant la position, le niveau de précision de la localisation, le pays et l’opérateur. Une des qualités majeures de cette technologie, c’est que les données sont envoyées sans que ne soit nécessaire une action de l’appelant et ceci même si le service de localisation du smartphone a été désactivé par l’utilisateur.

[162] À ce jour, AML est opérationnel dans les pays suivants : Autriche, Belgique, Estonie, Finlande, Islande, Irlande, Lituanie, Moldavie, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Slovénie, Émirats arabes unis, Royaume-Uni et les États-Unis.

[163] Le SDIS du Var et du Morbihan se sont associés pour créer une application « Géoloc 18/112 » pour smartphones, elle est opérationnelle dans certains CTA et CRRA. Elle autorise par l’envoi de SMS de solliciter l’accord de l’appelant pour recevoir ses coordonnées GPS. La précision est alors celle du système de géolocalisation du smartphone soit environ cinq mètres. Ce système possède les limites suivantes : (i) il faut que la géolocalisation soit déjà activée sur le smartphone (ii) il faut minimum une couverture 2G (iii) il faut que l’appelant effectue une manipulation, ce qui n’est pas toujours adapté à son état émotionnel ou de santé (iv) cette application n’est pas actuellement intégrée au système de gestion opérationnelle, il faut un dispositif supplémentaire.

Si la technologie AML existe depuis 2014, pourquoi alors n'est-elle pas disponible dans tous les SAMU ? Malgré la législation de l'Union Européenne qui impose aux états membres de mettre en place le système au plus tard en décembre 2020, l'AML fonctionne essentiellement pour le numéro 112 et non pas pour les numéros nationaux de secours[164]. Il est activé dans certaines zones géographiques vers le 18 pour les appels passés depuis les smartphones sous système d'exploitation Android[165]. Ce retard technologique est à attribuer à la gestion décentralisée des secours en France. Les choix technologiques se faisant au niveau départemental, avec des systèmes informatiques qui peuvent être différents d'un SAMU à l'autre, il est dès lors difficile pour une technologie de s'implanter[166].

Signalons de plus qu'avec un système AML, la séquence de localisation des appelants ne va pas disparaitre. L'assistant de régulation obtiendra certes une position bien plus précise, mais il lui faudra toutefois vérifier l'information. C'est déjà ce qu'il se passe lorsque le logiciel de régulation identifie que c'est un appelant qui a déjà été patient du service hospitalier : son nom apparait automatiquement sur le logiciel mais il fait l'objet d'une vérification orale systématique. Ensuite, même avec l'AML, il faudra toujours demander le numéro de bâtiment, l'étage et le numéro de porte, éventuellement un digicode. En effet, cette technologie est basée à ce jour sur deux techniques combinées : le GNSS (géolocalisation et navigation par un système de satellites) et la triangulation des antennes relais (*cell-tower triangulation technologies*) qui permettent d'obtenir une adresse (*horizontal détails*) mais pas d'estimation en hauteur (*z-axis*). Pour les industriels, il s'agit de faire évoluer leur technologie afin qu'elle puisse un jour fournir une adresse qui inclura l'étage et le numéro d'appartement[167].

---

[164] Nous remercions Mr Vivier de l'European Emergency Number Association (EENA) pour ses précieuses explications qui nous ont permis de comprendre que la législation européenne n'est pas suffisamment claire concernant les numéros nationaux (15,18 etc..). Il semblerait qu'elle concerne bien les numéros nationaux mais que le texte ne soit pas suffisamment explicite pour l'affirmer avec certitude. Il nous a également permis de comprendre qu'à ce jour pour les téléphones fonctionnant avec Google, les positions AML sont reçues par l'Agence pour le Numérique dans la Sécurité Civile et lorsqu'il s'agit d'un appel au 15, cette position est partagée avec le SAMU. Pour ce qui est d'Apple, l'AML ne fonctionne pour le moment que sur un seul numéro par pays, pour l'Europe le 112. Un appel au 15 n'entraine donc pas l'envoi d'AML avec Apple.

[165] Notons aussi l'initiative technologique what3words qui donne à chaque carré de 3 m x 3 m dans le monde une adresse unique de 3 mots. Les mots sont attribués aléatoirement à chaque carré et ne changeront plus jamais. Par exemple pour l'université Montpellier 3 Paul Valery les 3 mots sont barbu.parc.rejetant. Pour le CHU de Saint-Etienne les 3 mots sont hautbois.remonter.cuisant. Cette technologie est utilisé par les sapeurs-pompiers via l'application Géoloc-18-112.

[166] À cela s'ajoute le fait que les différentes organisations du secours n'ont à ce jour pas réussi à collaborer pour développer un environnement technologique commun.

[167] Pour ces industriels ce sont les technologies combinées de VoIP (*Voice over Internet Protocol*) et des technologies nommées « *Next Generation platforms* » qui devraient permettre de localiser sur le mode vertical, c'est-à-dire identifier les étages des immeubles.

Après cette mise au point, nous observons comment les professionnels du SAMU travaillent malgré le retard technologique. Au SAMU 42, l'adresse est donc collectée oralement auprès de l'appelant. Elle est ensuite inscrite manuellement sur le logiciel de régulation médicale. Si l'ARM cherche des informations complémentaires, il se rend sur Google Maps[168]:

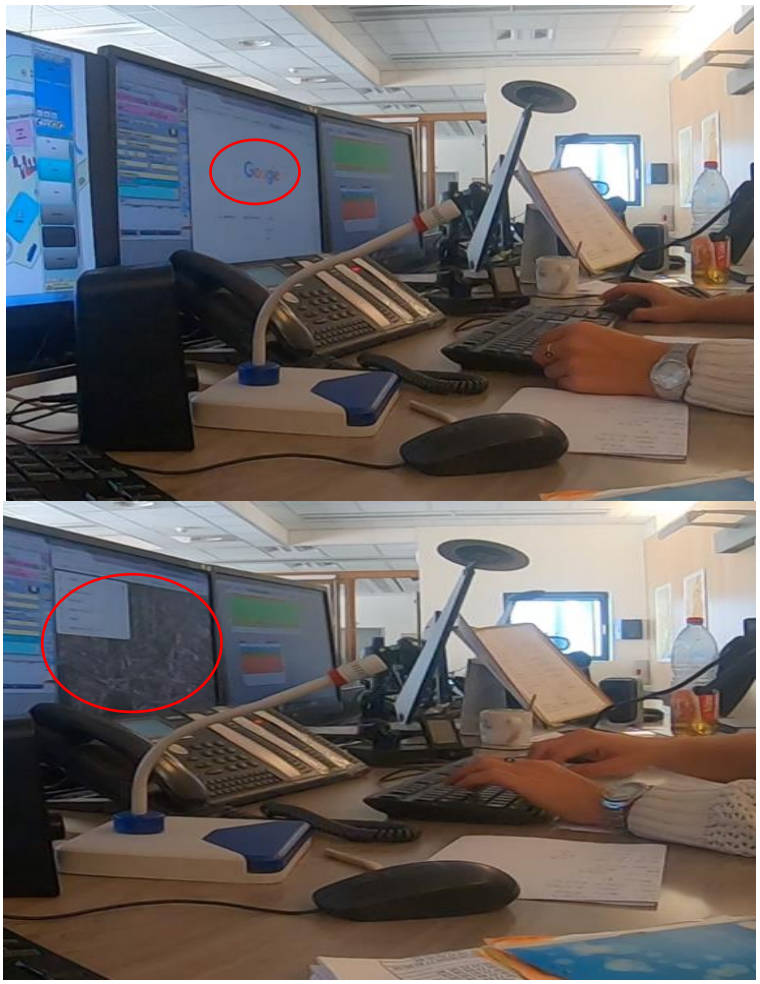


Figure 13 Utilisation de l'outil cartographique de Google

[168] Les équipes d'intervention du SAMU utilisent des applications type Waze. L'usage de Waze et Google Maps pose des questions relatives au partage de nos données de santé avec les géants du numérique. Cela ne concerne pas que les appels traités au SAMU. Une vaste majorité des ambulanciers français utilise également Waze. Ce logiciel israélien a été racheté par Google et a développé un service pour les professionnels de l'urgence depuis 2016 : Waze Transport SDK. L'objectif étant que les ambulanciers puissent profiter des données sur le trafic qui sont ajoutées en temps réels par les automobilistes pour optimiser les trajets.

Afin de choisir s'il vaut mieux envoyer un transport voie terrestre ou un transport héliporté les ARM et les médecins régulateurs consultent la carte IGN affichée au mur de la salle de régulation :



Figure 14 La carte IGN accrochée au mur de la salle de régulation du SAMU 42

Une règle transparente (entourée ici en rouge) calcule les distances en hélicoptère en les mettant en relation avec les caractéristiques géographiques (montagne ou plaine, possibilité d'atterrir à proximité) et d'estimer ainsi manuellement si le transport héliporté est la meilleure solution. Il est intéressant de préciser que les membres du SAMU 42 que nous avons rencontrés semblent très bien s'accommoder de cet artefact qu'ils jugent performant.

3. Une charge techno-interactionnelle pour les professionnels

Nous remarquons que les faiblesses du dispositif technologique de localisation, bien que faisant l'objet d'un consensus partagé par l'ensemble de professionnels, ne sont jamais mentionnées par les ARM dans notre corpus d'appel. Lors des interactions entre professionnels les participants « pointent et localisent » les « problèmes technologiques produits par le dispositif » (Bonu, 2008). En revanche, lors des interactions avec les patients ou les tiers-appelants, le SAMU ne rend que très rarement compte des difficultés, manquements ou pannes.

Pour le dire autrement, les ARM ne vont jamais exprimer à un appelant mécontent lors de la séquence de localisation qu'ils regrettent eux aussi de ne pouvoir disposer d'un outil plus performant. Le plus souvent, lorsque l'appelant réagit mal à la séquence de localisation, notamment si elle dure trop longtemps à son sens, l'ARM va se contenter d'insister sur le caractère obligatoire de cette séquence[169]. L'appelant est alors dans ces cas-là envisagé comme un usager ne se pliant pas facilement aux activités de l'appel, et non pas comme un usager exprimant un avis justifié sur les manquements technologiques de l'institution qu'il contacte. Et cela même s'il manifeste un point de vue pertinent.

Il est indéniable que les ARM, tout comme les opérateurs du 18, exercent un difficile « métier de première ligne » et qu'ils ne devraient pas porter la charge de ce retard technologique, alors même qu'il n'est en rien de leur ressort. Pourtant, nous observerons dans le corpus d'appels que l'absence de localisation avancée dégrade parfois la relation avec des usagers qui s'en prennent directement à leur interlocuteur.

C'est le cas dans cette interaction, où l'appelant ne comprend pas la raison d'être d'une séquence de localisation particulièrement longue et éprouvante[170]. Il rend alors manifeste qu'il pense que les pompiers disposent d'un logiciel de localisation automatique et qu'il suffirait d'appuyer sur un bouton (« [appuie sur l'ordinateur monsieur » ; L 27) :

CH15N_A_23

```
01.  POM    (0.4) ↑quel âge [elle a↑/
02.  TIE                    [appuie sur l'ordinateur ↓monsieur↓
03.  POM    appuyer sur l'ordinateur té tu vas voir toi ↓appuyer sur l'or^↓
04.         quel âge elle a/
05.  TIE    (.) elle a trente trente et un
06.  POM    <((saisie clavier)) elle est suivie> pour un traitement
07.         quelque chose/
08.  TIE    ↑non non rien monsieur↑ rien [rien mais elle est pas bien là
09.  POM                                 [je vous passe un médecin je
10.         vous passe un médecin
11.  ANN    ne quittez pas les services d'urgence vont vous répondre
```

[169] Dans certains SAMU le disque sonore avant le décroché précise à l'appelant de préparer son nom, la raison de son appel, son numéro de téléphone et son adresse. Dans une recherche suivante nous aimerions examiner les conséquences de cette annonce sur le déroulé de la séquence de localisation.
[170] L'appel est examiné au chapitre 6.1.2.

Ainsi, les difficultés à localiser l'appelant résulteraient d'un manque de compétence de son interlocuteur, alors que celui-ci ne fait qu'agir en fonction des moyens limités qui sont à sa disposition. De toute évidence, cela place les participants dans un état de désaccord qui peut avoir des répercussions plus tard dans l'appel, notamment si une seconde « contrariété » survient. En réalité, les difficultés que rencontrent les professionnels dans leur usage des dispositifs technologiques se nichent parfois dans les plus petits détails. Ceux-ci ne peuvent être rendus visibles que par une observation prolongée des situations de travail, en consignant les retours des professionnels qu'ils produisent au fil de l'eau.

Nous avons noté quelques exemples dans notre carnet d'observation. Les ARM du SAMU 42 nous signalent notamment que dans le logiciel qu'ils utilisent depuis douze ans l'espace prévu pour inscrire le nom de l'appelant est si petit que seuls les noms courts peuvent être renseignés en entier :

09 septembre 2019

La case sur le logiciel pour inscrire le nom de l'appelant n'est pas assez grande. Un prénom telle que Marie-Madeleine ne pourra être inscrit en entier. Plusieurs fiches peuvent être créées pour même appelant.

Alors qu'un ARM est engagé dans la collecte d'une information aussi fondamentale pour la prise en charge que le prénom de la victime, il se trouve contraint d'opérer un raccourcissement du prénom. Un prénom qui du coup pourra éventuellement être inscrit différemment selon l'ARM qui s'occupe de traiter l'appel (pour une même victime, plusieurs appelants, depuis des numéros de téléphones différents, peuvent contacter les services d'urgence). En conséquence de quoi il peut être difficile de retrouver la fiche de régulation médicale du patient lors d'un second appel.

Autre exemple éloquent, nous avons noté que les ARM s'interpellent régulièrement à travers la salle de régulation pour demander à un collègue de « sortir de la fiche ». En effet, lorsque deux ARM consultent le même dossier d'appelant, ils ne peuvent le compléter[171]. C'est un problème qui survient régulièrement. Et ce alors qu'un même appelant qui va téléphoner deux

[171] Le fait de pouvoir intervenir à plusieurs sur un même logiciel est une problématique identifiée des éditeurs de logiciels de régulation médicale (voir p.ex. Scriptal) toutefois ce que nous souhaitons souligner ce n'est pas tant le souci technique en lui-même que la manière dont un manquement technologique peut être attribué à l'usager.

fois au SAMU ne sera pas nécessairement dirigé vers le même poste ARM et que de surcroît les tâches peuvent être divisées entre collègues (ARM gestion, ARM accueil, ARM radio..).

C'est le cas dans cette séquence, où un ARM se voit reproché par une collègue médecin de ne pas avoir rempli l'adresse sur le logiciel :

C15HN_GH_N

```
1.    ARM   ↑xnomx xprénomx↑ >bien sûr il est transporté aux urgences< de
2.          xvillex madame xnomx
3.    LOC   ((tour de parole de son interlocutrice))
4.    ARM   mais c'est ↑tout est noté↑ sauf que
5.    LOC   ((tour de parole de son interlocutrice))
6.    ARM   sauf que pour information (0.3) xnomx euh: était sur le truc je
7.          pouv^ >je pouvais pas marquer<
8.    LOC   ((tour de parole de son interlocutrice))
9.    ARM   >et c'est c'est<
10.   LOC   ((tour de parole de son interlocutrice))
11.   ARM   >c'est pas une excuse ouais mais c'est< xnomx aussi (.) {c'est
12.         de ta faute hein (.) ben jai pas pu mettre la
13.         destination par ce que t'étais sur la fiche}
```

Il s'agit d'une transcription de données vidéos pour lesquelles nous ne disposons que de ce qui se dit dans la pièce où nous filmons, ce qui explique que ne puissions pas rendre compte dans la transcription de ce que dit le médecin au téléphone. Nous comprenons toutefois très bien ce qui est reproché à l'ARM. Celui-ci peine à expliquer qu'il ne s'agit pas d'un oubli de sa part mais d'une impossibilité fonctionnelle du logiciel. Ici encore, il est patent qu'il incombe à l'ARM de porter la charge d'une défaillance du dispositif technologique qui est mis à sa disposition.

4. Méthodes de contournement du dispositif technologique

Il apparait que de nombreuses solutions professionnelles résultent d'un bricolage des membres du SAMU travaillant à améliorer le panel d'outils à leur disposition. Cela passe par des choix de technologies frugales (comme la carte IGN ou le tableau *paperboard* qui est utilisé en cas de crise) et s'accompagne parfois d'une certaine satisfaction à utiliser un dispositif qui ne soit pas numérique. Nous observons en effet que les professionnels aiment à valoriser leur utilisation d'objets non numériques. Cela peut aussi se traduire par des pratiques de

contournement (appelées *workarounds* en anglais) des usages établis et de leur cadre légal[172]. Le doyen du SAMU 42, indique par exemple que, malgré des « systèmes sophistiqués les « problèmes de compatibilité » les conduisent à communiquer avec la police et la gendarmerie via leurs messageries personnelles plutôt que professionnelles :

C15HN_Entretien_Mr_samu42

1.	MR	après heu quand on a des systèmes sophistiqués on se retrouve
2.		souvent avec des problèmes de compatibilité on a par exemple
3.		les plus grandes difficultés ne serait-ce que par mail pour
4.		communiquer avec la police ou la gendarmerie avec lesquelles on
5.		mène des actions par ce que les sécurités des logiciels ne sont
6.		pas compatibles donc inévitablement on finit par se faire
7.		confiance entre médecins gendarmes policiers et s'envoyer sur
8.		nos messageries personnelles
9.	LR	d'accord
10.	MR	par ce que sur les messageries officielles on n'y parvient pas

L'exemple le plus significatif d'un contournement des pratiques établies est à trouver dans l'impossibilité de recevoir des photographies ou documents. Envoyer une photographie, faire un email sont pourtant des activités à la portée de nombreux d'appelants[173]. Certains médecins et ARM choisissent de contourner ce manquement technologique. Au SAMU 42, c'est le cas notamment du médecin avec lequel nous nous entretenons :

C15HN_Entretien_Mr_samu42

11.	MR	ah alors je suis à l'aise par ce que moi qui suis le plus
12.		vieux je dois être celui qui utilise le plus les photos
13.		transmises par téléphone d'un lieu d'intervention
14.		directement même je le fais passer sur mon téléphone
15.		directement pour l'avoir encore plus vite et par ce que
16.		j'ai un numéro qui est facile à communiquer
17.	LR	ah
18.	MR	et je l'utilise depuis des années et c'est extrêmement
19.		pratique pour adapter les nos moyens de réponse
20.	LR	mais vous souhaiteriez un lien visuel euh [automatique
21.	MR	[alors
22.		je suis moi pour tout ce qui est simple d'accord alors
23.		les photos sur téléphone on peut aussi faire de la vidéo

[172] Le Pr Lareng, fondateur du SAMU, raconte dans son livre « Batailles pour le SAMU » que la « pratique hors du cadre légal est en un sens constitutive même de l'activité des SAMU, en effet les premières sorties SMUR « hors les murs » constituaient une « pratique illégale ». (2015, p. 49)

[173] Nous rappelons ici que le contexte technologique des SAMU français est très hétérogène. Ainsi, sur la centaine de SAMU français, certains peuvent recevoir des photos des appelants, d'autres non.

Il s'agit là d'une initiative individuelle[174]. Pour les autres, l'impossibilité de transmettre des photographies ou des documents est acceptée, alors même qu'elle constitue un frein au bon déroulé de l'activité.

5. Des activités qui ne trouvent pas de traduction technologique

Prenons l'exemple d'une mère inquiète qui téléphone au SAMU car elle a reçu les résultats d'analyses de sang de son jeune fils et se trouve en incapacité de les interpréter elle-même. Cette demande aurait pu être menée en un temps très court grâce à l'envoi du document par mail au médecin libéral du SAMU. Son traitement occupe pourtant les lignes du SAMU pendant onze minutes (ARM puis médecin SNP) :

C15HN_B_34 c'est pas tout à fait notre travail mais enfin depuis ce matin y'a que ça

01.	MED	oui allo
02.	TIE	oui bonjour euh:
03.	MED	bonjour médecin régulateur du quinze vous êtes madame
04.		xnomx/
05.	TIE	pardon excusez-moi j'ai pas entendu
06.	MED	est-ce que vous êtes madame xnomx/
07.	TIE	oui c'est ça [tout à fait
08.	MED	[voilà et vous appelez pour votre enfant
09.		votre petit garçon de quatre ans
10.	TIE	oui de quatre et demie en fait (inaud.)
11.	MED	il a eu une prise de sang/
12.	TIE	c'est ça ce matin oui
13.	MED	[oui
14.	TIE	[et alors il est et là j'ai eu les résultats par internet
15.		et enfin je m'inquiète un petit peu par ce que y'a des
16.		choses je sais pas trop ce que ça veut dire mais euh
17.		c'est quand même assez haut par rapport à ce
18.	MED	d'abord d'abord pourquoi on lui a fait une prise de sang
19.	TIE	par ce que il est assez fatigué ces temps ci
20.	MED	ah fatigue d'accord [oui
21.	TIE	[oui

[174] Communiquer avec les patients via des canaux qui n'ont pas été conçus spécifiquement à cet effet n'est pas une activité qui repose sur un cadre légal.

22. MED alors j’essaie de voir mais dites moi
23. TIE euh je vous dis que c’est trop élevé

La médecin du SAMU déclenche l’interprétation en annonçant qu’il va falloir « lui donner les chiffres » (L 24-25). Son interlocutrice ne parvient toutefois pas à comprendre quelle est la marche à suivre, doit-elle lire toutes les informations inscrites sur la fiche de résultats (« absolument tout » ; L 30) ?

24. MED non non non c’est moi qui jugerais il faut il faut que vous me
25. donniez les chiffres hein
26. TIE excusez-moi j’entends pas allez je sais pas
27. pourquoi ça (inaud.) j’ai pas compris ce que vous m’avez dit
28. MED bon il faut que vous me donniez les chiffres et après je vous
29. dirai si ça va ou pas
30. TIE ah d’accord tout absolument tout
31. MED enfin écoutez c’est (.)
32. TIE allo
33. MED euh oui c’est un peu un peu délicat mais mais moi euh je suis
34. bien obligée si vous me demandez d’interpréter quelque chose il
35. faut que je l’interprète euh dans son ensemble hein c’est pas
36. un chiffre
37. TIE oui oui d’accord non mais y’a pas de soucis mais

En plus d’une mauvaise qualité de réception téléphonique, les participantes peinent à se comprendre. L’appelante tente de saisir si elle doit lire l’intégralité des informations présentes sur la feuille de résultats. La médecin, plutôt que de lui répondre avec une affirmation claire, lui explique qu’il « faut donner les chiffres » (L 25 ; L 28), que « c’est un peu délicat » (L 33), qu’il faut qu’elle « interprète dans son ensemble » (L 35) et qu’il ne s’agit pas juste d’un seul chiffre (L 35-36).

Il nous semble apercevoir une forme de résistance à l’activité d’interprétation de résultats d’analyses. La médecin le manifeste d’ailleurs ensuite littéralement : « c’est pas tout à fait notre travail » (L 38-39) mais ils sont « obligés » et depuis ce matin « y’a que ça » (L 39) « des patients qui nous lisent leurs analyses » et ça « prend énormément de temps » (L 43) :

38. MED donc on est obligés de faire comme ça c'est pas tout à
39. fait notre travail mais enfin depuis ce matin y'a que ça
40. les les laboratoires ça fait des patients qui nous lisent
41. leurs analyses donc c'est un peu
42. TIE d'accord
43. MED par ce que ça prend énormément de temps d'ailleurs alors
44. dites-moi
45. TIE alors donc là je vous donne absolument tout
46. ç'est ça/

L'appelante commence alors la dictée des informations. Nous transcrivons l'intégralité de cette séquence de dictée des résultats pour souligner la longueur et la complexité de l'exercice :

47. MED ben oui (.) all[ez y je vous écoute
48. TIE [allo
49. TIE alors hématies sept soixante-dix huit
50. MED oui
51. TIE hémoglobine cent vingt deux
52. MED oui
53. TIE hématocrite trente six
54. MED oui
55. TIE v.g.m soixante-dix huit
56. MED hum hum
57. TIE t.c.m.h vingt-cinq point cinq
58. MED oui
59. TIE c.c.m.h trois cent trente trois
60. MED oui
61. TIE leucocytes dix point quarante six
62. MED dix point trente six
63. TIE dix point quarante six
64. MED quarante-six dix point quarante-six six
65. TIE c'est ça
66. MED oui d'accord
67. TIE polynucléaire neutrophiles vingt-sept virgule deux
68. MED comment/ j'ai pas compris
69. TIE polynucléaire neutrophile vingt-sept virgule
70. deux vingt-sept point deux
71. MED oui oui oui
72. TIE soit p.n.n deux virgule quatre-vingt cinq
73. MED hum
74. TIE polynucléaire e éosinophiles dix-huit virgule

75. cinq pour cent (0.2) [éosi
76. MED [éosinophiles dix-huit
77. virgule cinq/
78. TIE (0.2)[éosinophiles dix-[huit virgule cinq
79. MED [non mais je vous entends mal hein=
80. TIE = ↑oui dix-huit virgule [cinq ↑
81. MED [<ah voilà ça y'est ça
82. y'est< ↓c'est bon↓ oui/
83. TIE soit p.n.e un virgule quatre-vingt quatorze
84. MED hum hum
85. TIE polynucléaire basophiles zéro virgule neuf pour cent
86. MED (.)↑non moi je veux en pourcentage↑ si ça vous ennuie pas
87. TIE ↑oui↑ zéro zéro virgule neuf pour cent c'est
88. ça/
89. MED (.) ↑voilà↑ et les éosinophiles en pourcentage/
90. TIE ah euh dix-huit virgule dix-huit virgule cinq
91. MED c'est en pourcentage d'accord okay
92. MED oui
93. TIE oui euh:: donc alors attendez euh la laphocites
94. MED lymphocytes d'accord okay
95. TIE quarante euh sept virgule sept pour cent
96. MED oui
97. TIE monocytes cinq virgule neuf pour cent
98. MED (.) d'ac↑cord
99. TIE euh numération plaquettaire
100. MED oui
101. TIE quatre cent quarante quatre
102. MED (0.5)
103. TIE euh: je vous dit ce qu'il a marqué en d^ssous
104. ↑commentaire ↑ (lan, lab)e éosinophiles vérifiés ∇(je
105. sais pas)∇
106. MED >↑pardon↑ j'ai pas compris< oui ↓j'entends mal↓
107. TIE ↑en dessous c'est marqué commentaire↑ (lan,lab)
108. éosinophiles vérifiés=
109. MED =oui voilà c'est ça c'est ça qui euh si vous
110. voulez c'est le résultat anor[mal&
111. TIE [oui
112. MED &de l'analyse ce [sont les éosinophiles
113. TIE [oui
114. MED bon écoutez euh là euh i: il faut explorer plusieurs

115. choses y aura un un complément de de bilan à faire=

C'est là l'exemple d'une activité ordinaire qui n'est pas facilitée par le dispositif technologique. Alors même que la médecin a précisé avoir eu à traiter un grand nombre de demandes similaires ce jour-là, aucun outil ne permet d'accomplir cette activité spécifique. L'appelante a pourtant reçu ses analyses « par internet » (L 14) et le médecin dispose d'une adresse mail professionnelle. Pourquoi alors ne propose-t-elle pas à son interlocutrice de lui transférer le document ?

Cet appel routinier illustre bien que ce sont les demandes des appelants qui façonnent l'activité plutôt que des référentiels d'activités associés à des protocoles. Nous envisageons alors que c'est précisément parce que l'activité d'interprétation d'analyses médicales ne fait pas partie de l'activité « naturelle » des SAMU qu'elle n'est pas intégrée au dispositif technologique. Ainsi, il existe d'un côté une activité légitime qui est prise en compte dans la conception des outils et de l'autre une activité illégitime, qui est tout juste tolérée, accomplie à contrecœur, et qui ne trouve pas de traduction dans le dispositif technologique[175].

6. Des méthodes professionnelles construites *ad hoc*

Chaque professionnel décide à titre individuel ce qu'il envisage comme relevant de l'activité légitime ou non du SAMU et ensuite de comment il va procéder. C'est ainsi que certains contournent le manquement technologique et décident de passer par des canaux de communication qui n'ont pas été conçus à cet effet pour échanger des documents avec les appelants. D'autres professionnels se maintiennent dans le strict cadre technologique de l'institution.

Cela s'observe dans d'autres types d'activités : par exemple, nous avons observé que lorsqu'un appelant cherche à obtenir les coordonnées de la pharmacie de garde, certains ARM vont conseiller de se rendre devant la pharmacie la plus proche pour y voir affichée l'adresse de la

[175] L'importance de cette activité n'échappe pas aux industriels de la télémédecine. Voir par exemple MedApp ou BotDesign qui proposent des modules d'interprétation et priorisation des analyses. Toutefois ce sont des offres marchandes qui ne sont pas intégrées à ce jour au dispositif du SAMU.

pharmacie de garde, d'autres donneront le numéro ou l'adresse du site internet du dispositif 3237 quand d'autres encore signifieront qu'ils ne disposent pas de cette information[176].

Si l'on se replace quelques décennies en arrière, il est difficile d'imaginer un professionnel ne pas utiliser un instrument qui non seulement se trouverait être à sa disposition mais qui de plus répondrait parfaitement à son besoin. C'est pourtant ce qu'il se passe avec certains des artefacts technologiques de nos jours : les médecins sont trop souvent encore censés travailler avec la seule ligne téléphonique couplée au logiciel de régulation médicale. Il est possible d'y voir là le résultat d'une panique morale (*moral panic* ; Cohen, 1973) sur le traitement des données personnelles relatives à la santé. Il s'agit aussi de maintenir les interactions dans le cadre technologique prévu par l'institution car cela garantit le suivi légal des activités par leur enregistrement et leur archivage.

Les faiblesses du dispositif technique conduisent les membres de l'institution que nous avons observés à invoquer et interpréter les règles et les procédures bureaucratiques de façon *ad hoc*, ce qui dans un sens, autorise des formes illégitimes de pouvoirs discrétionnaires (Heritage et al. 1991, p.26). Ces pratiques de « bricolage[177] » et de « contournement » exposent notamment les données de santé que nous avons analysées hors de tout cadre légal et en particulier les mettent à disposition d'entreprises étrangères (Waze, Google, WhatsApp…) quand des messageries internes pourraient être mises en place ou que des services européens de messageries cryptées pourraient être privilégiés (Wire, Pronton…)[178]. En somme, le dispositif technologique du SAMU provoque une anomie du système d'activité située et les membres, en

[176] Conformément aux articles R. 6311-1et suivants du CSP, les SAMU exercent une mission de renseignements et d'informations médicales. La généralisation du SAS devrait toutefois permettre de standardiser la réponse à ce type de requêtes ne relevant pas l'aide médicale urgente, mais relevant bien de l'activité du SAMU.

[177] Lévi-Strauss (1962, 1966) présente le bricolage comme « la science du concret ». Le terme est employé dans le contexte d'usages de nouvelles technologies, par Ciborra (2004b) pour qui le bricolage recouvre « des pratiques d'improvisation et de débrouillage ». Comtet (2009, p.3) souligne l'importance d'une « autonomie de bricolage des TIC » pour l'appropriation d'un dispositif sociotechnique et définit le bricolage comme « (…) la volonté, individuelle et réitérée, de rendre conforme à l'objectif envisagé, l'usage d'un dispositif technique. ». Ce terme est à trouver aussi dans le domaine des pratiques *low-tech* ou des technologies frugales (Jaglin, 2016). Enfin, le terme est employé en pédagogie pour décrire les différentes façons individuelles d'intervenir, voir par exemple « bricolage pédagogique » dans la thèse de Caron (2007).

[178] Cela ne concerne bien sûr pas que la régulation médicale au SAMU. Dans de nombreux métiers de la santé, des données s'échangent hors de tout cadre légal. Nos échanges, notamment avec des ambulanciers privés, nous ont permis de constater que ceux-ci s'envoient continuellement des photos des patients, ou plus précisément de leurs blessures, sur des canaux de communication privée. Il y a là un double usage de ces photographies, souvent prises sans le consentement des patients. D'abord une visée informationnelle, pour transmettre aux collègues, avoir leur avis. Il y a aussi une visée de sociabilité, de cohésion des équipes (Loriol, 2013) pour se partager des anecdotes, rire de situations jugées cocasses et se décharger de la dimension parfois fortement anxiogène de leur métier.

adoptant des méthodes basées sur leur interprétation *ad hoc* des règles et des procédures, modèlent différemment les interactions.

Nous voyons ainsi émerger différentes méthodes des professionnels dans l'accomplissement pratique de leurs activités telles que :

- Inventivité techno-organisationnelle

Des méthodes où les acteurs vont privilégier des formes de « bon sens » : s'éloigner volontairement des règles et usages professionnels lorsque cela leur semble pertinent, procéder eux-mêmes au travail d'équipement (Vinck, 2009) de leur structure par des choix frugaux, des technologies basses ou en utilisant leurs outils personnels. Ces procédures répondent d'une quête d'autonomie et d'une remise en question des systèmes fournis. Les acteurs décident d'exploiter dans l'interaction les potentialités d'actions des objets techniques, leurs *affordances* au sens de Norman (1988) c'est-à-dire que les usages sont fondés sur l'expérience[179]. Ils distinguent les « besoins essentiels » et les « outils superflus » : lorsqu'un outil n'est pas performant ou pertinent il est le plus souvent laissé de côté. Ces dispositifs s'accumulent.

- Conformité

Ces acteurs vont procéder en se conformant au strict cadre techno-organisationnel qui est à leur disposition. Dans l'interaction ils n'exploitent que les « propriétés perçues » des dispositifs. Cette attitude peut conduire les professionnels à ne pas procéder à une activité qui ne serait à priori pas conforme au cadre des activités « naturelles » ou « légitimes » de l'institution (p.ex. : dire que l'on n'a pas les coordonnées de la pharmacie de garde).

[179] « Je pense que les affordances résultent de la représentation mentale des choses, qui repose sur nos savoirs et expériences passés appliqués à notre perception des choses sur nous. » Norman (2002, p. 219). N.d.T : « *I believe that affordances result from the mental interpretation of things, based on our past knowledge and experience applied to our perception of the things about us.* ». C'est ainsi que certains acteurs vont dépasser la capacité d'affordance spontanément perçue dans les objets qui sont à leur disposition, ou comme le décrit Fauré (2019, para. 35): « l'intentionnalité initiale (qui) peut parfaitement être dissoute contextuellement par l'action d'agents qui ne l'interprètent pas de la sorte et qui détournent – sciemment ou non – ainsi l'usage de l'objet à des fins locales, selon ce qu'ils en perçoivent. Se servir d'une chaise pour accéder à une étagère en hauteur, voire pour exécuter un numéro de funambule (cas de détournement assumé et spectacularisé) et non pour s'y asseoir, par exemple ».

- Réprobation

Ces acteurs vont procéder à l'activité tout en rendant visible leur mécontentement : ils sont alors focalisés sur le caractère illégitime de l'activité mais l'accomplissent tout de même. L'appelant se voit généralement adresser des reproches. On observe des formes de déni des manquements de l'institution au nom de laquelle on s'adresse à l'appelant, notamment dans le dispositif technologique.

Par ailleurs, au-delà des stratégies convoquées dans les interactions, nous voyons émerger des acteurs-entrepreneurs. Des professionnels du SAMU se constituent en ingénieurs de la régulation médicale. Ils sont alors à l'origine de processus d'innovation, cherchent des financements, des partenaires et travaillent à la montée en généralité (Latour, 1986) de leur innovation technologique, qui peuvent prendre la forme de solutions marchandes qu'ils mettent sur le marché ou de projets citoyens à visée strictement non lucrative. D'autres acteurs de la régulation agissent plutôt sur le terrain politique pour obtenir les avancées nécessaires à la transformation technologique et organisationnelle du SAMU.

7. Des outils « toujours trop lourds et fragiles » ?

On observe chez les professionnels en poste depuis un certain temps une propension à rappeler « qu'à l'époque » il suffisait d'un crayon, un papier et un téléphone fixe pour réguler. Les outils d'aujourd'hui, bien que sophistiqués, ne seraient pas pour autant plus efficaces. Il semble qu'une partie des professionnels, médecins ou ARM, demeure circonspecte quant à l'introduction de nouvelles technologies. Ils soulignent l'inefficacité d'un cumul de dispositifs qui s'avèrent parfois superflus quand il est plus rapide d'effectuer la tâche manuellement.

Alors que nous interrogions le Dr Giraud sur les perspectives d'intégration de la visiocommunication, celui-ci nous expliquait que les dispositifs proposés par l'institution sont toujours « trop lourds et fragiles » (L 22 – 23) et « dans la majorité des cas » ne fonctionnent pas (L 25). Il en donne un exemple concret avec l'intégration de la visiocommunication à l'infirmerie de la maison d'arrêt. Le dispositif doit permettre d'évaluer les besoins médicaux des détenus avant d'éventuellement valider une consultation à l'extérieur de l'établissement. Le Dr Giraud estime qu'il s'agit là d'un dispositif complexe et non performant. En outre, les rares fois où ils en ont besoin, cela ne fonctionne pas :

C15HN_entretien_mr_FG_samu42_2018

FG et donc il a été sollicité par France bleu je crois pour répondre à ça on en a discuté avant et on est tombés d'accord sur un point c'est que tout ce qui est institutionnel est lourd (.) tout ce qui est lourd est fragile

LR hum hum

FG et dans la majorité des cas ne fonctionne pas c'est à dire pour vous donner un exemple on a mis en place (.) au standard là-haut une caméra pour échanger avec l'infirmerie de la maison d'arrêt

LR d'accord

FG y'a un service médical à la maison d'arrêt qui est souvent c'est très compliqué de sortir un détenu ça demande des équipes ça demande de la police ça demande une escorte ça demande de la sécurisation

LR hum hum

FG certains détenus sont plus sensibles que l'autre il faut enfin dès qu'on sort un détenu de la maison d'arrêt ça devient complexe avant de décider de le faire euh on aime bien s'assurer que ça le mérite donc euh on s'était dit puisque le service médical de la maison d'arrêt est rattaché au service auquel nous appartenons et que on a un référent qui est le docteur xnomx ici qui s'occupe de tout ce qui est pénitentiaire il a proposé qu'on mette en place un échange vidéo ce qu'on a mis en place très bien y'a une petite caméra poste dix le premier à gauche qui permet de filmer le médecin régulateur et de renvoyer de recevoir les images du du détenu avec l'infirmière qui présente typiquement un échange vidéo en temps réel on peut questionner c'est un plus dans l'examen (.) h: et xnomx me disait ben j'ai voulu l'utiliser l'autre jour et comme on l'utilise tellement rarement ben il est les codes sont tombés on ne sait plus et ça n'a pas marché donc on utilise trois fois par an et trois fois dans l'année ça marche pas alors que si on dit à l'infirmière prenez votre téléphone et euh envoyez moi les images du gars on va l'avoir tout de suite en d'autres termes tout ce qui est léger aujourd'hui fonctionnent

LR ouais

FG tout le monde utilise aujourd'hui des sms des vidéos

Notre interlocuteur nous donne un autre exemple d'une activité accomplie de manière plus performante avec un outil frugal :

FG alors je vais vous dire un truc j'étais en réunion c'est un truc tout à fait drôle j'étais en réunion avec le docteur du (inaud.)le docteur xnomx qui avait préparé des et la directrice de la logistique de je ne sais pas quoi qui vient nous interroger sur les statistiques hélicos alors ils ont préparé des trucs super bien avec des powerpoint avec euh des des des ils ont fait des recherches statistiques qu'ils ont mis dans leur ordi tout ça est classé dans des fichiers ils travaillent super bien et puis alors à un moment elle dit combien vous avez fait de secondaires par an en

2018 vous avez fait combien et là putain ils se mettent
à chercher et tu l'as mais non mais je suis sure qu'on
l'a quelque part on l'a et moi je vais dans mon bureau
et au mur j'ai un tableau
LR et c'est écrit
FG et y'avait écrit sept cent cinquante-deux et ils étaient encore
en train de chercher que je suis revenu et j'ai dit c'est sept
cent cinquante-deux alors je vais pas argumenter là-dessus
LR non non non mais je vois bien
FG c'est stupide et je veux pas faire le le vieux con mais
y'a des trucs sur lesquels euh on est aussi réactifs
avec du simple qu'avec du compliqué
LR hum hum

Sur ce même sujet, le doyen du SAMU 42 constate qu'il y a un sous-usage des dispositifs technologiques :

C15HN_entretien_mr_samu42_2018

MR je crois qu'on est très très très très en dessous de ce
qu'on devrait faire
LR donc c'est plutôt pénalisant
MR moi compris (.)oui par ce qu'on a on a on a pas le temps
on a pas le temps
LR d'accord
MR et et et pardon et y'a un autre aspect c'est que on est
souvent très déçus de ce qu'on pourrait retirer de ces
outils notamment en matière de statistique en matière
d'analyse etc.
LR hum hum

C'est ainsi que notre interlocuteur met en relation les difficultés rencontrées avec le système Antares et la perspective de l'introduction de la visiocommunication. Il souligne que ce n'est pas « la technologie elle-même » (L 74) qui pose un problème mais plutôt « les systèmes de technologies qui sont mis en place » (L 75) :

C15HN_entretien_MR_2018

LR oui donc en fait la pratique euh elle est ponctuée de
petits de petits défauts technologiques comme ça avec des
difficultés d'adaptation
MR c'est pas tellement la technologie elle-même c'est les
systèmes de technologies qui sont mis en place par
exemple à l'époque on nous a vendu antares&
LR hum hum
MR &comme un système de radio très performant ça marche pas
si bien
LR ça marche pas si bien
MR voilà la vidéo par exemple madame buzin annonce ça comme
une avancée euh c'est pas une découverte moi euh si vous
me donnez euh un téléphone et une vidéo pour apprécier
par exemple une personne en détresse respiratoire ou une
personne qui a été accidentée je pense pouvoir m'en faire
une très très bonne idée

Ce que nous remarquons, c'est que certaines difficultés rencontrées avec les systèmes qu'ils citent (Antares, vidéocommunication avec la prison, fonctionnalités statistiques du logiciel..) résultent en des formes de lassitude ou de circonspection quant à l'introduction de nouveaux dispositifs technologiques.

Si le Dr Giraud reconnait qu'il existe un « gap générationnel » entre lui et les plus jeunes, natifs du numérique, il alerte tout de même sur la lourdeur de dispositifs qui nécessitent une importante maintenance, que l'hôpital ne serait pas toujours en mesure de fournir (L 96) :

C15HN_entretien_mr_FG_samu42_2018

84. FG en tout cas moi je sais que j'en suis encore là mais
85. alors je suis d'une génération qu'il va falloir oublier
86. bientôt et euh mon discours est vraiment tempéré euh je
87. pense que je ne suis pas de la génération technologique
88. si vous voulez euh je m'y suis mis par obligation mais
89. c'est pas mon truc et euh moi je suis d'un autre monde
90. aujourd'hui euh donc faut pas écouter ces propos je
91. suis persuadé que ces outils ont un un plus à apporter
92. mais méfions-nous de ne pas les rendre
93. LR oui
94. FG trop lourds tout du moins certains de ces outils
95. nécessitent une maintenance et un environnement que le
96. hôpitaux ne sont pas toujours à même de fournir

Ces entretiens nous amènent à lister les raisons saillantes que pointent ces professionnels afin d'expliquer pourquoi le dispositif technique à leur disposition ne leur semble pas toujours répondre à leurs besoins :

- certains dispositifs qui s'avèrent ne pas fonctionner ;
- des tâches qui sont plus vites accomplies manuellement qu'avec les dispositifs technologiques ;
- des dispositifs trop complexes et qui nécessitent une maintenance que l'institution ne peut fournir.

Il est important de noter que certains logiciels ont été remplacés depuis le moment où nous avons réalisé l'enquête ethnographique. Toutefois, il n'existe toujours pas de véritable logiciel

commun aux SAMU et interopérable avec les autres services de secours au moment où nous terminons ce travail et l'Advance Mobile Location n'est pas encore généralisé.

Ainsi, les professionnels sur le terrain doivent continuer de mener leurs interactions en s'adaptant au cadre technologique mis à leur disposition. Ils doivent de plus continuellement se former aux nouveaux dispositifs qui sont introduits, tout en demeurant conscients qu'à tout moment ceux-ci peuvent être remplacés.

Bilan

Les entretiens que nous avons menés avec les acteurs de la régulation montrent bien que c'est la manière dont surviennent les technologies, produites sous la forme d'offres marchandes conçues indépendamment de l'ensemble du dispositif, qui pose des problèmes pratiques dans leur quotidien professionnel. Ces solutions technologiques se trouvent devoir être ajustées aux situations par des professionnels qui les croisent et s'efforcent d'agir avec elles (Velkovska & Relieu, 2020, p. 19). Surtout, certaines activités professionnelles quotidiennes, ordinaires, ne sont pas intégrées au dispositif technologique. Cela résulte en un travail caché (*hidden labour*) pour atténuer les effets (*to cushion* ; Pooler 2010) des manquements technologiques.

Maintenant que nous avons décrit les conditions matérielles et technologiques de l'accomplissement des activités de régulation nous allons chercher à mieux saisir les conduites interactionnelles des participants aux appels au SAMU et en particulier à comprendre comment se structure le désaccord.

Partie III :
Analyses conversationnelles des demandes complexes au SAMU

Chapitre 4 :
Manifestations interactionnelles du désaccord et perturbations dissimulées

Préambule

Bien que des transformations profondes traversent l'institution, l'activité de régulation médicale au SAMU répond toujours à un objectif de priorisation des urgences vitales. Ainsi, le diagnostic différentiel (Maynard, 1991a ; ten Have, 1991, p. 8) apporte une première distinction entre « urgence vitale » et « soin urgent ». Lorsque le caractère vital est détecté, les équipes sont immédiatement envoyées sur place et l'échange avec l'appelant se poursuit afin d'affiner le diagnostic par des descriptions complémentaires. Certaines qualifications sont plus difficiles à accomplir, en particulier dans le cas de douleurs respiratoires et abdominales ou lorsque la demande de santé implique certaines catégories de personnes, comme les jeunes enfants ou les personnes âgées. L'activité de qualification peut aussi être complexifiée par l'état émotionnel de l'appelant. Lorsque les participants ne parviennent pas à s'aligner dans l'accomplissement de l'activité de qualification, cela perturbe le bon déroulement de l'appel et favorise le risque de rupture communicationnelle, ce qui pourrait retarder l'attribution des moyens adaptés à la situation du patient.

Pour examiner des situations de non-convergence interactionnelle, nous analysons quatre appels extraits du corpus constitué par le SAMU de Perpignan. Ces appels ont été pointés et extraits de la base de données en vue d'une étude ultérieure par les membres du SAMU eux-mêmes en raison de leur caractère problématique (cf. *supra* chapitre 2.). L'analyse prendra donc en considération cette particularité du corpus impliquant que les difficultés interactionnelles ont été reconnues par les ARM. L'examen détaillé permettra d'observer l'origine de ces perturbations et d'envisager des procédures pour les éviter, les repérer et les réparer.

1. D'une séquence d'opposition à la rupture communicationnelle

L'identification des catégories d'appartenance pertinentes des participants se met en place dès le déclenchement de l'appel. Le système d'organisation des tours projette un appariement entre appelé et appelant et ce sont ensuite les premiers tours qui amènent à faire des inférences sur le statut de l'interlocuteur et son appartenance catégorielle (Sacks, 1992a, p. 40). Ce sont des catégories exogènes à l'espace conversationnel qui sont celles de demandeur d'aide, de patient urgent ou de membre de l'institution. Elles entrent dans l'interaction par le biais d'un travail de médiation, habituellement accompli par des membres appartenant à des catégories médiatrices

(Bonu, 2014). Pourtant, l'orientation mutuelle vers des catégories de personnes ainsi que les droits et obligations qui en découlent, peut être l'objet de négociations, de divergences ou de mauvaises interprétations (Garcia et al., 1999). Les catégories d'identités font des inférences sur les informations que le participant est supposé détenir. Cela est particulièrement important lorsque les appelants sont des membres de la famille proche. Observons cet appel où une dame téléphone pour sa maman qui est diabétique :

C15HN_A_10 c'est quoi ça le dextro

01.	ARM	oui le samu
02.	TIE	{↓oui je sais↓}↑oui↑ oui bonjour euh:: je suis au xvillex
03.		j'ai ma maman qui fait un début de coma diabétique=
04.	ARM	= d'accord >vous êtes à quelle adresse au xvillex s'il vous
05.		plait/<

Nous observons qu'au tout début de son tour de parole, l'appelante est engagée dans une conversation parallèle (L 02). L'identification produite ensuite par l'énoncé déclaratif « j'ai ma maman » indique à la fois que l'appelante n'est pas la patiente et qu'elle est la fille de la victime. Cet énoncé autorise l'ARM à identifier son interlocutrice comme appartenant à la collection de catégories « famille proche » et à lui attribuer les droits et devoirs correspondants. À la fin de ce premier tour, l'appelante produit un compte-rendu qui pré-empte (Riou, Ball, O'Halloran, et al., 2018 ; Schegloff, 1986b) la raison de l'appel en présumant d'un diagnostic (Heritage & Robinson, 2006b, pp. 2–3). La mobilisation de l'attribut-symptôme « coma diabétique » renvoyant à la qualification urgente est précédée de « un début de » (L 03) qui, tout en marquant que le problème a déjà commencé, permet à l'appelante de ne pas paraître trop sûre de son diagnostic profane (*lay diagnosis* ; Sarangi, 2001).

L'item « d'accord » en début du tour suivant (L 04) signale que l'ARM a bien pris en compte l'annonce du motif de l'appel. L'ARM déclenche alors les séquences de localisation et de collecte des informations primaires (L 04 – L 29 ; non retranscrites ici). Quand celles-ci sont accomplies, l'ARM oriente l'échange vers le motif de l'appel en revenant sur la maladie pour obtenir des précisions. En effet, le compte-rendu de l'appelante avait la forme d'un diagnostic (« coma diabétique » ; L 03) mais n'intégrait ni la mention d'un état chronique de diabète ni une narration chronologique des symptômes : l'ARM doit approfondir l'enquête.

30. ARM >elle est diabétique insulino dépendante/<
31. TIE ↑euh↑:: oui elle enfin >elle se pique tous les jours mais:
32. ARM [d'accord]
33. TIE [mais là elle] a [des comprimés]<
34. ARM [est-ce]
35. TIE [là elle a fait]
36. ARM [est-ce]
37. TIE elle a fait (.) elle a fait des excès ↓et: dans↓ elle est à
38. la limite du ↑du coma↑

À ce stade de l'échange, les informations fournies par l'appelante rendent possible une orientation vers le dispositif catégoriel « famille d'un patient malade chronique ». La dame annonce que sa mère est diabétique, ce qui suppose qu'elle est familière avec la maladie et son vocabulaire, voire experte de la condition de sa mère. La question polaire (Heritage & Raymond, 2012) de l'ARM en L 30 « >elle est diabétique insulino dépendante/< » intègre l'attente d'une réponse validant la formulation. Elle a d'ailleurs une double orientation : i) montrer que l'annonce de diagnostic faite par l'appelante lors de son premier tour n'a pas été oubliée et qu'elle est considérée ii) confirmer que la patiente est bien atteinte d'une forme chronique de diabète. Pourtant, l'appelante semble d'abord hésiter (L 31) et reformule la proposition de l'ARM : « euh↑:: oui elle enfin >elle se pique tous les jours mais:= ». À une formulation médicale, l'appelante préfère une description de l'activité pratique du malade (être diabétique implique de s'administrer des piqûres quotidiennes et de prendre des comprimés).

Alors qu'elle avait initialement annoncé que sa mère faisait un « début de coma » (L 30), l'unité lexicale est transformée en « à la limite du coma » (L 38). Cela marque une double orientation vers la perception d'un risque (celui de tomber dans le coma) avec une intonation montante sur l'attribut « coma » et vers son atténuation en y apposant le syntagme « à la limite de ». C'est là une appréciation de la légitimité de sa demande. L'appelante souhaite alerter et convaincre mais veille tout de même à ne pas produire une dramatisation excessive de la situation. Ainsi, la seconde occurrence du diagnostic semble moins forte. Ce type de procédure a été examiné par Halkowski (2006) qui montre comment les présentations des patients sont construites pour ne sembler ni trop préoccupées par les symptômes (qui sont potentiellement insignifiants) ni trop négligentes face à ces mêmes symptômes (possiblement importants).

Alors que les participantes semblaient engagées dans une séquence de co-construction, l'apparition du terme « dextro[180] » (L 39) produit une première perturbation :

39. ARM est-ce qu'il y a quelqu'un qui sait faire un dextro ou pas/
40. TIE non
41. ARM donc vous ne fait- personne à la maison ne sait faire le: ↓le
42. dextro↓
43. TIE c'est quoi ça le dextro/
44. ARM c'est pour voir le sucre qu'elle a dans le sang=
45. TIE =eh bé sa machine ne marche pas alors on a essayé ça marche
46. pas
47. ARM donc elle est sous comprimés elle n'est pas sous insuline
48. hein/
49. TIE et non non mais là elle a fait des excès et euh=

Nous observons tout d'abord que la question à propos du « dextro » (L 39) exhibe une connaissance de la maladie qui amène l'ARM à faire le lien entre le trait « coma » et la nécessité de contrôler le taux de sucre. Nous remarquons aussi que dans sa formulation, l'ARM rend visible qu'elle ne tient pas pour acquis que dans l'entourage des diabétiques, les proches savent nécessairement faire un dextro. En effet, elle ne demande pas si un dextro a été fait, ou pourrait être fait, mais si quelqu'un « sait faire un dextro ou pas » (L 39). La réponse de l'appelante (« non » ; L 40) a le potentiel de transformer les inférences sur les savoirs et compétences liés à son statut catégoriel de « famille d'un patient malade chronique ». En répondant avec une forme négative elle semble signaler que personne au domicile ne sait « faire un dextro ». La reprise de la question (L 41) marque l'étonnement de l'ARM et déclenche une première réponse non préférentielle (Pomerantz et al., 2012), qui manifeste un problème de compréhension (une *initiative must-form* ; Jefferson, 1972) sous la forme interrogative « c'est quoi ça le dextro ». Ce tour interrogatif révèle que l'appelante ignore le terme spécialisé « dextro » (L 43).

Nous voyons là qu'elle privilégie d'abord une réponse qui stipule que personne ne sait faire « un dextro » plutôt que de signaler immédiatement à l'ARM qu'elle ne connait pas ce terme spécialisé. C'est là une possible marque d'un non-alignement avec l'activité déployée : le thème du dextro ne correspond pas au projet interactionnel de l'appelante. Au tour suivant, elle

[180] Un dextro (ou hémoglucotest ou encore glycémie capillaire) est une technique de mesure de la glycémie (taux de glucose dans le sang). Il est réalisé avec un petit appareil, le lecteur de glycémie, qui peut être utilisé par le personnel médical, par le patient lui-même ou par l'un de ses proches.

rend visible qu'elle a compris le tour précédent avec une signalisation implicite (L 45-46) qui n'informe pas qu'elle ignore comment faire le dextro mais que cet objet médical (qu'elle nomme « machine ») n'est pas en état de fonctionner. Ainsi, son *account* intègre un élément important qui rend visible qu'elle sait utiliser le « dextro » : elle sait que la machine ne marche pas, car elle l'a essayée. Il est donc révélé que l'appelante ignore certes le terme spécialisé, mais pas l'action correspondante (L 45).

L'ARM initie son tour suivant avec le connecteur « donc » qui laisse supposer une relation entre ce qui a été annoncé dans le tour précèdent et ce nouveau tour interrogatif (L 47 – 48 ; « donc elle est sous comprimés elle n'est pas sous insuline hein/ »). Or, pour l'appelante, cette interrogation intègre des termes qu'elle ne maitrise pas. Cela a pour conséquence une autre réponse non-préférentielle : l'appelante n'indique pas quel type de traitement suit sa mère mais s'oriente vers la production d'une information nouvelle « elle a fait des excès » (L 49). Un attribut-motif exhibant un lien entre la description des symptômes et la catégorie « patient en coma diabétique » à laquelle elle prétend renvoyer. Une formulation courante dans la description des raisons qui ont mené à une crise de diabète.

Nous observons que l'appelante qui, rappelons-le, a déjà formulé un diagnostic profane, ne semble pas en attente d'un diagnostic professionnel ou d'instructions médicales de la part du SAMU. Sa demande d'aide initiée en ouverture de l'appel sous forme d'un compte-rendu était une manière implicite de demander l'envoi d'une équipe, mais survenait trop tôt séquentiellement. Un projet interactionnel qui s'inscrit en décalage avec celui de l'ARM, qui s'engage, elle, dans un travail d'enquête et de « pêche aux informations » (*fishing device* ; Pomerantz, 1980) afin de déterminer le cours d'action le plus adapté, non pas à la demande, mais à l'état de la patiente.
La série interrogative se poursuit et l'appelante intègre un nouvel élément à la raison de l'appel. Elle précise que le choix de contacter le SAMU résulte d'une réticence de la patiente à être transportée aux urgences par ses proches (L 52- 53). Cette information rend pertinent pour l'ARM de considérer que la patiente n'est pas dans le coma (« elle est encore consciente » L 54) :

```
50. ARM     =comment elle est là elle est dans quelle position/ qu'est-↓ce
51.         que:↓=
52. TIE     =euh elle est ↑elle est couchée↑ on voulait l'amener
53.         directement aux urgences mais elle se le sent pas
```

54. ARM donc elle est encore consciente/
55. TIE euh ↑oui↑ oui mais elle est très très mal
56. ARM alors très mal >mais est ce qu'elle répond à vos questions est
57. ce qu'elle[est]<
58. TIE [oui]
59. ARM prêt d'entendre=
60. TIE =oui euh elle est elle est très essoufflée comme la
61. dernière fois où elle a fait le le ↓coma diabétique↓
62. ARM c'était quand la dernière fois/
63. TIE oh y'a(.)peut être deux ans euh
64. ARM et c'était un coma hypoglycémique aussi/
65. TIE oui(.)ouais dû au diabète ouais
66. ARM =d'accord >elle est suivie où/<
67. TIE (.)heu (c'est,chez) le docteur xn[omx] au xvillex
68. ARM [à l'hô] (.)> à l'hôpital ou
69. euh à: la clinique pour le diabète/
70. TIE ↑hé ben::↑ euh >↓la dernière fois c'était à l'hôpital↓<
71. ARM ↓sur l'hôpital↓ >le diabète de de l'hôpital hein/<
72. TIE oui

La sélection du trait « encore consciente » est interprétée par l'appelante comme risquant de compromettre la légitimité de la demande : si elle confirme avec deux occurrences du mot « oui » (le premier étant prononcé avec une intonation montante) elle marque toutefois une opposition immédiate (« mais » L 55) suivie d'une double occurrence de l'adverbe superlatif « très » assemblé à l'adjectif « mal » (L 55). L'ARM répète cet assemblage d'items et le fait suivre à son tour d'une opposition pour introduire une reformulation de sa question précédente (marquée par une accélération de son rythme de parole). Cette reformulation (L 56-57) rend visible un appariement de catégories ordinairement mobilisé par l'institution dans l'activité de qualification de la dimension vitale (« personne consciente » ; « personne pouvant parler »).

Si l'appelante ne s'aligne pas avec les attributs-symptômes proposés, c'est qu'elle s'oriente vers les descriptions qui sont pertinentes pour elle dans son activité de justification de la dimension urgente du problème médical. La question de l'ARM met en danger la légitimité de la demande, son interlocutrice mobilise alors une procédure visant à rétablir l'agenda (Heritage & Clayman, 2010a, p. 136) vers la qualification en demande urgente. Elle confirme bien que sa mère peut parler (L 58) mais à la reprise de son tour elle intègre un attribut-symptôme qui

n'avait pas encore été mentionné (« très essoufflée ») et qui est renforcé par une référence à un événement médical du passé. Cet élément informe du fait qu'il ne s'agit pas d'un nouveau problème médical (Robinson, 2003) et constitue un objet de référence qui consolide le statut épistémique du tiers. L'état actuel de sa mère est identique à celui observé le jour où elle a fait un coma diabétique, suggérant implicitement que celui-ci avait été diagnostiqué par une institution médicale, et avait impliqué une trajectoire de patient.

Cette information introduit un nouveau thème vers lequel l'ARM s'oriente immédiatement et qui donne lieu à une séquence insérée de prise de l'historique médical à propos du coma diabétique qui aurait eu lieu deux ans auparavant (L 62-63). L'assemblage de l'attribut-symptôme « coma hypoglycémique » avec l'adverbe « aussi » est une manière de qualifier la demande en « urgence vitale » et rend ainsi visible un pré-diagnostic de l'ARM.

Que nous révèle l'analyse séquentielle de cet extrait ? En premier lieu que la dimension urgente s'élabore et se transforme au fil de l'activité. Nous observons ensuite que la demande de l'appelante repose sur un pré-diagnostic et qu'elle est motivée par un objectif d'envoi de secours et non pas de qualification de la demande. Si elle ne s'oppose pas aux activités que déploie son interlocutrice, celles-ci peinent à être le résultat d'une co-construction. Enfin, nous relevons que les termes mobilisés par l'institution (ici « le dextro ») peuvent produire des incompréhensions.

L'incompréhension visible au niveau du tour se transforme alors en perturbation dissimulée (*hidden repairable* ; Garcia, 2013, p. 92). Nous en relevons les marques dans la séquence de transfert de l'appel :

74. ARM allez je vous passe un médecin ne quittez pas
75. TIE ↓merci↓
76. MR ouais
77. ARM {↓ils savent pas faire le dextro↓} j'ai encore: un le: la: une
78. famille qui appelle sur le xvillex pour une dame de soixante-
79. quatorze ans ils disent qu'elle fait un malaise diabétique ils
80. savent pas faire le dextro elle est très essoufflée elle est
81. encore ↑consciente↑ ils voulaient l'amener à l'hôpital mais
82. ils sont pas dans la mesure ↑de l'amener↑ :h et elle a fait un
83. coma diabétique euh il y a deux ans j'crois suivie à l'hôpital

84. (.) >ils savent pas faire le dextro< (.) et elle traite sous
85. cachets donc insuline
86. MR ↑d'accord↑ et euh >bon passe-la moi<=

Le premier tour de parole de l'ARM laisse entendre une conversation parallèle avec une autre personne présente dans la salle de régulation, qui rend immédiatement visible le malentendu (« ils savent pas faire le dextro » L 77). Cet énoncé souligne l'importance que l'ARM place dans cette information (qui nous le savons, n'est pas correcte). Or, la restitution au médecin régulateur des éléments collectés durant l'échange entre l'ARM et l'appelante a des conséquences pour la séquentialité de l'action, elle est donc déterminante pour la suite de la prise en charge.

Dans sa narration au médecin (L 77 – L 85), l'ARM manifeste d'abord le caractère routinier de son travail (l'adverbe « encore » en relation au lieu d'émission de l'appel L 77-78). Ce début de tour fait également état du travail déjà accompli sur les identités catégorielles. L'ARM s'engage ensuite dans une reprise condensée des informations dont elle dispose en formulant en deux occasions que la famille ne sait pas faire le dextro (L 80 ; L 84).

La communication est ensuite transférée au médecin. Celui-ci choisit de débuter l'entretien par une question ouverte (« qu'est ce qui lui arrive/ » ; L 93) plutôt que par une annonce reprenant le pré-diagnostic qui lui a été transmis par l'ARM :

91. MR bonjour docteur xnomx alors [dîtes] moi
92. TIE [bonjour]
93. MR qu'est ce qui lui arrive/
94. TIE ΔheuΔ elle fait un début de coma éthylique comme ça lui été
95. y'arrivé y'a=
96. MED =alors éthylique c'est un coma alcoolique
97. TIE ↑ah bon↑ excusez-moi diabétique[↑je me suis trompée↑]
98. MR [d'accord donc on va]
99. éviter c'est les termes médicaux vous allez m'expliquer ce
100. qu'elle a cliniquement >elle se présente comment/<

La réponse de l'appelante est un assemblage d'un *account* intégrant l'état actuel de la patiente et une tentative de reprise du thème qui avait été introduit à la fin de l'échange avec l'ARM et qui avait précédé (voire déclenché) le passage de l'appel au médecin : le thème de la référence

à l'évènement médical passé. Dans son tour suivant, le médecin signale un problème de dénomination sémantique : l'appelante annonce par erreur que sa mère fait « un coma éthylique » (L 94). S'ouvre alors une séquence de réparation (Schegloff et al., 1977b) hétéro-initiée par le médecin avec localisation de la source (« =alors éthylique c'est un coma alcoolique » ; L 96) suivie d'une auto-correction de l'appelante d'abord par un correctif (L 97) et en indiquant ensuite qu'elle s'est trompée (L 97).

Le médecin propose alors d'«éviter les termes médicaux » (L 99) et dans le même tour de parole produit pourtant une autre formulation professionnelle : « vous allez m'expliquer ce qu'elle a cliniquement >elle se présente comment/< ». Ces termes complexes favorisent les décalages interprétatifs. Ils ne sont pas toujours perçus et, ainsi, ils ne font pas l'objet de réparations. Cela peut avoir pour conséquence des perturbations cachées. D'autant plus que ce qui constitue un terme complexe pour un appelant ne l'est pas nécessairement pour un autre. C'est là une des difficultés de ces activités téléphoniques institutionnelles, les médecins et les ARM doivent alterner continuellement entre des interactions avec des participants profanes et des interactions entre professionnels du secours et de la santé.

L'échange se poursuit, et les deux interlocuteurs s'engagent dans une séquence de co-construction des attributs de la patiente, alors constituée en objet du discours :

101. TIE (.)euh là elle est essoufflée=
102. MR =d'accord
103. TIE ben on l'a déjà vue dans cet état la première fois où euh:
104. voilà=
105. MR =elle est essoufflée elle est consciente/
106. TIE euh oui mais elle est très très fatiguée très faible
107. MR d'accord elle parle/
108. TIE oui(.)très peu
109. MR d'accord et euh elle a mangé ce matin/
110. TIE euh non pas du tout
111. MR d'accord(.)et euh pourquoi par ce qu'elle est trop
112. fatiguée/ pourquoi elle a pas mangé/
113. TIE (.)euh >elle a pas mangé parce qu'elle a pas fini même en
114. (carence)< et euh je pense qu'elle a son taux de
115. diabète qui a dû euh qui a dû monter ↑en flèche↑ et là
116. [elle est euh]
117. MR [(inaud.)d'accord]

L'appelante tente à nouveau d'introduire le thème de la mise en perspective de l'état actuel de sa mère avec l'état constaté lors du premier coma diabétique (L 103). Une procédure que nous attribuons à sa volonté de renforcer la légitimité de son appel et d'influencer l'activité décisionnelle en convoquant un thème qui, lors de l'échange avec l'ARM, avait conduit à une progression significative (le transfert de l'appel au médecin).

Nous remarquons que lors des questions ouvertes, l'appelante produit un assemblage d'éléments à propos de l'état actuel de sa mère et mentionne le thème de l'évènement médical du passé :

- à la question « qu'est ce qui lui arrive/ » (L 93) » l'appelante répond : « ΔheuΔ elle fait un début de coma éthylique comme ça lui été y'arrivé y'a= » (L 94-95) ;

- à la question « elle se présente comment/ » (L 100) l'appelante répond « euh là elle est essoufflée » (L 102 - 104). Le médecin marque alors son écoute avec le topicaliseur-continuateur « d'accord » et son interlocutrice poursuit avec le marqueur discursif « ben » qui précède sa reprise du thème de la référence à l'évènement médical passé « on l'a déjà vue dans cet état la première fois où » (L 103).

En revanche, lorsque le médecin choisit le format des questions polaires (en oui/non), l'appelante répond avec des UCT semblables à celles précédemment observées lors des réponses à ce même type de question avec l'ARM : des énoncés courts qui sont un assemblage d'adverbes superlatifs et d'adjectifs (L 107 – L 109). Cela donne une série de questions rapides et restrictives, porteuses de réponses préférentielles, appelant à valider ou non des propositions d'attributs et qui sont destinées à produire un diagnostic différentiel (Maynard, 1991a; ten Have, 1991, p. 8). Elles rendent possible la progression vers la qualification de la demande avec une série interrogative autour des attributs-symptômes : (i) état d'essoufflement (ii) possible état d'inconscience (L 105) (iii) capacité à parler (L 107) (iv) capacité à s'alimenter (L 109). Un appariement d'attributs-symptômes ordinairement mobilisé par l'institution dans l'activité de qualification de la dimension vitale. La série interrogative est clôturée par un « d'accord » (L 117) qui nous semble être configuré comme un point de transition possible, marquant la fin de l'activité de diagnostic différentiel.

Toutefois, au lieu d'une progression vers une autre phase de l'entretien téléphonique, se met en place une forme de paire adjacente que nous avions déjà observée lors de l'échange tiers-ARM (L 39) : l'unité lexicale « à la limite de tomber dans les vapes » suivie d'une seconde partie de paire introduisant le thème du dextro (L 120) :

118.	TIE	elle est à la limite de tomber dans les [dans les] vapes
119.	MR	[d'accord] alors
120.		elle elle sait faire son dextro/
121.	TIE	(.)pardon/
122.	MR	elle elle sait faire son dextro/
123.	TIE	ah je je vous ai pas compris
124.	MR	↑elle↑ elle sait contrôler son sucre/
125.	TIE	↑euh oui↑ mais elle l'a pas fait dep[uis que]lques temps déjà
126.	MR	[d'accord] mais vous
127.		pouvez lui demander qu'elle le fasse là/
128.	TIE	non parce que la dame avant vous me l'a demandé mais euh la
129.		machine ne marche pas
130.	MR	la machine ne marche pas=
131.	TIE	=oui
132.	MR	euh <((saisie clavier))donc c'est sûr qu'elle ne peut pas
133.		contrôler son sucre> (0.4)d'accord ben

Nous avons établi que le médecin a en sa possession des éléments qui ne sont pas tout à fait corrects, étant donné qu'il y a un malentendu : l'ARM lui a dit que la famille ne sait pas faire le dextro et non pas que l'appelante désigne cet artefact médical par l'expression « la machine » et qu'il n'est pas en état de fonctionnement (L 45). Le médecin rend visible qu'il a bien pris connaissance de l'information transmise par l'ARM en choisissant de se renseigner directement sur la capacité de la patiente à réaliser le dextro elle-même (L 120).

L'analyse séquentielle nous a montré que la perturbation d'origine sémantique a donné lieu à une perturbation secondaire. Or, la réponse de l'appelante aux lignes 121 puis 123 rend explicite que la perturbation initiale n'a pas non plus été réparée. Ce sont donc deux perturbations dissimulées à propos d'une même information. La séquence de réparation lors du premier échange n'a pas permis à l'appelante d'associer le terme « dextro » à ce qu'elle désigne par : « machine pour contrôler le sucre ». En conséquence de quoi, l'appelante initie ici une nouvelle demande de réparation (L 121) adressée cette fois ci au médecin, qui la traite par une répétition totale (L 122). Malgré cela, l'appelante signale de nouveau qu'elle n'a pas compris

(L 123) et le médecin parvient à clôturer la demande de réparation avec une reformulation. L'appelante est alors en mesure de répondre à la question du médecin. Pourtant, elle n'indique pas immédiatement que la machine ne marche pas, elle choisit d'abord de l'informer que sa mère n'a pas contrôlé son sucre depuis longtemps.

Les lignes 126 – 127 rendent explicite que l'ARM n'a pas rapporté l'information exhaustive au médecin et incite l'appelante à déclarer que son interlocutrice précédente a déjà posé la question et qu'elle l'avait alors informée du fait que la machine ne fonctionnait pas. La perturbation dissimulée qui s'était mise en place lors du premier échange (L 45) est dorénavant réparée, la répétition à la ligne 130 signe sa fin, le médecin sait que la patiente ne peut pas contrôler son taux de sucre, et ce pour des raisons matérielles.

À partir de cette information, le médecin introduit un nouveau thème avec une question polaire (L 134) : « euh: okay le médecin traitant vous l'avez contacté là/ ». L'appelante confirme (« oui » ; L135) mais ici aussi ne traite pas cette forme interrogative comme rendant pertinent de fournir une réponse détaillée. Son interlocuteur demande alors des précisions (« et qu'est-ce qu'il a dit » ; L 136) :

134. MR euh: okay le médecin traitant vous l'avez contacté là/
135. TIE oui
136. MR et qu'est-ce qu'il a dit/
137. TIE euh il ne peut pas venir avant deux heures euh >écoutez si
138. vous ne m'envoyez personne je l'amène aux ur[gences h]ein<
139. MR [écoutez]
140. TIE >elle ne peut pas se déplacer<
141. MR alors >je suis en train de chercher des informations et
142. de voir sur ce qu'il en est madame< d'accord/ [donc ça
143. TIE [oui mais
144. vous vous >vous l'avez pas sous les yeux donc euh [hein]<
145. MR [d'accord]
146. TIE >↑on est bien d'accord<↑
147. MR (.)ouais vous me parlez sur un autre ton je suis en train de
148. chercher des informations je vous ai dit quelque chose/ °est-
149. ce que j'ai pris ma décision là/°
150. TIE (.) non ha ha ha
151. MR d'accord bon je vous demande [si le médecin traitant

152. TIE [mais oui mais je ↓trouve que
153. c'est un peu long oui↓
154. MR beh °ça c'est mon boulot d'accord/° (.) c'est qui le médecin
155. traitant/
156. TIE >xnommédecin<

Du point de vue de l'appelante, le thème du médecin traitant traduit une orientation du médecin vers la qualification en demande de santé non urgente et donc un refus de sa requête initiale. Avant de faire état de son désaccord, elle produit une réponse non-préférentielle à la seconde question de son interlocuteur en se contentant de préciser que le médecin traitant ne peut pas venir avant un délai de deux heures (L 137). Ce tour rend visible sa requête : obtenir de l'aide dans les plus brefs délais, une attente de deux heures étant considérée comme inappropriée par l'appelante[181]. Son appel a pour objectif de réduire ce délai. C'est pourquoi dans ce même tour, elle annonce que si le SAMU ne répond pas à sa demande (« vous ne m'envoyez personne » L 137) elle conduira elle-même sa maman aux urgences (L 138). L'appelante précise que sa mère ne peut pas se déplacer (L 140) convoquant là un thème fréquemment produit dans les appels au SAMU : l'incapacité du patient à se rendre aux urgences par ses propres moyens. En outre, l'introduction de ce thème rend manifeste la déception des attentes préalables de l'appelante.
Le régulateur rappelle alors qu'il est entrain de collecter des informations (L 147) en vue d'une décision, cherchant ainsi à expliciter que la décision n'a pas encore été prise. La perturbation provoque une formulation : « je suis en train de chercher des informations et de voir sur ce qu'il en est madame » (L 141-142). En réaction, l'appelante choisit de rappeler son *accès épistémique* (Larsen, 2013) à la victime (« vous vous >vous l'avez pas sous les yeux donc euh [hein]< » ; L 144).

À la reprise de son tour de parole (L 145), le médecin répond en premier lieu par un « d'accord » dans une volonté probable de maintenir un climat apaisé. Les mots suivants prononcés par l'appelante (« >↑on est bien d'accord<↑ » L 146), marqués par une intonation montante et un rythme rapide traduisent que l'interaction est sur le point de devenir conflictuelle, ce qui ne manque pas de faire réagir le médecin. Celui-ci manifeste qu'il n'a pas l'intention d'accepter une autorité opératoire de l'appelante (qui reviendrait à lui concéder le pouvoir décisionnel) et

[181] Pour Booker et al., 2017 le désir d'une résolution immédiate peut s'expliquer par le sentiment de responsabilité en jeu dans l'aide à une personne tierce en demande de soins.

que le ton qu'elle a employé lors de son tour précédent lui déplait (« ouais vous me parlez sur un autre ton » ; L 147) et rappelle que l'activité de qualification de la demande par la collecte d'information n'est pas achevée (L 147-149).

Cette séquence montre comment le simple fait de mentionner le médecin généraliste a été traité par la requérante comme l'annonce d'une décision entrainant ainsi l'apparition d'un conflit. S'il y a asymétrie interactionnelle du fait que le SAMU doit s'en remettre au tiers pour combler l'absence d'accès visuel, les appelants sont eux engagés dans une interaction dont ils ne maitrisent pas l'agenda. En fait, du point de vue du SAMU, la question à propos du médecin traitant est intégrée dans l'activité de reconstitution du parcours médical de la victime, séquence précédant de manière prototypique l'annonce de la décision médicale.

À l'expression du mécontentement du médecin, l'appelante répond par un « non » (L 150) qui marque qu'elle reconnaît qu'aucune décision ne lui a été communiqué à ce stade. Un bref rire accompagne la marque de son accord (*acknowledgment token* ; Jefferson, 1985). Pourtant, dès qu'elle récupère la parole, elle est toujours non alignée (Stivers, 2008b) avec l'activité que déploie le médecin : elle trouve que le traitement de sa demande est long (L 158). Prononcé avec une intonation descendante, cet énoncé est traité comme une manière de signifier son mécontentement (*oppositionnel moves* ; Goodwin, 1983). Or, il peut aussi être interprété comme une procédure visant à justifier la teneur des échanges lors des tours précédents. Toutefois, le tiers accepte désormais le thème du médecin traitant, fournit l'information demandée (L 154 – 156) et un nouveau thème est introduit par le médecin régulateur, l'accès direct à la patiente :

157. MR <((bruit du clavier)) (0.8) d'accord > et vous pouvez me passer
158. votre maman/ (.) ↑au téléphone↑/
159. TIE (.)haha elle arrive à peine à parler euh::
160. MR non je voudrais voir ce qu'il en est exactement (.)je comprends
161. pas très bien (0.4)
162. TIE {▽elle veut lui parler (.) elle veut lui parler▽}
163. MR ↑allo↑
164. TIE {▽je lui dis non mais [(inaud.)▽}
165. MR [allo/ (0.4) allo/

Ce nouveau thème n'est pas immédiatement accepté par l'appelante. Elle produit une réponse

non-préférentielle, débute son tour par un rire, et argumente que sa mère « arrive à peine à parler » (L 159). Son interlocuteur répond qu'il souhaite voir « ce qu'il en est exactement » car il ne parvient pas bien « à comprendre » la situation (L 160-161). S'ouvre alors une conversation parallèle, l'appelante s'adresse manifestement à un autre tiers présent dans le foyer (L 162) et lui signifie qu'elle a déjà adressé un refus au médecin régulateur (L 164). Les échanges qui suivent sont inaudibles et l'appelante passe finalement le téléphone à la victime (L 166) :

166. TIE {▽(inaud.)▽ ↑tiens elle veut te parler↑}
167. PAT <((s'exprime difficilement))↓c'est qui↓>=
168. MR =bonjour madame (0.3) ↑allo↑
169. PAT ↑oui/↑
170. MR bonjour madame je suis le médecin (.)vous avez
171. PAT oui
172. MR ↑vous êtes essoufflée/↑
173. PAT <((s'exprime difficilement))comment/>
174. MR vous êtes gênée pour respirer/
175. PAT (.) hhh (.) <((s'exprime difficilement))pour respirer ↓non↓>
176. MR pour respi[rer
177. TIE [bon exc-↑excusez-moi↑ (.)excusez-moi elle est
178. essoufflée elle peut pas répon[dre à vos questions
179. MR [↑je peux lui parler madame
180. s'il&
181. TIE non↑
182. MR &vous plait↑ elle était en train de me parler
183. MED d'accord=
184. TIE =↑non↑ >on va se débrouiller autrement parce que
185. franchement c'est [c'est ridicule
186. MED [je peux lui par]ler

Nous relevons que le premier tour de l'appelante débute par l'interrogation « c'est qui/ » (L 167) qui semble indiquer un état de confusion, d'autant plus que ces mots sont prononcés avec difficulté. Le médecin procède à son auto-identification et dans les tours suivants l'entretien peine à être mené. La patiente n'est en mesure de s'exprimer, elle demande au médecin de répéter (L 173) et répond ensuite négativement à la question « vous êtes gênée pour respirer/». L'entretien médecin/patiente est interrompu par l'appelante (L 177) et alors que le

médecin proteste, manifeste qu'il souhaite parler à la patiente (« je peux lui parler madame s'il vous plait » ; L 179), qu'il était en train d'y parvenir (« elle était en train de me parler » ; L 182) l'appelante marque un refus (« non » ; L 180). Le médecin produit alors un « d'accord » (L 183) que nous interprétons comme une tentative d'apaiser le conflit. Néanmoins, l'appelante annonce qu'ils vont se débrouiller autrement suivi d'un énoncé évaluatif (« c'est [c'est ridicule » ; L 185) renforcé par l'adverbe « franchement » qui le précède avec une emphase. Elle met ensuite fin à la communication (L 185 – 186).

L'appel ayant été interrompu, l'ARM et le médecin se mettent d'accord sur les informations à indiquer sur la fiche informatique de l'appel :

187. ARM xprénomx/=
188. MR =ouais
189. ARM elle a raccroché donc qu'est-ce que tu veux que je fasse/
190. MR hh[::
191. ARM [▽par ce qu'elle a raccroché▽=
192. MR =ben écoute elle se débrouille différemment=
193. ARM =donc je mets annulé par appelant euh ap^appelant agressive
194. et annule=
195. MR ▽=ouais▽ (.) bein ouais écoute euh je
196. ARM =ouais
197. MR j'ai pas pu continuer à lui parler
198. ARM hum hum
199. MR okay
200. ARM ça marche

L'ARM propose de noter l'appel comme ayant été annulé par l'appelante et de l'accompagner de l'item « appelant agressive » (L 193-194), ce que valide le médecin (L 199)[182]. La catégorisation en « appelante agressive » peut être envisagée comme une procédure pour associer la rupture de l'appel aux difficultés à obtenir des informations et à mener l'entretien médical (Whalen & Zimmerman, 1998b, p. 156) et donc à justifier l'annulation de la demande.

[182] Hénault-Tessier et Dalle-Nazébi (2012, para. 23) examinent ces situations *d'invisibilisation* où l'information produite se fait surtout oralement et ne laisse que peu de traces sur la fiche d'appel. Pour ces autrices, ce sont ce type d'appels qui font « littéralement exister la catégorie des vraies urgences qui va, elle, engager plus avant l'opérateur dans le remplissage de la fiche et dans le processus de traduction des besoins de l'appelant ».

L’incapacité des participants à construire un climat interactionnel de confiance les conduit à s'attribuer respectivement une attitude de non-coopération et d'hostilité (Svennevig, 2012b).

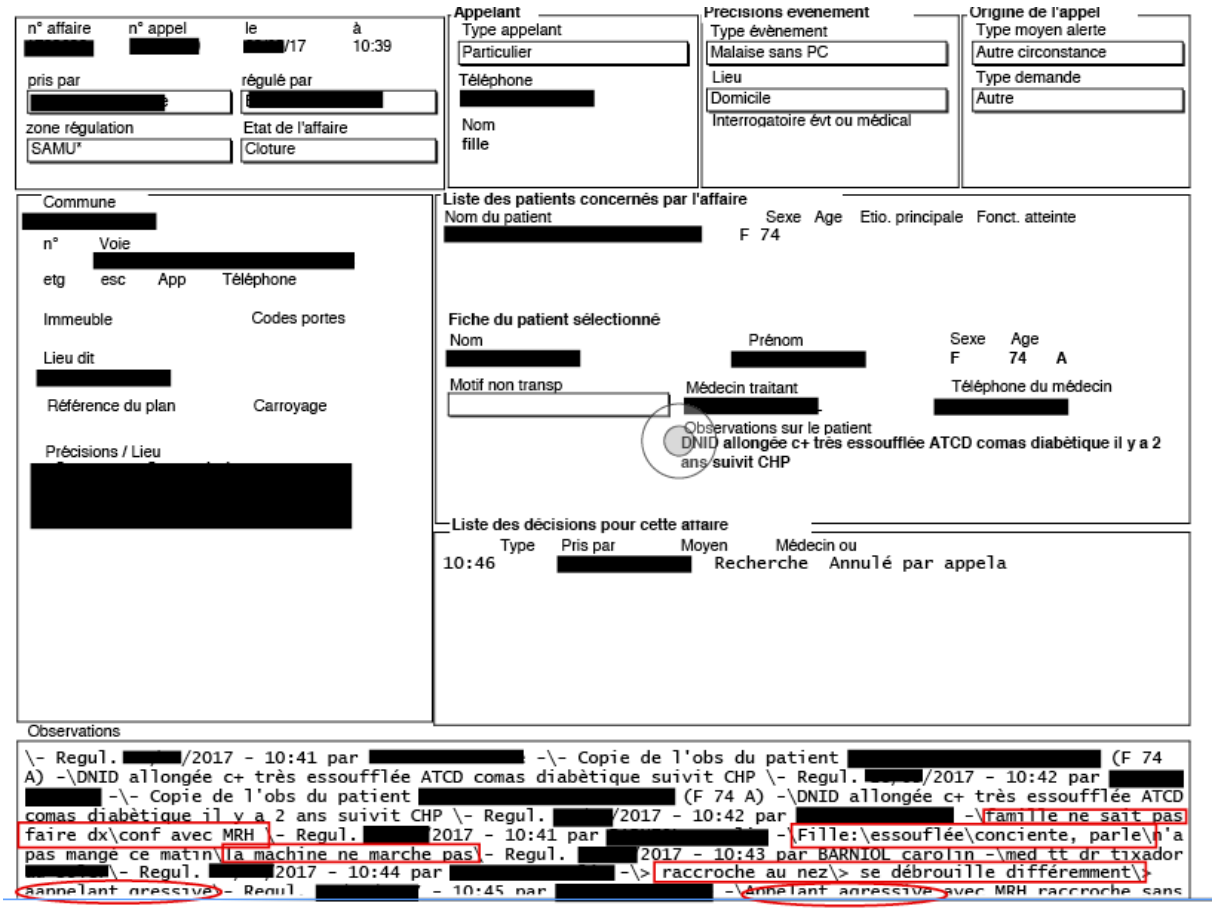


Figure 15 La fiche patient du dossier de régulation médicale

Pour l’appelante, il ne semble pas faire de doute que sa mère est en coma diabétique. Si le coma est une des complications susceptibles de survenir chez un diabétique, il correspond à une urgence vitale. Il implique que le patient peut se retrouver dans un état comateux, ce qui pourrait être le cas de la patiente qui ne semble pas en mesure de comprendre ou de répondre aux questions. Si le médecin semble qualifier en « soin urgent » (Booker et al., 2018) plutôt qu’en « urgence vitale », ce diagnostic ne sera finalement jamais explicitement formulé, et seule la décision de ne pas donner de suite à la demande après que l’appelante a raccroché rend visible son choix.

Dans ce type d’interactions médicales, où le tiers est très fréquemment l’interlocuteur principal, le concept de l’agentivité accordée au patient (Vickers et al., 2013) peut être mobilisé pour observer l’agentivité accordée au tiers. Dans cet appel, nous avons observé que les questions

polaires et la mobilisation de termes médicaux spécialisés ont favorisé l'émergence de divergences interprétatives (Bonu, 2016).

La description des procédures mobilisées nous a éclairé sur ce qui motivait ici la décision d'un appel au 15 pour répondre au problème de santé et à l'urgence ressentie : (i) le refus de la patiente d'être transportée par ses proches (ii) une crise médicale antérieure qui avait été qualifiée en coma diabétique et donc en « urgence vitale » (iii) un délai jugé trop long d'intervention d'un médecin généraliste (deux heures).

L'ensemble des perturbations observées peuvent être schématisées de la sorte :

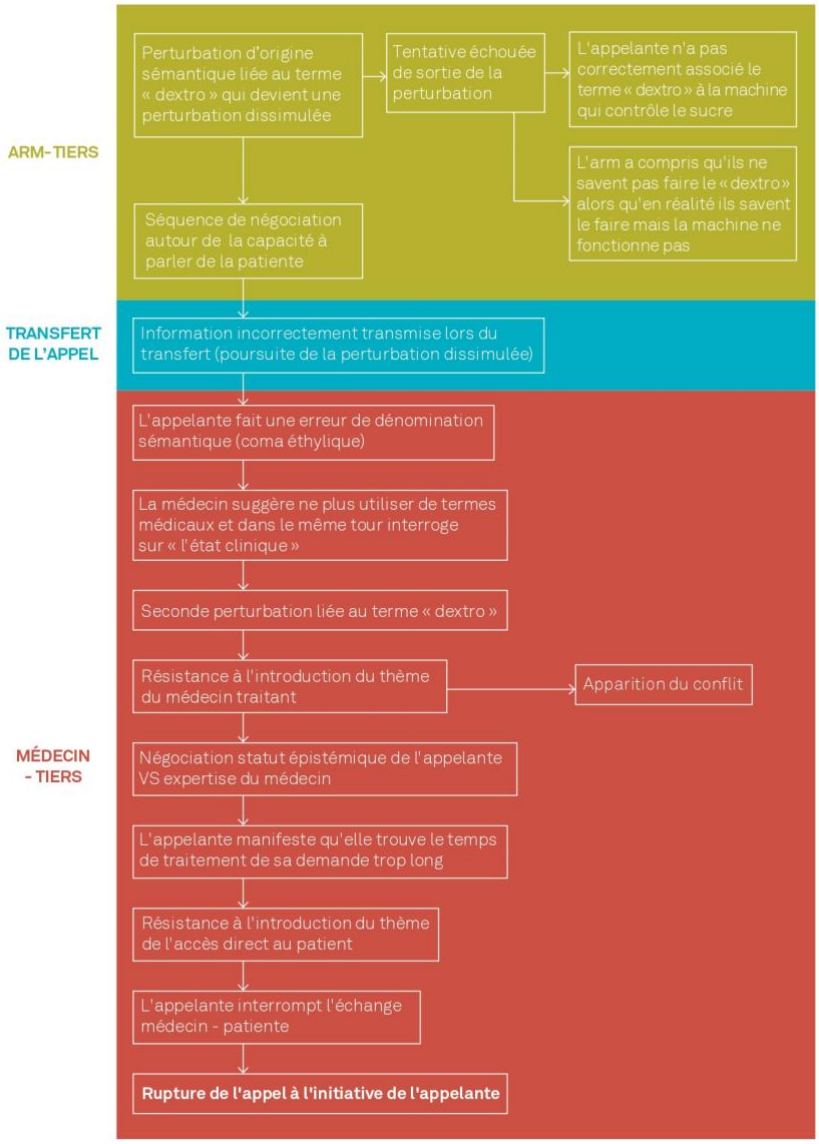


Figure 16 Trajectoire des perturbations interactionnelles

L'examen séquentiel de ces perturbations nous a montré que le médecin se laisse assez peu affecter par les attitudes potentiellement offensives de l'appelante (Whalen & Zimmerman, 1998b, p. 153) c'est-à-dire qu'il parvient à se maintenir dans le cadre progressif de l'activité de régulation, et se contente de signaler son refus de voir son interlocutrice hausser le ton ou revendiquer une autorité épistémique plus forte que la sienne. Nous pouvons toutefois supposer que des procédures auraient pu être mises en place pour tenter d'éviter la rupture conversationnelle. Pour que l'échange fonctionne, il faut que les participants rendent mutuellement intelligibles le sens de leurs actions et de leurs choix énonciatifs. Le processus complexe de coordination dans la paire catégorielle « appelant urgent » et « praticien » implique que la recherche commune d'une intercompréhension prenne le pas sur les buts individuels des participants. Un médecin, alors qu'il agit dans l'exercice de son métier, doit établir un environnement interactionnel favorable dans lequel il s'appuie sur le point de vue du patient (*stance ;* Stivers, 2008), dans la concordance plutôt que dans la confrontation (Maynard, 1991b). Ses choix interactionnels, grammaticaux, lexicaux, thématiques ont des conséquences importantes sur le déroulé de l'échange. Particulièrement, lorsqu'une question du SAMU est interprétée comme mettant en danger la légitimité de la demande, l'appelante mobilise alors une procédure visant à rétablir l'agenda vers la qualification en demande urgente.

Nous avons vu précédemment que les procédures de légitimation des demandes ont été décrites d'abord par Meehan (1989) dans son étude d'appels au 911 avec le terme *policeable* (ou *police relevant*). Le terme est ensuite adapté par Heritage et Robinson (2006a) qui suggèrent que la raison de la visite en cabinet de médecine générale doit être *doctorable*. Ces deux auteurs introduisent la notion de *doctorabilité* pour désigner le travail que déploient les patients pour convaincre le médecin. Cromdal et al. (2008, p. 950) élaborent quant eux la notion de *workable event* qui est une forme de *doctorabilité* accomplie conjointement par les participants. Nous choisissons à notre tour d'adapter cette notion pour proposer la notion *d'urgentabilité* dans les appels au SAMU. Comme suggéré par Cromdal et al. (*ibid*.), le travail de légitimation de la demande doit être accompli conjointement par les participants.

Quand les descriptions produites par l'appelant ne permettent pas d'identifier une urgence vitale mais que celui-ci insiste sur sa qualification en urgent, le SAMU poursuit son enquête. Ainsi, la détermination de l'urgence se fait progressivement, elle est accomplie par les actions successives des participants et repose largement sur la coopération de l'appelant. Or, nous avons vu que dans cette interaction médicale téléphonique, l'appelante se plie aux séries

interrogatives mais sans avoir l'intention de les co-construire. De la même manière, la progression thématique est contrainte par des procédures pour convaincre qui pénalisent l'activité de régulation médicale. Pour travailler à l'urgentabilité de sa demande, l'appelante mobilise des items catégoriels : « être à la limite de l'évanouissement » (L 118) ; essoufflement important (L 101 ; L 178) ; fatigue importante (L 106), état important de faiblesse (L 106) ; difficulté à s'exprimer (L 159) qui, de son point de vue, renvoient à la qualification en urgent.

Pour le médecin, l'appariement de deux attributs-symptômes « être conscient » et « pouvoir parler » semble orienter son diagnostic vers l'évincement de la qualification en urgence vitale. Pour pouvoir déterminer quelle est la meilleure manière de répondre aux besoins médicaux de la patiente, le praticien déploie deux thèmes : d'abord le médecin traitant et ensuite le passage de l'appel à la patiente afin d'évaluer son état respiratoire. Ces deux thèmes font l'objet de réticences de la part de l'appelante. Le traitement de cet appel se trouve perturbé par le non-alignement (Stivers, 2008b) des participants dans le travail de configuration des éléments nécessaires à la qualification.

2. Vers la résolution du désaccord

C'est un cadre participationnel proche qui peut être examiné dans cet autre appel au cours duquel une dame téléphone au SAMU pour sa mère qui a du mal à respirer. L'appelante annonce son identité conversationnelle dès son premier tour de parole (« je vous appelle pour ma mère là » L 2) puis prend au tour suivant l'initiative de produire un compte-rendu (Zimmerman, 1992b) du motif de l'appel :

C15HN_A_9 elle est vraiment pas bien

01. ARM ↑oui le samu↑
02. TIE oui bonjour je vous appelle pour ma mère là
03. ARM oui
04. TIE je l'ai vu euh là je l'ai trouvée par terre de depuis quelques
05. temps ça va pas du tout :h elle est sous elle est sous morphine
06. et elle s'étouffe elle arrive pas à respirer :h on avait
07. rendez-vous demain pour un i.r.m à xlieux mais je pense
08. pas :h et là elle est: je l'ai trouvée par terre là
09. euh: ↓elle est tombée↓ voilà et: ↓voilà ↓

Plusieurs remarques sur cette présentation : du point de vue prosodique, outre une respiration marquée, le débit de parole n'est pas particulièrement rapide. Ensuite, si ce tour de parole est riche du point de vue du contenu informationnel, sa construction séquentielle, c'est-à-dire l'ordre dans lequel les éléments sont produits, rend compliqué leur interprétation. L'ensemble ne constitue pas un *pack complet* ; il s'agit d'une demande implicite d'aide.

Pour mieux appréhender la séquentialité de la production informationnelle, nous pouvons segmenter le motif d'appel de cette manière :

[ici et maintenant] + [temporalité du problème médical] + [condition médicale chronique préexistante] + [ici et maintenant] + [l'historique médical] + [ici et maintenant qui est incomplet] + [ici et maintenant]

Cette profusion informationnelle dans la présentation du motif de l'appel est la traduction probable d'un état d'angoisse ou de désarroi. Il y a là le risque de complications interactionnelles, particulièrement si le SAMU choisit par la suite de ne pas répondre favorablement aux attentes de l'appelant. Ces indices sur l'état émotionnel des appelants peuvent être mis à profit par l'ARM dans son travail de compréhension du profil de l'appelant et lui permettre éventuellement d'adapter ses énoncés suivants pour éviter l'apparition de perturbations.

Cela est d'autant plus important en raison du fait que l'appelante a produit une marque qui inscrit la douleur dans le temps (« depuis quelques temps » ; L 04-05). Cette marque a le potentiel de fonctionner comme un atténuateur dans la détermination interactionnelle de l'urgence et d'orienter l'ARM vers une qualification renvoyant vers la médecine générale (Dodier & Camus, 1997)[183].

On remarque également que les descriptions s'accomplissent principalement par le biais des attributs-symptômes « elle s'étouffe » et « elle arrive pas à respirer ». Or, ces types d'énoncés, s'ils peuvent tout à fait traduire une réalité biomédicale, sont aussi porteurs d'un sens figuré

[183] Dans leur enquête ethnographique sur l'accueil et le tri dans les services d'urgence médicale, les sociologues Dodier et Camus (1997) montrent que la durée de la douleur joue en défaveur des personnes : plus une personne souffre depuis longtemps plus elle est envoyée vers la médecine générale car la douleur semble supportable. Des travaux ultérieurs produisent les mêmes résultats (Belorgey, 2010)

(par exemple quand il fait trop chaud ou qu'une personne se montre oppressante[184]) qui ne relève pas de l'urgence vitale. Leur mise en relation avec un champ d'appartenance nosologique est dès lors plus difficile. Cela implique que l'ARM va engager une enquête pour obtenir des éléments plus facilement connotables médicalement (Zimmerman, 1992) et un appariement d'attributs-symptômes qui s'inscrivent dans les impératifs de calibrage professionnel.

Dans les appels urgents, ces énoncés qui décrivent des symptômes ressentis par la victime nous semblent avoir été probablement produits en amont de l'appel, lorsque le tiers est sollicité par la victime pour contacter le SAMU et sont ensuite répétés dans la présentation du motif d'appel. La parole de la victime est une ressource d'autant plus nécessaire lorsque le tiers n'est pas en mesure d'établir un diagnostic profane mais qu'il est engagé dans un travail d'urgentabilité de sa demande. Ce travail est également rendu visible dans l'énoncé « on avait rendez-vous demain pour un i.r.m à saint pierre mais je pense pas » (L 06-09) qui permet de présenter sa mère comme répondant déjà du statut de patiente (*invoking patient status* ; Leppanen, 2005, p. 201).

Le tour de l'appelante arrive à son lieu pertinent de transition avec la double occurrence du mot « voilà » marquant la fin de ce que la locutrice avait à dire et signifiant que le passage de la parole à l'ARM peut être réalisé. L'agent de santé procède alors à la prise des informations primaires (non transcrite de L 10 à L 33) puis s'oriente vers la trajectoire médicale de la patiente avec une question ouverte (L 34) sur les raisons du traitement sous morphine :

34. ARM et euh elle s'est: >qu'est-ce qu'elle a pourquoi elle est sous
35. morphine </
36. TIE sous morphine par ce qu'elle a euh pour son rachis cervical :h
37. et elle arrive plus à respirer là: là je comptais ↑euh::↑ hier
38. j'ai failli l'amener aux urgences pour la respiration ↓elle

[184] Depuis les morts de Georges Floyd et Eric Garner aux États-Unis et les mouvements de protestation contre les violences policières qui ont suivi, l'énoncé « je ne peux plus respirer » (en anglais « *i can't breath* ») semble être un peu plus encore constitué en unité lexicale. Il s'agit en effet des derniers mots prononcés par les victimes comme en témoignent les captations vidéo des interpellations. Pour la famille d'Adama Traoré en France, ce sont également les derniers mots prononcés par leur proche, décédé lui aussi lors d'une interpellation policière. Ces mots prononcés par les victimes avant leurs décès sont désormais l'objet d'une lexicalisation : ils sont scandés dans les manifestations contre les violences policières dans le monde, et repris régulièrement dans les médias sur le sujet, mais aussi parfois détournés (voir par exemple la une de Charlie Hebdo du 10 mars 2021 « Pourquoi Meghan a quitté Buckingham » montrant la reine d'Angleterre, le pied sur le cou de Meghan Markle, cette dernière signalant qu'elle a quitté la royauté car elle ne pouvait plus respirer). La production de cet énoncé dans les appels au SAMU pourrait faire l'objet d'une analyse conversationnelle spécifique.

39. s'étouffe↓
40. ARM et ça fait une semaine qu'elle s'étouffe hein vous me dites
41. c'est ça/
42. TIE oh un peu plus un peu plus même le: s.o.s médecins est [venu y'a
43. ARM [madame
44. il va falloir me préciser par ce que pour nous elle s'étouffe ça
45. veut dire qu'elle est en détresse vitale qu'elle est à la limite
46. de plus respirer
47. TIE ouais ouais ouais
48. ARM ça fait plusieurs jours qu'elle est dans cet état-là/
49. TIE ouais
50. ARM elle est violette elle est toute violette là/ elle
51. TIE ah:: ouais: là: elle: (inaud.) hein elle est elle est pas top
52. non
53. ARM oui mais elle arrive à parler ou elle arrive pas à parler/
54. TIE très difficilement

À la question de son interlocutrice, l'appelante répond par un énoncé venant compléter le compte rendu produit précédemment : un assemblage condensé d'informations sur la condition médicale de la patiente, par la mobilisation d'attributs « ne plus pouvoir respirer » (L 37) ; « s'étouffer » (L 39) et d'informations additionnelles (« hier j'ai failli l'emmener aux urgences pour la respiration » (L 37-38). Le tour arrive à son point de complétion avec une nouvelle occurrence de l'énoncé « elle s'étouffe » (L 38-39). Si ces énoncés ont pour objectif d'appuyer l'urgentabilité de la demande il semble que la répétition des épisodes symptomatiques oriente plutôt l'ARM vers la qualification en non urgent.

L'assistante de régulation l'interroge alors sur un point spécifique : la victime s'étouffe t'elle depuis une semaine comme mentionné par l'appelante ? Cette question est porteuse d'une nécessité pour l'institution : établir la chronologie précise des difficultés respiratoires. L'appelante choisit de répondre que sa mère s'étouffe depuis plus longtemps (L 42) et de produire une nouvelle information additionnelle : ils ont déjà fait appel à SOS Médecins. Elle est alors interrompue par l'ARM : ce chevauchement rend visible que la réponse fournie n'est pas celle attendue. En effet, la réalisation de l'enquête téléphonique au SAMU implique que l'ARM puisse contrôler la progression thématique, tant que le contenu informationnel n'est pas satisfaisant du point de vue des acteurs de la régulation, le passage à un autre thème est suspendu. C'est pourquoi l'ARM alerte explicitement son interlocutrice de la nécessité de fournir des informations précises, via une demande *must-form* (Jefferson, 1972) à la ligne 44.

La suite du tour montre le travail de configuration de la qualification par l'ARM. Elle produit un énoncé généralisant (Baldauf-Quilliatre, 2014) qui met en parallèle deux dimensions : un patient qui s'étouffe est en détresse vitale, il est sur le point de ne plus respirer (L 45-46). C'est en fait une activité définitionnelle sur le sens de « s'étouffer » qui se met en place. Si ce verbe est utilisé par l'appelante pour décrire la difficulté respiratoire, il apparaît qu'il ne rend pas suffisamment compte du niveau de risque d'un arrêt imminent de la respiration. L'interprétation rendue visible par l'ARM n'est pas celle projetée et comprise par l'appelante, ce qui a des conséquences. L'ARM a demandé des précisions, et a intégré des préférences dans sa question, mais la réponse de son interlocutrice est éloignée de ses attentes. En effet, l'appelant répond à la demande de précisions par une triple occurrence de « ouais » alors qu'il ne s'agit pas d'une forme interrogative et que cela n'appelait donc pas à ce type de réponses. L'ARM change alors de format interrogatif pour produire deux questions polaires (L 48 ; L 50) et conclut par une question fermée (L 53) à laquelle son interlocutrice répond de manière très succincte.

L'appelante ne semble pas prendre la mesure que la co-construction de l'historique médicale est une dimension fondamentale du traitement des appels au SAMU. Il s'agit là d'un problème de non-alignement sur l'activité. L'une des participantes est orientée vers la description de la chronicité des problèmes respiratoires de sa mère et leur aggravation dont cet épisode paroxiste est la preuve. L'ARM, elle, est orientée vers la crise *ici et maintenant* et sa gravité à évaluer.

À sa reprise de la parole, l'ARM, motivée par la quête toujours insatisfaite d'une réponse précise, produit une nouvelle paire question/réponse qui est une reformulation de sa question précédente (L 40-41) en remplaçant « elle s'étouffe » par « dans cet état-là » (L 48). Une unité de construction de tour qui, encore une fois, ne parvient pas suffisamment à inciter l'appelante à produire l'élément attendu, soit une information claire sur le moment où les difficultés respiratoires ont commencé. Les réponses successives du tiers sont déclassées par l'ARM (*downgraded* ; Mondada, 2009). En particulier, la réponse non-préférentielle (« ouais » ; L 49) fait alors progresser l'assistante de régulation vers une question supplémentaire, qui est une forme d'exemplification de ce qu'est un état de détresse vitale (« elle est toute violette là elle est toute violette » ; L 50) rendant encore perceptible qu'elle ne se satisfait pas des réponses fournies par l'appelante. Cette interrogation évoque un attribut physique associé aux victimes en grande détresse, qui pourraient être sur le point de succomber. L'ARM semble chercher à alerter une nouvelle fois que les réponses fournies par son interlocutrice rendent pertinent la

qualification en « patient non urgent » (c'est-à-dire en demande de soins non programmés). La sélection des attributs-symptômes est caractérisée par son orientation vers l'action (*action-oriented* ; Cromdal et al., 2008, p. 928). L'ARM signale de manière implicite que la description produite n'est pas suffisamment ancrée dans des éléments factuels.

Dans la situation que nous examinons, le fait de produire des descriptions vagues ou incomplètes, rend visible une volonté d'alerter sans trop alerter (Heritage & Robinson 2006), que nous observions déjà dans l'appel précédent. Cela est particulièrement manifeste lorsque l'appelante choisit de répondre « elle est pas top non » (L 51-52) à une question qui rendait une nouvelle fois explicite la nécessité de produire des informations précises.

En fait, ces échanges rendent plausible une éventualité : l'appelante projetterait implicitement son état d'incertitude vers son interlocutrice, alors même qu'elle cherche à convaincre de l'urgentabilité de sa demande. En d'autres termes, l'appelante n'est pas en mesure de produire un auto-diagnostic, elle ne dispose pas d'éléments autres que la douleur exprimée par sa mère, et demeure dès lors strictement orientée vers son besoin de transférer la responsabilité de l'accomplissement de soins pour soulager cette douleur. Elle contacte le SAMU car cela constitue un devoir inhérent à l'identité situationnelle qui est la sienne ici, celle de membre de la famille, témoin d'un état de souffrance. Or, le devoir que lui attribue l'institution dépasse l'acte de téléphoner et de formuler une raison de l'appel. Il est attendu qu'elle participe activement et de manière optimale à l'accomplissement de l'activité de régulation.

Si l'appelante accepte facilement de répondre à la séquence interrogative, elle ne rend pas explicite qu'elle ne dispose pas de la réponse aux questions, de peur, peut-être, que cela réduise ses chances que sa requête soit satisfaite. Ainsi, elle se contente de répondre d'une manière vague, avec des fluctuations dans l'intensité des descriptions, ce qui est une procédure de contrôle interactionnel visant à s'assurer que sa demande sera bien acceptée. L'appelante répond aux questions mais ne satisfait toutefois pas les besoins informationnels de l'ARM. Le travail de cette dernière s'en trouve par conséquent complexifié.

Afin de poursuivre son activité de qualification de l'état respiratoire de la patiente, l'ARM progresse par la suite vers le thème de l'accès direct au téléphone à la victime. L'appelante initie alors une séquence insérée sous forme d'une conversation parallèle, posant directement la question à sa mère (L 57).

55. ARM est-ce que c'est possible qu'elle parle au téléphone pour que
56. le médecin l'entende/
57. TIE {tu peux parler maman au téléphone/}
58. PAT {inaud. ; j'ai pas la force}=
59. TIE =non (.) elle se sent pas la force
60. ARM je l'ai entendue pourtant donc euh [enfin là
61. TIE [eh:: je je
62. ARM [on va voir avec le médecin
63. madame mais je pense qu'il va vouloir l'entendre hein ne
64. quittez pas
65. TIE oui

L'appelante-porte-parole rapporte immédiatement les propos de sa mère : non elle ne pourra pas parler car « elle ne se sent pas la force » (L 59). Pour l'ARM, si la patiente a pu signifier qu'elle n'en a pas la force, c'est qu'elle est en mesure de s'exprimer (« je l'ai entendue pourtant donc euh » ; L 60). On voit bien là que les participants ne partagent pas les mêmes critères d'appréciation du degré de gravité de difficultés respiratoires, cette non-affiliation rend difficile le déroulement de l'activité de régulation.

Pour convaincre de l'authenticité des difficultés respiratoires, tout comme dans l'appel examiné précédemment, les requérantes résistent à la demande d'accès direct à la patiente. Or, nous voyons que cette résistance ne produit pas l'effet escompté. L'ARM progresse vers une clôture de l'échange. Elle annonce que le thème de l'accès direct à la victime sera probablement repris par le médecin et procède au transfert l'appel.

La séquence de passation des informations au médecin qui s'en suit a pour élément central une longue séquence de l'ARM sur plusieurs tours (L 74-96), elle y présente la situation et rapporte les échanges :

67. MR {qu'est-ce que c'est que ce matériel qui a été monté/}
68. ARM xnomx/
69. MR oui/
70. ARM à xvillex j'ai une dame qui appelle pour sa maman je te laisse
71. finir avec xnomx
72. MR oui vas-y vas-y
73. ARM c'est bon/
74. MR oui donc xvillex c'est la fiche cent quarante-cinq une dame

75. qui appelle pour sa maman de soixante-cinq ans qu'elle retrouve
76. au sol qui est apparemment sous morphine pour un problème de
77. rachis cervical .h >elle me dit qu'elle s'étouffe< depuis
78. quelques jours\ mais j^dis madame s'étouffe il va falloir me
79. préciser parce que pour nous s'étouffe&
80. MR oui
81. ARM &ça veut dire qu'elle va arrêter de respirer dans les minutes
82. qui suivent que c'est grave\ .h elle me dit ↑oh↑ mais ça fait
83. plusieurs jours qu'elle est comme ça\
84. MR oui donc y'a un surdose de la morphine non/=
85. ARM =je lui dit est-ce que je peux lui parler et elle dit maman
86. est-ce que tu peux parler// la mère elle dit non je <((en
87. riant)) peux pas parler la fille elle dit non elle peut pas
88. [vous parler h>]
89. MR [ha ha ha]
90. ARM bein par contre apparemment bon elle a quand même euh: enfin
91. eh:: elle a j'l'ai entendue de loin donc y'a peut-être
92. quand même un problème respiratoire en effet\ mais de là à
93. être en détresse j'ai du mal à l'évaluer moi puisque la fille
94. a pas voulu m'la passer au téléphone\(.) .h voilà donc elle
95. s'rait quand même retrouvée au sol et[peut être]du surdosage
96. MR [(inaud.)]

L'examen des échanges lors des séquences de transferts est déterminant dans notre travail de description des interactions au SAMU car ces séquences rendent visibles les éléments saillants pour les membres de l'institution. Elles permettent aussi de déterminer si, dans le cas examiné, les informations transmises sont bien correctes et complètes. Si cela n'est pas le cas, nous pouvons en examiner les effets. L'activité de triage informationnel a d'importantes conséquences sur l'interaction entre l'appelant et le médecin et donc sur la trajectoire de soins du malade.

L'ARM rapporte d'abord les identités conversationnelles, ensuite les informations primaires (produites dans l'ordre suivant (i) la ville (ii) le numéro de fiche (iii) le type d'appelant (iv) l'âge de la patiente), suivies du *ici et maintenant* de la patiente (« qu'elle retrouve au sol » ; L 75 ; « apparemment sous morphine pour un problème de rachis cervical ; L 76) et des propos rapportés du tiers (« elle me dit qu'elle s'étouffe depuis quelques jours » ; L 77).

Le travail définitoire sur les difficultés respiratoires et la manière dont il produit du désaccord est ensuite mis en évidence. L'unité lexicale « s'étouffer » est définie avec un énoncé généralisant (Baldauf-Quilliatre, 2014) : pour l'institution, si on s'étouffe « c'est qu'on va arrêter de respirer dans les minutes qui suivent c'est grave » (L 79-82). La présence de ce segment témoigne de l'existence d'une définition pour les membres de l'institution et nous fournit plus de précisions quant à la divergence interprétative : il n'est pas recevable de placer dans une description qu'une victime s'étouffe depuis plusieurs jours. Ces attributs-symptômes, que l'appelante a produit dès son tour d'ouverture (« elle s'étouffe elle arrive pas à respirer ») donnent lieu à des négociations définitionnelles[185].

Le médecin marque son accord puis s'oriente immédiatement vers le pré-diagnostic : « il y a une surdose de la morphine non/ » (L 84). À la reprise de son tour, l'ARM ne relève pas cette question et poursuit sa mise en évidence des difficultés rencontrées en introduisant le thème de la capacité à pouvoir parler. La divergence interprétative est marquée par un effet d'amplification avec l'accumulation d'énoncés proches du point de vue syntaxique et qui sont juxtaposés (quatre occurrences du verbe « parler » dans ce tour, ainsi que quatre occurrences du verbe « dire » et une construction syntaxique en parallélisme « je lui dis / elle me dit » ; « est-ce que je peux / est-ce que tu peux / elle peut pas » ; L 85-88).

De cette manière, l'ARM transmet au médecin une information implicite : de son point de vue (*stance ;* Stivers, 2008), le premier interrogatoire n'a pas été satisfaisant. Ce tour est également marqué par un rire de l'ARM, suivi d'un rire du médecin en chevauchement, qui rend alors pertinent pour l'ARM de nuancer la description produite. Une précision qui est initiée par le marqueur « par contre » (L 90) introduisant qu'il est possible qu'il y ait un réel problème respiratoire. L'ARM s'oriente finalement vers l'activité de diagnostic (« elle s'rait quand même retrouvée au sol et peut-être du surdosage » ; L 95) une forme modélisée par des marques de subjectivité, car comme elle le rappelle en fin de tour : elle n'a pas pu qualifier la demande car elle n'a pas pu avoir la patiente au téléphone. Il y a dans ce tour une double orientation de l'ARM qui produit d'abord un segment narratif puis une hypothèse d'expert.

[185] Ces négociations définitionnelles évoquent les difficultés qui se jouent déjà dans les salles d'attente des urgences où on assiste à un « conflit entre les représentations des malades des urgences et celles des médecins. » (Danet, 2008, p. 79)

L'appel est ensuite transféré au médecin, et on observe que l'appelante semble plus agitée qu'à la fin de l'échange avec l'ARM. Une conversation entre l'appelante et un participant qui se trouve visiblement dans la pièce est en cours (L 98). L'appelante interrompt cette conversation initiale et s'adresse au médecin en rendant visible un état d'impatience qui semble s'être aggravé :

```
97.  ARM   =ouais je te passe\ la fille (.)vous êtes avec le médecin
98.  TIE   {quoi comment je sai-} elle s'étouffe ma mère elle est
99.        vraiment pas bien hein heu:: là là franchement euh::
100.       envoyez quelqu'un parce que .h elle peut pas marcher moi je
101.       peux pas la la la(.)la mettre (.) sur mon dos↓
102. MR    >madame< madame on vous a jamais demandé de mettre vot' maman
103.       sur vot' ↑dos↑ je suis le médecin régulateur (.) on alors
104.       ↑marcher↑ et respirer c'est deux choses diffé↓rentes↓ >hh<
105.       donc=
106. TIE   =non non mais là elle est par terre
```

L'appelante ne produit aucune salutation et introduit immédiatement la raison de l'appel (*pré-empter* ; Schegloff, 1986, p. 142 ; Stivers et al., 2001a). La première partie de tour est consacrée au thème des difficultés respiratoires (L 98 – 99). Elle est suivie d'une forme en construction (« heu:: là là » L 99 ; « je peux pas la la la » ; L 101) marquée par une double négation pour expliquer son incapacité à conduire elle-même sa mère aux urgences. Cette information est argumentée : sa mère ne peut pas marcher (L 100) et l'appelante ne peut pas la porter sur son dos (L 101).

Le médecin ne s'oriente pas vers le motif de l'appel (les difficultés respiratoires) mais choisit plutôt de recadrer les propos de son interlocutrice (« on vous a jamais demandé de mettre vot' maman sur vot' dos↓ » ; L 102-103). L'examen antérieur de la séquence de transfert informe notre compréhension de l'influence exercée ici par le point de vue de l'ARM : le médecin est, dès le décroché, orienté vers l'expérience de sa collègue, et choisit par conséquent de traiter d'abord l'exagération de l'appelante (qui est l'expression de sa frustration) avant de traiter l'information médicale. Il s'engage dans un travail comparatif : « ↑marcher↑ et respirer c'est deux choses diffé↓ rentes↓ ». Cette séquence est, elle-même, recadrée par l'appelante : « =non non mais là elle est par terre » (L 106). Le médecin marque son accord et l'interroge sur la chute (L 107) :

```
107. MR    d'accord (.) elle est tom↑bée↑/=
```

108. TIE =le eh ben elle est elle est tombée >oui oui< elle a plus de
109. forces euh elle s'étouffe >elle a très mal< .h là elle a .h
110. >vous voulez lui parler</ tu peux pas parler la/ (.) .h elle
111. s'étouffe (.) elle s'étouffe (.) je suis aide-soig↓nante↓ (.)
112. e- elle a très mal en plus euh:: (.) aux côtes enfin >on devait
113. faire< un i.r.m demain pour le rachis cervical .hhh et en plus
114. elle est en difficulté eh:: respiratoires depuis des jours .hh
115. alors elle est sous morphine on l'a mis sous cortisone mais
116. y'a >y'a y'a< (.) y'a rien qui marche .hh là elle s'étouffe (.)
117. elle est tombée elle est dans le pipi .hh euh moi je viens
118. d'arriver je suis en pause (.).hh je dois reprendre à quatre
119. heures ∇↓ mais bon j'pourrai pas↓∇ .hh euh voilà alors qu'est-
120. ce que je fais/ (.) j'peux pas la: j'peux pas la laisser↓ comme
121. ça↓

L'appelante ne se contente pas de répondre à la question sur la chute. De la ligne 108 à 121, elle produit une narration étendue (*extended narrative-style présentations* ; Heritage et al., 2010, p. 133) qui met en évidence que la situation de sa mère couplée aux difficultés interactionnelles rencontrées dans l'appel constituent une épreuve qu'elle parvient de moins en moins à gérer. L'appelante a pour objectif d'activer un cours d'action qui permettra le transfert de la situation de sa mère depuis la solidarité familiale vers la responsabilité collective. Du point de vue prosodique, ce tour est marqué par un débit qui tantôt accélère tantôt ralenti et par des pauses fréquentes mais courtes, des inspirations audibles, des intonations montantes, et de nombreuses extensions de son. Les difficultés ressenties, le caractère éprouvant de la situation, sont marqués prosodiquement. Du point de vue syntaxique, ce tour est particulièrement complexe : on observe une succession d'énoncés descriptifs (assemblages d'adverbes superlatifs et d'adjectifs) déjà produits précédemment et d'occurrences répétées de l'unité lexicale « elle s'étouffe ».

On relève également un nouveau format qui consiste en des interrogations auxquelles elle répond elle-même : « >vous voulez lui parler</ tu peux pas parler la/ (.) .h elle s'étouffe (.) elle s'étouffe (.) » aux lignes 110 et 111 et de nouveau pour conclure son tour de parole aux lignes 119 et 121 : « euh voilà alors qu'est-ce que je fais/ (--) j'peux pas la: j'peux pas la laisser ↓ comme ça↓ ». Dans la suite de ce tour, l'appelante produit une auto-identification comme membre du corps médical qui n'avait jusque-là pas été réalisée (« je suis aide-soig↓nante↓ » ; L 111) et dont l'arrivée tardive est une procédure visant à la légitimation de la demande.

S’ensuit le récit de l’historique médical, à commencer par un rendez-vous médical non accompli (*invoking patient status* ; Leppanen, 2005, p. 201) et la mention des traitements administrés dont elle signale aussitôt qu’ils n’ont pas eu les effets escomptés. Un autre élèment visant à renforcer le besoin d’assistance est alors produit : sa mère est « tombée dans le pipi » (L 117). Cet énoncé est suivi d’une autre information nouvelle : l’appelante est en pause et elle est censée retourner au travail. Le tour arrive à complétion avec une interrogation qui débute par un marqueur conclusif « euh voilà alors qu'est-ce que je fais/ » (L 119-120) et enfin un dernier assemblage d’énoncés sous la forme négative « j‘peux pas la: j‘peux pas la laisser ↓comme ça↓ » (L 120-121).

La profusion informationnelle et procédurale de ce tour permet de distinguer un certain nombre de raisons qui sous-tendent la demande. Un processus conjugué d’auto et d'hétéro-détermination ayant conduit à la décision de contacter le SAMU. La requête demeure implicite mais elle est tout de même facile à identifier : l’appelante est en attente de l’envoi d’une équipe de secours. Ce tour traduit un état de détresse aggravée, dont la victime n’est pas la seule à faire l’expérience, la situation de la mère a des conséquences sur celle de sa fille. L’intensification de la description et l’apport de nouvelles informations rendent visiblement pertinent pour le médecin d’annoncer à l’appelante que sa requête a été acceptée :

```
122. MR    ↓je vais vous envoyer quelqu’un↓ mais: quand vous dites=&
123. TIE   =mmm[h uohh:]
124. MR        &[qu'elle] s’étouffe(.) oui y'a quelqu'[un ]&
125. TIE                                              [Δ(inaud.)qu’Δ]
126. MR    &qui va venir hein madame↑ y'a une ambulance qui va v‘nir
127.       voir vot‘ maman .h mais est-ce que je peux avoir quelques
128.       précisions sur ce dosage de traitement par ↓morphine↓ .hhh
```

Quelques observations sur cette annonce du médecin (L 122) : elle est marquée par une intonation descendante (« ↓je vais vous envoyer quelqu’un↓ »), atténuée par le choix d’un temps verbal au futur et immédiatement suivie d’un marqueur d’opposition qui introduit une reprise de la négociation sur la dénomination sémantique des difficultés respiratoires. Du point du vue de son placement séquentiel, cette annonce de la satisfaction de la requête est intégrée dans un tour de parole qui comporte deux orientations thématiques. Le médecin doit gérer à la fois l’activité institutionnelle, la régulation médicale, et en même temps l’activité interactionnelle. Il lui faut tenir compte à la fois de ce qu’il se passe localement et de ce qu’il

se passe globalement. C'est pour cette raison qu'à la ligne 122 la première partie du tour concerne l'envoi de l'ambulance, ce qu'il se passe localement, afin de répondre au dernier énoncé de l'appelante (« alors qu'est- ce que je fais (.) j'peux pas la: j'peux pas la laisser↓ comme ça↓ » L 119-121).

Une fois qu'il a agi au niveau local, le médecin se réoriente vers l'activité d'enquête médicale, afin d'obtenir une meilleure connaissance de l'état de la patiente et se replacer ainsi au niveau global. Ce qu'il cherche à faire là, c'est reprendre l'activité ordinaire de la régulation médicale, qui du point de vue des membres de l'institution ne consiste pas à répondre favorablement ou non à la requête d'un usager, mais à déterminer le soin et les moyens adaptés.

Un chevauchement survient : l'appelante signale qu'elle ne s'aligne toujours pas avec les énoncés du médecin. Ce dernier reprend la parole et complète le tour initié par son interlocutrice (L 125). Il reproduit la même structure syntaxique que précédemment, rassurant sur le fait qu'il y a un véhicule qui va venir et introduit immédiatement le connecteur « mais » pour revenir à l'activité de diagnostic médical en introduisant cette fois-ci le thème du dosage de morphine : « oui y'a quelqu'[un]& &qui va venir hein madame↑ y'a une ambulance qui va v'nir voir vot' maman .h» mais est-ce que je peux avoir quelques précisions sur ce dosage de traitement par ↓ morphine↓ .hhh » (L 126 – 128).

Tout dans l'organisation particulière des appels d'urgence nous renvoie à l'accomplissement du rôle des régulateurs : c'est-à-dire rassembler les informations pertinentes à propos de l'événement et les traiter dans un délai minimal. Cherchant à optimiser le temps de l'appel, le médecin enchaîne directement sur le thème suivant, mais comme l'annonce de la satisfaction de la requête n'a pas été correctement traitée par sa destinataire, une perturbation s'installe. Ici, le connecteur « mais » (L 127) est une tentative de maintien de la trajectoire de l'appel. L'annonce répétée de l'envoi d'un véhicule est une procédure cherchant à contenir l'appel dans ce cadre malgré les perturbations.

L'examen des temps verbaux nous permet d'identifier l'origine des perturbations. En effet, lorsque le médecin dit à la ligne 122 « je vais vous envoyer quelqu'un », puis à la ligne 126 « y'a quelqu'[un qui va venir hein madame\ y'a une ambulance qui va v'nir » son choix d'un temps verbal au futur composé n'explicite pas aussi clairement la venue d'une ambulance que s'il avait utilisé le temps présent ou passé. Pour l'appelante, l'emploi du futur composé fait

surgir une ambiguïté qui a pour conséquence le décalage interactionnel. Le choix d'un temps verbal qui donne une séquence non performative, perturbe clairement l'échange. Les énoncés suivants de l'appelante sont fortement marqués par cette perturbation dont le médecin régulateur n'a visiblement pas conscience. De son point de vue, la requête de l'ambulance est clairement clôturée, il a annoncé son départ par deux fois. Toutefois, le placement séquentiel de la réponse à la requête et le choix d'un temps verbal au futur expliquent peut-être le maintien de la position interactionnelle de l'appelante.

Alors qu'est introduit un nouveau thème autour du dosage de morphine, l'appelante n'étant pas en mesure de fournir les informations requises par le praticien, ouvre une conversation parallèle pour s'adresser à la source directe, la patiente :

```
129. TIE   ↑ah/ bé déjà↑ euh:: la morphine: c'est °euh (.)deux par jour
130.       euh:° {>c'est quoi qu'il te donne<} (.) >attendez< (.) h: (.)
131. PAT   {∇je l'ai arrêtée∇
132. TIE   eh (.)Δ tu ↑ l'as arrêtée↑Δ}
133. PAT   (oui , ouais)}
134.       ((bruit non identifié))
135. TIE   elle l'a arrêtée parce qu'elle supportait plus [elle
136. MED                                                 [bon elle est&
137. TIE   &respirait plus
138. MED   &plus elle est plus sous morphine (.)↓là↓
139. TIE   depuis hier soir ouais elle a
140. PAT   avant hier soir=
141. TIE   {=Δavant hier soir t'as arrêté/Δ}
```

Une séquence enchâssée se met en place : à la question « euh:° >c'est quoi qu'il te donne< » la patiente répond par l'assertion « ∇je l'ai arrêtée∇ » ce à quoi sa fille répond par une répétition de cette assertion « Δtu ↑l'as arrêtée↑Δ » (L 131). Malgré la montée du volume, le médecin régulateur ne réagit pas à l'échange entre les deux femmes. Pourtant, une nouvelle information vient de surgir. Alors qu'il semblait que les difficultés respiratoires de la patiente pouvaient être dues à un surdosage de la morphine, on apprend ici qu'elle a en réalité arrêté son traitement. Il faut attendre que la fille de la malade reformule l'information nouvelle en s'adressant, cette fois ci, au médecin pour que celui-ci réagisse. D'ailleurs, l'appelante s'engage dans une justification de l'arrêt de la morphine en ajoutant encore une nouvelle information, dont nous savons qu'elle ne vient pas de l'apprendre de la bouche de sa mère :

« elle l'a arrêtée parce qu'elle supportait plus [elle respirait] plus » (L 135-137). Le médecin réagit : « bon elle est] plus elle est plus sous morphine (.)↓ là↓ » (L 136-138). Son interlocutrice va alors apporter une précision entrainant un niveau supplémentaire de perturbation de l'échange : elle ajoute une valeur temporelle à la nouvelle information en précisant : « depuis hier soir » (L 138). La patiente intervient alors elle-même dans l'échange pour modifier les propos de sa fille avec une correction de la ressource temporelle, précisant que l'interruption date de l'avant-veille et non pas de la veille.

Plutôt que de réagir à cette nouvelle information, le médecin choisit de déclencher un nouveau thème, le fait que la victime puisse parler (L 142-143) :

142. MR =bon eh: elle parle vot‘ maman elle est pas en détresse vitale
143. (.)↓ elle parle↓
144. PAT (inaud.)
145. MR elle parle
146. TIE eeeh elle est (par t^) parle Δeh:: elle parleΔ elle parle si
147. vous .h[si voulez]
148. MR [ben elle parle] je l’en:tend je l'entend derrière
149. donc elle parle quand même vot‘ maman↓ =
150. TIE =oh non mais la moi je vais pas la laisser eh je vais pas la
151. laisser ↓comme ça↓ là hein
152. MR madame [est-ce]
153. TIE [c’est p]as possible >Δ je peux même pas l'amener aux
154. urgencesΔ<

Le thème de la capacité d'expression de la patiente est alors discuté. L'assertion « bon eh: elle parle vot‘ maman» (L 142) a, du point de vue du médecin, pour lien de référence le fait qu'elle ne soit pas en détresse respiratoire. Cela rejoint la position exprimée par l'ARM pendant la séquence de transfert (si on peut parler, c'est qu'on n'est pas en détresse respiratoire). Toutefois, les énoncés de l'appelante ne sont clairement pas affiliés (Stivers, 2008b) avec ce point de vue des professionnels du SAMU. Elle manifeste d'ailleurs qu'elle ne valide pas l'introduction du nouveau thème : « eeeh elle est (part) parle Δeh:: elle parleΔ elle parle si vous .h [si voulez » (L 145-146).

Le médecin régulateur insiste : il entend la victime parler en arrière-plan (L 148). Cela a pour conséquence de réactiver le thème de l'envoi des secours, une requête que le médecin pensait avoir clôturé mais qui vraisemblablement n'a pas été traitée par l'appelante. Alors que le

praticien signale que le fait que la maman parle signifie qu'elle n'est pas en détresse respiratoire, l'appelante interprète ça comme une réponse négative à sa requête initiale (une demande d'envoi d'un véhicule), qui était, de son point de vue, encore en suspens. On comprend que les énoncés de la patiente ont une relation de long terme avec cette requête dont elle n'a pas saisie la clôture du fait du choix de temps verbal du médecin. L'analyse séquentielle nous a montré que le médecin régulateur a la certitude d'avoir clôturé la requête, pourtant si l'appelante est toujours orientée vers le fait qu'elle ne peut pas emmener elle-même sa mère aux urgences, elle rend visible le fait que la clôture de la requête n'a pas été correctement traitée. Aux lignes 153-154, on relève que le volume de la voix de l'appelante augmente lorsqu'elle dit qu'elle ne peut pas emmener sa mère aux urgences, rendant perceptible que les perturbations conversationnelles sont des charges émotionnelles venant s'ajouter à la situation à la gestion de la détresse de sa mère.

Dans la suite des échanges, le médecin, non sans avoir auparavant fait quelques remontrances à l'appelante et rappelé que son rôle consiste à apporter une aide, tente de rétablir l'agenda vers l'accomplissement de l'activité de régulation, en répétant la source interactionnellement problématique (le départ de l'ambulance ; L 159) par une reformulation (Schegloff, 1992, para. 1309) :

```
155. MR    mais madame est-ce que vous voulez vous allez gentiment me
156.       laisser ↑parler↑(.)parce que vous faites les questions vous
157.       faites les réponses donc moi [si je] veux vous aider (.) .h je&
158. TIE                                [bah::]
159. MR    &vous ai dit dit que y'a une ambulance qui était ↑ par↑ tie
160.       madame voilà ce que je vous ait dit (.) et depuis tout à
161.       l'heure
162. TIE   très bien
163. MR    je vous ai pas dit le contraire je vous ai dit l'ambulance
164.       est partie .h par contre vot' maman n'est pas en détresse
165.       respiratoire puisqu'elle parle je l'entends parler (.)
```

Le marqueur appréciatif « très bien » (Saint-Pierre & Vadnais, 2009) produit par l'appelante marque finalement son affiliation à la ligne 162 : la requête est désormais clôturée du point de vue de tous les participants. Le médecin insiste « je vous ai pas dit le contraire je vous ai dit l'ambulance est partie » (L 163-165). Or, l'attention que nous avons portée au temps verbal sélectionné précédemment par le médecin nous permet de considérer que ce dernier énoncé du médecin n'est que partiellement vrai. Le médecin n'a pas dit : « une ambulance est partie »

mais « une ambulance va partir ». Manifestement, son interlocutrice n'avait pas compris qu'un véhicule était en route. Elle ignore la nature *orientée vers l'action (action-oriented* ; Cromdal et al., 2008, p. 928) des énoncés du médecin : l'activité de régulation consistant à mener une interaction de parole tout en reportant les décisions sur le logiciel afin d'enclencher la sortie des moyens. Une dimension de la multiactivité qui n'est pas visible pour l'appelante. Dans un contexte aussi sensible que la régulation médicale téléphonique, les choix linguistiques influencent le cours de l'action et sont l'unique ressource pour informer clairement des actions entreprises pour répondre à la demande de l'appelant.

Ce tour du médecin reproduit la structure syntaxique déjà observée précédemment : un segment [annonce de l'envoi du véhicule] + [un connecteur relevant de l'opposition] + [reprise du thème des difficultés respiratoires]. Ce dernier élément rend compte d'un savoir expert et a pour fonction de clôturer la divergence interprétative : du point de vue médical, le fait de pouvoir parler agit comme un facteur excluant la qualification en « urgence respiratoire ». On assiste alors non seulement à l'achèvement du problème mais à une affiliation de l'appelant au point de vue de l'expert. Une actualisation introduite par le marqueur discursif « bah » et, pour la première fois de l'appel, le terme employé par le médecin : « détresse respiratoire » :

```
165. TIE   {Δ> bah le docteur il dit que t'es pas en détresse respiratoire
166.       si tu parles<Δ ↓°maman°↓}
167. MR    ben oui madame↓ c'est une des éléments on ne peut pas parler
168.       quand on est en détresse [respiratoire]
169. TIE                          {Δ[tu parles  ]tu parles t'es pas en
170.        détresse ↓ respiratoire↓Δ}
171. MR     voilà ça c'est une définition même de la détresse respiratoire
172.       .hh par con[tre]&
173. TIE               [voi]là
174. MR    &qu'elle n'avait pas de difficultés à respirer ça c'est autre
175.       chose↓
176. TIE   ouais
```

Le médecin, dans son tour de parole suivant, revient sur la définition avec une reformulation supplémentaire par une procédure de *généralisation – abstraction* (Bilmes, 2011) : « on ne peut pas parler quand on est en détresse [respiratoire] » (L 167-168). La focalisation sur la définition de la détresse qui était à la source de perturbations est stabilisée et le tiers apporte plusieurs preuves de son revirement.

L’analyse séquentielle montre bien comment les perturbations peuvent trouver leur source à la fois dans les procédures définitionnelles et dans les choix linguistiques. Pour l’appelante, il s’agit de sélectionner un terme descriptif orienté vers l’urgentabilité de son problème. Pour l’institution, un terme ou un énoncé doit être associé à une connaissance médicale, l’interprétation étant basée sur un cadre (*frame-based interpretation* ; Deppermann, 2005, p. 309). La résolution de la divergence interprétative est alors gérée de manière procédurale, en répétant les éléments qui n’ont pas été correctement compris, dans une coordination qui permet *in fine* de surmonter les difficultés rencontrées pour arriver à la compréhension partagée de l’élément source du problème (Schegloff, 1992, para. 1338). La définition de la détresse respiratoire est désormais partagée entre le médecin et l’appelante, et cette dernière émet alors une évaluation négative de la pratique définitoire de sa mère, s’adressant directement à elle : « {[tu parles] tu parles t'es pas en détresse ↓ respiratoire↓ Δ} » (L 169-170). En s’alignant avec la pratique définitoire de l’institution, le tiers marque sa disposition à rejoindre le projet discursif du médecin et même à le co-construire, en s’en faisant la porte-parole auprès de sa mère. Elle fait siens des propos du médecin régulateur, ceux-là même qu’elle réfutait plus tôt et signifie son affiliation avec l’unité « voilà » (L 173) comme marqueur conclusif de l’accord. Dans la suite de l’appel, on observe comment l’appelante est désormais alignée avec les thèmes et activités déployés par le médecin :

177. MR donc vous êtes pas trop au courant de ce qu’elle elle a l’air
178. de bricoler pas mal votre maman avec ses traitements là
179. TIE h: j’habite pas avec elle hein
180. MR oui je me doute mais c’est pas un reproche c’est
181. TIE ouais ouais non là je suis en train de regarder si
182. MR y’avait un i.r.m de prévu euh demain
183. TIE demain à xnomcliniquex
184. MR d’accord
185. TIE demain à xnomcliniquex à midi et demi c’était prévu là c’est
186. même pas la peine(.)
187. MR hum hum ((tousse)) et le la l’i.r.m était prévu pour le rachis
188. cervical c’est ça/
189. TIE pour rachis cervical ouais
190. MR elle avait mal au cou depuis depuis quelques temps
191. TIE oh ça fait euh depuis depuis depuis noël ça a commencé après
192. l’épreuve de force elle a pu en cardiologie h:
193. MR d’accord y’a y’a un effort trop important/

194. TIE oh ben à l'épreuve d'efforts surement sur le tapis roulant elle
195. a dû avec les bras je sais pas et c'est parti de là
196. MR d'accord bon là y'a une ambulance qui est partie on va la
197. chercher et l'orienter sur une structure vous avez vous
198. préférez qu'elle aille à quel endroit
199. TIE ah a xnomcliniquex si c'est possible
200. MR elle est suivie là-bas ou euh
201. TIE non non elle a jamais été vraiment suivi encore
202. MR bon écoutez l'ambulance va arriver vous restez auprès de votre
203. maman et l'ambulance va arriver=
204. TIE =ouais
205. MR d'accord
206. TIE d'accord
207. MR voilà madame
208. TIE d'accord je vous remercie
209. MR merci au revoir

La coopération est rétablie, la reconstruction de l'historique médical (L 181-195) et le choix de l'institution où sera transférée la patiente (L196-201) se font en co-construction. Il est alors possible de progresser vers la clôture de l'appel : le médecin mentionne deux fois que « l'ambulance va arriver » (L 196 ; L 202), des items marquant que la clôture se fait dans la concordance précédent les échanges de remerciements et des salutations prototypiques et la communication est terminée.

Que nous a montré l'examen séquentiel de cet appel ? Nous avons examiné comment la trajectoire interactionnelle a laissé place à un dialogue asymétrique : depuis la mise en place de la perturbation, aux tentatives de sortie pour reprendre le travail ordinaire de la régulation, jusqu'à la sortie effective de la perturbation grâce à des reformulations qui amènent l'appelante à comprendre que sa requête a bien été satisfaite.

Si nous envisageons que l'accomplissement de procédures systématiques peut limiter ou empêcher le risque de rupture communicationnelle, il est important de noter que dans cet appel, à la différence de celui observé précédemment, l'institution a répondu favorablement à la requête de l'appelante (l'envoi d'un véhicule) et que c'est bien le traitement positif de la demande qui a permis de réajuster la position interactionnelle du tiers. L'analyse de cet appel montre bien que, outre les conséquences des choix linguistiques des répondants, leur sélection des procédures conversationnelles adéquates répondent d'une compréhension fine des attentes des appelants.

3. Requête et décision : importance du placement séquentiel

Ces procédures sont d'autant plus sensibles lorsque l'institution choisit de ne pas envoyer un véhicule et de renvoyer l'appelant vers un autre service. C'est le cas dans cet appel, où un homme téléphone car son père se plaint de difficultés respiratoires (L 04-06) :

C15HN_A_12 je sais pas trop quoi faire

01.	ARM	le samu
02.	TIE	euh bonjour=
03.	ARM	=bonjour
04.	TIE	↓bonjour↓ je vous appelle parce que je suis avec mon père
05.		là et il a du mal à respirer et euh je sais pas trop quoi
06.		faire en fait euh:

L'échange débute avec une présentation du motif de l'appel sous la forme d'une annonce qui intègre l'identité conversationnelle (L 04) et la mention d'un problème médical qui n'est pas clairement identifié. Il n'y a pas de requête explicite. L'ARM, disposant de bien peu d'informations, déclenche la séquence interrogative avec pour premier objectif d'identifier depuis quand le problème a commencé :

07.	ARM	ça fait combien de temps qu'il est comme ça/
08.	TIE	euh là depuis en fait il s'est fait euh il est parti en
09.	TIE	examen cet après-[midi
10.	PAT	[{(inaud.}]
11.	ARM	[oui
12.	TIE	↑ce matin↑ et euh depuis qu'il est sorti ben il a du mal à
13.		respirer et là il::=
14.	ARM	=>c'était un examen pour q[uoi]qu'il a passé/<
15.	TIE	[il dit]
16.		c'était un examen c'est une fibroscopie ils lui ont&=
17.	ARM	=ouais
18.	TIE	&ils lui ont mis une caméra dans dans à travers les poumons=
19.	ARM	=d'accord okay et euh et après être sorti il avait du mal à
20.		respirer/
21.	TIE	(.)euh ouais après être sorti ouais ouais pas ↑tout de suite
22.		tout de suite↑ mais
23.	ARM	>ouais<

24. TIE mais euh ça commençait à aller moins bien&=
25. ARM =ouais=
26. TIE =&et puis là il peut plus s'allonger il peut plus bouger
27. il::

L'appelant reconstitue alors la trajectoire du patient et de sa souffrance, depuis un examen réalisé dans l'après-midi (L 08-09) jusqu'à son état au moment présent, le *ici et maintenant* (L 12-13 ; Robinson & Heritage, 2005, p. 483). À la ligne 10, nous relevons que le patient s'exprime en arrière-plan (L 10). Le fait que le problème ait commencé après un acte médical est traité immédiatement par l'ARM (L 14) qui poursuit ensuite son enquête en s'enquérant de possibles antécédents :

28. ARM d'accord et il a des problèmes respiratoires connus/
29. TIE euh ↑ouais ↑ il a des problèmes respiratoires déjà >oui oui
30. oui<
31. ARM qu'est-ce qu'il a exactement vous savez/
32. TIE (.) non
33. ARM (.) d'accord [vous]
34. TIE [je ne]sais pas exactement=
35. ARM =il est asthmatique/ [il]
36. TIE ↑[un]emphysème un emphysème↑

Le fils confirme que son père présente « des problèmes respiratoires » antérieurs à la crise actuelle. Son interlocutrice poursuit avec une demande de précisions « qu'est-ce qu'il a exactement vous savez/ » (L 31) à laquelle le fils répond deux fois négativement, il ne détient pas cette information (L 34). L'ARM fait alors une proposition (« =il est asthmatique/ [il » ; L 35) et le fils annonce alors quelle est la condition médicale de son père « ↑[un]emphysème un emphysème↑» (L 36)[186]. On retrouve un phénomène déjà observé lors de l'appel pour la patiente atteinte de diabète chronique : le tiers choisit d'abord de répondre négativement à la question qui lui est posée et c'est la deuxième occurrence de la question (ici une reformulation relevant du diagnostic différentiel) qui permet d'obtenir l'information correcte.

[186] Un emphysème est une maladie pulmonaire. Il s'agit d'une maladie évolutive qui se caractérise par la destruction progressive des alvéoles pulmonaires, petits espaces situés à l'extrémité des bronchioles permettant l'absorption de l'oxygène. Dans l'emphysème, le poumon détruit se distend et augmente de volume ce qui comprime la cage thoracique et les muscles respiratoires, empêchant l'expiration totale de l'air. A terme, sans traitement, l'insuffisance respiratoire s'installe et devient extrêmement invalidante. Source : https://www.chu-toulouse.fr/. Consulté le 17 mai 2022.

Pour obtenir l'information « emphysème » l'ARM a d'abord produit une question polaire (L 28) mais la réponse n'intégrait pas l'attribut-symptôme recherché. Elle a ensuite produit une question ouverte (L 31) dont la réponse (« non » ; L 32) n'intégrait toujours pas la mention de la maladie chronique. Ce n'est qu'à la troisième occurrence de la question que l'appelant produit la réponse recherchée. Cela montre bien que les séquences interrogatives doivent être construites de manière à favoriser l'agentivité du tiers, et cela a été rendu possible en proposant plusieurs formats interrogatifs.

Le processus de reconstruction interactionnelle (*search procedure* ; Sacks, 1992, p. 66) du parcours médical de l'appelant et ses antécédents est d'un intérêt primordial, c'est lui qui permet au répondant d'obtenir les réponses nécessaires à l'établissement du diagnostic. Ici, le caractère progressif de l'enquête et le temps qui y est accordé rendent possible l'émergence de l'information correcte. Si l'ARM était directement passé au thème suivant, l'activité s'en serait trouvée pénalisée, l'emphysème n'aurait pas été identifié. Le caractère configurant des formats interrogatifs est une ressource à disposition des répondants. Si la qualification doit se faire dans un temps le plus court possible, cela montre toute l'importance d'acquérir des compétences sur le type de formats interrogatifs pour parvenir à co-construire et affiner l'enquête médicale.

Alors que la série interrogative se poursuit, un nouveau participant est intégré à l'interaction : le fils va cette fois-ci chercher les réponses directement auprès de son père (L39-40) :

```
37.  ARM       ↑d'accord↑ okay >↑ça lui arrive de temps en temps d'être
38.            comme ça↑<
39.  TIE       (.){ça t'arrive de temps en temps d'être comme ça/ ↓non
40.            c'est rare quand même↓}
41.  ARM       c'est rare
42.  TIE       c'est rare
43.  ARM       c'est déjà arrivé mais c'est rare(.)[d'accord il arrive&
44.  TIE                                          {[>c'est très
45.  ARM       &à parler/]
46.  TIE       rare que ça t'arrive] de d'être comme ça non/}
47.  PAT       {(.)ben ↑oui↑}
48.  TIE       {ben ouais ça t'es arrivé quoi ↑une fois↑/}
49.  PAT       {deux fois une ou deux fois ouais}
50.  TIE       une ou deux fois ça lui est arri[vé]
51.  ARM                                       [une] ou deux fois
```

52. ARM d'accord↓ >↑il a mal quelque part/↑<
53. TIE (.){t'as mal quelques part/}
54. PAT (.){↑non non↑ (.) c'est juste que je suis pas bien=}
55. TIE =non il a il a mal nulle part[c'est juste sa resp=
56. PAT [{inaud}
57. TIE il arrive plus à respirer

La malléabilité du cadre de participation (Goffman, 1987) est ici exploitée par l'appelant et l'ARM pour faire émerger de la connaissance sur le problème médical (Rollet, 2012, p. 91). L'appelant, comme dans les appels observés précédemment, se positionne en destinataire interposé, et constitue le patient en destinataire ratifié de la question de l'assistante de régulation. Celle-ci ne demande pas à lui parler directement.

Nous observons une récurrence dans l'identité conversationnelle de cet appelant. Membre proche de la famille qui, à priori, ne vit pas au domicile du patient (contrairement à un conjoint) : le tiers rencontre des difficultés pour répondre aux séries interrogatives. Comme pour les appels précédents, le dispositif catégoriel « famille proche » fait reposer sur l'appelant des attentes en termes de production informationnelle. Le fils ne peut y répondre sans aller rechercher l'information directement auprès de son père.

La conversation triadique se clôture, l'ARM signifie qu'elle a bien reçu l'information (« d'accord » ; L 58) et produit ensuite une interrogation sur la capacité du patient à s'exprimer :

58. ARM d'accord >il vous parle quand même bien il fait des phrases
59. complètes/<
60. TIE il arrive à me faire des phrases ↓oui↓=
61. ARM =d'accord il est pas obligé de faire une pause entre
62. chaque mot/
63. TIE euh:: il galère un peu quand même
64. ARM il a du mal d'accord vous êtes sur quelle commune/
65. TIE si je vous appelle c'est que je m'inquiète de toute façon
66. un peu quand même euh je suis sur xvillex

En premier lieu, l'appelant s'oriente sans difficulté vers ce nouveau thème, qui n'intègre pas une demande d'accès direct au patient. La formulation en L 65-66 souligne toutefois une légère désaffiliation des participants. Le fils renvoie explicitement à sa capacité d'évaluation de l'état

de santé de son père et à la décision de contacter le SAMU (*pré-séquence* ; Schegloff, 1979, p. 27). Il y a là un phénomène déjà observé précédemment : l'introduction du thème de la capacité à parler met en danger le travail *d'urgentabilité*. Cet appelant n'a pas pour projet interactionnel une qualification par téléphone, mais bien la mise en place d'un cours d'action conduisant à l'envoi d'une équipe de secours. Ne relevant pas ce dernier énoncé, l'ARM déclenche la séquence de collecte des informations primaires qui intègre une question sur l'âge de la victime, une catégorie centrale dans l'activité de qualification de la gravité (certaines catégories pouvant se cumuler et impliquer un cours d'action spécifique) :

67. ARM n.o.m d'accord >et son âge/<
68. TIE (.)euh son âge euh (.) soixante-huit
69. ARM d'accord à part les problèmes respiratoires il a d'autres
70. problèmes de santé ce monsieur/
71. TIE (.)non {[t'as]pas d'autres problèmes de santé/}
72. ARM [non]
73. PAT {non}
74. TIE non
75. ARM d'accord >la fibroscopie c'était pourquoi/< (.) il a pass^
76. [ça]&
77. TIE [euh]
78. ARM &pourquoi/
79. TIE (.) ben par ce que il doit faire des examens complets
80. justement par rapport à l'emphysème pa[r rapport]à tout ça
81. ARM [d'accord]
82. ↑d'accord↑ d'accord très bien >allez j'en parle avec le
83. médecin< ne quittez pas

Après une séquence consacrée à l'historique médicale (L 69-74) et aux causes de la fibroscopie (L 75) l'ARM précise qu'elle va en parler avec le médecin. Notons que cela n'est pas toujours le cas. Dans ce corpus, les ARM annoncent généralement le transfert au médecin sans préciser qu'il sera précédé d'une séquence d'échange entre les deux collègues (cf. *infra* chapitre 3).

En ouverture de la séquence de passation de l'appel, l'ARM reformule le récit de l'appelant sous forme d'un *account* :

84. MR ouais

85. ARM ouais c’est xprénomx à xvillex j’ai un monsieur qui appelle
86. pour son papa soixante-huit ans (.)qui a passé une
87. fibroscopie ↑hier↑ et depuis qu’il a passé sa fibro il
88. a des difficultés à respirer hh c’est un monsieur qui a
89. des:: emphysèmes ↑connus↑ >il a pas de douleur< mais il a
90. du mal à:: il a du mal à:: respirer et puis il est allongé
91. il se lève pas il mange pas=

Nous relevons qu’aucune requête explicite n’est mentionnée et que l’assistante de régulation informe que l’appelant est le fils et non pas la victime. Des attributs-symptômes sont transmis au médecin, mais ils ne sont pas strictement ceux qui ont été produits par l’appelant. L’ARM annonce que le patient est « allongé il se lève pas il mange pas » (L 91-92) alors que le fils a, au contraire, indiqué que son père ne pouvait pas s’allonger (L 26). L’ARM précise que les douleurs ont commencé « depuis qu’il a passé sa fibro » (L 86-87). Enfin, nous observons que le thème de la capacité à s’alimenter n’a pas été abordé entre l’ARM et le fils, pourtant l’ARM annonce qu’il ne « mange pas » (L 92). Ce phénomène d’altération des informations transmises montre bien la complexité du travail des ARM à qui il est demandé de produire, en quelques secondes, une retranscription d’éléments saillants extraits d’une interaction de plusieurs minutes (2 :38 min) dans un contexte d’urgence et de multiactivité.

L’ARM transmet ces attributs-symptômes de mémoire puisqu’ils n’apparaissent pas dans les items reportés sur la fiche médicale du patient :

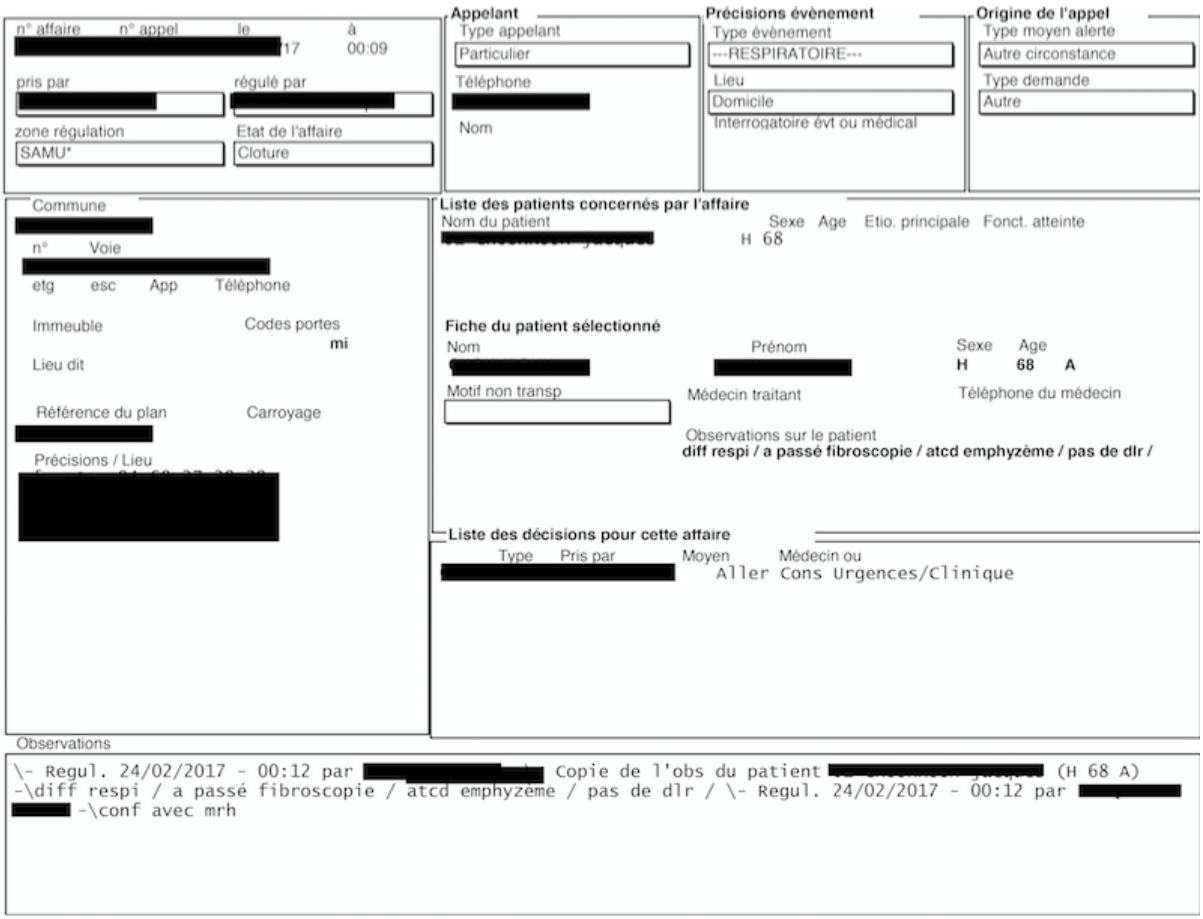


Figure 17 fiche médicale du patient sur le dossier médical de régulation

Le médecin régulateur s'enquiert du lieu où a été réalisée la fibroscopie et l'appel est transféré :

92. MR =où est ce qu'il a fait sa fibro/
93. ARM pardon/
94. MR où est ce qu'il l'a fait [sa fibro/
95. ARM [j'ai pas posé la question
96. MR hum ↑passe-moi le↑
97. ARM ↑oui↑

Après les salutations, l'échange s'ouvre avec une reprise de l'état clinique du patient dans le *ici et maintenant* en l'indexant à son historique médical. Le médecin s'adresse au patient directement :

98. ARM ↑vous êtes avec le médecin↑
99. TIE oui ↑bonjour↑
100. MR bonjour(.)vous avez fait une fibro au: aujourd'hui et là

101. vous avez du mal à respirer/
102. TIE oui c'est ça(.)enfin c'est mon père
103. MR (.)↑hein↑
104. TIE c'est mon père oui oui c'est c'est exactement ça
105. MR vous pourriez me le passer/
106. TIE (.)oui bien sûr je vous le passe (..){c'est le docteur}

Son interlocuteur valide l'assertion du médecin (« oui c'est ça » ; L 102) et précise ensuite qu'il n'est pas le patient, ce qui semble surprendre le médecin (« (.)↑hein↑ » ; L 103) qui s'oriente alors immédiatement vers l'accès direct au patient, auquel le tiers ne s'oppose pas.

Cet appel illustre de nouveau l'importance placée dans l'examen sonore téléphonique lorsque l'appel concerne des difficultés respiratoires. Néanmoins, contrairement aux deux appels précédents, le médecin est le premier répondant à demander à parler au patient. Cela nous permet également de souligner que, dans la profusion informationnelle qui se joue dans les séquences de transfert, certaines informations ne sont pas correctement traitées par les participants. En effet, bien que l'ARM l'ait annoncé lors du transfert, le médecin n'a pas compris que l'appelant était le fils. Cette information n'a pas été renseignée sur la fiche-patient transmise au médecin[187].

Lors de la seconde ouverture d'appel, cette fois-ci entre le patient et le médecin régulateur, ce dernier pose d'abord une question ouverte (alors qu'il avait ouvert avec une formulation mettant en relation les symptômes avec la trajectoire du patient lors de l'ouverture précédente). Ce n'est que dans un second temps qu'il revient à la relation causale entre la fibroscopie et les difficultés respiratoires (L 112) :

107. PAT >allo oui<
108. MR >bonsoir<
109. PAT bonsoir monsieur
110. MR qu'est ce qui se ↓passe alors↓
111. PAT ben j'ai du mal ↑à respirer↑ c'est tout hum
112. MR ∇ouais ouais∇ (0.2) et c'est c'est après la fibro/ (0.3)
113. c'e[st après/
114. PAT [euh: ↑non↑ j'avais un peu avant quand même

[187] Le transfert d'informations s'appuie sur deux canaux (oralité et logiciel de régulation médicale) les ARM accomplissent un double travail de sélection des éléments les plus pertinents.

115. MR hum hum
116. PAT (.)et >disons que la fibro n'a rien arrangé< hein
117. MR (.) vous:: ouais ouais mais ce n'était pas fait pour ça la::
118. (.) mh ↑qui c'est qui l'a faite cette fibro↑/
119. PAT (.)le docteur xnomx
120. MR c'est à la clinique xnomx ça/
121. PAT (.)c'est à la à la clinique ↑xnomx↑
122. MR ah ↑xnomx↑ euh faudra y reconsulter monsieur pour voir ce
123. que c'est cette histoire ↓celle de↓ de:: (.) de::=
124. PAT =>attendez attendez< je n'ai pas compris ce que vous m'avez
125. dit=
126. MR =↑faudrait aller consulter↑ (.) à xcliniquex pour voir ce
127. que c'est cette histoire de: dyspnée

Cette seconde ouverture est orientée vers l'activité de diagnostic médical, à la ligne 110 la question « qu'est ce qui se ↓passe alors↓ » est en adéquation avec les objectifs de l'institution (et son *fingerprint* ; Drew & Heritage, 1992a, p. 26). Ce format de question d'ouverture a des conséquences sur la progressivité de l'appel. Il se distingue de formats qui peuvent être produits dans d'autres types d'interactions institutionnelles avec des ouvertures du type « que puis-je faire pour vous ? » orientées vers la délivrance d'une réponse à une demande de service.

Ligne 111, lorsque le patient formule la raison de son appel, celle-ci est initiée par le marqueur discursif « ben » projetant déjà un enchainement conclusif, (Morel & Danon-Boileau, 1998, Chap. 7) ce qui est ensuite renforcé par le marqueur conclusif « c'est tout ». Ce format rend perceptible son attente d'une réponse orientée vers l'action (le déclenchement des secours dans un délai court) et non pas vers l'explicitation de son état de santé. Pour le patient, le fait de faire état de difficultés respiratoires devrait rendre immédiatement pertinent l'envoi de secours. Le médecin est, quant à lui, strictement dirigé vers la qualification des difficultés respiratoires et notamment sur le thème de la difficulté respiratoire comme conséquence de la fibroscopie. Alors qu'il interroge le patient pour vérifier si les difficultés ont bien commencé après l'examen médical de l'après-midi, comme le lui a indiqué l'ARM (« et c'est c'est après la fibro/ (0.3) c'e[st après/ » L 112-113) le patient apporte une information différente de celle produite par le fils (L 12 et L 21) : elles ont débuté un peu avant (L 114).

Cette collecte d'informations en vue d'un diagnostic se déploie sur un format en trois tours :

la question du médecin conduit le patient à produire une modification temporelle qui est traitée par l'item « hum hum » (L 115). Il s'agit là d'une formulation qui est certes un marqueur d'écoute signalant que le tour précédant a bien été entendu, mais elle ne montre pas suffisamment ce que le médecin fait de la réponse (ten Have, 1991). Elle est, de surcroit, suivie d'un silence. Ce traitement « silencieux » de la réponse accomplit l'asymétrie interactionnelle et implique le risque que la décision soit produite malgré un manque de connaissance ou de prise en compte des éléments pertinents dans l'orientation du patient vers le problème. Le médecin est engagé dans une activité décisionnelle solitaire, à laquelle son interlocuteur n'est pas vraiment invité à participer. Il incombe alors au patient de fournir des efforts supplémentaires pour faire exister son point de vue. Cela l'amène ici à préciser : « (.)et >disons que la fibro n'a rien arrangé< hein » (L 116) marquant qu'il accepte de rejoindre le médecin sur le thème de la fibroscopie sans pour autant renoncer à rendre visible l'antériorité des difficultés respiratoires.

Le tour suivant du régulateur débute par une forme en construction (« vous: ») immédiatement abandonnée pour laisser place à un commentaire (prononcé à un rythme plus rapide) sur la fibroscopie : « (.)vous:: >ouais ouais mais ce n'était pas fait pour ça< » (L 117). Un énoncé qui souligne une évidence très probablement partagée par le patient et dont la trajectoire médicale a dû impliquer de comprendre qu'une fibroscopie est un examen à visée diagnostique et non pas curative. On relève également que le médecin ne rend visible aucune évaluation sur la capacité à s'exprimer du patient. À partir de la ligne 122, le régulateur montre qu'il a opéré une qualification en « patient non urgent » (en continuité avec la qualification déjà amorcée par l'ARM). La qualification demeure toutefois implicite, elle n'est rendue visible que dans l'annonce d'une décision médicale : le patient doit retourner à la clinique « faudra y reconsulter » (L 122). Au tour suivant, le patient manifeste que le tour précédent pourrait être problématique en interrompant son interlocuteur pour signaler qu'il n'a pas compris (L 125). L'annonce de la décision est alors complétée aux lignes 126-127 « =↑faudrait aller consulter↑ (.) à xcliniquex pour voir ce que c'est cette histoire de: dyspnée ».

Si la décision médicale a été accomplie, les attribut-symptômes y renvoyant ne semblent pas avoir été préalablement co-produits : l'assemblage de « cette histoire de: » avec l'item « dyspnée » ne renvoie pas à un élément produit précédemment. En effet, « dyspnée » est un nouveau terme dans cette interaction. Bien qu'étant une reformulation des difficultés respiratoires en des termes médicaux, elle a le potentiel de résulter en une perturbation, car

elle est formulée en fin de tour et non explicitée. Nous pouvons y voir deux explications : soit le patient est considéré comme un profane de sa condition et le médecin choisit de qualifier son état clinique sans s'engager dans un travail pour garantir sa co-orientation ou alors il est considéré comme expert, puisqu'il a un emphysème pulmonaire (L 36) et ce terme médical ne lui serait donc pas inconnu.

Le patient signale immédiatement et de manière très explicite, que la décision du médecin ne correspond pas à la requête initiale (« non mais attendez hein moi je vous appelle pas pour aller voir euh » L 128-129). La décision est jugée non-préférentielle. Une séquence conflictuelle se met alors en place :

128. PAT (.)non mais attendez hein moi je vous appelle pas pour aller
129. voir euh::
130. MR ben monsieur qu'est-ce que vous voulez que je vous fasse au
131. téléphone/
132. PAT ben vous vous vous pouvez [vous vous m'envoyez
133. MR [vous avez une dyspnée monsieur
134. PAT ↑vous m'Δenvoyez une ambulanceΔ ↑simple ↑c'est ça que je
135. veux moi↑
136. MR pour aller où/
137. PAT ben pour aller ↑n'importe où↑ n'importe quelle ↑clinique↑
138. je m'en fous moi (.) ce que je v[eux c'est d'avoir un
139. MR [(inaud.)]
140. PAT j'ai besoin ↑d'oxygène↑(.) [j'ai besoin ↑d'oxygène↑
141. MR [(inaud.)]
142. mais monsieur là vous parlez bien euh j'imagi:ne que: vous:=
143. PAT =↑mais je suis à bout de souffle↑
144. MR ben vous criez vous vous ↑vous parlez bien là↑
145. PAT (.) oh ↓ça y est je suis tombé encore sur un abruti↓
146. MR mais comment faut faire [monsieur]
147. TIE [monsieur] il a du mal à respirer

Que nous montre cette séquence de désaccord ? Tout d'abord, que le patient contacte le SAMU car celui-ci est en mesure d'activer un cours d'action qui n'est pas à la portée du simple usager : obtenir un transport médicalisé (et c'est là une mise en visibilité de son processus d'auto-détermination ; cf. *infra* chapitre 5). Le SAMU est ainsi considéré comme une plateforme rendant possible le déclenchement d'un véhicule de secours, il est envisagé depuis la dimension

relation de service[188].

Ensuite, cette séquence montre que la place séquentielle du diagnostic, mais plus largement son *packaging* (ten Have, 1999, p. 106), c'est-à-dire ici la forme choisie pour produire l'action décisionnelle, semble être un frein à l'interprétation par le patient. La décision du médecin n'est, dès lors, pas jugée comme appropriée par ce que i) elle n'est pas alignée (Stivers, 2008b) avec la requête implicite ii) elle n'est pas indexée clairement à l'avis produit par le médecin sur l'état de maladie du patient. Pour le médecin, l'énoncé confirmant le nom de la clinique est traité comme une action projetant la suite de la décision. Pour le patient, l'absence d'assertion évaluative du type « ce que vous avez c'est une dyspnée » en relation avec la décision médicale semble problématique.

Les segments d'interaction suivants traduisent bien comment l'instauration progressive d'un climat d'hostilité trouve sa source dans le fait que la requête, n'ayant pas été clairement formulée, n'a pas été traitée. Le patient met finalement en évidence que son appel est strictement motivé par son souhait qu'un véhicule de secours soit envoyé à son domicile. Il n'est pas engagé dans un travail *d'urgentabilité* de sa demande. En L 130-131, la première partie de paire « ben monsieur qu'est-ce que vous voulez que je vous fasse au téléphone /» rend compte d'une progression vers un état partagé d'hostilité. Pour le médecin, son interlocuteur n'est pas en situation d'urgence vitale immédiate.

Nous connaissons l'importance de l'examen sonore du patient. Nous sommes donc en mesure de déduire que le processus de qualification a été accompli par une évaluation positive de la capacité du patient à s'exprimer et que c'est l'accès direct à la victime qui a permis de discerner le caractère non vital de la demande. L'examen séquentiel a toutefois montré que ce processus décisionnel n'est pas visible pour l'appelant : aucun diagnostic médical n'est venu inférer son propre diagnostic, celui qu'il a co-construit avec son fils. Ainsi, de son point de vue, la décision du médecin est envisagée depuis sa relation négative à la demande de faire venir un véhicule. La désaffiliation est bien visible dans la deuxième partie de paire : le patient répond de manière frontale à la question et signifie que le médecin se montre incapable d'accomplir une activité pourtant « simple », puisqu'il s'agit « juste » d'envoyer une ambulance (L 134-135 ; ↑vous

[188] Ce que Whalen et al. (1992, p.160) identifient comme des requêtes de type 1 qui sont formulées dans le cadre d'un service de type 2.

m'Δenvoyez une ambulanceΔ ↑simple ↑c'est ça que je veux moi↑, prononcé avec des intonations montantes traduisant l'accélération du conflit). En d'autres termes, l'activité que le patient projette sur le SAMU n'est pas médicale mais purement de réponse aux demandes médicales. Il rend là visible sa connaissance erronée de l'institution.

Le chevauchement aux lignes 132-133 empêche le patient d'entendre la seconde formulation du diagnostic, qui est cette fois-ci produite avec un énoncé dénominatif du type « vous avez X ». Les conséquences de ce chevauchement sont visibles dans la reprise du tour de parole du patient, le volume de parole augmente, l'intonation est montante : il ne fait pas de doute que l'instauration de l'hostilité se poursuit. La réaction teintée d'ironie du médecin à la ligne 136 (« pour aller ou/ ») est à rapprocher des situations où le conflit supplante le projet interactionnel initial (Whalen, Zimmerman, et al., 1992) ; *losing the big picture ;* Garcia, 2015). Des situations où l'expression ouverte de sentiments de colère ou de panique fait obstacle à la transmission de l'information et nuit à l'évaluation des besoins de l'appelant (Fele, 2006a).

Les chevauchements s'intensifiant, les tours de parole suivants sont continuellement interrompus. Aux lignes 138 – 139 le père entame une réponse à la question du médecin : « ben pour aller ↑n'importe où↑ n'importe quelle ↑clinique↑ je m'en fous moi (.) ce que je v[eux c'est d'avoir [un ». Survient un chevauchement dont le contenu nous est inaudible est à la reprise de son tour le père intensifie sa demande : « j'ai besoin ↑d'oxygène↑ (.) [j'ai besoin ↑d'oxygène↑ » (L 140). En annonçant avoir besoin d'oxygène (avec une répétition et de nouvelles intonations montantes), le patient propose de requalifier sa demande en urgence vitale.

Dans le tour suivant du médecin (L 142), la conjonction « mais » introduit une remise en cause du tour de son interlocuteur « là vous parlez bien », formulation interprétée par le patient comme une réfutation de la véracité de ses difficultés respiratoires. Dans cette séquence, comme dans les deux appels vus précédemment, les participants s'engagent dans une négociation de ce qui constitue ou pas (i) un état respiratoire critique et (ii) une élocution suffisamment altérée pour justifier un cours d'action urgent (L 143-145).

Le point de vue du patient sur sa propre condition, qui est forcément légitime car lui seul en fait l'expérience corporelle, se trouve pouvoir être remis en cause par l'évaluation du médecin. Ce dernier annonce que si le patient crie (en réalité on observe seulement une intonation

montante et non pas une augmentation du volume), c'est qu'il n'est pas en détresse vitale. Le point de vue du médecin, bien qu'également légitime, car reposant sur un savoir médical et sur l'expérience éprouvée de ce type de situation, n'est pas reconnu par le patient et la communication est proche de la rupture. Le conflit supplante définitivement l'activité de régulation, lorsque le patient insulte son interlocuteur et que le fils est réintégré à l'interaction (L 147).

Le fils montre un instant une persistance de son affiliation avec son père, alors qu'il tente une nouvelle fois de convaincre le médecin. Ce dernier est, quant à lui, focalisé sur l'insulte dont il a été l'objet lors du dernier tour de parole du patient (lequel continue d'exprimer son mécontentement en arrière-plan) et monopolise la parole pour produire une narration des évènements (L 151-162) :

148.	MR	non mais non moi je veux bien me faire traiter d'abruti
149.		mais je veux monsieur devant euh: euh:
150.	PAT	{ciao (inaud.)}
151.	MR	euh: allez ↑non mais votre papa↑ a eu une fibro là il est
152.		en train de s'énerver quelqu'un qui est en dyspnée il
153.		est ↑pas↑ euh: en train de crier comme ça d'accord/ euh
154.		maintenant votre papa veut une ambulance ↑j'entends↑ mais
155.		euh: mais euh on: ↑n'est pas↑ dans une société où je veux je
156.		souhaite je désire et j'exige, on est dans une société
157.		construite à l'heure ↑actuelle↑ où le patient ↑appelle↑ et
158.		il y a un centre de régulation qui ↑régule↑ (.) ↑c'est pas
159.		moi qui fait la loi↑ donc: dans l'immédiat et sauf euh
160.		aggravation de l'état ↑du patient↑ je:: ↑vous conseille↑ de
161.		vous diriger sur la clinique xnomx là ou a était faite ↑la
162.		fibro↑
163.	TIE	(.)↑là tout de suite d'accord okay↑=

Le médecin s'est engagé dans une séquence à visée à la fois argumentative, d'éducation de l'appelant et d'expression d'un mécontentement généralisé vis-à-vis d'un certain type d'usage du SAMU consistant à « exiger » de l'institution qu'elle envoie une ambulance. La première partie du tour est orientée vers la situation locale (la situation médicale du père) avec un modèle syntaxique (*si on fait X, on est pas Y* ; Baldauf-Quilliatre, 2014, para. 23). Il se place ensuite au niveau global, avec généralisation par contraste reposant sur une structure binaire afin de rappeler que le système ne fonctionne pas de telle manière (« on: ↑n'est pas↑ dans une société

où je veux je souhaite je désire et j'exige » L 156) mais de telle manière (« le patient ↑appelle↑ et il y a un centre de régulation qui ↑régule↑ (.) ». La formule (Krieg-Planque, 2009) « on: ↑n'est pas↑ dans une société où je veux je souhaite je désire et j'exige » est aphorisante : le médecin partage des normes institutionnelles afin de souligner qu'elles aussi sont une norme de conduite pour les usagers. Le topos de la vie en société a pour fonction de rappeler la dimension morale de l'activité dans laquelle les appelants se sont engagés. Elle implique de respecter certaines règles. Cette remarque se place au-delà des évènements interactionnels qui viennent de survenir, en témoigne le changement de personne (de « il » vers « on » *; op.cit*). En fin de tour, le médecin reformule sa décision en conseillant de retourner sur le lieu où la fibroscopie a été réalisée, et le fils montre à la ligne 163 qu'il accepte la décision.

Le médecin poursuit alors l'activité de conseil médical et dans le même tour il revient à l'attitude du patient et à la remise en cause des difficultés respiratoires (L 164 – 169) :

```
164.MR     =voilà euh maintenant si votre papa venait à s'aggraver dans
165.       la dyspnée mais là visiblement il: s'est énervé après moi
166.       donc ↑il n'est pas si dyspnéique que ça↑ mais je voudrais
167.       qu'on mette un coup de ↑stéto↑ pour voir ce qu'il y a
168.       derrière quoi (.)c'est tout (.)mais c'est pas ce n'est pas
169.       la peine de s'énerver après moi faut voilà [vous avez le&
170.TIE                                               [donc donc donc
171.MR     &droit mais bon
172.TIE    <((rire léger))(.) non mais okay donc> là je l'amène à xcliniquex
173.       pour qu'il fasse euh=
174.MR     =↑>ben pour qu'il mette un coup de stéto↑ qu'un médecin
175.       l'examine quoi<
176.TIE    ↑qu'un médecin l'examine↑=
```

Les propos du médecin font écho aux travaux de Danet (2008, p. 74) qui, dans son étude socio-historique de la médecine urgente française suggère qu'il est particulièrement difficile pour les médecins urgentistes de comprendre « les débordements » des « patients demandeurs de soins ». L'auteur observe qu'en réaction, « les urgentistes peuvent être envahis, à leur insu, par des mécanismes psychologiques qui les empêchent d'envisager l'attitude du patient comme un élément intégré à une crise globale, antérieure à l'expérience médicale immédiate. »[189].

[189] En fait, une des difficultés majeures qu'affrontent les praticiens de l'urgence réside dans le fait que contrairement à leurs collègues médecins hospitaliers de spécialité, les urgentistes sont immergés dans la détresse immédiatement vécue par leurs patients (Danet, p. 2008).

À la ligne 170, un chevauchement survient lorsque le fils tente d'interrompre son interlocuteur. Les trois occurrences de la conjonction « donc » semble indiquer qu'il tente de clôturer le thème de l'attitude de son père et de réorienter l'agenda vers la suite des actions à accomplir pour soigner son père. Au lieu pertinent de transition, le tiers marque qu'il accepte non seulement la décision du régulateur mais également son point de vue sur l'attitude du père : une affiliation marquée par un rire et la répétition de la décision médicale. La paire adjacente suivante est d'ailleurs co-construite (*collaborative sentence* ; Sacks, 1992 ; Sacks et al., 1974). Le fils initie un tour en annonçant « je l'amène à xcliniquex pour qu'il fasse euh= » et c'est le médecin qui en anticipe une complétion possible avec « =↑>ben pour qu'il mette un coup de stéto↑ qu'un médecin l'examine quoi< ». Le fils répète ensuite cette dernière partie de tour.
Le régulateur introduit alors un nouveau thème (L 177-186) : s'ils vont consulter un médecin par leurs propres moyens, cela sera rapide (« dix minutes ») alors qu'en ambulance « y'en a pour ↑une heure et demie deux heures↑ » :

177.	MR	=voilà vous vous habitez où↑
178.	TIE	à xvillex
179.	MED	ben ↑vous êtes pas loin↑ de xcliniquex quoi ↑voilà quoi↑
180.		enfin vous êtes plus rapide en a (inaud.)si si si votre papa
181.		s'aggrave pas (.) s'il s'aggrave c'est autre chose ↑vous nous
182.		rappelez↑ (.)°je verrais les moyens que j'utiliserais° mais
183.		si votre papa ↑s'aggrave pas↑ >vous prenez la voiture vous
184.		l'amenez à xcliniquex vous êtes en dix minutes à xcliniquex<
185.		l'ambulance y'en a pour ↑une heure et demie deux heures↑
186.	TIE	(.) ben euh (.) >okay d'accord<

Ce nouveau thème affine la qualification. Il s'agit d'un besoin de « soins urgents » pour lequel un trajet avec la famille est jugé adapté. Le médecin rend toutefois toujours manifeste que la séquence avec le père a constitué une atteinte vers laquelle il est toujours orienté :

187.	MED	↑okay c'est peut-être pas l'heure↑ de vous expliquer comment
188.		fonctionne la santé et le système d'↑urgences en france↑
189.	TIE	mais non [non non] non
190.	MED	[mais il] y a un moment donné se faire traiter
191.		d'abruti à minuit ce (.) ça des limites quoi ↑voilà↑=
192.	TIE	=ha ha
193.	MR	okay/
194.	TIE	donc >ouais ouais< non mais d'accord je=

Alors qu'il revient une nouvelle fois sur l'insulte, le fils produit un rire marquant son approbation (*acknowledgment token* ; Jefferson, 1985) mais réoriente toutefois l'échange vers la décision et rappelle qu'ils l'ont bien acceptée :

195. MR =alors ↑monsieur abruti↑ je veux bien mais abruti tout court
196. TIE ha ha
197. MR okay/=
198. TIE =c'est sûr bon merci hein la meilleure démarche à suivre
199. c'est d'aller là-bas d'accord=
200. MR =ben oui oui c'est la je veux dire faut retourner entre
201. guillemets au service ↑après-vente↑ mais il n'était pas
202. dyspnéique avant la fibro il le devient euh: on retourne là
203. où: il a été suivi quoi (..)
204. PAT {(inaud.)}
205. MR okay/=
206. TIE =d'accord merci monsieur au revoir
207. MR merci
208. PAT {↑mais non↑}

Nous relevons que dans son tour conclusif, le médecin déclare : « il n'était pas dyspnéique[190] avant la fibro il le devient » (L 201-202) alors que le père avait rectifié cette assertion dès l'ouverture de son échange avec le médecin en précisant alors : « [euh: ↑non↑ j'avais un peu avant quand même » (L 114).

Alors que l'appel se termine dans une orientation partagée entre le fils et le médecin, le patient exprime son mécontentement en arrière-plan, d'abord sur un segment inaudible puis avec l'expression nette de son opposition (« {↑mais non↑} » ; L 208). Ainsi malgré la co-orientation finale du tiers et du médecin, le patient demeure insatisfait du traitement de son problème médical.

Nous retrouvons une situation comparable à l'appel analysé précédemment : un alignement du tiers et du médecin, ils partagent désormais un même point de vue (*stance ;* Stivers, 2008) sur la situation médicale et produisent les salutations et remerciements prototypiques de clôture de l'appel. Une position interactionnelle qui n'est pas partagée avec le patient : celui-ci exprime

[190] De nouveau, le choix du terme médical « dyspnéique » sans explicitation pourrait être questionné étant donné que l'appelant n'est pas membre du corps médical il n'a pas forcément connaissance de ce terme.

son opposition en arrière-plan mais l'appel se termine tout de même.

À l'aune de cette clôture d'appel nous rappelons les éléments que l'examen séquentiel de cet appel a permis de relever :

- la présentation de la requête n'a pas eu lieu sous la forme de l'annonce d'une requête précise mais par la description d'un problème médical « vague » caractérisé par les énoncés « je ne sais pas quoi faire » et « il a du mal à respirer » qui a rendu pertinent pour le SAMU d'enclencher une activité de conseil médical ;

- le déploiement interactionnel n'a en fait pas permis aux appelants d'exprimer explicitement leur requête (l'envoi d'un véhicule) et *de facto,* une perturbation dissimulée est apparue ;

- la formulation explicite de la requête véritable ne survient qu'à une position séquentielle très tardive, après la décision et le diagnostic du médecin ;

- le médecin s'oriente presque exclusivement vers l'information « douleur survenue après une fibroscopie » et ne semble pas traiter de manière optimale la correction du patient lorsque celui-ci affirme que les douleurs ont commencé avant la fibroscopie ;

- la décision médicale peine à être co-construite. L'activité décisionnelle n'est pas explicitée au fur et à mesure du déroulé de l'appel et n'intègre pas un rappel de la prise en compte du diagnostic profane des appelants (difficultés respiratoires urgentes) ;

- le médecin annonce d'abord la décision (retourner à la clinique) et ensuite seulement le diagnostic (dyspnée).

4. Quand le conflit retarde l'identification de l'urgence

Dans les trois appels que nous venons d'examiner, l'appelant téléphone pour son parent. Afin de compléter et conclure l'examen de séquences de désaccord, nous analysons un dernier appel, dans lequel le requérant est cette fois-ci un époux. Examinons tout d'abord l'ouverture de cette communication, qui survient à 1h10 du matin :

C15HN_A_20 je peux pas parler

01. ARM ↑oui le samu↑
02. TIE ah j'ai j'ai j'ai ma femme la qui est très mal ↑hein↑ je
03. suis deux (.)lotissement xnomx à xvillex=

La forme exclamative « ah » en début du premier tour de l'appelant est une possible marque d'un soulagement que l'appel soit décroché. La suite de ce tour est une tentative de *pack complet* (motif + lieu) qui va s'avérer toutefois trop imprécise pour fonctionner de manière optimale (*poor place formulation* ; Kevoe-Feldman et al., 2022, p. 94). L'ARM cherche donc en premier lieu à obtenir des précisions sur la localisation :

04. ARM =xvillex
05. TIE deux lotissement xnomx xvillex
06. ARM c'est une maison un appartement/
07. TIE un a ↑une maison↑ oui
08. ARM c'est la la la rue des xnomx/
09. TIE (.) je vous dit ↑deux lotissement↑ [xnomx xnomx
10. ARM [alors la rue
11. ↑comment elle s'appelle la rue↑ monsieur il me faut le
12. nom de la rue
13. PAT ((cris de la patiente en arrière-plan)
14. TIE c'est c'est un c'est: xnomx [c'est la le ↑un&
15. ARM [mh oui mais le lotissement
16. y'a bien une rue pour arriver au lotissement monsieur il&
17. TIE &lotissement↑
18. ARM &me faut le nom de [la rue
19. TIE [ben ben ça
20. s'appelle comme ça s'appelle comme ça madame

21. ARM est-ce que c’est la rue des tuileries ou pas/
22. PAT ((gémissement de la patiente dans le fond))
23. TIE ↑oui oui↑ ça
24. ARM (.)c'est aussi la rue des tuileries c'est pareil/
25. PAT ((gémissement de la patiente)
26. TIE ben le le le ↑Δun lotissementΔ ah↑ quand même
27. ARM monsieur [Δun lotissement c’est un ensembleΔ
28. TIE [et alors ma femme elle est très mal très mal
29. hein
30. ARM ΔmonsieurΔ=
31. TIE =oui
32. ARM je pourrais pas envoyer les secours si je n'ai pas
33. l'adresse pour arriver au lotissement xnomx qui est un
34. groupe de maison est-ce que y'a un nom de rue/
35. TIE (.)c'est euh: c'est au début du ↑lotissement↑ c’est juste
36. ↑à l'entrée↑ du lotissement

Cette séquence de localisation (qui dure 1 : 04 min) est intéressante tout d’abord parce qu’elle illustre bien la manière dont un manque technologique impacte l’appel (cf. *supra* chapitre 3). L’appelant, qui est ici l’unique possesseur du savoir géographique, estime que les éléments transmis sont suffisants. Le fait que l’ARM exprime leur incomplétude instaure dès le début de l’appel un climat proche de l’hostilité. Les marques prosodiques de l’exaspération de l’appelant surviennent très tôt dans cet appel (L 09 ; L 14 ; L 19-20 ; L 23 ; L 26) : de fréquentes intonations montantes, des chevauchements et des enchainements rapides. Les ressources grammaticales marquent l’exaspération de l’appelant (« je vous dit » ; L 09 ; « ah↑ quand même » ; L 26) malgré les tentatives de l’ARM de maintenir l’appel dans les objectifs institutionnels (« il me faut » ; L 11 ; « oui mais » ; L 15) et d’obtenir une coopération satisfaisante de son interlocuteur.

Celui-ci est le premier à hausser le ton (« ↑Δun lotissementΔ » ; L 26) et l’ARM ne tarde pas à faire de même (« ΔmonsieurΔ ; L 30) alors qu’elle tente de réorienter son interlocuteur sur l’activité de localisation. En effet, la place séquentielle de la répétition du motif de l’appel (« et alors ma femme elle est très mal très mal » ; L 28) atteste que l’époux n’est pas aligné (Stivers, 2008b) avec l’activité que tente de déployer son interlocutrice. Cela rend pertinent pour l’ARM de rappeler le cadre organisationnel de l’institution : il n’est pas possible d’envoyer des secours si l’adresse n’est pas correctement renseignée dans le logiciel (L 32-33). Ce tour de l’ARM montre qu’elle a bien identifié la requête implicite des appelants et elle semble à priori s’orienter

vers une réponse favorable à la requête. Dans le cours de cette séquence de localisation, nous entendons par deux fois la victime gémir et crier en arrière-plan (L 13 et L 25). L'ARM poursuit la collecte des informations primaires :

37.	ARM	donnez-moi le nom de votre épouse monsieur xnomx
38.	TIE	xnomx
39.	ARM	comment/
40.	TIE	↑xN.O.M.x↑
41.	ARM	elle a quel âge/
42.	TIE	↑quatre-vingt-un an↑
43.	PAT	((on entend la patiente se plaindre en arrière-plan))
44.	TIE	elle s'étouffe elle s'étouffe
45.	ARM	son prénom/
46.	TIE	xprénomx=
47.	ARM	=elle a des problèmes de santé des antécédents/
48.	TIE	↑mais oui↑ mais oui elle a du diabète aussi
49.	ARM	sous insuline/
50.	PAT	((on entend des cris de la patiente))
51.	TIE	↑mais oui↑
52.	PAT	((on entend des cris de la patiente qui semblent
53.		s'intensifier))

Les participants peinent à s'entendre. Alors que l'ARM lui demande de répéter le nom de famille de son épouse, l'appelant hausse nettement le ton pour l'épeler (L 40). Nous pouvons entendre la patiente se plaindre en arrière-plan et cela semble avoir pour effet un nouveau désalignement du tiers vis-à-vis de l'activité que déploie l'ARM. En annonçant que sa femme s'étouffe, le locuteur semble en effet réagir aux plaintes que celle-ci lui adresse. L'époux, contrairement à l'ARM, est engagé dans deux interactions simultanées. Son attitude est donc orientée à la fois vers sa femme et vers le SAMU. Il s'agit là d'une situation de porte-parolat, que nous avons décrite précédemment, engageant le tiers à rapporter vers sa première interlocutrice ce que l'autre interlocutrice a dit. La plupart des appels étant le fait de tiers, nous pouvons donc en déduire qu'il s'agit d'une situation routinière pour le SAMU. L'examen prosodique suggère également que l'appelant serait un homme d'un certain âge, ce que semble confirmer la réponse à la question de l'ARM sur l'âge de son épouse (L 42).

Ce qui apparaît dans cet extrait, c'est que l'ARM ne réagit qu'aux énoncés qui sont conformes au déploiement thématique qu'elle tente de maintenir. Lorsque l'appelant annonce « elle

s'étouffe elle s'étouffe » (L 44) l'opératrice du SAMU ne marque pas sa réception de cette information nouvelle et se contente de demander le prénom de la victime, c'est-à-dire de poursuivre la séquence de prise des informations primaires. Lorsque celle-ci est accomplie, l'ARM ne rend pas explicite si le thème des antécédents médicaux (L 47) a pour lien de référence le thème de la difficulté respiratoire qu'a proposé le mari, ou si elle suit la structure prototypique de la régulation qui impliquerait de collecter des informations sur les antécédents médicaux avant de demander à l'appelant de décrire la situation.

En effet, à ce stade de l'appel, il n'a pas encore été proposé à l'appelant de présenter le *ici et maintenant* de sa femme. Si l'agentivité accordée au tiers, porte-parole de la victime, nous semble faible, l'époux ne semble pas non plus tout à fait disposé à s'engager dans l'activité de collecte de l'historique médical que déploie son interlocutrice. De fait, son annonce du diabète est initiée par de nouvelles marques de son impatience (« ↑mais oui↑») rendant explicite qu'il ne reconnaît pas la pertinence de la série interrogatoire.

Dans le même temps, les cris et gémissements de son épouse s'intensifient. L'expression de l'exaspération de l'appelant, et les cris en arrière-plan signalent des probables perturbations interactionnelles à venir (phase A du *trouble talk* ; Jefferson et al., 1988) et un risque de rupture communicationnelle. Pourtant, l'ARM semble être strictement orientée vers le contrôle du déploiement thématique. Aucun de ses énoncés ne sont reconnaissables comme des tentatives d'apaisements (pour rassurer l'appelant, rendre visible qu'elle a bien compris l'urgence ressentie et qu'elle la prend en compte, ou encore signaler qu'elle entend les cris en arrière-plan).

Lors de la séquence de localisation l'ARM a expliqué les raisons pratiques du contrôle thématique (L 32-33). Or, cette nouvelle séquence semble elle aussi être incomprise de l'appelant. De plus, l'ARM n'informe pas l'appelant de son traitement des informations collectées, ni pour les informations qu'il produit spontanément (L 44) ni pour celles qu'elle a obtenues en réponse à une question (L 48-54). En d'autres termes, l'ARM n'intègre pas son interlocuteur dans son travail de qualification de la demande, ni pour le co-construire avec lui, ni pour lui permettre de comprendre la décision à venir. Au tour suivant, l'ARM introduit le thème du passage de l'appel à la victime sous forme d'une interrogation :

54.	ARM	est-ce que elle peut me parler au téléphone/
55.	TIE	non non elle (peut,veut) pas elle=
56.	ARM	↑vous me la passez au téléphone↑[que je l'entende respire
57.	TIE	{[tu veux parler/
58.	ARM	monsieur
59.	PAT	((on entend des cris de la patiente))
60.	ARM	non c'est pas si elle veut ↑c'est il faut me la passer
61.		monsieur↑

Avant de poser la question à son épouse, le mari répond négativement à la requête de l'ARM. Celle-ci reformule la demande en la complétant cette fois-ci d'une explication ([demande du passage du téléphone] + [objectif médical de cette demande]). Le mari pose alors la question à sa femme en lui laissant le choix (« tu veux parler/ » ; L 57) mais celle-ci semble dans l'incapacité de produire autre chose que des cris de douleurs.

Le ton employé par l'ARM a pour objectif de convaincre l'appelant, elle marque son autorité avec une injonction marquée par une intonation montante (« ↑vous me la passez au téléphone↑ ») ne laissant pas l'opportunité au mari de refuser. Alors que celui-ci laisse, quant à lui, le choix à son épouse de décliner, l'ARM précise à la ligne 60 que la décision ne revient pas à la patiente (« ↑non c'est pas si elle veut c'est il faut me la passer↑ »).

Cet échange pose la question du consentement des patients dans l'accomplissement de l'examen sonore téléphonique. L'assistante de régulation, qui n'est pas personnel médical, exige un accès direct à la patiente. Le consentement médical devant être toujours « libre et éclairé », il ne peut être obtenu sous la contrainte[191]. Cela nous semble pouvoir s'appliquer tout autant à l'examen clinique en cabinet, et donc à la manipulation à visée diagnostique, qu'à l'examen médical auditif. Il semble qu'il serait bénéfique que soient clairement posées les conditions d'accomplissement de cette pratique et particulièrement comment obtenir le consentement des patients et comment faire face à un refus.

Autre remarque, le traitement de la requête des appelants (l'envoi d'une équipe de secours) n'est plus abordé ici. Cela signifie qu'à ce stade, l'assistante de régulation n'a pas traité l'annonce de difficultés respiratoires comme rendant nécessaire un départ réflexe (c'est-à-dire

[191] Article 36 du code de déontologie médicale (article R.4127-36 du code de la santé publique).

l’envoi d’une équipe de secours déclenchée immédiatement par l’ARM avant le transfert au médecin régulateur).

La patiente prend toutefois le combiné et annonce immédiatement, avec des difficultés d’élocution, qu’elle ne peut pas parler (L 62) :

```
62.   PAT        <((avec une élocution altérée))je peux pas parler>
63.   ARM        ↑mais si vous pouvez parler [vous me parlez madame↑
64.   PAT                                    [ah: ah:
65.   ARM        ↑allo↑=
66.   TIE         =elle peut elle [peut pas parler
67.   ARM                       [↑mais je viens de l'entendre↑ je viens
68.              de l'entendre me parler monsieur(.)c'est important
69.              qu'elle parle le médecin pour adapter les secours il faut
70.              [qu'il l'entende
71.   TIE        [oui je sais bien comment ça marche ma pauvre]=
72.   ARM        =alors passez la moi au téléphone s'il vous plait
```

Alors que la victime indique qu’elle ne peut pas parler (L 62), on retrouve une séquence déjà observée précédemment : une activité de négociation définitionnelle sur le fait de pouvoir s’exprimer (« ↑mais si vous pouvez parler [vous me parlez madame↑ » ; L 63). La patiente oralise de nouveau sa douleur (L 64) ce qui a pour conséquence la reprise du combiné.

Le mari répète qu’elle n’est pas en mesure de s’exprimer. S’ensuit alors un nouveau tour de parole de l’ARM visant à démontrer que la victime est en mesure de s’exprimer (« [↑mais je viens de l'entendre↑ je viens de l'entendre me parler monsieur (.) » ; L 67-68). Elle complète cette affirmation par une explication des raisons sous-jacentes à sa demande (« c'est important qu'elle parle le médecin pour adapter les secours il faut [qu'il l'entende] L 68- 70).

En réaction, l’appelant lui signifie qu’il n’est pas tout à fait profane des protocoles au SAMU (« [oui je sais bien comment ça marche ma pauvre]=» ; L 71). Il passe toutefois de nouveau le téléphone à son épouse :

```
73.  PAT          {(inaud.)
74.  TIE          (inaud.}
75.  PAT          <((en gémissant))↑ah madame↑>
76.  TIE          ↑oui↑(.)qu'est-ce qu’il [se passe/
```

77. PAT [je peux pas parler
78. ARM mais ↑si vous pouvez parler comment ça c'est arrivé↑ (.)
79. allo/
80. TIE oui

Cette séquence d'interaction témoigne de nouveau de l'intensité des difficultés que rencontre la patiente. Son énoncé « ↑ah madame↑> » est produit dans un gémissement et a pour fonction d'appeler à l'aide. L'ARM choisit de lui adresser une question ouverte : « qu'est-ce qu'il [se passe/ » (L 76).

Encore une fois, à la victime qui ne parvient pas à énoncer autre chose que son incapacité à s'exprimer, l'ARM répond en lui affirmant qu'elle peut parler (L 78) et enchaine ensuite avec une nouvelle question ouverte. Néanmoins, l'époux interrompt l'échange et reprend le combiné (L 80). L'ARM ne manifeste pas de reproches et lui adresse les questions médicales pour établir un diagnostic (L 81), cherchant notamment à identifier la position de la victime[192] :

81. ARM bon elle était allongée elle dormait/ qu'est-ce qu'il
82. s'est passé/
83. TIE ↑elle est dans un fauteuil↑ là pour l'instant elle peut
84. pas rester couchée elle peut pas
85. ((bruit en arrière-plan))
86. ARM (.) et hormis le diabète et qu'est-ce qu'il y a d'autre/
87. TIE (.){qu'est-ce que c'est que tu as} c'est le diabète
88. PAT {(inaud.)}
89. TIE c'est tout ça suffit pas assez/
90. PAT {(inaud.)}
91. ARM (0 .3)↑allez on va voir le médecin monsieur↑

L'assistante de régulation mentionne le thème du diabète (L 86) pour introduire une question sur d'éventuels autres problèmes médicaux. L'époux, s'adresse à la victime dans la première partie de son tour pour reporter sur elle la question mais, dans la suite de son tour, il marque qu'il ne parvient pas à s'aligner avec l'activité d'enquête médicale. La question « c'est le diabète c'est tout ça suffit pas assez/ » (L 87-89) souligne l'asymétrie des points de vue (*stance ;* Stivers, 2008). Pour l'appelant, l'urgence de la situation ne fait pas de doute. Son projet

[192] Comme dans l'appel précédent, le tiers fait état de difficultés rencontrées par la victime pour être dans une position spécifique.

interactionnel n'est pas la qualification du problème médical de son épouse. C'est pourquoi il ne reconnait pas la pertinence de questions que lui adresse son interlocutrice. La patiente semble s'exprimer en arrière-plan mais cet énoncé nous est inaudible (L 90). L'ARM annonce alors : « ↑allez on va voir le médecin monsieur↑ » sur un ton qui semble indiquer que l'état d'agacement est partagé.

Après 2 minutes 09 d'attente, l'ARM présente la situation au médecin régulateur :

92. MR allo/
93. ARM oui euh c'est à xvillex un monsieur qui appelle pour son
94. épouse quatre-vingt-un an il dit qu'elle s'étouffe moi je
95. demande à lui parler elle ma je l'ai entendu parler euh
96. elle tousse et en effet elle dit qu'elle s'étouffe mais
97. j'ai pas réussi à évaluer euh une urgence euh:
98. respiratoire mais c'est une communication assez difficile
99. avec cette famille

La locutrice présente le cadre participationnel en veillant à rendre saillants l'âge de la victime et les identités conversationnelles. Elle introduit ensuite le problème médical tel qu'il a été décrit par l'appelant, c'est-à-dire sous forme de propos rapportés et non pas d'une évaluation médicale (« il dit qu'elle s'étouffe » L 94). Toutefois, l'ARM atténue immédiatement les propos de l'appelant en signalant qu'elle entendu la victime « parler » (L 95) et qu'« elle tousse » (L 96) et qu'« elle dit qu'elle s'étouffe » (L 96).

L'ARM précise ensuite ne pas avoir été en mesure de qualifier la patiente en urgence respiratoire et conclut en annonçant « c'est une communication assez difficile avec cette famille. » (L 98-99). Le médecin lui demande alors pourquoi (L 100) :

100. MR pourquoi/
101. ARM euh ben par ce que il veut pas répondre aux questions il
102. s'énerve euh: il veut pas me passer son épouse euh par ce
103. que ah >il dit qu'elle veut pas parler mais je dis mais
104. moi je veux l'entendre< enfin c'est :h assez compliqué :h
105. >après quand je demande les antécédents< il me dit euh
106. >elle a du diabète<

La réponse de l'ARM, qui doit en un temps court rapporter le plus fidèlement possible des éléments collectés difficilement, comporte un élément qui n'est pas correct. En effet, lorsqu'elle annonce « il veut pas me passer son épouse » (L 102), cette affirmation manque de préciser qu'il a certes marqué sa résistance à passer le combiné à son épouse, mais qu'il a toutefois passé l'appel deux fois. L'ARM a donc pu avoir brièvement la femme au téléphone, mais celle-ci s'exprimant avec difficultés, cela a conduit à chaque fois le tiers à interrompre l'échange.

Autre élément qui nous semble être omis : le fait que l'on puisse entendre, tout au long de l'appel, des cris et gémissements de la victime. Alors que le médecin demande à parler à la victime (« tu me la passes= » ; L 109), l'ARM précise que c'est le mari qu'il va avoir en ligne car « il veut pas passer le téléphone< à sa femme ↓alors↓ » (L 110-111) :

107. MR (.)(d'acc)=
108. ARM et euh voilà j'arrive pas à savoir ce qu'il se(inaud.)
109. MR tu me la passes=
110. ARM je te passe le >ça doit être le mari encore par ce qu'il
111. veut pas passer le téléphone< à sa femme ↓alors↓

Avant que l'ARM n'annonce le transfert (sur un ton plutôt agacé), on entend le mari s'adresser à sa femme :

112. TIE {j'appelle xprénom.de.sa.femmex }
113. ARM <((sur un ton agacé)) ↑vous avez le médecin en ligne
114. monsieur↑>

L'appel est transféré, le médecin s'auto-identifie et demande à parler à la victime (L 119). Se met alors en place une séquence de négociation sur l'examen sonore téléphonique :

115. MR allo/=
116. TIE =oui ↑docteur↑
117. MR oui le médecin du samu
118. TIE ↓oui↓
119. MR euh: vous pouvez me passer votre femme s'il vous plait/
120. TIE je ↑elle elle s'étouffe↑ elle est entrain de tousser
121. tousser comme une (.) une ↓pauvre↓
122. MR et oui mais moi pour l'examiner ↑j'ai que le téléphone hein↑
123. TIE alors ben ↑on va l'examiner au téléphone hein↑ qu'est-ce que

124. c'est ce travail/
125. MR eh: eh oui moi je moi moi je suis médecin régulateur je peux
126. l'examiner qu'au téléphone c'est en fonction de ce que je vais
127. comprendre que=
128. TIE =ben ↑elle peut pas vous répondre ma(mon) pauvre↑ monsieur
129. MR ↑mais donnez-lui le téléphone↑ elle va essayer de me parler

Il y a là une désaffiliation majeure : pour l'époux, le fait que le SAMU insiste pour accomplir un examen téléphonique avec sa femme est problématique. En se positionnant de manière critique envers l'activité d'examen au téléphone (L 123-124), il marque que cela ne répond pas à ses attentes. Pour son interlocuteur, il s'agit de l'unique possibilité d'action pour qualifier l'état de santé et prendre une décision. Il tente d'expliquer cela à l'appelant (L 125-127).

Le médecin, quant à lui, n'a pas assisté aux échanges avec l'ARM. Étant donné que sa collègue lui a indiqué que le mari refuse de passer l'appel, il ignore qu'un examen téléphonique a déjà eu lieu (ou tout du moins a été amorcé). L'appelante a en effet été brièvement en ligne deux fois avec l'ARM (elle a alors d'abord dit « < ((en gémissant))↑ah madame↑> » ; L 60 puis à la reprise de son tour « je peux pas parler » ; L 62).

Pour l'appelant, ces demandes répétées de passer le combiné à sa femme traduisent la stagnation dans le traitement de l'appel. Cela revient à devoir « revivre » l'interaction précédente, comme si celle-ci n'avait, en quelque sorte, servi à rien. En outre, il estime que cette demande est vaine étant donné que sa femme ne peut pas parler (L 128). Alors que le médecin insiste (L 129), le tiers annonce qu'il cherche de l'aide par un autre moyen (« je suis en train d'appeler sa fille » ; L 130) et marque clairement que la situation est à la fois éprouvante et incompréhensible de son point de vue (« oh là là (0.3) mais c'est pas possible ça » ; L 130-131) :

130. TIE je suis en train d'appeler sa fille oh là là (0.3) mais
131. c'est pas possible ça
132. MR ↑mais passez lui le téléphone↑ elle va essayer de me
133. parler je vais comprendre ce qu'il se passe (0.8)
134. ((échanges hors combiné inaudibles))
135. MR allo/
136. TIE <((sur un ton agacé))↑oui oui oui je suis là je suis là↑>
137. MR mais passez lui le téléphone
138. TIE je lui passe (0.3) ah là là (0.4){tiens eh il veut te il veut le
139. le docteur veut te parler je sais pas moi si tu peux lui parler où

140. tu es/
141. PAT (inaud.)(0.3)
142. TIE ↑il insiste pour te parler↑ moi je sais pas moi}

Le médecin a insisté (L 132-133), ce qui a pour conséquence de faire infléchir l'appelant. Il fait savoir à son épouse que le médecin persiste à vouloir lui parler. L'appelant cherche d'abord son épouse dans la maison (« où tu es/ » ; L 139-140) sa position a donc changé. Elle est ensuite finalement en ligne avec le médecin :

143. PAT <((avec une élocution altérée))↑je peux pas parler↑> (0.2)↑ah↑
144. ah monsieur vite
145. MR d'a:ccord ah ↑allo↑ madame/
146. PAT <((s'exprime avec difficultés))↑ah là↑ je peux pas parler>
147. MR qu'est-ce qu'il se passe/ depuis comb&=
148. PAT =↑je peux pas respirer↑
149. MR &vous êtes
150. PAT ↑ah↑
151. MR vous êtes assise/ ↓ou vous êtes couchée↓/
152. PAT ↑ah↑(inaud.) ↑venez↑
153. MR alors=
154. PAT =↑venez↑
155. ME repassez moi votre mari/
156. PAT ↑ah↑
157. ((on entend le médecin demander à ses collègues d'envoyer une
158. équipe de secours))

Le premier tour de cet échange médecin/patiente est similaire à celui avec l'ARM. Il est marqué par les mêmes difficultés d'énonciation, des cris de douleurs et un appel à l'aide autour d'un terme d'adresse (L143-144). La patiente annonce de nouveau ne pas pouvoir parler (L 146). En réaction, le praticien amorce une série interrogative avec une double orientation dans son tour : d'abord une question ouverte, suivie d'une question fermée sur l'inscription temporelle de la douleur (L 147). Il s'interrompt et son interlocutrice enchaine immédiatement pour signifier qu'elle ne peut pas respirer (L 148). Dans la suite de l'échange, elle n'est clairement pas alignée avec l'activité du médecin. Celui-ci pose des questions médicales et la patiente appelle à l'aide (« ↑venez↑ » ; L 152 ; L 154). Ces derniers tours rendent pertinent pour le

médecin de demander à s'adresser de nouveau au mari, d'envoyer une équipe sur place et l'appel se conclut[193].

La fiche de régulation médicale de la patiente nous éclaire sur la suite de sa trajectoire médicale :

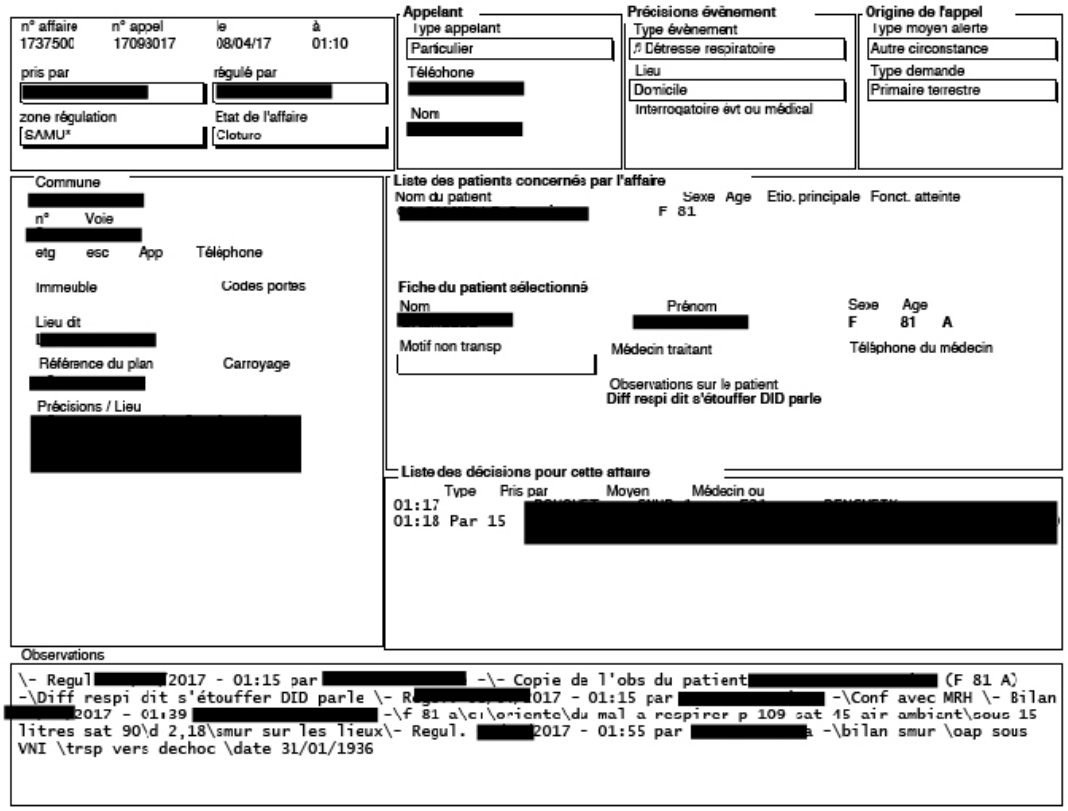


Figure 18 fiche patient du dossier de régulation médicale

[193] En fait, c'est l'enregistrement dont nous disposons qui se termine.

Pour en faciliter la lecture, nous reproduisons les items qui y sont inscrits dans ce tableau en traduisant les abréviations et en explicitant certains termes médicaux spécialisés[194] :

Prise de l'appel → 01h15
Saisie informatique par ARM → difficultés respiratoires et sensation d'étouffement sur femme 81ans diabétique insulino dépendante (DID) / parle / conflit avec médecin régulateur hospitalier
Arrivée des premiers secours sur les lieux → 01h39
Bilan des premiers secours → femme de 81ans orientée[195] . Difficultés respiratoires importantes (45% de saturation en oxygène à l'air ambiant sans O2, la norme étant de 98/100% et 109 de pouls. La patiente est mise à 15 litres d'O2 (ce qui est le maximum) et remonte à 90% de saturation en oxygène. Prise du dextro : 2,18 (un résultat qui n'est pas anormal pour une patiente diabétique insulino dépendante)
Arrivée du SMUR
Bilan du SMUR → 01h55 la victime est un train de faire un OAP (Œdèmes Aiguë des Poumons) ce qui signifie que ses poumons sont inondés par le sang, ce qui a pour conséquence une sensation de noyade et d'étouffement.
Soins prodigués → La patiente est mise sous VNI (Ventilation Non Invasive)[196].
Trajectoire de soins de la patiente → Le médecin du SMUR demande une évacuation vers le déchoquage des urgences (réservé aux cas les plus graves)

L'examen séquentiel de cet appel permet de formuler plusieurs observations. Tout d'abord une perspective propre à cet appel :

- l'appelant-tiers est orienté vers la requête d'un SMUR, mais cela reste implicite. Les indices interactionnels sur la nature de sa requête sont toutefois nombreux ;

- les procédures orientées vers l'urgentabilité de la demande sont peu nombreuses.

[194] Nous remercions Paul Robert, régulateur de transport sanitaire pour son aide dans l'interprétation de cette fiche du dossier de régulation médicale.
[195] À l'inverse de « désorienté » ce qui signifie absence de problème neurologique.
[196] La ventilation non invasive (VNI) consiste à délivrer de l'air pressurisé grâce à un respirateur.

L’appelant ne pose aucune question visant à faire évaluer la situation médicale de sa femme et ne s’aligne pas avec les activités que tentent de déployer ses interlocuteurs.

D’autres phénomènes observés dans cet appel avaient déjà été mis à jour dans l’examen des appels précédents :

- le fait de contacter d’abord le 18 ou l’introduction immédiate de la localisation avant de présenter la raison de l’appel sont des formes de requête implicites ;

- le tiers ainsi que la victime ne reconnaissent pas la pertinence de l’examen médical téléphonique ;

- le transfert du point de vue de l’ARM (*stance ;* Stivers, 2008) influence le format d’ouverture de l’appel par le médecin ;

- la séquence de transfert comprend des erreurs, omissions ou malentendus et cela a des conséquences sur l’interaction médecin-patient ;

- il y a un manque de progression de la demande : le médecin s’engage dans une activité dont il ignore qu’elle a déjà eu lieu avec l’ARM.

Ce sont ces évènements interactionnels qui, en s’accumulant, favorisent l’émergence d’un climat délétère.

Bilan

Les quatre appels examinés ont un cadre participationnel comparable : un tiers est le porte-parole de la douleur et de la demande d'un proche qui est à ses côtés. Le désir d'une résolution immédiate peut s'expliquer par le sentiment de responsabilité en jeu dans l'aide à une personne tierce en demande de soins (Booker et al., 2018). Lors de ces appels, les tiers s'engagent dans une interaction visant à convaincre le SAMU d'une demande dont ils ne sont que le porte-parole, tout en étant responsables, d'une certaine manière, par le devoir d'aide qu'implique leur relation au patient (Sacks, 1992a, vol. 1).

Ces appelants ont en commun de ne pas être en demande d'une évaluation de l'état de santé. Cela ne signifie pas nécessairement qu'ils ont établi un diagnostic profane, mais plutôt qu'ils ont qualifié la situation en « urgence » nécessitant l'intervention immédiate des secours. Ainsi, la requête n'est pas de l'ordre de la consultation médicale mais de l'envoi d'une équipe de secours, ce qui demeure généralement implicite. L'analyse d'appels dans leur intégralité (depuis le décroché de l'ARM jusqu'à la fin de la communication avec le médecin) permet de comprendre comment des séquences d'opposition se déploient dans le cours de l'appel, et particulièrement quand, malgré la décision de l'institution de sélectionner la voie des demandes de soins non programmés, l'appelant demeure convaincu que la légitimité de sa demande n'a pas été reconnue. Ces désaccords résultent de projets interactionnels différents des participants. Lorsque l'appelant est strictement orienté vers la qualification en urgent il apparaît que la série interrogative peine à être co-construite tant que la requête n'a pas été satisfaite. Les informations fournies sont trop imprécises ou incomplètes et l'appelant ne s'aligne pas avec les activités que déploie son interlocuteur.

Nous avons également révélé de quelle manière l'accès direct au patient est négocié pour évaluer les difficultés respiratoires. Si cela rend visible une procédure médicale tangible du SAMU (*breathing assesment* ; Haouzi et al., 2010 ; Moutounaïck et al., 2018 ; Riou et al., 2018), nous observons que cette demande peut être interprétée par les appelants comme une remise en cause de leur capacité à juger avec discernement de l'état respiratoire (de leur proche ou d'eux-mêmes) et être la source de conflits. L'introduction du thème de l'accès direct à la victime ou de la capacité à parler crée des perturbations, se mettent alors en place des négociations définitionnelles qui accentuent les perturbations. Lorsque l'appelant est

strictement orienté vers l'incapacité de son proche à s'exprimer au téléphone, le fait de « forcer » cette procédure a des conséquences négatives. Un phénomène déjà observé par Whalen et Zimmerman (1998b) examinant la manière dont une opératrice des urgences (qui est infirmière) insiste pour parler directement avec le patient, bien que deux interlocuteurs tiers lui aient assuré qu'il n'était pas en mesure de s'exprimer. Dans le corpus d'appels au SAMU, le thème de l'examen sonore semble d'autant plus problématique dans les situations où, malgré des capacités respiratoires amoindries, le patient est tout de même en capacité de répondre aux questions ou de dire « je ne peux pas parler ».

Si la requête d'accès direct à la victime provoque des perturbations dans les appels examinés, elle correspond pourtant à une activité déterminante en régulation, envisagée à ce jour comme le moyen le plus efficace pour qualifier l'état respiratoire des patients. Par l'écoute de la respiration, l'appel au SAMU se rapproche d'un examen médical en pouvant solliciter -à défaut du lien visuel et de la manipulation- le lien auditif. Parler au patient est essentiel pour qualifier le degré d'urgence. C'est pourquoi les membres du SAMU demandent presque systématiquement à lui parler directement. Chercher à avoir la victime au téléphone apparait comme une procédure typique en régulation médicale, au même titre par exemple que le guidage à distance pour la réalisation des gestes d'urgence par l'ARM. Dans le guide des recommandations de bonnes pratiques publié par la Haute autorité de Santé (HAS) le guidage par téléphone des gestes d'urgence est mentionné dans les missions de ARM[197]. Il est aussi intégré au référentiel de certification. En revanche, l'examen téléphonique de l'état respiratoire du patient n'est pas explicitement mentionné dans la section « recueil des informations permettant l'identification de la situation, la qualification du niveau d'urgence et l'orientation de l'appel ». Le corpus l'atteste, l'accès direct au patient pour évaluer son état respiratoire est envisagé comme un examen médical rendant possible la qualification. Cette activité est partagée entre les médecins et les ARM. Or, les ARM, qui sont assimilés au corps des assistants médico-administratifs, portent la revendication d'être catégorisés comme personnel soignant[198]. Le travail de définition de la profession des ARM pourrait s'appuyer sur la question de l'examen médical téléphonique.

---

[197] Accessible sur le site www.has-sante.fr. Consulté le 15 mai 2022

[198] Les représentants syndicaux portent la demande de leur inscription en personnel soignant. Dans le compte rendu des échanges menés en avril 2022 entre l'Association Française des Assistants de Régulation Médicale (AFARM) et la Direction générale de l'Offre de soins (DGOS) rendu public via Twitter il est écrit « concernant notre demande en catégorie soignante, une expertise plus approfondie peut être faite, mais se pose toujours le problème des ARM qui ne font pas de « prise en charge physique », « pas de soins sur les patients ».

Il a été révélé que l'introduction du thème du médecin traitant peut être interprétée à tort par l'appelant comme rendant visible une décision. L'introduction de ce thème gagnerait à être accompagnée d'un travail de médiation, particulièrement lorsque les appelants sont orientés vers la qualification en urgence vitale (ce qui est notamment rendu visible par leur sélection d'attributs-symptômes).

L'analyse développée ici a mis en lumière le détail des séquences et des tours de parole de différentes procédures, en les mettant en relation avec l'étude d'activités, comme la définition, la sélection d'un temps verbal ou d'un terme médical spécialisé (« dextro » ; « elle se présente comment cliniquement ? ; « dyspnéique »). Cela révèle les liens entre problématiques sémantiques et conversationnelles. Les travaux sur les langages opératifs (Falzon, 1991, p. 1) démontrent à ce titre l'utilité d'un langage utilisant une sémantique restreinte, avec peu d'ambiguïtés lexicales qui nous semble être tout à fait approprié aux « dialogues expert/non expert » dans les appels au SAMU. Il est apparu que l'introduction de certains topiques (médecin traitant ; examen sonore téléphonique) peut être problématique. Si Greco (2002 ; 2004) puis Rollet (2012) dans leurs travaux sur les appels au SAMU, s'accordent sur le fait que les participants ne sont pas tant orientés sur des topiques mais plutôt sur des traits ou des attributs, il nous semble que dans les séquences de désaccord que nous examinons il s'agisse bien de discuter d'un topique (*doing topical talk* ; Sacks, 1992, I, 762).

Lorsqu'un malentendu n'est pas détecté par les participants, il n'est potentiellement pas corrigé (Jefferson, 1974). Nous avons examiné comment des malentendus sont produits, en identifiant leurs sources et en montrant de quelle manière ils prennent parfois la forme de perturbations dissimulées (*hidden reparable ;* Garcia, 2013, p. 92) dont les conséquences peuvent se déployer au-delà des séquences conversationnelles en cours et peuvent être « transférées » d'un agent de santé à l'autre. Ces malentendus ou erreurs (la famille ne sait pas faire le dextro ; le mari a refusé de passer l'appel ; la satisfaction de la demande demeure mal comprise par l'appelante ; l'historique médical transmis au médecin comporte des imprécisions) ont parfois des conséquences majeures sur la suite de l'interaction. Se forment alors des trajectoires interactionnelles caractérisées par une tension entre l'activité principale attendue et le traitement des perturbations (Bonu, 2008).

Notre démarche analytique implique de ne pas dresser de constats qui sous-entendraient une quelconque systématicité dans les pratiques de régulation que nous venons de décrire. Nous ne

pourrions estimer la fréquence de telle ou telle procédure ou phénomène interactionnel et là n'est pas notre objet. Nous rappelons que ces quatre appels ont été sélectionnés par les assistants de régulation eux-mêmes, sur la notion de l'échec, de conflit relationnel : ils sont donc à envisager comme des interactions « exceptionnelles », qui sont mises ici à profit pour enrichir notre connaissance procédurale des conversations au SAMU. En étudiant ces appels complexes il nous semble qu'ils répondent d'un degré plus faible de coopération que les appels pour des urgences vitales évidentes. Ils sont plus propices aux situations de conflit, se déroulent dans un huis clos et leur traitement ne dépasse pas le binôme ARM / Médecin régulateur.

L'examen d'une série d'appels pour des affaires distinctes où sont observés plusieurs mêmes phénomènes, permet d'en dégager les conséquences interactionnelles et d'engager une réflexion sur une protocolisation plus forte de certaines procédures communicationnelles. Il apparait notamment pertinent de distinguer le motif de l'appel (par exemple : une difficulté à respirer ; une douleur localisée) et la requête de l'appel (par exemple : l'envoi d'un véhicule médicalisé ; obtenir un conseil médical). Ce fragment d'une interaction issue de l'enquête au SAMU 42 et déjà examinée au chapitre 3 montre comment la distinction entre motif et requête peut être produite par l'ARM :

C15HN_B_8 on compte sur vous

```
01.  ARM    d'accord ↑et pourquoi vous voulez faire ça madame xnomx/↑
02.  PAT    parce que je veux mourir=
03.  ARM    =vous voulez mourir >d'accord< ↑et pourquoi vous m'appelez là
04.         alors↑ ↓du coup↓/ (0.5)
05.  PAT    parce que y'a du sang partout mais ça coule plus
06.  ARM    ↑y'a du sang partout et ça coule plus↑ (0.3) ↑d'a:ccord↑
07.         (.) bon (.) ↑allez↑ je vais vous passer le médecin quittez
```

Le motif d'appel est identifié (« par ce que je veux mourir » L 02), toutefois la raison de l'appel semble incomplète du point de vue de l'ARM étant donné qu'elle interroge la patiente sur la requête « ↑et pourquoi vous m'appelez là alors↑ ↓du coup↓/ » (L03-04).

Cette distinction entend appuyer que si le motif est généralement toujours explicite, bien qu'il puisse être introduit avec des termes « vagues » ou difficilement connotables médicalement, la requête peut être plus implicite. Le motif et la requête constituent la raison de l'appel. Identifier la requête véritable de l'appelant favorise le bon déroulé de la régulation, notamment lorsque

la demande n’est pas une urgence vitale évidente. Si le SAMU n’a pas compris quelles sont les véritables attentes de l’appelant, des perturbations interactionnelles peuvent survenir.

Enfin, l’analyse séquentielle a permis de rendre visible le processus d’auto-détermination des appelants, c’est-à-dire les évènements antérieurs à l’appel qui les ont conduits à contacter le SAMU, et à les mettre en relation avec la manière dont s’est déroulé l’appel. C’est à ces processus d’auto-détermination que nous nous intéressons désormais, particulièrement dans des situations relevant plus des demandes de soins non programmés (soin urgent ; urgence ressentie) que de l’urgence vitale nécessitant un départ reflexe.

Chapitre 5 :
Du processus d'autodétermination aux positions interactionnelles

Préambule

Lors des appels au SAMU, les requérants construisent leurs descriptions, et font reposer leurs décisions sur une urgence ressentie, tandis que l'institution s'oriente d'abord vers la qualification en termes médicalement connotables. Lorsqu'il s'agit d'une situation vitale évidente, le diagnostic n'est généralement pas l'objet de résistances ou de négociations. L'appelant souhaite qu'une assistance immédiate soit apportée, c'est-à-dire que des secours soient envoyés, et l'organisation du SAMU rend possible le déclenchement du SMUR avant le passage de l'appel au médecin régulateur. Les appelants parviennent dans ce cas à convaincre de la légitimité de leur demande relativement vite. Par ailleurs, certains motifs d'appels ne renvoient pas à la qualification en urgence vitale mais ne font toutefois pas non plus l'objet de négociations. Ils peuvent être envisagés comme renvoyant de manière évidente vers les soins non programmés : c'est le cas par exemple de la « douleur dentaire » ou de la « douleur musculaire ». Pour le SAMU, l'expression de ces douleurs est entendue comme devant conduire à des soins urgents mais ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers des urgences.

Nous proposons d'examiner des appels qui se situent à une frontière hybride entre les motifs nécessitant une intervention urgente et ceux demandant un simple conseil médical. La littérature explorant les frontières entre les motifs d'appels *appropri*és et ceux qui ne les sont *pas* demeure à ce stade peu développée. La méthodologie y est généralement inversée c'est-à-dire que l'étude part des bilans ambulanciers qui déclarent si leur intervention était injustifiée pour quantifier et expliciter ce type de situations. Booker et al. (2015, p. 9) posent plusieurs problèmes d'ordre méthodologique dans le traitement de ce sujet :

> L'hétérogénéité des systèmes ambulanciers déployés dans le monde implique que la dimension appropriée puisse être évaluée dans une variété de perspectives sociales et cliniques apportant des résultats différents (…). Toutefois, la difficulté à déterminer la dimension « appropriée » souligne les effets aggravants d'un concept si sensible à la singularité des situations et qui varie selon le contexte international et les limites méthodologiques

> des études qui rendent floues les notions de « non nécessaire » et « susceptible de relever de la médecine générale[199]. »

La dimension hétérogène concerne aussi le territoire national français. En effet, les choix organisationnels relèvent de volontés propres à chaque SAMU (cf. *supra* chapitre 3 et *infra* annexes) et la régulation des demandes de soins non programmés ne reposent pas sur des protocoles médicaux officiels[200]. Cela a pour conséquence de complexifier la description des pratiques de régulation au SAMU.

En règle générale, la présentation d'un problème n'évoquant pas l'urgence vitale rend pertinent pour le SAMU de prodiguer un simple conseil médical et non pas de s'engager dans une séquence pour convaincre l'appelant que son problème ne relève pas de l'urgence vitale. Cela implique que le requérant, lors de sa demande initiale, ne souhaite manifestement pas d'intervention d'un SMUR. Nous savons que cela n'est pas toujours le cas.

Notre objectif est de révéler les processus d'autodétermination des usagers et de les mettre en perspective avec des formes de construction de la raison de l'appel ainsi que des procédures conversationnelles déployées au cours de l'échange. Par processus d'autodétermination, nous désignons les attentes consolidées des appelants. Elles sont le résultat conjugué d'évènements médicaux antérieurs à l'appel, de *l'ici et maintenant* de leur situation. Ce processus d'autodétermination se traduit en projections d'actions lors de l'interaction avec le SAMU.

Il repose sur l'établissement d'une *confiance pratique* (González-Martínez & Mlynář, 2019) entre les interactants. Le professionnel du SAMU suit généralement des agencements standardisés d'actions tels qu'établis au préalable par l'institution[201] et les actions de l'appelant

---

[199] N.d.T : « *The difficulty in determining 'appropriateness' highlights the compounding effect of a concept that is situation sensitive and varies across international contexts, and the methodological limitations of studies that blur the notions of 'unnecessary' and 'primary care sensitive.* »

[200] Il y a toutefois un guide des bonnes pratiques intitulé « Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale » et publié en 2011 par la Haute Autorité de Santé. Ce guide est consultable à l'adresse suivante : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1061039/fr/modalites-de-prise-en-charge-d-un-appel-de-demande-de-soins-non-programmes-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale. Il aborde la réponse aux demandes de soins non programmés du point de vue des modalités de prise en charge de ce type de demandes et non pas dans le détail des protocoles à suivre pour chaque motif médical de la même manière que pour la prise en charge de l'urgence vitale venant distinguer les actions à accomplir selon qu'il s'agisse par exemple d'une personne inconsciente ou d'une personne se plaignant d'une douleur abdominale. Depuis le printemps 2022, un groupe de travail interprofessionnel se consacre à la question de l'orientation des patients pour soins urgents : le GRAPSU (Groupe de Réflexion pour l'Amélioration des Parcours de Soins Urgents).

[201] Nous avons toutefois vu au chapitre 3 que ces activités routinières sont continuellement renouvelées dans le

sont déterminées par son processus d'autodétermination. Ainsi, l'activité de régulation implique un ordonnancement des intérêts mutuels qui permet à cette co*nfiance pratique* d'être produite séquentiellement, de manière ordonnée et intelligible dans le cours de l'action, pour tous les participants. Il s'agit alors de mettre à jour la complexité de la relation entre ce processus d'autodétermination, la demande formulée interactionnellement et le fonctionnement de l'organisation d'aide. Dans cet objectif, nous exploitons dorénavant le corpus constitué au SAMU de Saint-Étienne dont nous avons détaillé les conditions de constitution dans le chapitre consacré à la méthodologie[202].

1. Motivations implicites et structuration du diagnostic

Ce chapitre examine d'abord une situation où l'appelant est orienté vers la qualification de son appel en non urgent alors que le SAMU détermine qu'il s'agit d'un problème qui doit être traité en tant que soin urgent. Dans cet appel, l'auto-diagnostic du père (et de la mère qui s'exprime en arrière-plan) est visible dès son tour de présentation de l'appel (L 02 -06) et donne à voir un faible degré de ressenti de l'urgence (*low entitlement* ; Curl, Drew, 2008 ; *lower-acuity situations* ; Booker et al. 2018 ; Bolaños-Carpio, 2020) :

CH15HN_B_24 je pense c'est vraiment pas une urgence

```
01. ARM     samu bonjour/
02. TIE     oui bonjour xnomx je je je voulais savoir s'il fallait que
03.         j'appelle un médecin de garde :h par ce que j'ai un truc
04.         >je pense c'est vraiment pas une urgence< mais j^voulais
05.         valider euh j'ai ma fille qui est tombée qui a fait une
06.         chute de vélo=
07. ARM     =mh
```

La requête du père est double : il s'agit de (i) faire confirmer ou infirmer sa qualification en non urgent (ii) de recevoir un conseil médical (doit-il appeler un médecin de garde ?). Son tour de présentation de la raison de l'appel renvoi sans équivoque vers une urgentabilité faible. L'énoncé « je je je voulais savoir s'il fallait que j'appelle un médecin de garde :h » (L 02-03) traduit tout d'abord l'incertitude du locuteur. Il y a une hésitation, le pronom « je »est d'abord répété trois fois et la demande est formulée à l'imparfait (« je voulais »), temps qui marque la

cours des interactions notamment pour s'adapter aux contingences matérielles.
[202] Sauf mentionné.

demande polie et l'éventualité d'un besoin plutôt que la nécessité avec l'emploi d'une forme au présent.

La requête concerne un médecin de garde, l'appelant inscrit donc la demande dans la médecine générale. Il emploie le terme « truc » (L 03) et non « problème ». Le choix de ce nom abstrait décrivant un fait quelconque et sans trop d'importance explicite immédiatement son point de vue. Il a pré-qualifié en non urgent (« je pense c'est vraiment pas une urgence< » L 04). Il s'agirait simplement de « valider » (L 05) son diagnostic profane.

L'ARM s'engage alors dans la collecte des informations primaires (âge, sexe, localisation) puis dans l'activité de diagnostic différentiel (non retranscrite ici, de la ligne 07 à la ligne 54) lui permettant d'obtenir des informations déterminantes telles que la petite fille était casquée, elle est âgée de cinq ans et ne présente ni lésions ou hématomes.

Dans cet échange, le père signifie par deux fois à l'ARM qu'il ignore si la petite fille a perdu connaissance et que cela l'inquiète « un tout petit peu ». L'ARM annonce ensuite qu'elle va passer l'appel à un médecin généraliste (l'appel est reçu un samedi à 16h26). Pendant le temps d'attente, le thème de la perte de connaissance est discuté entre les deux parents, le père semble agacé de ne pas obtenir d'informations précises de la part de sa compagne :

54. TIE {mais est-ce qu'elle a perdu connaissance ou pas/}
55. TIE {douleur mais douleur ou/(..) mais douleur ou/(..) ↑mais
56. où↑/(inaud.)}

Le médecin décroche l'appel avec une salutation suivie d'une auto-identification (« >le médecin régulateur du quinze< » ; L 59) et s'engage dans le processus de reconstruction interactionnelle (*search procedure* ; Sacks 1992, p.66) visant à vérifier les informations transmises par sa collègue ARM et à les compléter :

57. MR allo/
58. TIE oui
59. MR bonjour >le médecin régulateur du quinze< donc vous
60. appelez pour votre fille hein/ qui a
61. TIE oui oui
62. MR ↓une chute de vélo↓

63. TIE voilà=
64. MR =ça s’est passé quand/
65. MR {ça s’est passé quand y'a une heure xprénomx/}
66. TIE2 y'a une demi-heure}
67. TIE une demi-heure
68. MR une demi-heure=
69. TIE =c'était c'est récent [voilà c'est ça
70. MR [et vous étiez vous étiez avec elle:/

Le père reformule alors son récit de présentation de la raison de l’appel sous forme d’un compte-rendu (Zimmerman 1992a : 435-411) et le tour de parole atteint son lieu pertinent de transition avec le marqueur conclusif « voilà » précédé d’un énoncé orientant vers l’absence de besoin médical « ça allait mieux » (L 75) :

71. TIE ↑non↑ on était pas avec elle nous on était dans la maison
72. mon épouse aussi :h euh elle a joué dehors elle est tombée
73. elle a été voir elle se souvenait pas d'être tombée et euh
74. >elle avait dit qu'elle avait mal mais on sait pas où< (.)
75. >et elle a vomi<(.)>et après ça allait mieux< (.)voilà=
76. MR =d’accord
77. TIE (.)ce ce voilà(in[aud.)truc

Alors que le médecin poursuit la série interrogative, le père initie une conversation parallèle avec la mère, reportant sur elle les questions du médecin car elle est la première à avoir trouvé l’enfant après sa chute :

78. MR [mais vous l'avez trouvée par terre/
79. TIE {tu l'as trouvée par terre/ >comment ↓par ce que je suis
80. avec le médecin<↓>
81. TIE2 (inaud.)}
82. TIE >elle était allongée par terre< oui
83. MR alors [donc] elle a bien eu une perte de connaissance
84. TIE [mais]
85. TIE {elle a eu perte de connaissance/
86. TIE2 non enfin moi quand je suis arrivée quoi elle [elle: a:}
87. MR [vous savez
88. pas
89. TIE {↑quand t’es arrivée↑ qu'est-ce qu’elle disait/
90. TIE2 j’ai mal

91. TIE elle disait j'ai mal
92. TIE2 et après
93. TIE ap^ après elle a vomi >on a compris< et est-ce que elle
94. avait elle elle savait pas te raconter le de l'accid[ent
95. TIE2 [(inaud.)
96. TIE elle savait pas te dire par ce que t'as l'impression} ↑on a
97. un doute sur la perte de connaissance↑ en fait ouais
98. MR voilà c'est ça oui oui je comprends

L'information fournie par la mère est répétée par le père (L 82) et rend pertinent pour le médecin de sélectionner l'attribut symptôme « perte de connaissance » introduite par l'assertion « alors [donc] elle a bien] eu ». Survient alors un chevauchement (« [mais] » ; L 84) qui est une tentative de marquer une opposition, un contraste ou tout du moins l'expression d'un état de doute du père, car le couple n'a qu'une connaissance partielle de l'évènement, et leur enfant est trop jeune pour livrer son propre récit.

Au tour suivant, l'appelant reporte la sélection de l'attribut-symptôme « perte de connaissance » sous la forme interrogative en l'adressant à sa compagne (L 85). Celle-ci manifeste de nouveau qu'elle ne sait pas. Il y a là un état de fait : les parents ignorent s'il y a eu évanouissement, et la médecin en rend compte : « vous savez pas » (L 87-88). Le père intensifie alors ses questions auprès de sa compagne, rendant visible un léger agacement déjà observé lors de la séquence d'attente avant le transfert au médecin (« ap^ après elle a vomi >on a compris< » ; L 93).

L'échange se poursuit sur le thème du doute, que nous rapprochons de la distinction épistémologique entre les demandes de *savoir de type 1* (dont on a l'expérience directe) et *savoir de type 2* (que l'on connaît uniquement de manière indirecte ; Pomerantz 1980, p.7) particulièrement marquée car la victime est une enfant de cinq ans :

99. TIE on est en fait on est pas clairs par ce que bon c'est une
100. enfant de cinq ans donc euh niveau expression c'est pas très
101. clair
102. MR ↑oui↑
103. TIE euh et euh nous on y était pas
104. MR d'accord
105. TIE euh et quand on lui a parlé on lui ah dit mais euh voilà

106. >elle avait dit qu'elle avait mal< et euh et puis >elle a
107. vomi< et [puis là elle a]
108. MR [et elle a vomi] par ce qu'elle avait mal à quel
109. endroit et vous avez dit
110. TIE ben ↑justement↑ elle avait mal ou/ elle me
111. dit ↑partout↑ elle avait mal elle disait j'ai mal partout
112. TIE2 ((inaud.)

Le père réoriente ensuite l'échange vers le *ici et maintenant* de l'état de sa fille, rendant une nouvelle fois visible son orientation vers un simple doute à vérifier sans qu'il ne s'agisse d'un problème urgent ni même d'un besoin de soins médicaux tout court puisque « après ça allait mieux et là ça va mieux » (L 113) et que « là elle a mal nulle part » (L 115) :

113. TIE elle sait pas et après ça allait mieux et là ça va mieux
114. MR ouais
115. TIE et là elle a mal nulle part {elle a pas mal là/
116. TIE2 non}
117. TIE >bon après elle est pas très douillette hein< mais elle a
118. mal: elle a mal nulle part et=

Le médecin déclenche alors la procédure de diagnostic différentiel et l'appelant produit une série d'énoncés visant à démontrer qu'il n'y a pas de problème médical (L 120 – 137) : « ↑non elle a zéro blessure↑ j'ai regardé zéro bless[ures » ; « zéro bleus zéro hématomes&= » ; « >j'ai pas vu un impact dans le casque< ↑nul part↑ ; =elle bouge elle marche elle joue euh » et deux formes incomplètes d'abord aux lignes 132 – 133 (« donc si vous voulez[je] je& ») puis à la ligne 135 (« [&c'est pour ça que ») qui sont des tentatives d'énoncés conclusifs rendant visible le travail interactionnel sur l'urgentabilité de son motif d'appel.

119. MR =elle s'est pas blessée au visage non plus/
120. TIE ↑non elle a zéro blessure↑ j'ai regardé zéro bless[ures]
121. MR [oui]
122. TIE zéro bleus zéro hématomes&=
123. MR =oui
124. TIE &et j'ai regardé l'intérieur du casque il a l'air comment
125. dire il a pas l'air d'avoir été enfoncé quelque-part >vous
126. savez le casque ça fait un amortisseur là< le bout de :h de&
127. MR hum hum
128. TIE &d'une espèce de polystyrène euh: mais j'ai bien regardé

129. j'ai pas l'impression que ça ait [tapé mais euh]
130. MR [mh vous avez pas]vu euh:
131. un impact/
132. TIE >j'ai pas vu un impact dans le casque< ↑nulle part↑ donc si
133. vous voulez[je] je&
134. MR [oui] [et là&]
135. TIE [&c'est p]our ça que
136. MR &elle marche elle bouge bras et jambes sans=
137. TIE =elle bouge elle marche elle joue euh [voilà euh bon après
138. MR [bon

Aux lignes 139 et 141, le père conclut son compte-rendu avec une forme évaluative (*assessment signal ;* Goodwin 1987b) « vous voyez moi j'ai tendance à me dire que c'est bon » complété dans le même tour de parole par « [voilà c'est pas ». Survient alors un chevauchement où le médecin, disposant visiblement de suffisamment d'éléments, produit un diagnostic sous forme d'une décision médicale (« [faites la examiner quand même par précaution/ » ; L 141) qui est clairement orienté vers la nécessité de soins et qui résulte de l'articulation de la dimension « doute » avec la catégorie « âge » et l'événement de la « chute à vélo ».

139. TIE c'est >vous voyez moi j'ai tendance à me dire que c'est bon<
140. mais euh :h [voilà c'est pas
141. MR [faites la examiner quand même par précaution/
142. TIE ↑mais on peut attendre lundi↑ >par ce que là on peut pas
143. faire examiner là< euh >par ce que à xvillex y'a pas de
144. médecin >sinon je vous [aurais pas appelé en fait<
145. MR [↑mais si mais si↑ y'a un médecin e
146. garde y'a un médecin de garde
147. TIE ah y'a un médecin de garde
148. MR bon qui est sur xvillex évidemment
149. TIE y'a un médecin de garde sur xvillex >oui non mais c'est à
150. coté< ça y'a un médecin de garde sur xvillex et c'est quel
151. docteur=

Dans son tour suivant, le père produit un énoncé marquant non pas un désaccord avec la décision du médecin, mais plutôt la persistance de sa qualification en « soin non urgent ». Le segment « ↑mais on peut attendre lundi↑/ » (L 142) bien que prononcé avec une intonation montante et bien qu'évoquant la forme interrogative nous semble plutôt constituer une assertion. Ce segment se trouve être suivi immédiatement par une ressource grammaticale

relevant de la conséquence « par ce que » introduisant le fait qu'il n'est pas possible de consulter un médecin dans leur zone géographique un samedi après-midi et que c'est pour cette raison là qu'ils ont contacté le SAMU (« > par ce que là on peut pas faire examiner là< euh >par ce que à xvillex y'a pas de médecin sinon je vous [aurais pas appelé en fait< » ; L 142-144).

Le médecin régulateur l'informe qu'un médecin de garde est disponible, ce vers quoi ils s'orientent tous deux et le numéro de téléphone est transmis au père (séquence non retranscrite de L 151 à L 163) et immédiatement après avoir noté le numéro, le père produit une nouvelle tentative de reporter la consultation médicale (L 163) :

163. TIE qu'est-ce qui doit nous alerter pour aller consulter/
164. TIE ↑ah mais non↑ mais là ça sera un examen systématique
165. autrement il faut surveiller son état de conscience euh
166. c'est-à-dire si si elle s'endormait comme ça inopinément si
167. elle se remettait à vomir si elle: avait un comportement euh
168. inhabituel: se [met dan&s
169. TIE [ok
170. MED &un coin ne plus jouer enfin voyez c'est des des choses=
171. TIE =ouais bon classique [>si elle pas bien<
172. MR [mal de tête euh

Son interlocutrice lui répond immédiatement qu'il s'agit d'un « examen systématique » (L 164) ce qui signifie que la consultation médicale est à effectuer dans tous les cas. On observe alors une ultime tentative du père d'orienter son interlocutrice vers une transformation de sa décision médicale (L 173-174). Le tour de parole du père en chevauchement à la ligne 177 permet toutefois de conclure, il a accepté la décision médicale et la conversation se conclut avec les formules de politesse prototypiques :

173. TIE d'accord >et là dans la mesure ou on a rien de tout ça bon
174. vous pensez que c'est nécessaire d'aller voir euh le docteur
175. quand même</
176. MR oui oui oui euh [c'est un&]
177. TIE [↑bon ok↑]
178. MR &examen systématique hein euh voilà ce qui n'empêchera pas de
179. continuer à la surveiller pendant quelques heures quoi dans la
180. journée

181. TIE ok ↑d'accord↑ parfait
182. MR mh mh ↑je vous en prie↑
183. TIE ↑merci madame↑
184. MR au revoir
185. TIE merci beaucoup
186. MR merci au revoir

Cet appel illustre bien que la participation des appelants à l'activité de qualification du motif d'appel s'articule avec leur diagnostic profane et d'éventuelles manœuvres, sous des intentions généralement tout à fait légitimes et honnêtes, pour arriver à leurs fins sans violer les règles de l'ordre conversationnel (*objectifs privés* ; *stratégies de gain* ; Goffman, 1953, trad 1988, p. 123 ; *intentions cachées ;* Ervin-Tripp, 1981, citée par Drew & Couper-Kuhlen, 2014, p.9). Ainsi, les motivations des appelants répondent d'objectifs qui sont produits *ad hoc*, constituées à la fois de leurs attentes stabilisées et de leur connaissance du fonctionnement du SAMU.

Pour le SAMU, il s'agit donc d'identifier les *objectifs privés* des appelants, qui peuvent avoir été annoncés de manière implicite ou ne pas être dévoilés mais influencent le comportement de l'appelant. Surtout, ces *objectifs privés* peuvent tout autant sous-tendre une qualification profane en urgent qu'en non urgent. Ici, bien que le père ait formulé dès le début de l'appel qu'il téléphone pour savoir s'il est nécessaire de contacter un médecin, en fait sa véritable requête semble être plutôt de faire « valider » son propre diagnostic et de ne pas voir de médecin. Dès l'ouverture de l'appel il annonce chercher à savoir s'il faut contacter un médecin de garde (« je voulais savoir s'il fallait que j'appelle un médecin de garde » L 02-03). Pourtant, quand son interlocutrice lui fournit cette information en lui indiquant de contacter le médecin de garde, l'appelant répond que cela est impossible car il n'y a pas de médecin de garde (« ↑mais on peut attendre lundi↑ >par ce que là on peut pas faire examiner là< euh >par ce que à xvillex y'a pas de médecin sinon je vous [aurais pas appelé en fait< : L 142-144).

Heritage (1990) suggère d'être prudent en ce qui concerne l'attribution d'intentions aux participants. L'interprétation d'une action conversationnelle comme le produit d'une stratégie est délicate[203] (*ibid.* 316). Une possible méthode consiste à observer comment, lorsqu'un

[203] S'il est délicat d'aborder les actions des participants aux conversations comme répondant de stratégies conscientes, Heritage estime toutefois (1990, p. 327-328) : « [qu']il n'y a qu'en contexte institutionnel que les participants ont des rôles sociaux et des objectifs socialement sanctionnables qu'ils ont mutuellement identifiés (…) que des stratégies intentionnelles peuvent être attribuées aux participant et ce, avec une confiance substantielle ». N.d. T : *« It is only in institutionalized settings where the participants have mutually identifiable*

participant a échoué à atteindre son but par le biais d'une procédure interactionnelle, il semble employer une seconde procédure pour atteindre l'issue désirée. Dans cet appel, nous observons deux occasions où le père tente d'obtenir des éléments de la part de son interlocutrice qui lui permettraient de reporter la consultation (L 142-143 ; L 173-174). L'examen séquentiel a rendu visible que les parents ont contacté le SAMU pour un examen médical à distance. Un choix qui était motivé par une combinaison de facteurs : le moment où est survenu l'incident (le week-end) ce qui *de facto* implique qu'il ne soit pas possible de voir leur médecin traitant. De plus, le fait qu'ils ignorent qu'il y a un médecin de garde facilement joignable. Ces deux éléments sont mis en relation avec l'état de leur fille qui semble aller bien.

2. Travail d'acceptation de la décision médicale

Danet (2008, p. 81) a suggéré qu'il est très difficile aux urgences de s'adapter aux besoins de chaque patient. Ces besoins sont très différents les uns des autres et sont souvent contradictoires. Cette hétérogénéité des situations rend l'exercice de la régulation d'autant plus sensible.

Examinons cet appel où un père téléphone lui aussi pour sa fille. L'appel a été transféré depuis les pompiers (séquence non retranscrite de L 01 à L 22). L'ARM s'attache dès le début de l'appel à vérifier les éléments transmis et le pré-diagnostic des pompiers (« c'est pour [votre fille qui qui [ferait une crise d'angoisse c'est ça/] » ; L 25-26) :

C15HN_B_5 et les pompiers là ils peuvent pas venir là ?

22. TIE {un petit peu ouais}
23. ARM allo/
24. TIE [oui bonsoir monsieur
25. ARM [oui bonsoir monsieur c'est le samu donc les pompiers
26. m'ont expliqué(.)c'est pour [votre fille qui
27. TIE [euh::
28. ARM qui [ferait une crise d' c'est ça/]
29. TIE [oui c'est pour ma fille de vingt-quatre ans oui]oui qu'on
30. a (inaud.)et justement elle tremble et: (.) et elle a

social roles and socially sanctioned goals (...) that intentional strategies can be ascribed to the participants with substantial confidence ».

31. la tête qui tourne euh trop il elle: dit que je me sens
32. même pas bien aussi son son cœur elle dit qu'il bat vite
33. j^sais pas=
34. ARM =d'accord
35. TIE et elle elle elle est entrain de trembler là euh
36. ARM bon elle est allongée elle est comment là/
37. TIE (.)elle est allongée moitié allongée pas allongée
38. complètement
39. ARM d'accord ok allez bon allez laissez-la comme ça puis je
40. vais vous passer un médecin au téléphone là [hein il va
41. TIE [ouais
42. ARM ne quittez pas
43. TIE d'accord

Le père, dans son tour de présentation du motif de l'appel, n'intègre pas de validation du pré-diagnostic et construit sa description sur l'état de sa fille avec des attributs-symptômes qui relèvent tous du *ici et maintenant*.

L'ARM marque à la ligne 34 qu'il a bien pris note de cette description (« d'accord ») et le père complète au tour suivant en précisant qu'elle « est entrain de trembler là ». Après l'avoir interrogé sur sa position immédiate (« bon elle est allongée elle est comment là/ » ; L 36), l'ARM annonce le transfert de l'appel au médecin et lui présente la situation :

44. ARM ouais xvillex ↑c'est passé par <u>les pompiers↑</u> euh pour sa fille
45. de vingt-quatre ans
46. MR hum
47. ARM >ça ferait crises d'angoisse vertige palpitation< je te
48. passe le <u>père</u>
49. MR d'accord

L'examen prosodique des énoncés de l'ARM semble indiquer une légère exaspération du fait que l'appel ait d'abord été adressé aux pompiers, ce qui est à mettre en relation avec le pré-diagnostic. La réponse à la crise d'angoisse ne relevant pas de l'activité des pompiers. À la ligne 47, le débit accéléré sur la séquence de pré-diagnostic (« vertige » ; « palpitation ») et la courte durée de l'échange traduisent une orientation probable vers la qualification en urgence non vitale. On relève aussi une emphase sur le mot « père » à la ligne 48. Elle pourrait évoquer la dimension routinière, signalant à la médecin que l'appel qu'elle s'apprête à traiter relève

d'une situation fréquente au SAMU : un appel d'un parent dont l'inquiétude serait exagérée. Nous observons que l'ARM a opéré une traduction des attributs-symptômes produits par le père en « vertige » et « palpitation ».

Comme lors de l'échange ARM-tiers, l'interaction médecin/tiers débute par une reprise des éléments déjà en la possession de l'institution. Une procédure, qui comme évoquée précédemment, permet à l'appelant de reconnaître le caractère progressif du traitement de sa demande. Les transferts successifs ne devant pas donner lieu à un recommencement du traitement :

```
50.  MR    oui médecin régulateur docteur xnomx bonsoir/
51.  TIE   oui bonsoir madame [vous
52.  MR                       [vous appelez pour votre fille de vingt-
53.        quatre ans
54.  TIE   ↑oui↑
55.  MR    voilà qui présente a priori euh: vertiges palpitations
56.  TIE   oui oui oui [↑oui voilà↑
57.  MR               [oui
58.  TIE   et elle ↑tremble↑ là justement elle tremble trop là et elle
59.        dit que ↑je me sens pas bien↑ au niveau de son cœur et
60.  MR    mh mh
61.  TIE   elle dit que j'ai des ↑des vertiges↑ j'ai donc on
62.        l'a mis moitié ah: ↑endormie↑ pas endormie complètement
63.  MR    mh mh
```

On relève que le médecin a repris les termes de son collègue ARM en veillant à préciser qu'il s'agit d'un diagnostic en cours (« a priori » L 55). Le tiers confirme « oui oui oui [↑oui voilà↑ » (L 56) et complète de nouveau par le biais des attributs-symptômes « trembler » et « se sentir pas bien » qui sont annexés à « au niveau de son cœur » et les « vertiges » (L 59-61). Le père propose ensuite le thème de la Ventoline :

```
64.  TIE   donc elle euh le jusqu'à présent là elle tremble on sait
65.        pas qu'est-ce que c'est bon elle prend de la ventoline la
66.        bon parce qu'elle a=&
67.  MR    =ouais
68.  TIE   &elle a un peu de
69.  MR    ↑d'asthme↑
```

70. TIE de début de d'asthme
71. MR mh
72. TIE mais là là elle tremble encore elle est ↑elle est pas bien↑
73. MR ouais ouais même si elle s'est posée même si euh ↑elle est
74. calme↑
75. TIE oui ↑ah euh↑ enfin calme pas trop là elle tremble là
76. encore hein
77. MR oui:
78. TIE ouais=

Dans cette séquence, le médecin produit principalement des formes minimales d'expansion qui sont des marqueurs d'écoute et elle ne semble pas sélectionner le thème de la Ventoline et de l'asthme comme pertinents dans l'activité de diagnostic.

Le père produit alors une nouvelle fois l'attribut-symptôme « trembler » suivi de la forme « elle est pas bien » (L 72). Une forme qui semble être assez courante lorsque le problème est inconnu et que l'appelant n'est pas en mesure de produire un diagnostic profane. Au chapitre précédent nous relevions des formes proches (« elle est vraiment pas bien » et « elle est pas top » dans **C15HN A 9**). La médecin propose alors le thème de la contrariété comme facteur déclenchant :

79. MR =stressée y'a eu un facteur déclenchant une contrariété
80. TIE (.)comment/
81. MR y'a eu hein est ce qu'elle est est-ce que y'a eu du stress
82. aujourd'hui/
83. TIE (.)ah ben non du stress non parce qu'elle était euh on
84. était invités euh tranquille elle était bien tranquille non
85. non
86. MR ouais
87. TIE rien non non
88. MR ah rien de inhabituel
89. TIE non non rien de (inaud.)
90. MR et elle prend pas de traitement habituel/
91. TIE non non non rien du tout que la ventoline elle euh c'est
92. tout c'est y'a que ça
93. MR d'accord et [là ça]dure depuis combien de temps les
94. TIE [ouais]
95. MR tremblements=
96. TIE =là là ça fait peut-être dix minutes plus maintenant=

Le médecin, qui reste donc alignée avec le pré-diagnostic de ses collègues, annonce que les descriptions l'orientent vers la qualification en « crise d'angoisse » (L97-98) :

```
97.   MR    =ouais en tout cas de ce que vous décrivez c'est vrai qu'on
98.         a plutôt l'impression que c'est une crise d'angoisse(.)
99.   TIE   soit une crise [d'an]goisse soit une crise de: ↑je sais&
100.  MR                  [mh/oui]
101.  TIE   &pas↑ euh: je sais pas ↑d'asthme↑ ou je sais pas qu'est-ce
102.        que c'[est
103.  MR           [oui non l'asthme elle aurait pas ce problème de::
104.        non non=
105.  TIE   =ouais
106.  MR    &c'est pas bien ça l'asthme elle aurait vraiment des
107.        sifflements au niveau des poumons=
108.  TIE   =ouais
109.  MR    ça serait certainement ça hein h:
110.  TIE   ouais
```

Pour le père la « crise d'angoisse » est une proposition, il l'accepte mais tente toutefois de rendre visible qu'il hésite entre la qualification « problème de nature indéterminée » ou « crise d'asthme » (« je sais &pas↑ euh: je sais pas ↑d'asthme↑ ou je sais pas qu'est-ce que c'[est » ; L 99-101). Cette reprise du thème de l'asthme rend pertinente pour le médecin d'expliquer que les attributs-symptômes examinés ne renvoient pas à la qualification « crise d'asthme » (L 103-104). À la reprise de son tour, le médecin demande sur quelle commune ils se trouvent. Cette information est déjà présente sur la fiche patient mais elle estime probablement ici qu'il est tout aussi efficace de poser la question de nouveau et annonce ensuite sa décision :

```
111.  MR    euh ↑vous êtes sur quelle↑ commune là sur xvillex/
112.  TIE   sur euh à xvillex là
113.  MR    à xvillex donc du coup si on veut un avis faut vous
114.        déplacer aux urgences(.)
115.  TIE   [ah
116.  MR    [on a pas de médecin sur votre secteur et [la
117.  TIE                                             [oui
118.  MR     maison médicale après minuit elle est fermée donc=
119.  TIE    =ah
120.  MR    &si on veut qu'un médecin vérifie un peu ce qu'il se
121.        passe il faut[la] conduire aux urgences
122.  TIE               [ouais]
```

Plusieurs observations sur cette annonce de décision : tout d'abord le médecin semble s'être orienté vers la qualification « problème de nature indéterminée » impliquant d'aller consulter aux urgences par leur propre moyen (« si on veut un avis » L 113 ; « &si on veut qu'un médecin vérifie un peu ce qu'il se passe » ; L 120-121). Cela rend bien explicite que dans cet appel la qualification « problème de nature indéterminée » renvoie tout de même au « soin urgent » puisque les parents sont invités à conduire leur fille aux urgences de l'hôpital. Toutefois, le médecin ne se contente pas d'annoncer qu'il faut aller aux urgences, elle explicite cette annonce : « on a pas de médecin sur votre secteur » (L 116) et « [la maison médicale après minuit elle est fermée donc= » (L 118). La décision d'envoyer vers les urgences est donc mise en relation avec le fait qu'il ne soit pas possible de voir un généraliste à cette heure-ci. Ainsi, si l'appel avait été passé à un autre moment, la décision aurait été d'envoyer vers un généraliste.

Le père choisit tout de même de poursuivre en proposant le thème du transport par les pompiers, ce qui renvoie à son processus d'autodétermination, puisque comme nous l'avons vu, il avait d'abord contacté les pompiers :

123. TIE et les pompiers là ils peuvent pas venir là parce que là
124. nous ↑on peut pas là↑ si y'a quelque chose sur la sur la
125. route=
126. MR =non mais ça fera rien
127. TIE hein=
128. MR =non vous êtes vous êtes plusieurs vous l'accompagnez pour
129. moi y'a pas de de d'indications à avoir un transport
130. médicalisé [vous] dites bien quand vous arrivez sur place
131. TIE [hum]
132. que vous avez eu le quinze qui vous a conseillé de venir la
133. faire examiner par un médecin :h mais voilà moi je pense
134. que c'est une une vraie crise d'angoisse [elle doit être&
135. TIE [(alors, ah)
136. MR &vue par un médecin rassurée peut-être qu'on doit lui
137. donner également un traitement pour l'aider mais rien de
138. grave d'accord

Le thème des pompiers montre que le père est toujours orienté vers la qualification « problème inconnu » rendant pertinent le transport dans un véhicule de secours. En tout cas, il rend manifeste que la situation de sa fille le dépasse, il craint qu'il puisse arriver quelque chose sur la route.

Le médecin traite ce nouveau thème en choisissant d'expliciter plus en détails le pré-diagnostic sous-jacent à sa décision : à la ligne 129 « y'a pas de de d'indications à avoir un transport médicalisé » ; puis aux lignes 133-134 « je pense que c'est une une vraie crise d'angoisse elle doit être vue par un médecin rassurée peut-être qu'on doit lui donner également un traitement pour l'aider mais rien de grave d'accord ». On voit bien comment le médecin travaille à l'acceptation du diagnostic par une explicitation de son point de vue professionnel. Dans les tours suivants, trois occurrences de l'item « d'accord » (L 118 ; L 121 ; L 123) permettent à l'interaction de se conclure sur une co-orientation et les salutations prototypiques (non retranscrites ici) :

```
139. TIE   d'accord [ok
140. MR             [hein donc rassurez-vous puis dites là qu'un médecin
141.       va regarder un peu ce qu'il se passe=
142. TIE   ↑d'accord↑
143. MR    voilà voilà monsieur
144. TIE   d'accord ok
```

Cet appel, mis en perspective avec le précèdent, nous montre bien de quelle manière l'orientation des appelants vers tel ou tel type de requête se construit et quelles conséquences cela a sur déroulé des appels, et ce que la requête concerne l'envoi d'un véhicule médicalisé ou la confirmation d'un pré-diagnostic en non urgent. Ces deux appels ont pour premier point commun d'être articulés autour de l'accomplissement de l'examen médical téléphonique. Ensuite, il apparaît que les deux pères de famille n'ont pas été à même d'établir quelle était la trajectoire de soins appropriée pour leur enfant. Nous voyons bien qu'ils n'expriment pas de réticence à confier la décision au médecin. Il faut toutefois que celle-ci soit explicitée afin que l'appelant puisse être affilié avec le point de vue professionnel. C'est la condition *sine qua non* à leur adhésion à la suite des soins et à la transformation de leurs *objectifs privés* en une qualification co-construite. Enfin, ces deux appels nous amènent à constater que lorsque l'appelant n'est pas en mesure de qualifier lui-même le degré de gravité dont relève sa situation cela a pour conséquence des risques de surestimation ou sous-estimation du besoin médical.

Au SAMU, la dimension urgente imprègne tous les appels. Les professionnels ne doivent jamais « rater » la détection d'une urgence vitale qui pourrait être dissimulée dans des attributs-symptômes renvoyant plutôt à une qualification en soins immédiats ou en conseil médical. L'ensemble des déterminants de l'urgence vitale ne sont toutefois pas connus des usagers. Ils

reposent sur une articulation complexe : mettre en relation des catégories d'âge, des douleurs, des symptômes, la durée du problème, de possibles polypathologies avec le choix de l'institution de la santé la plus appropriée (les différents numéros, les différentes structures). Un processus décisionnel qui n'est pas aisé pour un non professionnel.

De plus, la pré-qualification doit être renouvelée au fur et à mesure que le problème de santé évolue. Pour toutes ces raisons, le SAMU ne souhaite pas laisser aux usagers la responsabilité de déterminer eux-mêmes le caractère urgent ou non de leur situation.

3. Un travail de qualification continuellement renouvelé

Examinons comment le parcours médical d'un enfant est rendu visible dans cet appel au SAMU. Nous sommes samedi soir et une dame téléphone à propos de sa petite fille :

C15HN_B_6 on aurait voulu savoir ce qu'il faut qu'on lui donne

01.	ARM	samu bonsoir/
02.	TIE	(.) oui bonsoir ↑madame↑ je m'excuse de vous déranger là je
03.		vous appelle parce que j'ai ma petite fille ↑qui a la
04.		diar:rhée:↑
05.	ARM	ou[i
06.	TIE	[et alors on aurait voulu savoir ce qu'il faut qu'on
07.		qu'on lui donne=
08.	ARM	[=oui
09.		[ça fait déjà une semaine et là bon (.)on l'a emmenée chez
10.		notre médecin traitant ↑mais il nous a rien donné↑
11.	ARM	vous êtes sur quelle commune/
12.	TIE	sur xvillex
13.	ARM	son nom de famille/
14.	TIE	c'est xnomx
15.	ARM	((saisie clavier)) c'est elle a quel âge/
16.	TIE	elle a eu ↑deux ans↑
17.	ARM	d'accord >c'est votre fille< ou votre petite fille/
18.	TIE	non c'est ma petite fille=
19.	ARM	=↑d'accord↑ je vais vous passer un docteur au téléphone
20.		quittez pas
21.	TIE	↑d'accord ben je vous remercie↑
22.	ARM	je vous en prie au revoir
23.	TIE	↑au revoir↑

Dans cet échange tiers-ARM, identifier le motif de l'appel ne présente pas de difficultés. Plusieurs éléments peuvent suggérer une probable qualification en demande de soins non programmés : l'appelante est calme, elle débute son tour d'ouverture avec l'énoncé « je m'excuse de vous déranger » (L 02) suivi de l'attribut-symptôme « diarrhée », du thème du médecin traitant (L 10) et du problème médical qui dure depuis plusieurs jours (L 09). Quant à la requête il s'agit de « savoir ce qu'il faut qu'on qu'on lui donne= » (L 06-07).

On relève aussi que le thème du médecin traitant inclut le fait que celui-ci n'aurait pas prescrit de traitement : la famille a consulté pour le problème de santé mais demeure insatisfaite de la réponse obtenue, ce qui peut être dû à l'aggravation des symptômes depuis le rendez-vous chez le médecin.

Pendant le temps de transfert nous entendons l'enfant s'exprimer en arrière-plan et lors du second décroché, c'est sa mère qui est au téléphone. Elle présente à son tour le motif de l'appel : sa fille a des diarrhées depuis une semaine, il s'agit d'une gastro-entérite. La mère souligne qu'il y a eu une évolution : sa fille présentait des vomissements mais souffre désormais uniquement de diarrhées importantes (L 35-39).

```
24.  PAT     {maman maman}
25.  ANN     veuillez patienter quelques instants nous nous efforçons
26.          d'écourter votre attente
27.  PAT     {((inaud.))
28.  TIE     chut}
29.  PAT     ((inaud.))}
30.  MR      allo
31.  TIE     oui bonjour
32.  MR      bonsoir madame [médecin
33.  TIE                    [pardon
34.  MR      régulateur à l'appareil
35.  TIE2    oui bonsoir alors >euh en fait je vous appelle parce que j'ai:
36.          ma fille qui a la diarrhée depuis une semaine en fait< elle a
37.          la gastro elle donc le vomissement s'est arrêté :h mais la
38.          diarrhée ne s'arrête pas en fait ch: chaque chose qu'elle mange
39.          elle me refait tout par la selle en fait mais tout liquide
40.   MR     depuis une semaine/
41.   TIE2   oui
```

Le médecin s'oriente immédiatement vers l'inscription dans la durée « depuis une semaine/ » (L 40) et introduit le thème de la consultation médicale :

42. MR et elle a eu un un avis médical/ elle a eu une
43. consultation [un traitement/
44. PAT [{(inaud.)}
45. TIE2 euh oui (.) oui >oui mais il m'a rien donné en fait< il
46. m'a pas donné de sachets il m'a: >il m'a rien donné quoi<
47. PAT {(inaud.)}
48. MR et y'a combien de temps qu'il a été vu/
49. TIE2 :h elle a été vue: pf pf pf mmh::: mardi je crois ouais mardi

L'appelante informe son interlocuteur que le dernier avis médical date du début de semaine. Il réagit en accomplissant une évaluation négative :

50. MR oui mais depuis mardi madame depuis mardi y'avait pas
51. eu d'amélioration vous aviez pas réagi demandé de[mandé&
52. TIE2 [en&
53. MR &un médecin/
54. &fait ben je ben j'ai pris un::: le truc à la pharmacie vous
55. savez pour la gastro là là pour euh le la déshydratation ↑et
56. pour la diarrhée↑ mais ça fait pas effet en fait=
57. MR =oui mais
58. TIE2 du coup j'ai dû=

Dans ce segment, le processus d'autodétermination de l'appelante est particulièrement explicite. Son récit des jours précédant l'appel rejoint le récit de la grand-mère. Un avis médical a été demandé, l'enfant a été examiné par un médecin quatre jours plus tôt, une « gastro » a été diagnostiquée mais le médecin traitant a estimé qu'il n'était pas nécessaire de prescrire un traitement (L 46). L'état de santé ayant évolué défavorablement, la mère s'est alors rendue dans une pharmacie pour se procurer un traitement sans ordonnance (L 54-56). Ce traitement (qui a pour objectif non pas de guérir de la gastro-entérite mais d'empêcher la déshydratation) n'a pas permis une amélioration. La famille est désormais engagée dans la volonté d'une véritable résolution du problème. La détermination repose sur le caractère progressif et changeant de l'état de santé et l'idée d'une aggravation malgré la consultation du début de semaine. Le médecin traitant ne pouvant pas être consulté un samedi soir, la famille choisit de contacter le SAMU.

Le médecin du SAMU rend compte sa décision, il conseille d'emmener dès ce soir la petite fille à la maison médicale de garde pour qu'elle soit examinée :

```
59. MR    =ben je vous invite à emmener votre fille a la maison
60.       médicale pour la montrer au médecin de garde ce soir pour
61.       qu'on donne quelque chose de d'adapté pour calmer [cette&
62. PAT                                                     [{
63.       (inaud.)}
64. MR    &diarrhée ↑et soigner cet enfant hein↑
65. TIE2  (.)ouais ben ↑ouais↑
66. MR    oui=
67. TIE2  =donc c'est pour ça que j'ai préféré vous appeler au
68.       moins je [savais pas
69. MR             [d'accord donc >vous l'amenez à la maison
70.       médicale s'il vous plaît< à l'hôpital nord
71. TIE2  oui (.)
```

On voit bien dans ce segment que, pour le médecin, les choix de la mère ne semblent pas appropriés. Cette annonce de décision rend visible un point de vue critique sur le processus d'autodétermination de l'appelante (« donner quelque chose de d'adapté » L 60-61) ; « ↑et soigner cet enfant hein↑ » L 64). Pour l'appelante, cet appel au SAMU est considéré comme la quête d'un soin médical pour sa fille. L'activité de sollicitation du SAMU pour un conseil médical semble envisagée comme une participation active au parcours de soin. Nous pouvons supposer que le professionnel de santé a probablement averti la famille qu'il faudrait demeurer vigilant et consulter de nouveau si l'état de santé de la petite fille ne s'améliorait pas.

Les reproches implicites du médecin ont été perçus par l'appelante, elle l'a rendu visible à la ligne 65 (« (.) ouais ben ↑ouais↑ »). À son tour de parole suivant, elle rappelle qu'elle est bien alignée avec l'activité de régulation médicale qui consiste à demander de l'aide pour qualifier un problème de santé que l'on ne peut pas qualifier soi-même (« =donc c'est pour ça que j'ai préféré vous appeler au moins je [savais pas » L 67-68). Le médecin précise qu'il faut emmener l'enfant à la « maison médicale » de « l'hôpital nord » (L 69-70). L'appelante marque son accord « oui » (L 71). Après une courte pause, son interlocuteur lui apporte des informations complémentaires. La mère marque de nouveau l'accord sur un chevauchement (L 73). Après une micro-pause, elle initie toutefois une tentative d'influencer la décision médicale :

72. MR y'a [un médecin jusqu'à minuit
73. TIE2 [d'accord okay (.) d'accord okay ↑mais elle a pas de
74. fièvre elle a pas de:↑
75. MR ↑oui non↑ non mais je je je j'ai bien compris qu'y'a pas
76. de fièvre mais euh il faut quand même qu'on donne un
77. traitement adapté pour stopper ↑cette diarrhée↑ parce que
78. [c'est pas normal ça
79. TIE2 [oui

Alors que dans l'appel examiné précédemment le père tentait de négocier la qualification en soin urgent pour répondre à des *objectifs privés*, la négociation en cours dans cette séquence nous semble plutôt répondre de la critique sous-jacente du médecin.

80. MR il faut pas [qu'elle
81. TIE2 [ben en fait à chaque fois qu'elle mange elle me
82. refait tout par la selle en fait=
83. MR =ben oui [d'accord
84. TIE2 [c'est même pas elle vomit ou=
85. MR =↑raison de plus↑
86. TIE2 (.) d'accord ok ben je vais arriver
87. MR ↑okay↑ aurevoir [madame
88. TIE2 [merci c'est gentil au revoir

Nous observons de nouveau cette frontière hybride entre l'urgent et le non urgent et comment elle semble impacter le processus d'autodétermination de l'appelante. Rappelons d'abord qu'il est indiqué à la population de contacter le SAMU en cas d'urgences vitales ou d'urgences médicales. La requête de cette appelante était d'obtenir un conseil médical téléphonique (« on aurait voulu savoir ce qu'il faut qu'on lui donne » ; L 06). L'inscription du problème médical dans la durée (« une semaine » ; L 36) est traité comme un élément aggravant, alors que dans d'autres cas examinés précédemment le fait qu'un problème médical dure depuis un certain temps oriente plutôt vers la qualification en médecine générale. C'est le travail professionnel de qualification médicale qui permet de déterminer la gravité d'un problème de médecine générale qui dure depuis plusieurs jours, par la mise en relation des facteurs tels que l'âge du patient, ses douleurs et symptômes.

Les facteurs médicaux s'ajoutent aux facteurs contextuels (ici le samedi soir) et les facteurs de « praticité » qui vont conduire la mère à sélectionner l'option la moins contraignante et la plus

efficace pour avoir un médecin au téléphone. Le SAMU joue bien un rôle d'interface, avec pour objectif non seulement d'optimiser ses propres moyens humains et matériels mais aussi les déplacements des patients et de leurs proches. Nous avons vu que la famille n'était pas en état d'alerte, c'est-à-dire qu'elle n'avait pas qualifié l'appel comme relevant de l'urgence vitale. Cela nous montre une nouvelle fois que la sélection de la voie urgente (le SAMU) ne traduit pas systématiquement un pré-diagnostic urgent.

Le régulateur rend visible que l'appelante aurait dû agir plus tôt (L 51-53) et qu'elle a donc mal évalué la gravité de la situation médicale de sa fille. Dans un appel examiné au chapitre précédent, le régulateur reprochait à l'appelant (souffrant d'un emphysème) que sa requête soit de l'ordre de l'envoi d'un véhicule et non pas d'une qualification de son état de santé. Ces exemples soulignent une forme de dimension normative dans l'appréhension des choix que font les usagers, de leur capacité à identifier le cours d'action pertinent et de la requête qu'ils adressent au SAMU.

4. Le besoin de résolution immédiate du tiers

Examinons un appel donnant à voir comment le besoin de résolution immédiate du problème médical du proche a des conséquences sur la demande d'aide. Un monsieur téléphone pour sa mère qui ne sent pas bien « depuis plusieurs jours » (L 06). L'appel a d'abord été adressé aux pompiers, qui transfèrent la demande :

C15HN_B_26 elle est vraiment pas bien

01. ARM oui le samu
02. POM ↑les pompiers↑
03. ARM ouais
04. POM bonsoir euh: rue xruex(.)jeune homme qui nous appelle pour ↑sa
05. maman↑ qui a des diarrhées et des vomissements et elle se
06. sentait pas très bien depuis plusieurs jours
07. ARM ↑d'accord↑
08. POM ↑je vous le passe↑
09. ARM ouais
10. TIE {(inaud.)}

Après le transfert, l'appelant commence son tour de parole en s'excusant (« excusez-moi de vous déranger » L 14) et rend immédiatement visible son identité conversationnelle, il téléphone pour sa mère et présente sa requête sous la forme d'un récit :

11. ARM allo/
12. TIE ↑allo oui bonsoir↑
13. ARM oui bonsoir c'est le samu là de xvillex
14. TIE (.)ouais bonsoir excusez-moi de vous déranger en fait je suis
15. ↑je suis pas à mon domicile↑ et ma mère elle est entrain de
16. vomir et:: elle a: une grosse diarrhée et:
17. ARM hum=
18. TIE =elle a une intoxication alimentaire ou je sais pas ce qu'elle
19. a et ça faisait déjà une semaine et demie deux semaines ↑ça
20. allait pas en fait↑
21. ARM hu[m
22. TIE [elle a déjà perdu: dix: dix kilos en trois mois en tout
23. ARM hum hum
24. TIE et là elle m'a appelé >elle m'a envoyé un message sur
25. messenger tellement< elle m'a dit: ↑ouais↑ je vais pas bien
26. elle m'a dit t'es vers ou/ >et du coup moi le temps là que
27. j'arrive à la maison ça va mettre au moins vingt ↑vingt-cinq
28. minutes↑<
29. ARM ((tousse))
30. TIE ouais elle est vraiment pas bien elle est

Cette description du motif de l'appel peut être immédiatement envisagée comme orientant plutôt vers la qualification en non urgent. Elle se déploie sur trois paires adjacentes de la ligne 14 à la ligne 28 : dans la première, l'appelant produit des attributs-symptômes relevant du problème de médecine générale, avec à la ligne 16 « vomir » et « grosse diarrhée ». L'ARM se contente de produire une expansion minimale « hum= » (L 17) qui marque l'écoute, la description n'étant pas terminée. L'appelant poursuit alors sa description avec un nouveau tour qui débute cette fois-ci par une proposition de diagnostic (« =elle a une intoxication alimentaire » ; L 18) et est immédiatement suivi d'un énoncé nuançant ce diagnostic et renvoyant à la dimension inconnue (« ou je sais pas ce qu'elle a » ; L 18).

Dans la suite du tour, le tiers intègre une première inscription du problème de santé dans la temporalité longue « déjà une semaine et demie deux semaines » en relation avec l'énoncé

« ↑ça allait pas en fait↑ » (L 19-20). L'ARM produit alors de nouveau l'expansion minimale « hu[m » qui est le lieu d'un chevauchement. L'appelant poursuit son énoncé précédent avec une nouvelle inscription temporelle, dans la très longue durée cette fois-ci, à l'aide du complément circonstanciel « en trois mois » (L 22). L'ARM produit une troisième expansion minimale « hum hum » (L 23). L'appelant précise les circonstances de l'appel : il a été contacté par sa mère via une application de messagerie instantanée et rend visible ce qui l'a conduit à contacter un service de secours urgent : il ne pourra pas être auprès de sa mère avant « au moins vingt ↑vingt-cinq minutes↑< » (L 27-28). Alors que la présentation de l'appel semble arriver à son point de complétude, l'assistant de régulation tousse mais ne réagit pas autrement. L'appelant revient alors sur le *ici et maintenant* de l'état de santé avec l'énoncé « elle est vraiment pas bien » déjà observé dans les appels précédents (L 30).

Cet énoncé est de nouveau produit lors de l'interrogation sur la possibilité d'avoir la victime au téléphone. En insistant sur les difficultés de santé de sa mère, le fils rend visible que la capacité à répondre au téléphone menace l'urgentabilité de sa demande :

31. ARM >elle elle arrive elle arrive elle arrive à répondre au
32. téléphone</
33. TIE (.)ouais elle répond mais elle est ↑elle est vraiment pas bien↑
34. ARM ben vous avez quoi comme numéro de téléphone sur lequel je peux
35. la joindre comme ça elle aura un médecin directement au
36. téléphone(.)on va voir quelle quelle solution on peut trouver
37. TIE (.) je vais vous le donner tout de suite et:=
38. ARM =ouais °dites-moi°

Cette première question de l'ARM montre que la requête relève bien de son champ d'action, et que celui-ci consiste à chercher la solution la plus adaptée (L 34-37) en l'occurrence ici d'avoir la patiente au téléphone. À partir de la ligne 39, l'appelant manifeste qu'il est difficile pour lui de maitriser ses émotions, il serait « en train de vriller » :

39. TIE ((soupir)) je suis en train de vriller x.numéro.x
40. ARM ouais
41. TIE x.numéro.x
42. ARM ▽x.numéro.x▽ [allez
43. TIE [ouais assures mon gros >s'il te plaît s'il te
44. plaît< le temps que j'arrive t'as vu ça va mettre un peu de
45. temps s'il te plaît envoie ↑envoie quelqu'un↑

Le fils souligne ici un changement de forme de participation à l'appel. La transformation de son statut de tiers qui signale le besoin d'un proche vers le statut d'appelant en difficulté. Il tente ensuite d'instaurer un climat de proximité avec son interlocuteur en lui demandant « d'assurer » et en le nommant par l'interjection « gros » annexée à l'adjectif possessif « mon » (L 43). Nous interprétons la forme « mon gros » comme relevant d'un énoncé affectif. Nous considérons tout de même que celui-ci aurait tout à fait pu être mal interprété par un ARM qui ne disposerait pas des codes socio-langagiers de l'appelant.

Cet énoncé est immédiatement suivi de deux occurrences de la locution interjective « >s'il te plaît s'il te plaît< » (L 43-44) prononcées plus rapidement que le reste du tour et à la deuxième personne du singulier. Le fils poursuit sa tentative d'instaurer une relation familière afin d'obtenir immédiatement une réponse favorable à sa requête. Il la formule explicitement en fin de tour de parole : « le temps que j'arrive t'as vu ça va mettre un peu de temps s'il te plaît envoie ↑envoie quelqu'un↑ » (L 44-45).

La légitimité de la demande n'est dès lors plus une négociation reposant uniquement sur des attributs médicaux et le contexte singulier de la patiente. Si la volonté de résolution immédiate (nous avons vu que l'appelant est à 20/25 minutes du domicile de sa mère) se traduit par la demande de l'envoi d'une équipe médicale, elle rend pertinent pour l'ARM de rappeler que l'envoi de secours ne relève pas de son champ d'action (L 46) :

46. ARM ça c'est pas m[oi
47. TIE [(et un)c'est ma mère gros s'il te plait envoie
48. quelqu'un je te demande juste ça t'as vu ah-:hh
49. ARM oui oui mais c'est c'est pas moi qui vais prendre la décision
50. monsieur c'est le médecin qui va prendre la décision
51. TIE ↑>vois vois vois<↑ par ce que là moi ça fait déjà trois mois là
52. (.)↑t'as vu↑ je: >je vois comment< elle commence à partir en:
53. ARM je j^vais ↑je vais l'appeler↑ elle va voir avec le médecin
54. d'accord/
55. TIE (.)vas-y mon gros ↑merci↑
56. ARM je vous en prie (.) ↑au revoir↑
57. TIE (.) allez bonne soirée ↑au revoir↑=
58. ARM =bonne soirée

Comme observé lors de l'appel précédent, l'envoi d'une équipe de secours pour des demandes médicales ne relevant à priori pas d'urgences vitales, n'est décidée que par un médecin, et ce après la mise en relation d'attributs-symptômes avec des éléments contextuels (p.ex. : un problème médical et l'incapacité à se déplacer par ses propres moyens cf. *infra* appel **C15HN B 2**).

Le tiers ne relève pas cette tentative d'explicitation du champ d'action des ARM, et alors qu'il interrompt pour insister, il produit une construction de tour toujours pleinement orientée vers son activité d'influence de son interlocuteur. L'énoncé dénominatif « c'est ma mère » tente de marquer le caractère aggravant de la relation qui lie l'appelant à la victime. Il rend visible ses motivations personnelles et l'idée implicite que le risque serait plus grand lorsqu'il s'agit de répondre à un besoin de santé d'une mère, tentant peut-être de renvoyer l'ARM vers sa biographie personnelle. Les attributs-symptômes fournis jusqu'ici favorisent une qualification en maladie bénigne comme une gastro-entérite.

Une nouvelle occurrence de l'interjection affectueuse « gros » est ensuite complétée de l'énoncé « je te demande juste ça t'as vu » prononcé avec de nettes marques d'émotion (L 47- 48) la voix se faisant plus fragile. L'ARM ne produit pas de réponse empathique (*empathetic response* ; Ruusuvuori, 2013) où il reconnaitrait clairement qu'il prend en compte les difficultés de l'appelant. Il prend toutefois soin de lui expliciter les limites qu'imposent son rôle d'ARM (il ne peut pas prendre lui-même la décision d'envoyer les secours pour un motif n'évoquant pas l'urgence vitale). Pourtant, dans son tour suivant, le fils est toujours orienté vers l'urgentabilité et l'on relève des marques de phénomènes que nous avions également observées précédemment : un problème de santé qui était jusque-là « supportable » pour l'entourage devient soudainement ingérable, faisant basculer l'appelant dans un désir pressant de résolution immédiate. L'appelant ne cherche pas juste à convaincre son interlocuteur de la nécessité d'intervenir il exprime aussi un point de vue d'usager sur l'activité de régulation médicale (« je te demande juste ça t'as vu » ; L 48). Celle-ci se résumerait à un geste simple, aisé d'accomplir, comme s'il ne s'agissait que d'appuyer sur un bouton et que ce geste aurait pour conséquence d'augmenter les chances de la victime. Un geste qui aurait le potentiel de maintenir ou protéger la vie. Une considération que nous retrouverons, de manière plus explicite encore au chapitre suivant dans l'appel **CH15N A 23.**

Ce que nous observons ici, c'est que l'état de santé de la mère commence à avoir des conséquences sur le bien-être émotionnel de son fils (un phénomène déjà observé dans l'appel examiné précédemment **C15HN A 9**). En filigrane apparait son vécu intime, celui de la crise personnelle que provoque son inquiétude pour sa mère. Cela a pour conséquence une requête médicale dans laquelle le bénéficiaire (*beneficiary* ; Clayman et al. 2014 ; Drew, Couper-Kuhlen 2014) n'est pas seulement le patient mais aussi le proche appelant.

Ceci est rendu particulièrement visible dans le tour qui commence à la ligne 51, le problème médical qui dure depuis trois mois ne touche pas uniquement la victime, son fils (« moi ») en fait lui aussi l'expérience. Dans ce type de demandes, la requête urgente survient à un moment où une conjoncture (i) d'éléments antérieurs à la crise (ii) *d'objectifs privés* et (iii) d'éléments récents conduisent l'appelant à défendre l'urgentabilité d'une demande ne relevant pas à priori d'une urgence évidente.

C'est cette zone hybride de l'urgence qui pose ici problème. Alors que les attributs-symptômes fournis évoquent une qualification en maladie bénigne telle qu'une gastro-entérite, l'énoncé « ça fait déjà trois mois-là » (L 51) a le potentiel d'orienter l'ARM vers la piste d'une affection de longue durée, d'une maladie chronique, ou d'un autre problème inconnu et potentiellement urgent. Toutefois, cela demeure une possibilité qui n'est pas exprimée explicitement par l'ARM.

La focalisation sur le processus d'autodétermination de l'appelant montre qu'il n'est pas un élément forcément contraignant pour le bon déroulé de l'interaction. L'attitude de l'ARM favorise l'acceptation de la transformation de la requête initiale. Si le fils est toujours orienté vers l'envoi d'une équipe sur place, la mise en visibilité des capacités d'agir de l'ARM permet d'établir un compromis. Malgré l'émotion qui traverse l'appelant, il accepte la proposition de l'ARM : la prochaine étape du traitement de sa demande ne sera pas l'envoi d'un véhicule mais un échange téléphonique entre l'ARM et sa mère. L'appelant remercie son interlocuteur (« (.) vas-y mon gros ↑merci↑ » ; L 55) et l'appel est terminé.

5. Travail d'adhésion à la décision médicale

Poursuivons l'examen de cette série d'appels. L'ARM, conformément à ce qu'il avait annoncé, contacte la mère et nous voyons immédiatement combien celle-ci peine à s'exprimer :

C15HN_B_26 (suite)

01. ARM allo/
02. PAT ((gémissement))
03. ARM ↑allo/↑
04. PAT ((gémissement))
05. ARM oui bonjour madame c'est le samu là de xsaint-étiennex
06. PAT ((gémissement))
07. ARM ↑y'a vot` fils qui nous a appelé↑=
08. PAT ((gémissement))

Après cette ouverture particulièrement complexe, l'ARM déclenche la série interrogative non pas avec les questions primaires, mais par une première question ouverte se rapportant à l'état de santé *ici et maintenant* :

09. ARM (.)qu'est-ce qui vous arrive/
10. PAT ((gémissement))<((s'exprime difficilement))je sais pas
11. monsieur>
12. ARM vous avez mal où madame/
13. PAT :h j'ai très mal à l'estomac
14. ARM à l'estomac/
15. PAT ah: j'ai plus de forces diarrhée vomissements en même temps

Les mots, bien que difficilement prononcés par la patiente (qui répond ici de l'identité conversationnelle « appelée » et non pas « appelante »), confirment les attributs-symptômes produits précédemment par le fils. L'ARM engage alors la collecte des informations primaires (L 16–30) avant d'introduire le thème des antécédents de santé (L 30) :

16. ARM ↑d'ac↑cord c'est quoi votre nom de famille madame/
17. PAT madame xnomx
18. ARM vous l'écrivez comment/
19. PAT (.)x…x
20. ARM oui
21. PAT (.)x…x

22. ARM oui
23. PAT (.)x…x
24. ARM (.)xnomx/
25. PAT (.)<((s'exprime difficilement))madame xnomx xprénomx>
26. ARM ↑d'accord↑ vous avez quel âge madame/
27. PAT cinquante et un an un an
28. ARM cinquante et un an/
29. PAT ouais
30. ARM vous avez des problèmes de santé/
31. PAT ouais
32. ARM vous avez quoi comme problème de santé/
33. PAT ((gémissement))(.)l'estomac
34. ARM ↑d'ac↑cord [bon
35. PAT [l'intestin
36. ARM ↑d'ac↑cord j'[ai
37. PAT [(inaud.)

Alors que la patiente évoque des problèmes de longue durée, elle les situe d'abord à l'estomac (L 33). L'ARM marque qu'il a bien pris en compte ces éléments avec un « ↑d'ac↑cord » (L 34) prononcé de sorte à se rendre le plus compréhensible possible et marquer une progression d'une question à l'autre. La patiente l'interrompt alors pour préciser « l'intestin » (L 35). La répétition de l'item « ↑d'ac↑cord » marque la prise en compte de cet énoncé correctif.

Après un chevauchement inaudible (L 37), l'ARM déclare qu'il va transmettre l'appel au médecin. Cette annonce active le thème de la capacité à parler (L 40) :

38. ARM ↑madame↑ je vais vous passer le médecin au téléphone d'accord/
39. [vous êtes à]
40. PAT [((gémissement))] je(ne)peux pas parler
41. ARM vous madame vous allez vous allez réussir à parler vous êtes à
42. quelle adresse/
43. PAT (.) <((s'exprime difficilement))xnumérox xadressex>
44. ARM ↑d'ac↑cord (.)je vais voir avec le médecin madame quittez pas
45. hein °d'accord°/
46. PAT (.)((gémissement))

Alors que la patiente manifeste son incapacité à s'exprimer (« je (ne) peux pas parler » ; L 40) l'ARM insiste, elle va « réussir à parler » (L 41). L'ARM laisse peu de choix à son interlocutrice, probablement car il sait que l'échange avec le médecin sera décisif pour la suite de la trajectoire de soins. L'ARM collecte ensuite l'adresse et informe l'appelée qu'il va échanger avec le médecin, son dernier tour se concluant sur une nouvelle occurrence de « d'accord » (L 45) prononcé cette fois-ci avec une intonation douce rendant visible une volonté de rassurer.

Après quelques tours d'échanges familiers et de rires cordiaux (González-Martínez & Petitjean, 2016) avec sa collègue médecin, l'ARM lui présente la situation, depuis le premier appel du fils jusqu'à l'échange avec la patiente :

01.	ML	oui médecin régulateur docteur xnomx bonsoir
02.	ARM	oui bonsoir docteur xnomx
03.	ML	ha ha[ha ha
04.	ARM	[ha ha dis-moi=
05.	ML	=t'as vu je suis gentille hein/
06.	ARM	↑ouais c'est vrai↑
07.	ML	t'as vu=/
08.	ARM	=très polie très bien
09.	ML	ha ha
10.	ARM	j'ai: à l'origine y'a un monsieur au début qui m'a appelé à
11.		xvillex pour sa maman en fait elle lui a envoyé un message
12.		sur messenger comme quoi vomissements diarrhée euh il était
13.		pas sur place donc là il s'y rend dans vingt vingt-cinq
14.		minutes bon lui à la base ce qu'il voulait c'était à mon
15.		avis c'était une ambulance par ce qu'il est en train de
16.		craquer euh: vomissements diarrhée donc là j'ai <u>la dame</u> au
17.		téléphone c'est vrai qu'elle: ↑elle se plaint de l'estomac↑
18.		↑elle a pas l'air bien en forme↑
19.	ML	elle est sur xvillex elle hein/
20.	ARM	elle est sur xvillex ouais [(inaud.)
21.	ML	[(inaud.)vas-y passes-la-moi

Dans ce transfert, l'ARM veille à reproduire les évènements avec précision : il rapporte que la mère a contacté son fils via l'application Messenger, intègre deux fois les attributs-symptômes « vomissements » et « diarrhée » et précise que le fils va mettre une vingtaine de minutes à arriver (L 10-18). Toutefois, tous les éléments ne peuvent être rapportés à l'oral,

l'ARM ne transmet pas par exemple la proposition de diagnostic « intoxication alimentaire » ni l'inscription temporelle (trois mois). L'échange doit être bref, se maintenir dans la temporalité de l'urgence et si des éléments manquent à l'oral, ils peuvent être inscrits sur la fiche du patient qui apparaît sur l'écran du médecin (mais dont nous ne disposons pas).

Lors de l'échange, l'ARM montre qu'il a identifié la requête du fils. L'énoncé « il est en train de craquer » est précédé de la locution conjonctive de subordination « par ce que » ; L 15-16) et que c'est cet état émotionnel qui conduit à un besoin de résolution immédiate du problème de santé de sa mère. L'ARM veille toutefois à ne pas trop influencer le travail à venir, c'est pourquoi il précise qu'il s'agit là de suppositions (« c'était à mon avis » ; L 14-15). Il mentionne ensuite qu'il a eu la dame au téléphone et que cela lui a permis de vérifier les propos du fils (« c'est vrai » ; L 17) et que celle-ci se plaint de l'estomac et ne semble pas en forme (L 17-18). Le fait que ces deux informations aient été obtenues directement auprès de la victime leur confère un statut privilégié, ce sont des *savoirs de type* 1 (Pomerantz 1980, p. 7) et elles sont d'ailleurs prononcées avec des intonations montantes qui les mettent en relief.

De manière générale, cette séquence de transfert nous semble particulièrement efficace. Elle rend visible les liens entre situation de la victime et *objectifs privés* du tiers-appelant, puis les met en relation avec un point de vue professionnel. Il veille consciencieusement à ne pas influencer le médecin et à ne rapporter que des éléments corrects et pertinents en demeurant strictement orienté vers les besoins et non pas vers l'attitude de son interlocuteur (Whalen & Zimmerman 1998, p. 153).

Débute ensuite l'échange entre la médecin et la patiente. Cette dernière présente toujours des difficultés importantes d'expression :

```
22.   ML      oui allo/ (.) allo/
23.   PAT     ((gémissement))
24.   ML      allo/
25.   PAT     (inaud.)
26.   ML      oui bonjour madame
27.   PAT     <((s'exprime difficilement))bonjour madame>
28.   ML      bonjour vous vous avez vous avez mal au ventre/
29.   PAT     uh j'ai très mal oui madame
30.   ML      hum ↑d'ac↑cord et vous [avez hein]
```

31. PAT [mmh::]diarrhée vomissements
32. ML d'accord vous devez avoir une bonne gastro hein vous avez
33. mangé quelque-chose inhabituel/
34. PAT non pas (inaud.) par ce que je mange pas grand-chose
35. ML d'ac↑cord
36. PAT <((s'exprime difficilement))(inaud.)ça fait cinq jours j'ai
37. des vertiges madame>
38. ML d'ac↑cord
39. PAT je sais pas (inaud.) c'est la (inaud.)

La médecin choisit d'initier l'interaction avec une question au format polaire à propos du mal de ventre (L 28), ce qui semble faciliter l'entretien car cela permet à son interlocutrice de rendre immédiatement compte de l'intensité de sa douleur, sans avoir à sélectionner elle-même les termes médicaux appropriés[204]. La praticienne propose ensuite un diagnostic (« vous devez avoir une bonne gastro hein vous avez mangé quelque-chose inhabituel/ » ; L 32-33) et introduit immédiatement un thème déjà proposé par le fils (l'intoxication alimentaire) traduisant une probable orientation vers la qualification en non urgent.

La patiente n'inscrit pas le problème médical dans le temps long (contrairement au fils) et elle ne valide pas cette proposition d'intoxication alimentaire ce qu'elle justifie par le fait qu'elle ne s'alimente pas vraiment (L 34) et mentionne, non sans difficultés, que les symptômes ont commencé depuis cinq jours (L 36) et qu'elle souffre de vertiges (L 37).

La médecin initie ensuite une séquence d'annonce d'une décision en conseillant de téléphoner à SOS Médecins (L 40-42). Elle a bien sélectionné la qualification en soins urgents. Son interlocutrice fait part de sa réticence, elle ne se sent pas en capacité de téléphoner elle-même (L 43) :

40. ML bon y est-ce que si vous voulez sur xvillex y'a des docteurs
41. qui peuvent venir à la maison est-ce que vous pouvez les
42. appeler vous pouvez appeler s.o.s/
43. PAT <((s'exprime difficilement))madame j'ai je peux pas>

[204] Au chapitre précédent, dans l'appel C15HN A 20 nous avons observé une séquence où l'ARM pose une question ouverte à une patiente qui présente de grandes difficultés d'élocution et a annoncé ne pas pouvoir parler (« qu'est-ce qu'il [se passe/ » L 76).

44. ML ↑oui mais c'est juste un numéro de téléphone↑ vous leur
45. donnez votre adresse ils viendront vous voir
46. PAT (.)((gémissement))↑l'adresse↑
47. ML voilà ben nous nous on a votre adresse vous nous l'avez
48. donnée déjà ma[is&
49. PAT [(inaud.)
50. ML &il faut que vous téléphoniez à s.o.s médecins c'est
51. les docteurs qui font les visites

La patiente, qui montre toujours des difficultés d'expression, propose alors au médecin que celle-ci sollicite elle-même son fils pour qu'il contacte SOS Médecins (L 52-53 ; L55-56) mais la régulatrice insiste, il faut qu'elle les contacte elle-même (L 57-59) :

52. PAT <((s'exprime difficilement))madame vous pouvez joindre mon
53. fils s'il vous plait>
54. ML pardon/
55. PAT j'ai dit vous pouvez joindre mon fils qui peut appeler le
56. médecin je peux pas
57. ML oh mais vous allez les appeler vous comme ça vous allez tout
58. leur expliquer hein il faut que ça passe par vous hein/
59. PAT ((gémissement))↑
60. ML d'accord/
61. PAT ((gémissement))↑
62. ML est-ce que vous pouvez marquer le numéro de téléphone/ (.)
63. quelque part
64. PAT ((gémissements)madame/
65. ML oui/
66. PAT vous me répétez le (.)le numéro de la
67. ML oui c'est xnumérox
68. PAT (.)xnumé[rox
69. ML [xnumérox (.) d'acco[rd
70. PAT [(inaud.)
71. ML voilà vous faites le xnumérox

La patiente a pris note du numéro pour obtenir une visite à domicile. Elle tente toutefois de Réorienter l'activité vers la séquence de diagnostic (« j'ai des problèmes de santé » ; L 72- 73). Le médecin ne ratifie pas cette tentative, ce qui est rendu visible par la construction « hum al[lez » (L 75) suivie à sa reprise de parole d'une explicitation de la décision médicale (« comme ça il viendra vous voir et [il verra si& » ; L 76) :

72. PAT <(((s’exprime difficilement))(inaud.)j’ai des problèmes de
73. santé>
74. ML hum al[lez
75. PAT [(inaud.)
76. ML comme ça il viendra vous voir et [il verra si&
77. PAT [(inaud.)
78. ML &directement et vous avez rien pris comme médicaments/
79. PAT si madame j’ai pris du smecta
80. ML ouais vous en avez pris combien/
81. PAT j’ai pris (.) ↑une↑
82. ML ouais il faut bien les prendre par deux les smecta quand c’est
83. quand on beaucoup de diarrhée faut prendre deux smecta deux
84. fois par jour
85. PAT j’ai plus de forces madame [je
86. MED [oui ça doit vous fatiguer ouais
87. PAT (inaud.)

Les propos suivants de la patiente nous sont inaudibles et le médecin choisit finalement de revenir à l’activité de diagnostic. Elle l’interroge sur un éventuel traitement de la gastro-entérite (L 78). Son interlocutrice confirme : elle a pris du Smecta (L 79). Cette nouvelle information déclenche une courte séquence de prescription médicale, avant que la médecin ne revienne à l’activité initiale, qui est la séquence décisionnelle. Une orientation dans le parcours médical, et ce malgré une tentative de la patiente de signifier de nouveau qu’elle ne s’estime pas en mesure de contacter SOS Médecins (« j’ai plus de forces madame [je » ; L 85). La médecin va alors tenter de s’assurer que la patiente a bien compris la décision :

88. ML allez comme ça le docteur qui vient à la maison il verra si y’a
89. besoin de faire d’autres examens ou pas d’accord/
90. PAT ((gémissement))
91. ML hein donc je vous laisse l’a- l’appeler le docteur/
92. PAT ((gémissement))
93. ML d’accord/
94. PAT ((gémissement))(.) h:: je peux pas
95. ML allez donc vous téléphonez au médecin et il viendra vous voir
96. PAT ((gémissement))
97. ML d’accord/
98. PAT hein ouais

99. ML y'a votre fils qui arrive aussi donc ↑il pourra vous aider↑
100. PAT (.)hein hein
101. ML d'accord/
102. PAT h::
103. ML voilà madame bon courage
104. PAT h::
105. ML au revoir
106. PAT ((gémissement))

Nous observons une stagnation de l'activité interactionnelle. Pour répondre à l'absence de validation explicite de la patiente le médecin déclenche des procédures de vérification de l'acceptation de la décision. Ces procédures, dont nous relevons 7 occurrences successives sont des tentatives d'obtenir une marque explicite de ratification de la décision de la part de la patiente :

- à la ligne 88 explicitation de la suite de la trajectoire de soins (« il verra si y'a besoin de faire d'autres examens ou pas ») suivi de l'item interrogatif « d'accord/. Réponse de la patiente par un gémissement ;

- à la ligne 91, alors que le médecin reformule ce que la patiente doit accomplir après cet appel : « hein donc je vous laisse l'a- l'appeler le docteur/ » , la patiente produit de nouveau un gémissement (L 92) ;

- à la ligne 93, deuxième occurrence de l'item interrogatif « d'accord/ ». La patiente répond avec un nouveau gémissement suivi d'un soupir et d'un énoncé à la forme négative signifiant qu'elle n'accepte pas la décision médicale (« je peux pas » ; L 94) ;

- à la ligne 95, une nouvelle tentative de reformulation de ce que doit accomplir la patiente et du bénéfice qu'elle en tira (« allez donc vous téléphonez au médecin et il viendra vous voir ») est encore suivie d'un gémissement (L 96) ;

- à la ligne 97, une troisième occurrence de l'item interrogatif « d'accord/ » suivi cette fois-ci d'une validation « hein ouais » (L 98) ;

- à la ligne 99, le médecin tente de rassurer la patiente en lui rappelant que son fils arrive et insiste prosodiquement sur le fait qu'il pourra l'aider (« y'a votre fils qui arrive aussi donc ↑il pourra vous aider↑»). L'intonation montante sert à clôturer le tour en cours et à

passer la parole. Après une courte pause, la patiente répond avec une expansion minimale (« (.) hein hein » ; L 100) ;

- à la ligne 101, quatrième occurrence de l'item interrogatif « d'accord/ » par la médecin suivi cette fois-ci d'un soupir de la patiente.

Après ces nombreuses tentatives relativement peu concluantes (*weak acceptance*[205] ; Kevoe-Feldman & Iversen, 2022, p. 91) le médecin semble considérer que l'information a été correctement transmise. Elle initie les salutations prototypiques et met fin à la communication. L'institution a donc accompli sa mission, qui consiste à trouver une réponse pour chaque demande de santé, ici d'orienter la patiente vers SOS Médecins.

Dix minutes après l'appel, l'ARM contacte SOS Médecins pour vérifier que la patiente leur a bien téléphoné. Ce rappel montre que la régulation des demandes de soins urgents ne consiste pas au simple transfert des patients d'un service à l'autre mais bien de co-construire, avec les autres organisations de santé, un parcours de soins adapté.

L'ARM présente la situation à l'opératrice de SOS Médecins :

```
01. ANN     vous êtes en relation avec le centre d'appel s.o.s médecin
02.         merci de préparer votre numéro de téléphone ainsi que votre
03.         adresse précise vous êtes en relation avec le centre d'appel
04.         s.o.s
05. SOS     s.o.s médecins ↑bonsoir↑
06. ARM     bonsoir samu de xvillex
07. SOS     hum hum
08. ARM     je me permets de vous appeler est ce que vous avez eu un appel
09.         d'une dame là qui vous a appelé récemment/ sur xvillex rue
10.         de la xruex
11. SOS     (.) ↑non↑ ça me dit rien du tout non non pas de la rue xruex
12. ARM     (inaud.)okay
13. SOS     quel est le nom de famille pour m'en assurer/
14. ARM     euh moi j'ai j'avais ↑xnomx↑ (.) xn.o.[m.x
15. SOS                                          [non ils m'ont pas
16.         appelé ce soir
```

[205] N.d.T : « acceptation faible ».

Alors que son interlocutrice l'informe que la dame n'a pas téléphoné, l'assistant de régulation choisit de solliciter lui-même la venue de SOS Médecins au domicile :

ARM non bon ben ce serait ce serait pour une visite du coup s'il vous plaît
SOS d'accord
ARM par ce que on lui avait dit de vous appeler mais à mon avis je pense qu'elle était dans un état de faiblesse euh assez avancé
SOS (.)d'accord je vais prendre vous avez son numéro/
ARM ↑ouais↑ alors moi j'ai le xnumérox
SOS hum hum
ARM xnumérox
SOS (.) allez ça marche donc madame xnomx&
ARM hum
SOS &xn.o.mx vous m'avez dit/
ARM mouais alors moi j'avais xn.o.m.x mais enfin c'était un peu Compliqué :h
SOS d'accord
ARM bon je pense ça doit être ça
SOS oui a le prénom/
ARM alors là je l'ai pas
SOS et vous avez la date de naissance/
ARM j'ai pas non plus (.) je sais juste qu'elle a cinquante et un an
SOS d'accord
ARM (.) et elle est au xnumérox xruex à ((tousse))
SOS et elle a cinquante et un an vous m'avez dit au combien pardon/
ARM ↑xnumérox↑ rue xnomx
SOS (.) ouais
ARM alors c'était pour des vomissements diarrhées ↑bel état de faiblesse↑ :h
SOS d'accord
ARM ((respiration bruyante)) est-ce qu'il vous faut quelque chose d'autre/
SOS euh à peu près depuis quand euh l'état était comme ça/
ARM euh je vais je vais demander à mon médecin ne quittez pas (0.3) allo/
SOS oui/
ARM euh apparemment ça doit du-durer depuis un petit moment mais là les douleurs à l'estomac ça serait récent d'après le médecin

54. SOS (.)d'accord (0.3)euh: juste ↑un étage↑ ou si y'a un interphone
55. ou quoi que ce soit=

Comme l'ARM ne dispose pas des informations précises pour accéder au logement, il se propose de recontacter le fils :

56. ARM =alors à la limite ce que je vais faire je vais appeler son
57. fils que j'avais eu tout à l'heure au téléphone mais qui était
58. pas sur place (.) et je vous rapp[elle
59. SOS [d'accord allez ça marche à
60. tout de suite
61. ARM allez on fait ↑on fait comme ça↑
62. SOS me[rci
63. ARM [merci

Lors de ce nouvel appel, c'est une femme qui décroche. L'ARM demande à parler à son premier interlocuteur (séquence non retranscrite ici) et fait le compte-rendu de la demande à SOS Médecins (L 05) vérifiant les informations primaires de la victime (L 08-19) :

01. TIE oui/
02. ARM ↑oui bonjour↑ enfin re bonjour c'est le samu là de xvillex
03. TIE oui=
04. ARM donc on a eu votre maman tout à l'heure au téléphone on va
05. lui envoyer s.o.s médecin pour qu'ils passent la voir cette
06. dame
07. TIE ils passent de suite là/
08. ARM ouais ils vont passer ouais faut juste que je il me faut
09. juste des informations complémentaires c'est pour ça que je
10. me permets de vous appeler il me faudrait ↑son prénom↑ à
11. votre maman
12. TIE xp.r.e.n.o.m x ↑xprénomx↑
13. ARM xprénomx xp.r.e.n.o.m x (.) et son n[om de famille c'est
14. TIE [c'est xnomx xnomx y'a]
15. ARM xnomx]
16. TIE x.n.o.mx
17. ARM d'accord=
18. TIE =>elle est née le xjourx xmoisx xannéex<
19. ARM ∇xjourx xmoisx∇ d'accord [et y a] y a un étage/
20. TIE [(inaud.)

Le tiers-requéreur annonce ensuite qu'il est arrivé auprès de sa mère, et l'appel se termine sans que ne soit produite de nouveau la requête initiale de l'appelant (l'envoi d'une équipe de secours urgent) :

21. c'est le premier étage quand vous arrivez moi je vais voir
22. direct je suis dans la cuisine je vais pas bouger
23. ARM ah vous êtes-vous êtes sur place vous/
24. TIE ouais je suis sur place je viens juste d'arriver là
25. ARM allez okay d'accord et ben écoutez on on les envoie là s.o.s
26. médecin d'accord/
27. TIE de suite ils viennent là/
28. ARM ouais ouais ben là je vais les appeler et ils vont passer
29. TIE vas-y allez nickel merci
30. ARM je vous en prie au revoir

Que montre l'examen de cette suite d'appels ? Il met à jour la relation réflexive entre organisation de la structure d'aide et organisation de l'interaction. Ces usagers font le choix qui les mènera le plus rapidement possible à un avis médical. La conclusion de cet appel montre bien que si l'appelant n'avait pas contacté les pompiers en premier lieu, sa mère aurait été examinée plus rapidement par SOS Médecins, alors même que les choix du fils étaient déterminés par un *objectif privé* : faire venir un médecin le plus rapidement possible. Le processus d'entrée dans le parcours de soins se trouve être ralenti par son premier choix, qui mène à une sur-décision. Ce ne sont pas moins de neuf interactions qui sont nécessaires pour conduire à la décision d'attendre la venue de SOS Médecins.

Dans le tableau suivant, nous reportons cette multiplication d'appels :

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
Tiers + 18	18 + ARM	ARM + Tiers	ARM + Patiente	ARM + Médecin	Médecin + Patiente	ARM + SOS Médecins	ARM + Tiers	ARM + SOS Médecins

Cette dame n'était pas en mesure de téléphoner elle-même, elle en a informé son interlocutrice en lui demandant de contacter SOS Médecins pour elle ou de demander à son fils de le faire. Malgré l'insistance du médecin, et bien que l'appel se soit terminé sur cette consigne claire, la

victime n’a pas suivi la décision préconisée.

6. Une conjoncture de motifs médicaux et non-médicaux

Examinons l’appel d’un jeune homme de 16 ans. Après le décroché de l’assistante de régulation, et une micro-pause, l’appelant prend la parole. Sa voix est étouffée, la prononciation suggère qu’il est probablement originaire d’un pays africain francophone. Il présente de plus quelques difficultés d’expression liées à son asthme :

C15HN_B_14

```
01.  ARM          samu ↑bonjour↑
02.  PAT          (.)bonjour madame (0.3) euh:: je suis arrivé je euh:: là
03.               où il y a les ambulanciers là euh je suis malade(.)
04.  ARM          alors j’ai pas compris qu’est-ce qui vous arrive/
05.  PAT          (.) euh je ↑l’asthme↑ je n’arrive pas à dormir ↓depuis
06.               quatre heures↓
07.  ARM          vous arrivez pas à dormir depuis quatre heures/
08.  PAT          oui j’ai l’asthme ↓là↓
```

Dès le premier tour de présentation de la requête nous relevons qu’un malentendu se met en place. L’appelant salue son interlocutrice, marque une brève pause et annonce en seconde partie de tour qu’il est arrivé « là où il y a les ambulanciers » (L 02-03) c’est-à-dire qu’il est dans l’enceinte de l’hôpital, probablement proche de l’accueil des urgences. Il annonce ensuite qu’il est malade (L 03) et marque une pause, interprétée par son interlocutrice comme un lieu pertinent pour signifier qu’elle n’a pas compris ce qu’il a dit (L 04). L’appelant marque une nouvelle pause et annonce cette fois-ci qu’il a de l’asthme et n’arrive pas à dormir depuis quatre heures (L 05-06). À la ligne 07, l’ARM répète la deuxième partie de tour sous la forme interrogative, afin de vérifier qu’elle a bien compris et ce, sans mentionner l’asthme. Le jeune homme confirme puis réintègre le thème de l’asthme (L 08).

Quelles remarques sur cette ouverture d’appel ? L’appelant a annoncé se trouver près des ambulanciers, mais cet énoncé n’est pas pris en compte par l’ARM. Lorsque qu’elle signifie qu’elle n’a pas compris (L 04), son interlocuteur répète son tour précédent mais il le fait de manière incomplète car il ne mentionne pas de nouveau qu’il se trouve déjà sur un site hospitalier. Nous observons aussi que le jeune homme a annoncé ne pas pouvoir dormir, et ce depuis quatre heures. Cet énoncé a le potentiel de suggérer qu’il se trouve à son domicile,

proche de son lit. Au tour suivant, l'ARM considère que la première séquence de l'appel est achevée et engage la séquence de collecte des informations primaires en demandant sur quelle commune il se trouve :

09.	ARM	↑d'accord↑ vous êtes sur quelle commune/
10.	PAT	(.)↓xquartierx↓
11.	arm	((saisie clavier))
12.	ARM	∆non la commune la vi↓lle↓∆
13.	PAT	(.)xnomvillex=
14.	ARM	=xvillex quelle adresse/
15.	PAT	(0.2) euh xnumérox rue xnomruex
16.	ARM	↑xnomruex↑[((saisie clavier))]
17.	PAT	[oui]
18.	ARM	↑à quel↑ euh:: à quel étage/
19.	PAT	(.)deuxième mais ↑je suis en bas↑
20.	ARM	↑votre nom de famille↑ c'est quoi/
21.	PAT	xnomx
22.	ARM	(.)comment/
23.	PAT	>xnomx xnomx< (.) xn.o.m.x
24.	ARM	↑d'a:ccord↑ vous avez quel âge↑((saisie clavier)
25.	PAT	j'ai seize ans
26.	ARM	↑seize ans↑
27.	PAT	oui ((tousse))
28.	ARM	↑d'a↑ccord je vais vous passer un docteur au téléphone
29.		quittez pas
30.	PAT	∇ouais∇

Le traitement de la réponse à la ligne 10 confirme qu'une incompréhension invisible est en train de se mettre en place. En effet, lorsque l'appelant répond à la question sur son adresse il donne d'abord le nom du quartier où il se trouve au moment de l'appel. Sa voix est toujours étouffée et la compréhension de l'ARM peut être pénalisée du fait qu'il s'agit d'un locuteur d'un autre pays francophone. L'ARM n'est pas en mesure de mettre cet énoncé en relation avec l'information donnée à la séquence précédente (« là où il y a les ambulanciers » ; L 2-3), puisqu'elle ne l'avait pas perçue.

L'assistante de régulation signale que la réponse « ↓xquartier↓» est non préférentielle (« ∆non la commune la vi↓lle↓∆ » ; L12) c'est-à-dire insuffisamment précise (*poor place formulation* ; Kevoe-Feldman & Irvinen 2022). En réaction, à la ligne 15, le jeune homme fournit cette fois-ci l'adresse de son habitation, bien qu'il ne s'y trouve pas. À la ligne 19, l'assistante de

régulation lui demande quel est l'étage de son domicile. Le jeune homme répond « deuxième » mais produit immédiatement un « mais » suivi de « ↑je suis en bas↑ » qui est prononcé avec une intonation montante. Cet énoncé est une nouvelle tentative d'expliquer à l'ARM qu'il se trouve déjà sur le site de l'hôpital, « en bas » correspondant à la connaissance approximative que les usagers ont de l'organisation géographique des différents services. De nombreux usagers semblent imaginer que les opérateurs du SAMU sont nécessairement dans le même bâtiment que les services d'urgence et les ambulances. Pourtant, l'ARM ne relève pas cette information qui, si elle est produite une seconde fois, ne semble pas encore suffisamment explicite pour être bien comprise. Cet échange arrive à sa fin et nous observons que la requête du jeune homme n'a pas été formulée. Il a annoncé faire une crise d'asthme et avoir des difficultés à dormir mais la construction de la série interrogative ne lui a pas permis d'exprimer de manière explicite sa requête.

Le jeune homme est transféré au médecin qui choisit un format de question qui ne rend pas compte des informations déjà en sa possession (« °bonjour docteur xnomx qu'est-ce qui vous arrive/ monsieur° » L 33-34). Il incombe alors au jeune homme de sélectionner les informations qu'il va présenter lors de ce nouvel entretien. C'est là un processus de sélection des éléments les plus pertinents du point de vue du demandeur : (i) la durée du problème (« ↑depuis quatre heures↑ » ; L 35) (ii) la conséquence (« je n'arrive pas à dormir » ; L 35) et le problème de santé lui-même (« >l'asthme< » ; L 36) complété par une nouvelle information médicale (« et:: allergique » ; L 36) :

31. MR ↑allô↑
32. PAT >allô bonjour<
33. MR °bonjour docteur xnomx qu'est-ce qui vous arrive/
34. monsieur°
35. PAT ouais: ↑depuis quatre heures↑ je n'arrive pas à dormir
36. j'ai: >l'asthme< et:: allergique
37. MR [°d'acco:rd°]
38. PAT [donc]
39. MR [et]&
40. PAT [ouais:]
41. MR &vous avez euh: ↑de la ventoline chez vous/

Le médecin signale son écoute et sa compréhension par la forme « d'accord » (L 37) qui semble agir comme une invitation à continuer le récit. Un chevauchement survient alors que les deux

participants tentent de prendre la parole : l'appelant souhaite poursuivre son récit ([donc] » ; L 38), le médecin tente de poser une question (« [et]& » ; L 39). Le praticien parvient à récupérer la parole pour questionner le jeune homme sur sa possession de Ventoline chez lui (L 41), ce qui rend visible qu'il envisage probablement, tout comme sa collègue ARM, que l'appelant se trouve à son domicile :

```
42.  PAT     (0.3) non j'ai rien
43.  MR       ah=
44.  PAT      =>j'ai pas de médicaments rien< [h::h]
45.  MR                                      [↓d'accord:↓]et ben:::
46.          euh: faut faut euh: il faut: °éventuellement° euh ça a
47.          commencé à quelle heure/ °votre cri:se°
```

Après une courte pause, l'appelant répond défavorablement (« non j'ai rien » ; L 42) avec une emphase sur le pronom indéfini « rien ». Le médecin lui répond par un « ah » (*change of state token* ; Heritage 1984) marquant à priori la réception d'une nouvelle qui provoque l'étonnement (*newsmark* ; Jefferson 1981, p.62). La réaction du médecin à cette annonce évoque la séquence examinée au chapitre précédent, autour du malentendu sur le dextro de la patiente diabétique (**C15HN A 10**). Renvoyant à l'idée qu'un patient souffrant d'une maladie chronique est lui-même responsable du suivi de son traitement, de son matériel mais que lorsqu'il y a une défaillance, ils contactent un service d'urgence[206].

À la suite de cette réaction minimale, l'appelant enchaine en reformulant qu'il ne possède aucun médicament, tout en étant un peu plus essoufflé. Le tour suivant du médecin débute à la ligne 46 avec une forme en construction : il semble sur le point d'annoncer une décision ou un conseil mais marque une hésitation (« euh »), une double occurrence du verbe faire, suivie d'une nouvelle hésitation (« euh ») et d'une autre répétition du verbe faire, prononcée cette fois avec une légère extension de son, tout en cherchant ses mots (Goodwin, 1986). Dans la suite du tour, l'adverbe « éventuellement », qui est prononcé plus calmement, évoque tout à la fois l'incertitude et l'amorce d'une suggestion. Après une autre marque de son hésitation (« euh »)

[206] Dans un autre appel du corpus, une situation comparable est traitée par le SAMU : un jeune homme épileptique qui séjourne à Saint-Etienne pour la journée annonce s'être fait voler son sac avec à l'intérieur son traitement pour l'épilepsie ainsi que son portefeuille. Dès lors, il n'a plus d'argent pour prendre le train et rentrer chez lui à Lyon et il attend des services d'urgence (il a d'abord contacté le 18) qu'ils lui apportent une solution afin qu'il puisse prendre son cachet au plus vite. Une demande jugée non légitime par le 18 puis le 15 mais qui donnera tout de même lieu à l'envoi d'une équipe sur place (de pompiers).

le médecin conclut par une forme interrogative relevant de la prise de l'historique médical : « euh ça a commencé à quelle heure/ °votre cri:se° » (L 46-47). Son amorce de diagnostic ou de décision a été abandonnée au profit du travail d'enquête.

Le patient répond en déclarant que la crise a commencé la veille :

```
48.   PAT   hier aussi hier matin il m'a:=
49.   MR    =hier
50.   PAT   ça m'a réveillé oui aujourd'[hui   ] encore
51.   MR                               [ah oui]
52.   PAT   :h [(la même)]&
53.   MR       [d'accord ]
54.   PAT   &>quatre heures quatre heures ouais<
55.   MR    bon (.)peut-être que le plus simple c'est d'appeler ↑s.o.s
56.         médecin↑ qu'un médecin vient vous voir ↓là↓(.) hein
57.         vous connaissez leur numéro/
58.   PAT   (0.2) non=
59.   MR    =non je >vous avez ↑d'quoi< noter↑ je vais vous le donner
60.         (.) ils vous donneront quelque-chose tout de suite
```

Alors que le médecin conseille de contacter SOS Médecins (L 55), l'appelant manifeste que sa respiration s'aggrave (« hhh ah:: hhh ah:: » ; L 61) mais accepte toutefois de noter le numéro de téléphone que lui dicte son interlocuteur :

```
61.  PAT    hhh ah:: hhh ah::
62.  MR     ↑c'est bon↑ >vous avez de quoi noter/< monsieur ↑xnomx↑
63.  PAT    (.) euh:: >attends attends<
64.  MR     °d'accord°
65.  PAT    (0.3)((saisie sur le téléphone))oui
66.  MR     alors c'est le xnumérox&
67.  PAT    ((saisie sur le téléphone))
68.  MR     & xnumérox
69.  pat    ((saisie sur le téléphone))
70.  MR     ↑xnumérox↑=
71.  PAT    =((saisie sur le téléphone))
72.  MR     ↑xnumérox (.) ↓voilà↓ hhh
73.         vous ↑les appelez↑ s'il y a un souci s'ils peuvent pas
74.         venir vous: >vous nous rappelez< hein d'accord/
75.  PAT    ↓d'accord↓ merci
```

Le médecin invite le jeune homme à rappeler le SAMU si SOS Médecins ne peut pas se déplacer. Effectivement, 30 minutes après, il contacte de nouveau le SAMU. C'est un autre assistant de régulation qui décroche. Le patient explique de manière assez confuse qu'il a contacté SOS Médecins mais qu'ils ne pourront venir qu'à sept heures du matin. L'ARM transfère le jeune homme au médecin régulateur[207] :

01. ARM le samu bonjour/
02. PAT (.)∆ah c'est monsieur xnomx là.∆ je l'ai appelé mais ils
03. m'ont dit euh:: hhh à sept heures mais >je peux pas<
04. ARM mh:: >vous êtes monsieur xnomx c'est ça/<
05. PAT (.)oui
06. ARM et c'est qui qui vous a dit à sept heures/
07. PAT (.)hein/
08. ARM c'est qui qui vous a dit à sept heures/
09. PAT (.) euh: le numéro que vous m'avez donné là
10. ARM d'a:ccord bon je vais vous repasser le médecin ne quittez
11. pas
12. PAT (.) ouais
13. ANN veuillez patienter quelques instants nous nous efforçons
14. d'écourter votre attente
15. PAT ((tousse et se mouche))

Le médecin régulateur décroche en rendant compte du fait qu'il sait pourquoi le jeune homme a rappelé (L 18-19) :

16. MR a:llo/
17. PAT allo bonjour
18. MR ↑oui↑ bonjour ↑ouais↑ on me dit s.o.s va passer à ↑sept
19. heures↑ c'est ça/
20. PAT (.)oui

Or, il est 6 heures 30 du matin. Le médecin explique que le délai d'une demi-heure est bien plus court que le temps qu'il faudrait à l'ambulance du SAMU pour arriver chez le patient. Celui-ci montre une affiliation immédiate avec ce point de vue (« d'accord » ; L 24) :

[207] Lors d'un second appel la régulation par l'ARM est généralement très rapide, le fait de téléphoner une nouvelle fois rend immédiatement pertinent de transférer au médecin.

21. MR oui: beh ↑c'est bon↑ :h ça fait ↑une demi-heure↑ euh:: on
22. fera pas ↑plus vite↑ nous :h par ce qu'↑après↑ si si on
23. vous envoie: une ↑ambulance↑ on a deux heures de délai
24. PAT (.)d'accord
25. MR ↑hein↑ donc euh attendez s.o.s si vous si vraiment vous
26. étouffez que ↑ça va pas↑ vous ↑rappelez↑ on vous euh: on
27. verra ce qu'on fait hein d'accord/
28. PAT (.):h d'accord

Le médecin préconise de rappeler le SAMU si son état venait à s'aggraver d'ici l'arrivée de SOS Médecins. Il mobilise pour cela le thème de la définition de l'urgence respiratoire (« si vraiment vous étouffez » ; L 25-26) déjà observé au chapitre précédent (« pour nous elle s'étouffe ça veut dire qu'elle est en détresse vitale » ; L 25-36 dans l'appel **C15HN A 9**) .

Le médecin veille toutefois à contrôler que l'état du patient ne s'est pas aggravé depuis le premier appel (L 29-30). Une procédure typique lorsqu'un patient téléphone une seconde fois. Le jeune homme ne répond pas à cette question. Un désalignement silencieux de courte durée conduit le médecin à douter que le jeune soit encore en ligne (« allo/ » ; L 32). À sa reprise de parole, le jeune homme annonce qu'il va se rendre à l'hôpital Nord par ses propres moyens (L 34-35) :

29. MR hein sinon vous attendez ∆euh::là∆ ça pa- par rapport
30. à t`à l'heure euh: c'est pareil/
31. PAT (0.3)
32. MR allo/
33. PAT (.)allo >oui je comprends< euh bon je vais aller à
34. l'hôpital nord
35. MR ∆↑ah ben↑ et vous avez: annulé s.o.s alors/∆
36. PAT (.) oui oui
37. MR (.) est-ce que vous avez vous vous vous partez à
38. l'hôpital/ nord là<
39. PAT oui oui ↑je suis en route↑ là parce que: hhh euh je je
40. peux pas rester jusqu'à sept heures :h h:
41. MR ↑d'accord↑ (.) et vous y allez comment/ en bus/
42. PAT euh je prends le: ↑tram↑
43. MR vous prenez le tram/
44. PAT oui oui
45. MR ↑d'accord↑ hh bon ben on va rappeler s.o.s médecin okay

46. PAT (.)okay
47. MR2 ↑allez↑

Le médecin régulateur a bien pris en considération la décision du patient et demande s'il a annulé SOS Médecins (L 35). Après une micro-pause, l'appelant répond positivement. Le médecin marque lui aussi une micro-pause et s'enquiert de la manière dont le jeune homme compte se rendre à l'hôpital (L 41). Il l'informe que le SAMU va se charger de prévenir SOS Médecins et l'appel se termine.

C'est l'ARM qui les contacte et cet échange lui permet de réaliser que le jeune homme n'avait visiblement à aucun moment appelé SOS Médecins :

01. AN vous êtes en relation avec le centre d'appels
02. s.o.s médecins merci de préparer votre numéro de téléphone
03. ainsi que votre adresse précise
04. SOS s.o.s médecin bonjour/
05. ARM >oui bonjour< c'est le samu de xvillex
06. SOS oui
07. ARM dites-moi est-ce que vous avez un appel d'un monsieur
08. xnomx
09. SOS euh ↑non↑ ça me dit rien du tout
10. ARM ça vous dit rien du tout au xlieux/
11. SOS non non=
12. ARM =↑non↑
13. SOS il nous a pas appelé
14. ARM ↓d'accord↓ >parce qu'il nous avait dit qu'apparemment< il
15. vous avait appelé: et que: apparemment vous vous déplaciez
16. mais qu'↑à sept heures du matin↑ (.) ↑et bon c'est pas
17. grave↑ parce qu'au final ↑il va tout seul à l'hôpital
18. nord↑
19. SOS (.)↑d'a↑ccord.=
20. ARM = mais c'était au cas où s'il vous avait appelé que vous
21. vous déplaciez pas pour rien↓ quoi↓
22. SOS (0.2)okay >non non ben non non< [il] nous a pas appelé ce&
23.ARM [non]
24.SOS &↓ce monsieur↓
25. ARM ↓bon ben écoutez parfait↓ ça va/=
26. SOS =okay (.) bah ↑mer[ci monsieur]&
27. ARM [merci à vous]

28. SOS &de nous avoir [appelé]
29. ARM [au revoir]
30. SOS au revoir

L'analyse de cet appel nous permet d'établir des hypothèses interprétatives sur les motivations de cet appelant. Tout d'abord, nous pouvons supposer que ce jeune homme de 16 ans, annonçant ne posséder aucun médicament et se trouvant seul à 6h du matin dans l'enceinte d'un hôpital, est possiblement un mineur isolé. L'examen sonore de l'appel a permis de faire l'hypothèse qu'il s'agit d'un jeune homme d'un pays africain francophone, peut-être un jeune migrant. Une hypothèse renforcée par l'adresse qu'il donne lors du premier échange, celle d'une résidence de location de très courte durée où pourraient être hébergés des mineurs isolés. Cela pourrait éventuellement expliquer qu'il n'ait pas fait appel à SOS Médecins, car les faire venir serait payant, sauf pour les bénéficiaires de la CMU, que ne possèderait peut-être pas ce jeune homme. Il ne possède peut être pas non plus l'Aide médicale de l'État (AME), ou en attente de validation de son dossier, ce qui peut prendre jusqu'à deux mois[208]. Une fois l'AME attribuée, SOS médecin est entièrement couvert. Les PASS (permanences d'accès aux soins de santé) situées dans les hôpitaux publics et destinées aux personnes sans aucune couverture de santé peuvent fournir des soins de santé. La PASS de Saint-Étienne est ouverte du lundi au vendredi de 9h00 à 16h30, elle est donc fermée au moment de l'appel (un samedi). Le passage aux urgences étant alors gratuit et accessible à tous cela pourrait lui permettre d'obtenir de la Ventoline sans attendre la réouverture de la PASS le lundi matin.

En ne présentant pas clairement son processus d'autodétermination, en annonçant avoir contacté SOS Médecins alors que cela n'est pas vrai, cet appelant ralentit considérablement le traitement de son besoin de santé. Ces situations où les motivations matérielles et administratives prennent le pas sur les besoins médicaux ne sont peut-être pas forcément quotidiennes mais sont toutefois probablement fréquentes.

7. Errance en médecine spécialisée

En sociologie, l'encombrement des urgences a été identifié comme une conséquence des difficultés d'accès à la médecine de spécialité. Danet (2008, p. 80) a par exemple suggéré que

[208] Si la situation de santé d'un mineur exige des soins urgents, il faut avoir recours au FSUV (Fonds pour les soins urgents et vitaux). Le FSUV est sollicité pour financer des soins d'urgence dispensés au mineur étranger isolé (MEI) lorsqu'il ne dispose pas de l'AME.

la médecine de spécialité s'est organisée pour ne pas recevoir les patients directement. Morel (2014) montre qu'il existe des processus de sélection des patients en amont des services d'urgence et notamment une filière de contournement des services d'urgence et d'accès direct aux spécialistes via ce qu'elle nomme des *réseaux d'adressage médicaux*. Lorsqu'un problème de soin urgent survient, ces patients mobilisent leur réseau médical et accèdent rapidement aux services spécialisés sans passer par la case urgence (Morel 2016 para.30). Pour les autres usagers, il peut être difficile d'identifier la porte d'entrée adéquate et rapide vers les soins de spécialité. Ils se retrouvent de fait victimes de la sectorisation et de la difficulté d'obtenir un rendez-vous avec un spécialiste dans un contexte d'urgence de soins.

C'est précisément cette difficulté d'accès à la médecine de spécialité que nous observons dans l'appel suivant. La communication a été transférée depuis le standard de l'hôpital et les premiers tours de parole signalent que l'appelante n'a pas été correctement informée du transfert au SAMU ou alors qu'elle ne l'a pas compris. En effet, l'appelante vérifie dans son deuxième tour de parole qu'elle est bien au service des urgences ophtalmiques (L 07-09) :

C15HN_B_2 vous-même vous êtes ophtalmo sans doute ?

01.	ARM	samu bonjour
02.	HOP	oui bonjour je vous passe une communication
03.	ARM	merci
04.		((bruit combiné))((son salle de régulation))
05.	PAT	allo/
06.	ARM	>oui allo<
07.	PAT	allo/ je suis bien au service d[es urgences urgences&
08.	ARM	[de
09.	PAT	ophtalmiques/
10.	ARM	↑non madame↑ vous êtes au samu qu'est-ce qui vous arrive/

Alors que l'assistante de régulation l'informe qu'elle est au SAMU, l'appelante débute son tour de présentation de la raison de l'appel avec pour premier sujet (*anchor position*) son errance médicale « ah ben écoutez on tourne un peu en rond là » (L 11) suivi du récit des actions entreprises précédemment, en explicitant que son premier choix avait été de téléphoner au SAMU :

11. PAT (0.3) ah ben écoutez on tourne un peu en rond là parce que
12. j'ai appelé les ↑j'ai commencé par appeler le samu↑ vous
13. m'avez réorientée vers euh s.o.s médecin s.o.s médecin
14. m'envoie euh un généraliste euh en route il me dit je peux
15. rien faire pour vous euh euh:: il faut voir euh: les: un
16. ophtalmo un ophtalmologue ou euh ↑un ophtalmo↑ et euh
17. donc il a annulé le:: ↑la visite↑ je téléphone à l'hôpital
18. nord où sont les urgences ophtalmiques il me dit euh on
19. vous met en relation comme j`leur explique il me dit faut
20. venir aux urgences ophtalmiques à l'hôpital [nord&
21. ARM [(inaud.)
22. PAT &mais là mais là je ne peux pas me déplacer là [et::

L'appelante explique que lors de son premier appel le médecin du SAMU lui a conseillé de téléphoner à SOS Médecins. L'appelante a bien suivi le conseil donné par le médecin régulateur mais SOS Médecins n'a pas jugé que la demande relevait de leur champ d'action (traiter un problème oculaire relève de la médecine de spécialité). L'appelante, après ces deux appels à deux structures de santé différentes, se retrouve au point de départ. Son action suivante fut de prendre soin de téléphoner directement à l'hôpital où se trouvent les urgences ophtalmiques (L 17-18). Son interlocutrice lui demande alors de venir sur place. L'appelante explique qu'elle ne peut se déplacer, elle est alors réorientée vers le SAMU.

Cette narration des évènements précise le motif de l'appel : consulter un spécialiste. Or, pour voir un spécialiste sans rendez-vous programmé, il faut passer par la voie urgente. Cette demande doit être interprétée en relation avec l'incapacité de l'appelante à se déplacer elle-même jusqu'aux urgences. C'est là toute la complexité de l'activité de régulation médicale. Il ne s'agit pas seulement de qualifier en termes d'urgence ou de non-urgence. Il faut mettre en relation un ou plusieurs problèmes de santé avec d'une part la situation individuelle sous-jacente à l'indexicalité des actions de l'appelant et d'autre l'organisation de notre système de santé ainsi que les ressources humaines et matérielles disponibles.

L'échange se poursuit et nous relevons que l'ARM ignore complétement la situation de cette dame. Elle n'est donc visiblement pas celle qui a traité le premier appel. Si elle a accès au dossier de régulation médicale, la cruralgie n'y est pas mentionnée. C'est pourquoi l'ARM choisit en premier lieu d'interroger sur les raisons de l'incapacité à se déplacer par ses propres moyens :

23. ARM [pourquoi
24. vous ne pouvez pas vous déplacer madame/
25. PAT Δparce queΔ je ne peux pas conduire euh suite à une
26. fracture du poignet et que j'ai ↑une cruralgie↑ euh::
27. euh: également donc euh je ne peux pas me dépl[acer sauf&
28. ARM [d'accord
29. vous avez déjà appelé le samu donc] aujourd'hui madame/
30. PAT &prendre euh un taxi mais bon]

Nous remarquons que l'appelante introduit elle-même un thème pertinent : elle ne peut pas se déplacer seule sauf si elle prend un taxi. Elle propose ce thème et elle ne l'invalide pas, informant juste que ce n'est pas son choix préférentiel (« mais bon » ; L 30). Ce thème est introduit pendant un chevauchement, ce qui explique peut-être qu'il ne soit pas sélectionné par l'ARM qui reste orientée vers le fait que ce soit un second appel au SAMU.

L'ARM lui demande son nom, le logiciel utilisé ne permettant pas d'afficher systématiquement la fiche d'un patient ayant déjà téléphoné. Elle reprend, après un soupir (L 36), les éléments du récit de la décision du médecin régulateur du SAMU de la diriger vers SOS Médecins :

31. PAT (.)par[don/
32. ARM [vous vous avez appelé le samu/ (.) ↓aujourd'hui↓
33. PAT (0.3) euh oui j'avais appelé=
34. ARM =donc quel est votre nom madame/
35. PAT xnomx xn.o.m.x
36. ARM ((saisie clavier))h:: alors (0.4) euh: >donc s.o.s médecin n'a
37. pas voulu< vous >vous ne les avez pas vus finalement< on vous a
38. [redirigé&
39. PAT [non
40. ARM &sur les urgences de l'hôpital ↑nord↑
41. PAT [oui]
42. ARM [vous]les avez appelés et ils vous redirigent vers nous/

L'appelante produit un rire qui peut être interprété comme l'expression de son point de vue sur la situation (L 43). Un moyen de souligner la dimension absurde de ce cheminement l'ayant ramené jusqu'à son point de départ. Elle est surprise d'être transférée au SAMU, elle s'attendait à parler à « un médecin ophtalmologue » L 45 - 46) :

43. PAT (.) ↑et bé voilà↑[ha ha] c'est ça
44. ARM [d'accord] bon [alors
45. PAT [je croyais qu'ils
46. allaient me [passer un médecin] ophtalmologue&
47. ARM [(inaud.)bon alors du coup]
48. PAT &et que j'ai que je pourrais poser euh une ou deux questions
49. voir si c'est si y'a urgence ↑ou pas↑
50. ARM ↓d'accord↓ ben je vais vous repasser ((tousse)) un
51. médecin-là ne quittez pas

Un élément significatif est produit dans cette séquence : la requête se trouve complétée. L'appelante souhaiterait que son problème de santé soit pré-qualifié (« je pourrais poser euh une ou deux questions voir si c'est si y'a urgence ↑ou pas » ; L 49). Il est ainsi révélé que l'objectif principal est d'avoir un ophtalmologue au téléphone. L'organisation de notre système de santé ne le rend pas aisé. Cela est impossible dans les services hospitaliers, organisés autour d'une prise de rendez-vous orchestrée par des secrétariats. En médecine de spécialité de ville, les rendez-vous sont dans la grande majorité des cas pris également par des secrétaires, avec des temps d'attente souvent très longs, de plusieurs semaines voire plusieurs mois, la moyenne nationale pour obtenir un rendez-vous avec un ophtalmologue étant de 62 jours[209]. Les actions de cette appelante semblent cohérentes. Elle ne qualifie pas elle-même son problème comme urgent ou non, elle se met en quête d'un avis médical pertinent (« c'est si y'a urgence ↑ou pas » ; L 49).

L'ARM présente ensuite la situation au médecin régulateur, le même qui avait traité la demande lors du premier appel :

52. MR allo/
53. ARM oui xnomx je te repasse madame xnomx soixante-deux ans:
54. tu leur as >tu lui as donné les coordonnées de s.o.s
55. médecin< pour ses problèmes de ↑d'œil↑ (.)de vision euh::
56. s.o.s médecin n'a ↑pas visité↑ >lui a conseillé d'aller
57. aux urgences ophtalmiques< à ↑nord↑ >elle a appelé les
58. urgences< qui nous la ↑rebasculent↑ vers nous mais elle
59. veut pas se déplacer elle (.) je te le passe
60. MR hum

[209] Selon l'étude 2021 du « guide santé ». https://www.le-guide-sante.org/. Consultée le 01 juillet 2022.

Alors que l'ARM sélectionne les informations à transmettre à son collègue médecin, elle choisit de dire que l'appelante ne veut pas se déplacer (L 58-59) plutôt que d'évoquer qu'elle n'est pas autonome dans ses déplacements. L'appel est transféré au médecin :

61. MR allo/
62. PAT allo/
63. MR ↑oui↑ re bonjour madame médecin régulateur à l'appareil
64. PAT (.) euh:: ↑oui↑ euh: ben j'ai téléphoné euh:: je ↑en fait
65. j'aurais besoin de voir↑ en un un un ↑un ophtalmo en
66. urgence↑ mais comme je peux pas me déplacer aux urgences
67. ophtalmiques de l'hôpital ↑nord↑ euh:: je ne sais pas
68. quoi faire et le le samu euh me: me met en contact m'a
69. déjà mis en contact avec le médecin qui m'a dit je peux
70. rien faire euh:: je je ↑je ne viens pas↑ et là ↑je ne
71. sais pas↑ est ce que vous avez des:=
72. MR =c'est s.o.s médecin qui vous a dit qu'ils pouvaient
73. rien&
74. PAT oui
75. &faire qu'ils pouvaient pas se déplacer/(.)
76. PAT ↑ben il m'a dit est-ce que vos yeux coulent sont rouges
77. et cætera↑ euh j'ai dit non euh: simplement euh euh euh
78. il me dit donc ↑je peux rien faire pour vous↑
79. (0.5)
80. MR bon=

Ce nouveau récit débute par des formes en construction, traduisant un état de confusion sur la manière dont il conviendrait de répéter la raison de son appel. Comment actionner cette fois-ci une réelle avancée vers une résolution ? L'alternance d'intonations montantes et d'emphases prosodiques rendent saillants certains éléments :

- le service médical demandé (« ↑un ophtalmo en urgence ↑» ; L 65-66) ;
- le lieu de l'hôpital («↑ nord ↑» ; L 67) ;
- le désarroi de l'appelante (« je ne sais pas quoi faire » ; L 67-68).

L'appelante n'omet pas de mentionner le *ici et maintenant* de sa situation (avec l'adverbe de temps « là »). Le tour est construit autour d'assemblages de mots à la forme négative (« je peux

pas » L 66 ; « je peux rien faire » L 69-70 ; « je ne viens pas » L 70. Notamment la double occurrence de l'énoncé « je ne sais pas » ; L 67-68 et L 70-71) traduisant un peu plus son désarroi. À la fin de ce tour, nous remarquons que l'appelante s'apprête à poser une question (« est-ce que vous avez des:= » ; L 71) mais elle met trop de temps à produire son énoncé, cette hésitation étant alors perçue comme un lieu pertinent de transition qui conduit le médecin à l'interrompre.

L'appelante répond au médecin mais ne cherche pas à reprendre la question qui avait été interrompue. Le nouveau tour arrive à complétude avec une nouvelle répétition de la décision de SOS Médecins (« ↑je peux rien faire pour vous↑ » ; L 77) et après une longue pause le médecin prononce un « bon » qui a pour fonction de projeter un enchaînement conclusif (Boileau & Morel 1998, chap 7). Son interlocutrice reprend la parole pour revenir sur les propos de SOS Médecins et enchaine avec une question sur l'identité professionnelle de son interlocuteur au SAMU :

81. PAT =voyez ↑un spécialiste↑ parce qu'il est pas spécialisé
82. c'est un généraliste (.) donc il me dit il faut voir ↑un
83. ophtalmo↑ (.) alors je sais pas si si vous même vous êtes
84. ophtalmo sans doute=
85. MR =non non
86. PAT non/
87. MR non >non non non< moi ↓j'ai pas de formation ophtalmo
88. madame c'est moi que vous avez eu tout à l'heure↓ :h
89. initialement et j'ai pas de formation ophtalmo moi et
90. donc bon ben écoutez à ce moment-là je je je me rappelle
91. vous m'avez expliqué tout à l'heure vous avez une
92. cruralgie vous pouvez pas monter dans un véhicule :h=
93. PAT =c'est ça
94. MR et euh pardon/
95. PAT (.) ↑c'est ça↑ oui

L'appelante a mal catégorisé son interlocuteur (« donc il me dit il faut voir ↑un ophtalmo↑ (.) alors je sais pas si si vous même vous êtes ophtalmo sans doute= » ; L 83-84). Le médecin corrige immédiatement ses propos (« =non non ») une négation que reprend la patiente sous la forme interrogative et à laquelle le médecin répond avec quatre nouvelles occurrences de l'adverbe de négation produites à un rythme rapide. Visiblement, il y a là une stagnation de l'interaction. Le médecin poursuit son tour de parole et mentionne par deux fois qu'il n'est pas

ophtalmologue (L 86 ; L 89). Il signale ensuite se souvenir que l'appelante est en incapacité de conduire, information qui n'est probablement pas inscrite sur le dossier de régulation médicale (L 89-91).

Ce qui caractérise les appels complexes au SAMU c'est qu'ils résultent d'une accumulation de motifs. La cruralgie de l'appelante provoque une rupture du protocole habituel pour les demandes de soins non programmés. Le médecin propose, par ce qu'il y est « obligé » (L 96), d'envoyer une ambulance :

```
96. MR      :h oui ben écoutez >je vais être obligé de vous
97.         envoyer l'ambulance de garde pour aller vous chercher
98.         vous emmener aux urgences< pour qu'on puisse vous montrer
99.         à:: >un ophtalmo de garde< ici aux urgences
```

À la suite de cette annonce, et après une micro-pause, l'appelante signifie qu'elle n'a « pas bien compris » et initie une demande de réparation (« vous pouvez↑ me répéter s'il [vous plait » ; L 100) :

```
100. PAT    (.)mais j'ai pas bien compris là euh ↑vous pouvez↑ me
101.        répéter s'il [vous plait]/
102. MR                  [je vous dit] je vais être obligé de vous
103.        envoyer l'ambulance de garde pour aller vous chercher
104.        vous amener aux urgences pour qu'on puisse vous regarder
105.        ↑vos yeux↑
106. PAT    (.) ↑ah↑ ↑d'accord↑
107. MR     oui c'est le seul moyen=
108. PAT    =hum
109. MR     c'est le seul moyen si vous pouvez pas vous déplacer vous
110.        c'est le seul moyen il faut qu'on aille vous chercher en
111.        ambulance
112. PAT    (.)h:: ah là là (0.3) :h (.) hum c'est le seul moyen (.)
113.        ouais
```

Le médecin énonce une nouvelle fois sa décision par une reprise quasi-identique. Sur la première partie de son tour de parole il explicite une seconde fois qu'il ne s'agit pas d'une décision « préférée », mais « obligée » (L 102). L'obligation permet d'éclairer la dimension problématique d'une mobilisation de moyens humains et matériels qui soit motivée par un autre

motif que celui de l'appel (la cruralgie vs l'examen ophtalmologique). La suite de l'échange traduit une gêne partagée. La réaction de l'appelante à la ligne 106 débute par une nouvelle micro-pause suivie d'un « ah » (*change of state token* ; Heritage 1984). Celui-ci marquant la réception d'une nouvelle (*newsmark* ; Jefferson 1981, p. 62) qui provoque la surprise ou le doute. Cette nouvelle est toutefois immédiatement acceptée par l'item « d'accord » (*acknowledgment token ;* Heritage 1984).

Le médecin répète ensuite que « c'est le seul moyen » (L 107) et l'appelante produit de nouveau une interjection traduisant un état de doute (« hum » ; L 108). Le médecin accomplit deux nouvelles occurrences de l'énoncé « c'est le seul moyen » (L 109-110) et reformule sa décision « il faut qu'on aille vous chercher en ambulance » (L 110-111). Ces répétitions successives témoignent encore d'une stagnation de l'interaction. La construction du tour suivant (L 112) démontre par la micro-pause, la locution interjective « ah là là », la marque de respiration, la nouvelle micro-pause et l'interjection « hum » la stagnation complète de l'interaction.

Au SAMU, la multiactivité rend fréquentes les pauses dans l'interaction qui sont presque toujours bien acceptées par les appelants (Rollet, 2012). Les pauses que nous observons ici constituent plutôt des espaces problématiques. Les participants se dirigent vers la clôture de l'appel et de nouvelles pauses particulièrement longues surviennent aux lignes 114 et 115 créant un effet de *staccato* (Baldauf-Quilliatre, 2014) qui accentuent encore la dimension problématique :

```
114. MR      (.) hum (0.6) on fait comme ça
115. PAT     (0.3) ben oui on fait comme ça alors oui (0.3)
116. MR      h:: voilà (.) bon on vous envoie l'ambulance madame
117. PAT     hum ben
118. MR      au revoir=
119. PAT     =merci à tout à l'heure au revoir
```

L'item « hum » est de nouveau produit par les deux participants, marquant la gêne, la résignation qui ne s'est pas dissipée. S'ensuivent des soupirs et le marqueur conclusif « voilà » avant que l'appel ne se termine sur la répétition par tous les participants de l'énoncé « on fait comme ça », une forme de *compromis de travail* (Goffman, 1953) initié par le médecin. Alors que sont ensuite produites les formes prototypiques de salutations, il est intéressant de noter que l'appelante conclut par la locution interjective « à tout à l'heure » (L 119) laissant entendre

que le médecin régulateur serait également le médecin se trouvant soit dans l'ambulance soit aux urgences (cf. *infra* chapitre 6).

Dans cet appel, l'issue finale relève donc plus de l'arrangement, du compromis, voire de la résignation que d'une véritable solution appropriée. L'acceptation par la patiente d'une visite de SOS Médecins lors du premier échange montre que son processus d'autodétermination est complexe. Il inclut son incapacité à :

- se déplacer par ses propres moyens ;
- à déterminer elle-même si son problème est urgent ou pas ;
- à s'organiser pour l'accès aux soins de spécialité (il n'est pas possible d'obtenir par téléphone une consultation médicale de spécialité).

C'est là toute la complexité de ce type d'appels, la requête doit être co-construite avec l'institution. Il ne s'agit pas seulement de pouvoir déterminer le meilleur parcours de soins, mais plutôt d'identifier des solutions possibles. Ici, le besoin de soins non programmés est orienté vers la pathologie « douleur oculaire » mais le protocole établi ne peut être accompli à cause de l'autre pathologie « la cruralgie » cela a pour conséquence l'envoi d'un véhicule SMUR pour une requête relevant des « soins urgents » et non pas de « l'urgence vitale ».

Bilan

Par l'analyse séquentielle de ces sept appels nous avons décrit les ressources que les participants mobilisent pour structurer la qualification de l'urgence. De ce point de vue, la régulation au SAMU apparait comme une activité plus délicate qu'une qualification binaire en urgence vital ou non urgent. Le travail de régulation doit mettre en relation le motif d'appel (le problème médical) et la requête (ce qui est attendu du SAMU) avec les moyens disponibles.

Parfois, le motif d'appel et la requête ne sont pas forcément clairement établis par le requérant. La situation personnelle du patient peut être renseignée sans que ne soient nécessairement révélés tous les *objectifs privés* des appelants. Nous avons vu que la requête peut être reconsidérée par l'appelant et notamment être modifiée lors du passage d'un interlocuteur à l'autre. Ensuite, la requête présentée peut avoir deux bénéficiaires (*beneficiary* ; Clayman et al., 2014 , Couper-Kuhlen, 2014). L'objectif peut être de déclencher un cours d'action afin de transférer la responsabilité du patient vers la sphère collective ou de rassurer un appelant dans un état d'angoisse avancé en raison de son inquiétude pour la santé de son proche. Ainsi, outre le fait de distinguer motif et requête, cela nous semble pertinent de considérer quels sont les bénéficiaires de la requête. Avec pour objectif de répondre de manière plus affinée encore à la requête et d'éviter peut-être une dégradation de la relation avec l'appelant. Cette requête dans laquelle le bénéficiaire est le proche et non pas le patient peut être formulée explicitement ou apparaitre en filigrane (*concealed inted ;* Ervin-Tripp 1981 ; *objectifs privés* ; Goffman 1953, trad 1988, p.123).

C'est un fait reconnu en régulation médicale, les demandes qui ne relèvent pas de l'urgence vitale évidente sont les plus difficiles à traiter (Tartière & Emmanuelli 2015, p.66). Nous avons pu identifier certains facteurs de complexité des appels. Outre les difficultés que rencontrent les usagers pour comprendre l'organisation du système de soins, la trajectoire des patients est soumise à une grande variété de facteurs internes et externes. Dans la frontière hybride de l'urgence la solution proposée peut relever du compromis. Cela révèle la complexité de la relation entre demande formulée interactionnellement et fonctionnement de l'organisation d'aide. Par la description des pratiques ordinaires d'organisation du tri des patients, dans le *ici-et-maintenant* des interactions, nous rendons compte de la manière dont les mondes expérientiels privés et singuliers des appelants sont exploités pour parvenir à un monde commun avec leur interlocuteur, une *réciprocité des perspectives* (Schütz 1987, p. 18).

En outre, ces descriptions permettent de rendre compte de l'institution *en train de se faire* : l'examen détaillé des transcriptions d'appels souligne que la réalité institutionnelle est fabriquée par les usages et est accomplie au fur et à mesure dans les interactions. L'activité légitime du SAMU est ainsi négociée dans le cours de chaque appel et *in fine* transforme continuellement l'institution. Les besoins des patients sont contextuels et peuvent être contradictoires d'un appel à l'autre. Les descriptions des appelants de ce corpus d'appels au SAMU renvoient fréquemment à la qualification en soin urgent (*urgent care* ; Booker et al., 2018) et la réponse apportée à cette qualification est susceptible de varier en fonction du profil et de la situation singulière du patient.

Il ne s'agit donc pas d'affirmer une systématicité des phénomènes que nous avons décrits mais bien au contraire de souligner la dimension singulière de chaque demande et de la réponse qui y est apportée. Dans cette conception, l'action est certes toujours localement organisée, mais peut toutefois être caractérisée par la présence d'un ensemble de traits structurels récurrents ; des *patterns* caractéristiques pour l'accomplissement de l'action. Les appels examinés présentent en effet un certain nombre de points communs.

Greco (2002, p. 259) dans sa thèse sur le SAMU proposait d'ébaucher une grammaire de la douleur. Nous avons abordé les descriptions des appelants pour identifier quelles sont les ressources linguistiques qu'ils mobilisent dans les « appels complexes ». Nous avons observé que des descriptions vagues surviennent quand la douleur n'est pas précisément localisée ou ne peut être renvoyée à une pathologie facilement connotable médicalement (*unknown problems ;* Booker et al. 2018, p.7 ; *low codeability responses* Zimmerman, 1992). Dans le corpus examiné, les appelants vont l'exprimer soit par une forme du type « elle est pas bien » :

- « elle est pas bien » dans **C15HN B 5,;**
- « elle est vraiment pas bien » dans **C15HN B 2** ;
- « elle est vraiment pas bien » et « elle est pas top » dans **C15HN A 9 ;**
- « elle est vraiment pas bien » dans **C15HN B 26** ;
- « je suis pas bien » dans **C15HN A 12**.

Soit par une forme évoquant l'incapacité à identifier le problème ou les actions à accomplir

- « je sais pas ce qu'elle a » ; dans **C15HN_B_26 ;**
- « je ne sais pas quoi faire » ; « je ne sais pas » dans **C15HN B 2** ;
- « je sais pas trop quoi faire » et « je ne sais pas exactement » dans **C15HN A 12 ;**
- « je ne sais pas » et « je sais pas ce qu'elle a » dans **C15HN A 9** ;
- « je sais pas » et « je sais pas qu'est-ce que c'est » dans **C15HN B 5.**

Le fait d'annoncer « je ne sais pas » pourrait être envisagé comme l'expression d'une incertitude (comme dans l'appel **CH15HN B 24**), d'une incapacité à déterminer soi-même l'origine du problème médical ou encore comme la marque d'une volonté de construire une position neutre ou nuancée (cf. *supra* chapitre précédent). Il s'agit aussi d'une méthode conversationnelle pour accomplir un certain type d'actions. Beach et Metzger (1997) soulignent que l'objectif de « je ne sais pas » (« *i don't know* ») n'est pas juste de reconnaitre que l'on a un savoir limité ou insuffisant (*insuffisant knowledge claim*) mais peut aussi avoir pour fonction d'éviter de confirmer le savoir de son interlocuteur, *neutraliser* la trajectoire qu'il tente de déployer ou éventuellement de rejeter l'action qu'il cherche à accomplir (*ibid.* 564). Ainsi les auteurs soulignent-ils que malgré l'apparente passivité de cet énoncé, « je ne sais pas » démontre pourtant une participation *pro active* au déploiement interactionnel de l'activité (*ibid.* 569).

Dans leur étude d'appels de personnes en crise suicidaire, Kevoe-Feldman et Iversen (2022 , p. 90) envisagent que le fait d'annoncer que l'on ne sait pas quoi faire (*claiming not knowing what to do*) est une procédure de l'appelant pour *recruter* (Kendrick & Drew 2014) l'opérateur afin qu'il apporte de l'aide. Dans le corpus que nous examinons, ce type d'énoncé nous semble constituer une procédure conversationnelle relevant du travail sur l'urgentabilité du motif d'appel. Et ce notamment lorsque l'appelant n'est pas en mesure de produire un diagnostic médical profane, qu'il cherche à produire une qualification en « problème de nature inconnue » qui résultera en l'envoi d'un transport médicalisé, ou à trouver une solution qui est un ultime recours. En d'autres termes, l'énoncé « je ne sais pas » a pour objectif de déclencher un cours d'action rendant pertinent une aide urgente sans que ne soient nécessairement mobilisés des attributs-symptômes relevant de la médecine urgente.

Outre les difficultés à qualifier soi-même la gravité du problème médical, les appels complexes peuvent aussi relever d'une dimension médico-sociale, d'un cumul de facteurs médicaux et matériels ou d'une errance médicale. Ces demandes complexes attendent toute une réponse immédiate. D'une manière générale, elles présentent des risques de sur-triage[210] ou de sous-triage et nécessitent donc que leur soit apporté une attention particulière. Leur traitement est particulièrement long, parfois jusqu'à dix interactions différentes sont nécessaires pour arriver jusqu'à la décision co-construite. L'examen interactionnel a montré que les agents du SAMU qui traitent les appels peuvent être à la fois les médiateurs et les prescripteurs d'une approche dichotomique de l'urgence. Il y a une dimension normative et morale dans l'interprétation que fond les acteurs du SAMU des actions des appelants. C'est là un phénomène social reconnaissable (*accountable*) ou comme Heritage (1991, p.122) le décrit :

> Toute action sociale est un commentaire et une intervention reconnaissable sur le cadre d'activité dans lequel elle se produit. Son caractère spécifique en tant que commentaire et intervention (c'est-à-dire son *accountability* publique) possède une base procédurale. Il est le produit de procédures ou de méthodes socialement partagées et utilisées.

Pour les professionnels de la régulation, pour les patients, et pour la soutenabilité de notre système de santé, les enjeux sont importants. Surtout que les problèmes de nature indéterminée peuvent tout à fait cacher des urgences vitales (Møller et al., 2021). Cela nous amène à souligner de nouveau l'importance de renforcer la position du SAMU comme une interface pour orienter les usagers.

[210] Le sur-triage correspond à un engagement de moyens trop importants par rapport à la situation observée par l'équipe qui est intervenue, le sous-triage est un engagement de moyens insuffisants par rapport à la situation observée sur site.

Chapitre 6 :
Organisation institutionnelle et interactionnelle réflexives

Préambule

Dans ce chapitre nous montrons comment les choix organisationnels de l'institution ont des conséquences sur les interactions. Tout d'abord, nous examinons le mode de traitement en *chaînes d'échanges* (Karlsson, 2016, p. 2) avec le transfert d'appels au SAMU depuis le 18 et ensuite le transfert de l'appel de l'ARM aux médecins régulateurs du SAMU.

Chaque transfert donne lieu à une séquence de passation d'informations entre professionnels, séquence à laquelle l'appelant n'assiste pas. Afin de saisir les modalités de stabilisation des informations échangées, nous abordons le corpus par une collection d'épisodes interactionnels sans nécessairement examiner les appels en entier[211]. Nous observons particulièrement les séquences d'ouverture et de clôture et montrons de quelle manière l'organisation en transferts successifs transforme la structure des appels. En relevant des procédures interactionnelles qui pénalisent ou au contraire favorisent l'activité de transfert, nous montrons comment les informations répétées dans plusieurs événements de paroles distinctes peuvent être co- construites différemment (Vickers et al., 2016, p. 309) et quelles sont les difficultés que rencontrent éventuellement les participants.

Ensuite, nous abordons une autre spécificité de l'institution : elle est relativement mal connue des usagers. Pour cela, nous examinons des séquences qui rendent visibles les conceptions erronées de certains appelants et le travail que doivent mettre en place les professionnels pour les contrer. Nous décrivons des dimensions qui nous semblent complexifier l'appropriation par le public de la manière dont sont structurées nos institutions du soin et du secours.

Cela nous amène à montrer comment un *artefact interactionnel* (Fornel, 1994), les bandes sonores préenregistrées qu'entendent les appelants entre les différents décrochés, rendent audible cette confusion, tout en y contribuant. Ce faisant, nous montrons que le modèle organisationnel du SAMU agit comme un facteur impactant la communication, et que ces dimensions organisationnelles sont profondément imbriquées dans la dimension interactionnelle (Mondada, 2007a).

---

[211] En effet, comme mentionné dans la section méthodologique, en analyse conversationnelle il est d'usage d'analyser un phénomène, une activité, une problématique à partir soit d'un exemple unique appelé *single case* (E. Schegloff, 1987) soit en établissant une collection d'extraits qui présente le même phénomène, la même activité, ou la même problématique (Schegloff, 1993). Voir aussi Mondada (2005).

1. Transfert depuis le 18

Les appels pour des urgences médicales sont réguliérement d'abord adressés aux pompiers qui les transfèrent ensuite au SAMU. Comme mentionné en introduction, la gestion conjointe de ces situations représente en effet 15 à 20 % de l'activité actuelle du SAMU (Mesnier, 2018, p. 82). Le plus souvent, une fiche est transmise et elle peut être complétée par un échange téléphonique où le pompier transmet un pré-diagnostic et indique si ses collègues se rendent ou non sur le lieu de l'incident. Cette séquence Pompier / ARM est généralement l'occasion de transmettre un point de vue informel sur le patient, sa situation et sa requête, voire de produire un pré-diagnostic médical. Alors que les logiciels ne sont pas toujours interconnectés de manière satisfaisante, il peut arriver que la passation d'information se fasse strictement à l'oral.

1.1. Transformation de la structure des appels

Dans le corpus constitué au SAMU 42, nous ne disposons pas des enregistrements de l'échange entre l'appelant et les pompiers. Dès lors, nous ne pouvons examiner les évènements interactionnels qui ont précédé le transfert au SAMU. Toutefois, nous observons que ceux-ci sont de toutes façons généralement rendus visibles dans les premiers tours de parole avec l'ARM. Il apparait en effet que lorsqu'un appel est transféré depuis les pompiers, la structure prototypique de l'échange appelant/ARM se trouve transformée. Cela concerne en premier lieu la structure des ouvertures d'appels[212].

Examinons cette ouverture d'appel :

C15HN_B_4

124.	ARM	madame xnomx/
125.	PAT	oui
126.	**ARM**	**oui bonsoir madame donc on ↑les pompiers m'ont expliqué↑**
127.		**vous sortez de l'hôpital parce que vous aviez de la tension**
128.		**que vous vous sentiez pas bien&=**
129.	PAT	=oui

[212] Pour rappel, voici la structure d'ouverture prototypique lors d'un appel adressé directement au SAMU : [identification institutionnelle (« le samu ») éventuellement suivie de la localité et/ou d'une salutation (« samu de xvillex bonjour »)] + [présentation immédiate par l'appelant du motif de l'appel selon ses propres termes] + [réaction ou marque d'écoute de l'ARM].

Lorsque l'appel est transféré depuis le 18, la structure d'ouverture que nous observons régulièrement dans notre corpus correspond à celle de cet appel :

1. Un élément rendant visible que l'ARM connait l'identité de l'appelant (le genre + le nom « madame xnomx/ ») ou le genre uniquement (« oui >bonjour madame< »).
2. La confirmation de son identité par l'appelant (« oui »).
3. Un énoncé produit par l'ARM informant que l'interlocuteur précédent a transmis les informations (« les pompiers m'ont expliqué »).
4. La répétition des informations transmises par le pompier pour les faire confirmer.
5. L'appelant qui confirme ou infirme l'énoncé précédent.

Généralement, après cette séquence d'ouverture, une information sur l'état de santé est reprise sous la forme interrogative pour vérifier le *ici et maintenant* du problème de santé, comme dans cet exemple (L 07) :

C15HN_B_4

06.	PAT	=oui
07.	**ARM**	**&et là vous vous sentez [de nouveau] pas bien**
08.	PAT	[ah oui]
09.		ah non non là je me sens pas bien là mes jambes euh je j^suis
10.		pas sur sur mes jambes là je suis vraiment ↑pas bien pas bien↑
11.		pas bien
12.	ARM	et c'était pareil que tout à l'heure/
13.	PAT	oui oui mais mais euh ↑un peu plus↑ même
14.	ARM	↑d'accord↑=
15.	PAT	=plus un peu plus ouais=

C'est à la ligne 09, après deux tours de parole consacrés à la validation des énoncés de l'ARM, que l'appelante peut s'engager dans une présentation selon ses propres termes. Ensuite, l'ARM déclenche la prise de l'historique médical (L 12).

Un autre extrait confirme ces propriétés séquentielles particulières : après que les pompiers aient transmis un appel d'une infirmière de maison de retraite, le premier lieu pertinent pour une présentation selon les termes du tiers-appelant n'apparait qu'à la ligne 11 après une question ouverte (« elle est comme ça depuis combien de temps/ » ; L 10) :

C15HN_A_13

```
01. ARM     allo/
02. TIE     oui [bonjour madame]
03. ARM         [oui bonjour]on m'a on m'a un petit peu expliqué hein les
04.         pompiers vont arriver hh=
05. TIE     =oui=
06. ARM      =>c'est une dame de quatre-vingt-douze ans< c'est ça/=&
07. TIE     =c'est ça
08. ARM     &qui est en détresse respira↓toire↓
09. TIE     oui=
10. ARM     elle est comme ça depuis combien de temps/
11. TIE     (.) euh ::: ce matin elle était déjà très fatiguée
12. ARM     oua[is
```

Au-delà de la structure de la séquence d'ouverture, nous observons la transformation de l'ensemble de la structure des appels lorsqu'ils sont transférés depuis le 18 :

Structure prototypique dans les appels transférés depuis les pompiers[213]

1. Phase de vérification des informations primaires.
2. Phase de vérification du motif d'appel.
3. Phase de collecte du motif d'appel selon les termes de l'appelant.
4. Phase de diagnostic différentiel.

Nous notons toutefois que la longueur de l'appel ne s'en trouve pas nécessairement rallongée, puisque la présentation selon les propres termes de l'appelant est généralement moins longue, elle se contente de venir compléter celle de l'ARM. Il est possible de voir là une forme d'échange proche de la *dynamique des ajours* telle qu'introduite par González Martínez (2001). Le répondant reprend des éléments déjà en sa possession (par consultation du dossier de régulation médicale ou par la reformulation des éléments qui lui ont été transmis oralement)[214]. La séquence est découpée en unités qui sollicitent la participation de l'appelant pour « obtenir un premier aperçu de son point de vue » (*ibid.* para.25). Tout comme dans les *ajours* l'intervention de l'interlocuteur (ici l'appelant) n'est toutefois pas véritablement sollicitée à ce

[213] Rappel de la structure des appels adressés directement au SAMU : 1 : Phase de collecte des informations primaires 2 : Phase de collecte du motif d'appel selon les termes de l'appelant 3 : Phase de diagnostic différentiel Avec une possibilité d'inversion de l'ordre des phases 1 et 2.

[214] Des séries « d'ajours » sont examinées dans le contexte de la « lecture des charges » par un procureur au prévenu. Il s'agit de l'insertion dans le discours du procureur d'une contribution émanant du prévenu alors qu'il consulte le dossier d'accusation (González Martínez, 2001, paras. 23–26).

stade et c'est le représentant de l'institution qui demeure en contrôle de la continuité thématique.

1.2. Transmission d'une activité contaminée depuis le 18

Dans l'appel suivant, adressé au 18 de Perpignan (SDIS 66) puis transféré à leurs collègues du SAMU (avec qui, rappelons-le, ils partagent la même salle de travail), nous observons comment une interaction conflictuelle est transférée au SAMU et quel impact cela a sur l'échange avec l'ARM.

Voyons tout d'abord comment l'interaction entre le pompier et l'appelant progresse rapidement vers le conflit :

CH15N_A_23 vous êtes sérieux là ?

```
01. POM     ↑les pompiers↑
02. TIE     oui bonjour
03. POM     allo/ oui bonjour
04. TIE     >oui allo oui bonsoir monsieur je suis au je suis au je suis au
05.         ↑six rxrue xnomx↑< ma femme elle fait un malaise monsieur ↑s'il
06.         vous plait↑
07. POM     et qu'est-ce qu'elle a/
```

Le fait que le pompier ouvre l'appel (« allo/ oui bonjour » ; L 03) sans introduire de question, agit comme une occasion séquentiellement pertinente pour que son interlocuteur présente son motif d'appel. L'appelant choisit toutefois de débuter son tour avec une tentative de *pack complet* (il manque le nom de la ville) suivie du motif médical (« ma femme elle fait un malaise » ; L 05 ») qui se conclut par une formule de politesse (« ↑s'il vous plait↑ » ; L 05-06).

Le fait d'annoncer son adresse avant le motif de l'appel peut être interprété comme une première manière implicite de demander l'envoi d'un véhicule de secours. Comme nous l'avons vu précédemment, cela suggère que l'appelant n'est probablement pas en attente d'un avis médical téléphonique (pour lequel il n'y a pas besoin de communiquer une adresse) mais d'une réponse immédiate à sa demande. Cela est confirmé par l'examen prosodique, l'appelant parle vite, le ton ainsi que les trois occurrences de « je suis au » avant de donner l'adresse traduisent son anxiété et son empressement. S'il produit bien un motif médical (le malaise) nous relevons que l'appelant ne formule pas de requête explicite. La formule de politesse

(« ↑s'il vous plait↑ » L 05-06) est probablement une seconde méthode implicite pour demander à son interlocuteur d'envoyer une équipe de secours.

La réponse du pompier à la ligne 07 (« et qu'est-ce qu'elle a/ ») est prononcée sur un ton *sec*, abrupt et nous semble avoir le potentiel de contaminer l'activité (Whalen & Zimmerman, 1998a). Le requérant répond à la demande du pompier en produisant une description du problème de santé de sa compagne :

```
08.   TIE   euh ∆↑je sais pas∆ là elle est toute pâle↑ elle est toute pâle∆
09.         d'un [coup elle m'a dit j'ai mal au ventre=]
10.   POM         [monsieur monsieur ↑oui↑ monsieur monsi]eur monsieur
11.         ↑que[lle ville/↑
12.              [↓ouais↓(.)euh ↑perpignan↑ soixante-six mille (.) ↑six rue
13.         xnomruex↑ ↑six rue xnomruex↑ [(inaud.)
14.   POM                                [(inaud.) xn./o./m./x
```

Du point de vue prosodique, ce tour de parole est lui toujours marqué par l'état d'anxiété, avec des intonations montantes, des hausses de volume et des emphases que nous relevons sur l'énoncé « je sais pas » ainsi que sur les deux occurrences des attributs-symptômes « toute pâle » à la ligne 08. L'intervention du pompier à la ligne 10 (« [monsieur monsieur] ») est potentiellement interruptive puisque son tour commence au début d'une unité de construction de tour de l'appelant. Il rend de ce fait visible qu'il traite le tour de parole précédent comme étant non-préférentiel (Pomerantz & Heritage, 2012) alors même qu'il est une réponse à la question qu'il avait posée (« et qu'est-ce qu'elle a/ ; » ; L 07). Alors que survient un chevauchement, l'appelant tente de poursuivre son tour de parole (L 09). Les répétitions du terme d'adresse (« oui monsieur monsieur monsieur » ; L 10) dans la poursuite du tour de l'opérateur du 18 traitent le fait que l'appelant a continué son tour comme étant inapproprié. Le pompier semble signaler une absence de focalisation de l'attention de l'appelant (attribuée peut-être à son état émotionnel).

Le pompier introduit alors une question sur le lieu de l'incident (« ↑quelle ville/↑ » ; L 11). S'il vient d'être de nouveau sommé d'interrompre sa présentation de la situation, l'appelant concède toutefois au changement d'activité (« ↓ouais↓ » ; L 12). Il produit la localisation dans cet ordre : la ville puis le code postal. Commencer par la localité a été identifié comme une procédure efficace de la part des appelants (Paoletti, 2012, p. 197). Il fournit ensuite le numéro d'habitation et le nom de la rue et répète deux fois ces informations en les marquant par une emphase. Survient alors un chevauchement car le pompier souhaite qu'il épelle le nom de la rue :

15. TIE ↑six rue <xnomruex> (.)xnomx {↑vomi vomi↑ ramène le seau
16. vas-y <((on entend sa femme vomir)) lâche vomi(.)allez vas-y
17. vomi>} voilà elle vomi monsieur
18. POM oui mais monsieur (.) xnomx xn./o./m./x
19. TIE (.)↑eh vous êtes sérieux là/ vous êtes sérieux↑/
20. POM ΔMONSIEUR XNOMRUEXΔ vous vous me dites xnomruex
21. [le nom de la
22. TIE [ΔXNOMRUEXΔ <ruexnomruex>
23. POM eh bé ΔXNOMRUEXΔ Δx.n.o.x c'est quoi/Δ
24. TIE ↑y'a un h je sais qu'y a un h↑ je sais pas monsieur ↓ça fait
25. pas longtemps que j'habite ici↓

La séquence de localisation est déployée avec difficultés. L'appelant ne procède pas à l'activité demandée par le pompier qui lui demande une seconde fois d'épeler le nom de la rue. Il choisit plutôt de répéter le numéro et le nom de la rue. En cela, certes il est aligné avec l'activité de donner sa localisation mais pas avec l'agenda de son interlocuteur (Kevoe-Feldman & Iversen, 2022, p. 94). Il faut dire que l'appelant aide en même temps sa compagne, il s'adresse à elle dans conversation parallèle (« {vomis vomis ramène le seau vas-y lâche vomis (.) allez vas-y vomis » ; L 16-17) pour l'aider à vomir. L'examen sonore le confirme. Il en rend compte au pompier avec une seconde partie de tour introduite par un présentatif « voilà elle vomit monsieur ». Un énoncé que nous associons au travail *d'urgentabilité* de la demande.

L'opérateur du 18 marque toutefois une opposition immédiate (« oui mais » ; L 18)[215] suivie du terme d'adresse « monsieur » afin de réorienter son interlocuteur vers l'activité que le pompier tente toujours d'accomplir : obtenir de l'appelant qu'il épelle le nom de la rue. Le pompier répète le nom de la rue et demande une nouvelle fois à ce qu'il soit épelé.

L'opérateur du 18 ne parvient pas à comprendre l'adresse qui lui est présentée, et cela agace son interlocuteur. Le tour de parole de l'appelant à la ligne 19 (« eh vous êtes sérieux là/ vous êtes sérieux/ ») n'est pas apprécié du pompier qui, en réaction, l'interpelle et reprend le terme d'adresse (« monsieur ») et le nom de la rue en criant (L 20), en conséquence de quoi l'appelant crie à son tour (L 22). En fait, l'agacement de l'appelant est mal vécu par le pompier, les deux participants crient et parlent tous deux en même temps : la situation a dégénéré. La question à propos de l'adresse n'est pas traitée par l'appelant comme une réponse favorable à la demande

[215] Dans l'appel C15HN A 20, nous avions relevé déjà la forme « oui mais » (L 16) produite par l'ARM comme une tentative d'obtenir une localisation optimale pour l'institution quand l'appelant donne une formulation trop imprécise (*poor place formulation* ; Kevoe-Feldman et al., 2022).

implicite d'envoi d'un véhicule de secours. En d'autres termes, si la demande est implicite (en annonçant son adresse puis son problème dans un même tour), la réponse est elle aussi implicite (une demande de précision quant à l'adresse). Or, demander l'adresse, si cela ne signifie pas qu'une équipe de secours sera nécessairement envoyée, marque toutefois que la demande est prise en compte. Il y a là un décalage interactionnel sur le but de l'activité de localisation. Au regard de la manière dont l'interaction glisse rapidement vers le conflit, il semble qu'une réponse implicite à une question implicite ne fonctionne pas ici de manière optimale.

À la ligne 23, toujours en criant, le pompier tente une nouvelle fois d'obtenir de l'appelant qu'il épelle le nom de la rue. Il le fait avec une tentative d'épeler lui-même xn./o./m./x suivie de l'interrogation « c'est quoi/Δ ». Notons que les trois fois où le pompier tente de comprendre comment s'orthographie le nom de la rue il n'utilise pas le verbe « épeler ». L'appelant épèle finalement le nom de sa rue, le volume de ce tour est toujours un peu plus haut, mais les cris ont cessé (L 23). En réaction, le pompier clôture l'activité de localisation en introduisant une question sur l'âge de la victime :

```
26.  POM    (0.4) ↑quel âge [elle a↑/
27.  TIE                    [appuie sur l'ordinateur ↓monsieur↓
28.  POM    appuyer sur l'ordinateur té tu vas voir toi ↓appuyer sur l'or^↓
29.         quel âge elle a/
30.  TIE    (.) elle a trente trente et un
31.  POM    <((saisie clavier)) elle est suivie> pour un traitement
32.         quelque chose/
33.  TIE    ↑non non rien monsieur↑ rien [rien mais elle est pas bien là
34.  POM                                 [je vous passe un médecin je
35.         vous passe un médecin
36.  ANN    ne quittez pas les services d'urgence vont vous répondre
```

L'énoncé « [appuie sur l'ordinateur monsieur » à la ligne 27 montre un désalignement de l'appelant qui parait toujours orienté vers l'activité de localisation. Il rend également visible un point de vue d'appelant sur le dispositif technologique des pompiers. Comme dans l'appel **C15HN_B_26** examiné précédemment, il semble considérer que le métier d'opérateur d'appels urgents consiste « juste » en l'action de déclencher ou non les secours en appuyant sur un bouton qui enclencherait la localisation automatique (cf. *supra* chapitre 3).

Deux remarques complémentaires sur la suite de cette séquence : tout d'abord nous remarquons que le pompier introduit une question qui donne une dimension médicale à l'entretien (« elle

est suivie pour un traitement quelque chose/ » ; L 31-32). Ensuite, nous relevons qu'il annonce aux lignes 34 et 35 : « [je vous passe un médecin je vous passe un médecin ».

L'appelant est mis en attente (séquence pendant laquelle il entend l'annonce sonore « ne quittez pas les services d'urgence vont vous répondre » ; L 36) et le pompier présente la situation à une collègue du SAMU (nous n'avons pas l'enregistrement de cet échange).

Le pompier déclenche ensuite le transfert à l'ARM et non au médecin comme il l'avait pourtant annoncé (L 34-35). Il choisit ensuite de marquer qu'il est toujours énervé en indiquant très sèchement à l'appelant : (L 37) « ↑parlez↑ » :

```
37.  POM    ↑parlez↑
38.  TIE    ↑allo↑
39.  ARM    bonjour monsieur le samu de xvillex mon collègue pompier me
40.         dit que vous appelez pour votre épouse qui vomit
```

L'appelant est lui aussi énervé, en témoigne son ton au décroché (L 38) qui marque d'ores et déjà que l'expérience interactionnelle précédente va impacter le nouvel échange. L'ARM répond avec une identification institutionnelle suivie immédiatement d'un rappel des éléments déjà en sa possession, s'orientant vers le fait que la victime vomit (L 39-40). Les tours suivants sont perturbés car les deux participants peinent à s'entendre (L 41-44) et l'ARM enclenche la séquence prototypique de vérification des informations obtenues auprès de son collègue pompier :

```
41.  TIE    {oui oui oui} °allo° al[lo/ allo allo/
42.  ARM                           [vous m'avez entendue/ vous m'ent[endez/
43.  TIE                                                            [non
44.         j'entends pas non euh là oui je vous entend là
45.  ARM    d'accord je disais vous avez appelé mes collègues ↑les
46.         pompiers↑=
47.  TIE    =↑madame↑
48.  ARM    o[ui
49.  TIE     [↑j'appelle les pompiers en urgence↑ ma femme elle est ↑par
50.         terre là↑ elle est toute pâle elle vomit(.)vous [me passez de
51.  ARM                                                    [ah donc elle
52.  TIE    service]en service
53.  ARM    vomit/ ]
54.  TIE    Δvous savez quoi je vais aller à l'hôpital s'il lui arrive
55.         quelque chose vous allez voirΔ
```

Alors que l'ARM s'apprête à reformuler la situation, l'appelant intervient et tente de l'interrompre (« =↑madame↑ » ; L 47). L'ARM s'aligne immédiatement avec cette interruption (« o[ui » ; L 48). Son interlocuteur exprime alors son mécontentement quant au fait d'avoir été

transféré par les pompiers alors qu'il appelait « en urgence ». C'est là un phénomène déjà observé précédemment, contacter en premier lieu les pompiers peut être envisagé comme une pré-séquence (Schegloff, 1979, p. 27). En choisissant de joindre le 18, l'appelant montre qu'il a pré-qualifié en problème urgent nécessitant l'intervention immédiate d'une équipe de secours. Une fois qu'il est en ligne avec les pompiers, le fait d'annoncer l'adresse avant le motif de l'appel est une manière implicite de demander l'envoi d'un véhicule des pompiers. Cela suggère que l'appelant n'est probablement pas en attente d'un avis médical téléphonique mais d'une réponse immédiate à sa demande implicite.

Dans la suite de son tour, il présente de nouveau le motif de son appel (L 49). Lors de l'échange avec le pompier, la raison de l'appel mentionnait un « malaise » (L 05). À l'ARM, l'appelant indique qu'elle se trouve au sol (« ↑par terre là↑ ; L 49-50). Il intègre ensuite des attributs-symptômes identiques à ceux produits avec le pompier. La dernière partie de son tour est consacrée à une critique du fonctionnement de l'institution qui le « passe de service en service » (L 50-52). Le fait d'être transféré au SAMU n'est pas interprété par l'appelant comme une progression dans le traitement de sa demande.

Pendant qu'il introduit le thème du transfert problématique, l'ARM répète l'attribut-symptôme « vomit » s'orientant de fait vers les besoins de la victime et non pas vers l'attitude de l'appelant (Whalen & Zimmerman, 1998a). Elle ne produit toutefois pas d'énoncé visant à résoudre ou atténuer l'énervement de son interlocuteur, ce qu'elle pourrait faire par exemple en lui indiquant que le transfert au SAMU est une progression dans le traitement de la demande.

Surtout, la répétition de l'attribut-symptôme « vomit » est précédée de la forme « ah donc » (L 51-53). L'interjection « ah » marque généralement la réception d'une nouvelle information. (*change of state token* ; Heritage, 1984 ; *newsmark ;* Jefferson et al., 1981). La conjonction « donc » souligne quant à elle la conséquence. Le fait que son épouse vomisse est donc traité comme un nouvel élément dans l'enquête médicale. Pourtant, dès le tour d'ouverture, l'ARM a mentionné détenir cette information : « mon collègue pompier me dit que vous appelez pour votre épouse qui vomit » ; L 38-39). Du point de vue de l'appelant, aucun élément n'est interprétable comme une marque de progressivité dans le traitement de sa demande.

Dans son tour final, il annonce se rendre à l'hôpital par ses propres moyens[216], profère une menace et raccroche. L'ARM le rappelle et laisse un message vocal lui proposant de les contacter s'il souhaite rediscuter (séquence non transcrite).

Que nous montre l'examen de ces épisodes interactionnels ? Tout d'abord, que le changement d'interlocuteur n'est pas vécu comme une opportunité de mettre en place une interaction moins conflictuelle. Les premiers mots de l'appelant aux pompiers ont rendu manifeste son besoin de résolution immédiate. L'ouverture de l'ARM et la suite du traitement de sa demande ne satisfont pas ses attentes. L'échange avec un pompier visiblement excédé et la séquence de localisation compliquée impliquent qu'il soit désormais en attente d'une nette progression du traitement de sa demande lors du décroché avec le SAMU.

Ensuite, nous remarquons que l'appelant ne produit pas un véritable travail *d'urgentabilité* de sa demande. Il ne cherche pas à convaincre son interlocutrice. Son projet interactionnel est la mise en place d'un cours d'action conduisant à l'envoi d'une équipe de secours et non pas d'obtenir une qualification de sa demande. Cela a pour conséquence des formes de résistances ou de non-alignement aux activités que tentent de déployer ses interlocuteurs (demander des précisions sur son adresse ; vérifier les informations transmises par le pompier avec l'ARM). D'autant plus que l'appelant tente en même temps d'aider sa compagne.

Cet appel nous permet également d'observer comment les perturbations se déploient au-delà des interactions où elles surviennent, et peuvent être transmises d'une institution à l'autre. Le conflit est alors une perturbation dissimulée et contagieuse (*hidden reparable* ; Garcia, 2013, p. 92). Nous montrons ici l'intérêt d'étendre l'analyse au-delà du contexte séquentiel de l'interaction avec le SAMU, car dans l'appel examiné, les événements interactionnels sous-jacents au conflit sont en effet inconnus de l'ARM étant donné qu'elle n'a pas assisté à l'interaction précédente.

Si elle n'a peut-être pas connaissance du déroulé complexe de la séquence de localisation elle ne sait probablement pas non plus que le pompier a annoncé transférer l'appel à un médecin (L34-35). Aucun élément n'indique que l'appelant ait identifié que son interlocutrice est une ARM ; étant donné que l'identification institutionnelle ne le précise pas (« bonjour monsieur le samu de xvillex mon collègue pompier » ; L 38). Notons que la non-concordance entre

[216] Dans une autre recherche, nous aimerions analyser les interactions à l'accueil des urgences lorsque les patients ont téléphoné avant au SAMU ou aux pompiers et n'ont pas obtenu de réponse favorable à leur requête et quel impact cela a sur les échanges avec les personnels d'accueil aux urgences.

l'interlocuteur annoncé avant le transfert et l'identité professionnelle de la personne qui décroche avait le potentiel d'aggraver la dimension conflictuelle de l'interaction. D'autant plus que le disque sonore diffusé pendant la courte attente avant le décroché de l'ARM indique simplement « ne quittez pas les services d'urgence vont vous répondre » (cf. *infra* ce chapitre).

En particulier, cet appel souligne l'importance d'examiner les ouvertures et clôtures d'un appel à l'autre car elles constituent des lieux interactionnels *denses* (Schegloff, 1968) : un moment crucial pour l'accomplissement de l'alignement et pour l'établissement des conditions permettant le bon déroulé de l'activité (Mondada, 2007a, p. 9).

Cela implique de comparer les informations produites lors des ouvertures et réouvertures. Si des éléments peuvent ne pas apparaitre (ici le « malaise ») ou être modifiés (« elle est au sol ») de nouvelles informations peuvent aussi être produites. Ensuite, il s'agit d'examiner quelles procédures de transfert ont été produites ou sont absentes.

Cela nous amène désormais à problématiser l'activité de transfert comme une activité rendue possible par des procédures spécifiques. Pour cela, nous examinons l'orientation particulière des participants vers cette activité par une description systématique des procédures produites dans l'organisation locale de l'interaction, au niveau du tour et des séquences courtes.

1.3. Procédures de mise en œuvre du transfert

Pour les usagers qui connaissent le principe de régulation médicale, le transfert au médecin est la réponse attendue à l'expression du besoin de santé. Ces usagers vont généralement contacter directement le SAMU et non pas les pompiers. Pour les autres appelants, le fait d'être transféré peut parfois être interprété comme une stagnation du traitement de la demande. Surtout si l'appelant n'est pas conscient du fait que l'appel va être transféré (Kevoe-Feldman & Pomerantz, 2018, p. 4). Ainsi, le passage d'un interlocuteur à l'autre n'est pas toujours compris et accepté et ce particulièrement lorsque l'appelant est strictement orienté vers sa requête d'envoi d'une équipe de secours.

En régulation médicale téléphonique, certaines procédures ont pour fonction de faciliter l'activité de transfert, parmi lesquelles :

- annoncer que l'appel va être transféré ;
- demander à l'appelant de rester en ligne ;

- préciser l'identité professionnelle du prochain locuteur ;
- produire une auto-identification au décroché.

Nous les examinons successivement chez les pompiers, les ARM puis les médecins et ce dans un corpus de 27 affaires (pouvant être constituées de plusieurs appels pour un même patient) sélectionnées par ce qu'ils intègrent au moins un transfert. Nous accomplissons pour cela des microanalyses (Frankel, 1984) en isolant des fragments d'appels.

- Interaction Pompier / ARM

Nous ne disposons pas de beaucoup d'enregistrements d'interactions où les pompiers sont primo-décrocheurs, mais relevons toutefois ces deux manières d'annoncer que l'activité de transfert est démarrée :

C15HN_B_28	« ↑vous êtes en ligne avec le samu↑ »
C15HN_A_33	« allez-y monsieur vous pouvez parler »

Lorsque l'appel est particulièrement difficile à traiter, les procédures de transferts sont d'autant plus importantes, notamment si l'appelant est agité, présente des difficultés d'élocution ou d'expression. C'est le cas dans l'appel suivant où l'ARM s'adapte à son interlocuteur, un homme très âgé, qui téléphone pour un conseil médical. L'ARM annonce le transfert de manière très explicite, mentionne qu'il n'est pas médecin et qu'il va passer l'appel à un médecin (L 07). Il prend garde d'informer son interlocuteur qu'il ne faut pas raccrocher, et ce en trois occasions (L 13 ; L 16 ; L 18) :

C15HN_B_16

01.	ARM	↓elle se calme un peu↓ mais c'était plus la morphine qui vous
02.		a rendu un peu malade
03.	PAT	ah bah: oui ah: h bon [h: hhh]
04.	ARM	[oui (.)c'est souvent (inaud.)]
05.	PAT	[alors (.)]que c'est: >la marche à suivre<
06.	**ARM**	**et beh (.) normalement chui pas le ↑médecin↑ je vous en passe**
07.		**un ↓au téléphone↓ (.) ↑d'accord↑**
08.	PAT	euh ↑oui↑ :h&
09.	ARM	[∆ah∆ vous]
10.	PAT	&[très bien]=
11.	ARM	=donc voilà=
12.	PAT	=↑oui↑=
13.	**ARM**	**=vous ne raccrochez pas pendant qu'il est déjà en euh:: au**

14.		téléphone avec une personne ↑avant vous↑ hh=&
15.	PAT	=[↑oui↑]
16.	**ARM**	**&[donc] euh ↓vous ne raccrochez pas↓ d'accord**
17.	PAT	oui ∆j'vous remercie∆ •h
18.	**ARM**	**voilà (.) ne quittez pas ↓monsieur↓**
19.	PAT	∆merci∆

Dans une organisation en transferts d'appels, le répondant qui transfère va être amené à annoncer l'interlocuteur suivant en produisant un terme de référence générique (Tracy & Anderson, 1999, pp. 207–210). L'hétéro-identification est généralement produite dans la clôture de l'appel (par les pompiers qui transfèrent à l'ARM ou par l'ARM qui transfère au médecin régulateur). Cette pré-identification est d'autant plus importante qu'une grande partie des appelants connaissent peu l'organisation structurelle du SAMU : annoncer l'interlocuteur suivant permet de préparer au transfert. Elle est ensuite complétée par le disque sonore diffusé pendant les temps d'attente entre deux transferts (cf. *infra* ce chapitre).

Il est patent que la caractérisation optimale des répondants favorise le bon déroulé de l'appel. L'accomplissement de cette caractérisation confirme que l'on a contacté la bonne institution (Fele, 2006b, para. 10 ; Zimmerman, 1992b, p. 43). Ensuite, identifier correctement son interlocuteur aide a en comprendre le rôle au sein de l'interaction en cours, d'exhiber le type de cadre de relation (Zimmerman, 1992a) en place, et à tous les participants d'aligner leurs identités réciproques (Schegloff, 1979) et d'établir les droits et les devoirs spécifiques de l'appelant et du répondant. Les procédures d'identification sont fondamentales pour la suite de l'activité, notamment par ce que tous les membres de l'institution ne disposent pas des mêmes fonctions et que les appelants attendent souvent de l'ARM qu'il prenne des décisions médicales, et déclenche l'envoi d'une équipe SMUR, et ce même lorsque leurs descriptions évoquent plutôt le besoin de soins non programmés.

Nous remarquons dans le corpus recueilli que les ARM ne sont jamais présentés par leur titre professionnel : au décroché, un ARM ne s'auto-identifie pas, il annonce l'institution qu'il représente.

- Ouverture ARM primo-décrocheur

Lorsque l'appel est adressé au SAMU directement, l'identification institutionnelle est systématiquement produite dès le premier tour de parole, dans une de ces formes :

C15HN_B_1	« oui le samu »
C15HN_B_3	« ↑samu bonjour↑»
C15HN_B_7	« samu de xvillex bonjour »
C15HN_A_12	« le samu »

Ouverture ARM après transfert du 18

Lorsque l'appel a été transféré par le 18, le SAMU peut être annoncé en premier tour :

C15HN_B_15	« >oui bonjour monsieur c'est le samu xvillex eh les pompiers ils arrivent ils sont partis< »
C15HN_B_21	« oui bonsoir c'est le samu là de xvillex »

Ou bien en deuxième tour :

C15HN_B_4	01. ARM allo/ 02. TIE [oui bonsoir monsieur 03. ARM [oui bonsoir monsieur c'est le samu donc les 04. pompiers m'ont

Toutefois, nous observons que l'identification institutionnelle par l'ARM n'est pas systématique après un transfert du 18 :

C15HN_A_13	01. ARM allo/ 02. TIE oui [bonjour madame] 03. ARM [oui bonjour]on m'a on m'a un petit peu 04. expliqué hein les pompiers vont arriver
C15HN_B_29	01. ARM allo/ 02. PAT allo 03. ARM oui bonjour madame donc c'est vous qui avez mal 04. à la poitrine c'est ça/

Dans le corpus, la dénomination professionnelle ARM n'est jamais mentionnée dans le cours des appels (contrairement à celle des médecins et pompiers). Éventuellement, ils sont présentés comme « collègues » par les médecins lorsque ceux-ci s'adressent aux appelants :

C15HN_B_4	01. MR oui médecin régulateur docteur xnomx bonsoir 02. PAT [oui 03. MR [oui allo/ 04. PAT bon[soir 05. MR. [oui bonsoir ma-dame ma collègue [m'a expliqué

Notons que dans ce corpus (constitué en septembre 2019), c'est le terme « permanencier » et non pas « assistant de régulation » qui est produit dans le disque sonore.

- Clôture ARM avant passage au médecin régulateur

Généralement, au moment de déclencher le transfert, l'ARM annonce l'interlocuteur suivant :

C15HN_A_20	« ↑allez on va voir avec le médecin monsieur↑ »
C15HN_B_3	« je vous passe le médecin ne raccrochez pas »
CH15N_B_27	« je vais vous passer le médecin » ; « allez je vous passe le médecin »
C15HN_B_30	« je vais vous passer un docteur au téléphone monsieur par ce que votre histoire j'ai du mal là y'a un docteur qui va vous parler»
C15HN_B_2	« ↓d'accord↓ ben je vais vous repasser un médecin-là ne quittez pas »

Relevons que dans ces cinq exemples, l'annonce se fait sans préciser s'il s'agit d'un transfert vers l'aide médicale urgente (AMU) ou vers les soins non programmés (SNP). L'ARM sélectionne simplement le terme « le médecin » ou « le docteur ».

Nous avons d'ailleurs observé au chapitre précédent que dans ce dernier exemple (**C15HN_B_2**), l'ARM annonce « un médecin » et l'appelante pense avoir être mise en relation

avec un médecin ophtalmologue (« alors je sais pas si si vous même vous êtes ophtalmo sans doute= » ; L 82-83).

Sur les 27 appels du corpus où il y a un transfert ARM → MR, nous ne relevons qu'un seul où l'ARM annonce « médecin généraliste ». Les identifications « médecin régulateur » et « médecin libéral » ne sont jamais produites[217].

CH15HN_B_19	« xruex allez ne quittez pas je vais vous passer un de nos médecins généralistes»

Nous avons également relevé ces formes qui rendent visible que l'ARM va exposer la situation au médecin (« j'en parle ») mais ne rendent pas explicitement compte du fait que l'appelant va lui-même être mis en ligne ensuite avec le médecin :

C15HN_A_34	« allez j'en parle avec le médecin »
C15HN_A_13	« =d'accord >ben j'en parle avec le médecin ne quittez pas< »

Les ARM peuvent également parfois annoncer simplement « allez quittez pas » et ce sans mentionner le médecin :

CH15HN_B_26	« allez quittez pas »
C15HN_B_5	« ne quittez pas »
C15HN_B_1	« alors restez en ligne (.) ne quittez ↓pas↓ »

Au décroché, le médecin choisira de produire ou non une identification professionnelle (voir *infra*). Autre éventualité : l'interaction peut comporter trois participants actifs[218] pendant un bref instant, alors que l'ARM annonce à l'appelant qu'il est en ligne avec le médecin, dans quel cas il est possible que celui-ci ne produise pas d'auto-identification.

[217] Dans ce corpus, la seule fois où une ARM prononce le mot régulateur c'est en s'adressant à une collègue ARM.
[218] Dans certains SAMU, dont le SAMU 42 au moment de notre enquête, les assistants de régulation écoutent l'échange entre le médecin et le patient, sans intervenir.

C15HN_A_12	ARM vous êtes avec le médecin TIE oui bonjour MR bonjour vous avez fait une fibro aujourd'hui et là vous avez du mal à respirer/

- Ouverture médecin régulateur

Le plus souvent, les régulateurs décrochent et annoncent immédiatement leur identité professionnelle, généralement sous une de ces formes :

C15HN_B_5	« oui médecin régulateur docteur xnomx bonsoir/ »
CH15N_B_24	« =oui bonjour madame médecin régulateur à l'appareil »
C15HN_A_10	« bonjour madame je suis le médecin »
C15H_A_30	« oui bonsoir médecin du samu »
C15HN_B_15	« =>bonjour monsieur(.) je suis le médecin régulateur du samu »
C15HN_B_7	« oui bonjour le médecin régulateur du 15 »
CH15HN_B_19	« bonjour >le médecin régulateur du 15< »

Ces formes d'auto-identification professionnelle n'informent pas précisément l'appelant de s'il est en ligne avec un médecin régulateur urgentiste ou avec un médecin régulateur libéral. Nous avons relevé des exemples où le médecin ne produit aucune identification professionnelle au décroché :

C15HN_B_16	ARM a annoncé « le médecin » + disque sonore a annoncé « médecin généraliste du centre quinze »	20. ML allô 21. PAT >allô bonjour monsieur [hh 22. euh:]< 23. MR [°oui bonjour°]
C15HN_B_3	ARM a annoncé « le médecin » + aucune mention du titre professionnel sur le disque sonore	01. TIE allo/ 02. MR oui ↑bonjour↑ 03. TIE bonjour

C15HN_B_8	ARM a annoncé « le médecin » + une mention du titre professionnel sur le disque sonore	01. ML allo 02. PAT oui bonjour madame 03. MR bonjour madame alors 04. ça va pas du tout là hein 05. ça va pas hein 06. PAT non ça va pas

Dans l'exemple suivant, l'ARM annonce « le médecin », l'appelant hétéro-identifie en « docteur » et celui-ci se présente en précisant « médecin du samu » :

C15HN_A_20	Clôture	ARM ↑allez on va voir le médecin monsieur↑
	Ouverture	ARM ↑vous avez le médecin en ligne monsieur↑ MR allo/= TIE =oui ↑docteur↑ MR oui le médecin du samu

Si nous avons isolé ces séquences, c'est que nous souhaitions mettre en exergue qu'il n'y a pas une systématicité infaillible de la caractérisation des locuteurs professionnels lors des ouvertures et clôtures successives. Les formes d'identifications professionnelles peuvent de plus changer d'un répondant à l'autre. Cela résulte d'une part d'une volonté institutionnelle de ne pas « standardiser » les interactions avec des protocoles communicationnels contraignants. C'est là également la traduction des mutations d'une institution qui travaille encore à la définition de l'identité professionnelle de ses membres (et en particulier celle des ARM) et plus largement à l'évolution de sa structure organisationnelle.

Autre observation dans le corpus : la raison d'être du temps d'attente entre les transferts n'est presque jamais expliquée (sauf dans l'appel *supra* **C15HN_B_16**) et ce très probablement pour des raisons d'optimisation du temps de traitement de l'appel[219]. Dans les appels examinés, étant donné que la passation ARM→ MR se fait presque toujours à l'oral[220], le temps d'attente avant

[219] Précisons qu'au SAMU 42, lorsque l'appel est transmis à au médecin généraliste libéral, la raison du temps d'attente est mentionnée dans le disque sonore (par exemple dans **CH15N_B_25** « veuillez patienter le médecin généraliste qui va répondre à votre demande actuellement en communication » mais ce n'est pas le cas dans les appels transférés à l'AMU. Nous revenons sur les disques sonores *infra* dans ce chapitre.

[220] Dans l'appel **CH15N_B_24**, le médecin explique qu'il n'a eu aucune information : « non non non moi j'étais en communication< j'ai pas eu l'information ». Il n'y aurait donc eu ni passation à l'oral ni informations inscrites sur le dossier de régulation médicale.

d'être mis en relation avec le médecin régulateur est systématique, bien qu'il puisse être très court.

Dans le corpus d'appel, le fait d'être transféré n'apparait problématique que dans deux cas et il s'agit de deux appels transférés depuis un autre service, le premier depuis le 18 (CH15N A 23) et le second depuis le standard de l'hôpital (dans C15HN B 2). Le fait d'être transféré est alors associé à une stagnation dans le traitement de la demande[221]. En réalité, les appelants rendent plutôt visibles que c'est le temps de traitement de la demande et le fait de ne pas avoir une réponse favorable à la requête qui pose un problème.

2. Répétition de la requête

L'organisation en transferts successifs autour d'un principe de régulation des demandes implique que la raison de l'appel (motif et/ou requête) doit être produite plusieurs fois. Dans les appels du corpus, nous observons que cette répétition après transfert de l'ARM au MR n'est jamais une copie exacte[222]. S'il est possible de relever des répétitions qui présentent les mêmes particularités prosodiques, rien sur le plan conversationnel ne se répète jamais à l'identique, ne serait-ce qu'en raison des différences de placement séquentiel (de Fornel & Léon, 1997, p. 105).Toutefois, même s'il ne s'agit pas d'une exacte répétition, c'est-à-dire les mêmes mots accomplis avec le même format rythmique dans le même ordre séquentiel, nous considérons que lorsqu'il y a paraphrase par une reformulation des mêmes informations avec d'autres mots dans un ordre séquentiel proche, la requête est intacte. Bien que véhiculant les mêmes informations, l'interprétation peut toutefois être co-construite différemment. Surtout, nous observons que la place séquentielle où l'appelant produit la raison de son appel varie.

[221] Il est possible que l'appelant envisage qu'il est transféré par ce que son interlocuteur précédent ne disposait pas de la réponse à sa demande, ou n'était pas le bon destinataire, comme cela est souvent le cas lorsque nous contactons un service client. Dans ce contexte, une fois notre demande explicitée, il n'est pas rare que notre interlocuteur nous informe que notre problème ne répond pas de sa compétence et qu'il nous transfère vers un autre service. La crainte étant qu'aucun interlocuteur ne soit habilité à répondre à notre demande.

[222] Dans une autre recherche nous pourrions analyser les requêtes répétées lors de seconds appels c'est-à-dire la réitération d'un appel au SAMU ultérieur mais pour une même situation. On pourrait prendre en compte le fait que les opérateurs peuvent traiter des appels pour une même situation sans que cela soit nécessairement le même appelant (Paoletti 2009, p. 231) dans quel cas les répétitions diachroniques sont produites par des locuteurs appelants différents.

2.1. Requête hétéro-répétée et contrôle interactionnel

Nous avons établi précédemment qu'il est primordial lors d'un transfert de ne pas donner à l'appelant l'impression qu'il repart de zéro[223]. De plus, rendre compte de l'appel précédent permet d'optimiser le temps de régulation et d'éviter que l'appelant s'engage dans une présentation du motif de son appel qui reprendrait des informations déjà en la possession de son nouvel interlocuteur.

C'est pourquoi les ARM mobilisent différents procédés, tels que le fait de rendre visible (*accountable ;* Garfinkel, 1967, p. 7) qu'il y a eu une séquence de passation d'informations avec les pompiers et que la requête est prise en compte et traitée, comme dans cet extrait :

C15HN_B_29

01.	ARM	allo/
02.	PAT	allo
03.	ARM	oui bonjour madame donc c'est vous qui avez mal à la poitrine
04.		c'est ça/
05.	PAT	oui oui

Dans cet appel c'est le fait de répéter le motif d'appel suivi du *question tag* « c'est ça ? » qui signale implicitement que l'ARM a été informé par le pompier qui lui a transmis l'appel.

Nous remarquons toutefois que l'ARM peut aussi produire deux types différents d'*accounts* (Garfinkel, 1967b) : (i) annoncer que les pompiers ont déjà expliqué la situation (L3) et (ii) une affirmation sur l'identité de la victime et conclure avec le *question tag* pour faire confirmer « c'est ça/ » (L6).

Cela donne la structure suivante :

[les pompiers m'ont expliqué] + [info sur la victime] + question tag

[223] À ce sujet, Suzanne Tartiére (2015, p. 37) médecin urgentiste au SAMU 75 explique que le rôle du médecin régulateur consiste à : « poursuivre les interrogatoires amorcés par l'assistant de régulation, surtout ne pas donner au patient l'impression que je vais tout recommencer depuis le début. Ne jamais dire « bon qu'est-ce qu'il vous arrive », il n'y a rien de pire que de leur faire répéter ce qu'ils ont déjà raconté. Je dois leur montrer au contraire que je suis au courant, qu'on ne repart pas de zéro, qu'ils n'ont pas parlé pour rien et qu'il y a un lien entre leur premier interlocuteur et moi. »

Que l'on retrouve dans ce fragment :

C15HN_A_13

```
01. ARM     allo/
02. TIE      oui [bonjour madame]
03. ARM          [oui bonjour]on m'a on m'a un petit peu expliqué hein les
04.         pompiers vont arriver hh=
05. TIE      =oui=
06. ARM     =>c'est une dame de quatre-vingt-douze ans< c'est ça/=
07. TIE      =c'est ça
```

Et également dans celui-ci (déjà examiné au chapitre 4) :

C15HN_B_4

```
25. ARM     allo/
26. TIE     [oui bonsoir monsieur
27. ARM     [oui bonsoir monsieur c'est le samu donc les pompiers m'ont
28.         expliqué(.)c'est pour [votre ]fille qui qui ferait une crise
29. TIE                           [euh:: ]
30. qui     ferait une [crise d'angoisse c'est ça/
31. TIE                [oui c'est pour ma fille de 24 ans oui] oui qu'on a
32.         (inaud.) et justement elle tremble et: (.) et elle a la tête qui
33.         tourne euh trop il elle: dit que je me sens même pas bien aussi
34.         son son cœur elle dit qu'il bat vite j^sais pas=
35. ARM     =d'accord
```

Nous voyons que l'ARM répète par la forme interrogative le pré-diagnostic posé par les pompiers (« c'est [votre fille qui [ferait une crise d'angoisse c'est ça/] » ; L 28-30). S'il s'agit là d'un travail de sélection des informations qui lui semblent les plus pertinentes, il a pour conséquence de poser des questions qui intègrent des préférences. Il revient au patient de décider s'il produit la réponse préférée aux questions qui lui sont posées en les validant ou non dans sa réponse (Pooler, 2010, p. 134).

Bien qu'elle opère une validation de la pré-qualification en « crise d'angoisse » transmise par le pompier, l'ARM laisse toutefois la possibilité à l'appelant de confirmer ou non ce thème. Or, le père confirme bien qu'il s'agit de sa fille (L 31), complète en précisant son âge, produit un compte rendu focalisé sur la douleur et la gêne par l'énumération des symptômes de sa fille (Heritage & Robinson, 2006b, pp. 2–3) mais il ne valide pas la proposition « crise d'angoisse ». L'appelant ne propose aucun autre diagnostic et révèle plutôt une orientation vers la qualification en problème inconnu.

Cela montre bien que l'ARM ne répète non pas le motif d'appel du père, celui qu'il a présenté aux pompiers, mais qu'elle s'oriente plutôt vers le pré-diagnostic du pompier, quand bien même celui-ci n'a visiblement pas été co-construit avec l'appelant.

Dans l'extrait suivant, nous observons comment le transfert et la pré-qualification par les pompiers peuvent être des ressources exploitées par l'ARM pour engager directement la collecte des informations primaires et exercer ainsi un contrôle interactionnel sur son interlocutrice afin de l'empêcher de produire une présentation de sa requête en ouverture (L 04) :

C15HN_A_11

01.	POM	>vous avez le samu en ligne<
02.	ARM	allo=
03.	TIE	=>oui allo bonjour excusez-moi mais j'ai<=
04.	**ARM**	**=>madame laissez-moi parler les pompiers m'ont expliqué<=**
05.	TIE	=oui
06.	ARM	c'est votre fille c'est ça/=
07.	TIE	oui c'est [ma fille]
08.	ARM	>[comme]nt elle s'appelle s'il vous plait<=

Alors que l'ARM parvient à contenir l'interaction dans son propre *agenda* (Robinson & Heritage, 2005, p. 105) la séquence de collecte des informations primaires se poursuit sur 33 lignes (non retranscrites). Ce n'est qu'à la ligne 47 que l'ARM invite l'appelante à présenter la situation dans ses propres termes :

47.	**ARM**	**=>oui d'accord< (.) et qu'est ce qui se passe alors là/**
48.	TIE	(.) eh bah (.) en fait >c'est parce que:: elle a fait une
49.		hémorragie à l'accouchement elle a accouché le trois mars(.)
50.		et elle est tombée en baisse aussi<
51.	ARM	oui

Cette méthode permet de maintenir la trajectoire des appels dans leur cadre urgent et collecter en premier lieu les informations primaires. La question ouverte se retrouve alors produite à une position séquentielle plus tardive. Le corpus l'atteste, lorsque le SAMU n'est pas primo-décrocheur, et donc dans les appels transférés depuis le 18 (ou le 112), l'ARM s'oriente plutôt d'abord vers la pré-qualification de son collègue pompier que vers le point de vue de l'appelant.

Lors de ces appels, c'est à l'ARM que revient la possibilité de déployer le premier thème. Dans les trois exemples examinés ici, les premiers tours sont consacrés à des questions de vérification des informations avec des procédures pour conserver le contrôle interactionnel de l'action qui

est en train de se dérouler (le *conversationnal floor ;* Edelsky, 1981) et des formes grammaticales intégrant des attentes ou préférences pour un type particulier de réponses (et en particulier le *question tag* « c'est ça ? ». Le recours aux questions restrictives (Frankel, 1984; Mishler, 1984, p. 59) est de fait plus fréquent dans les appels transférés que lors de l'échange avec le primo-décrocheur.

Nous observons que dans les interactions qui font suite à un transfert depuis le 18, les ARM peuvent traiter l'introduction immédiate de la raison de l'appel comme le fait de pré-empter (Schegloff, 1986, p. 142 ; Stivers et al., 2001a) c'est-à-dire d'introduire trop tôt la raison de l'appel. Dans les appels urgents où les opérateurs suivent des protocoles hautement scriptés (notamment dans les pays anglo-saxons), le fait de préempter a été identifié comme étant problématique (Riou et al., 2018). Dans les appels au SAMU que nous examinons, l'introduction précoce de la demande à l'ARM peut être traitée comme une action problématique mais ce uniquement lorsque l'ARM n'est pas primo-décrocheur.

Or, l'examen séquentiel des appels **C15HN_A_10**, **C15HN_A_20** et **C15HN_A_12** (cf. *supra* chapitre 4) a montré que dans l'activité de sélection des informations pertinentes lors des transferts d'un interlocuteur à l'autre, des éléments peuvent être modifiés ou omis par le professionnel qui transfère. En mettant en suspens la présentation par l'appelant de la raison de son appel, un élément important inconnu du second décrocheur peut-être produit à une position séquentielle plus tardive, ce qui pourrait retarder l'attribution du juste soin.

Certains médecins (qui ne sont jamais primo-décrocheurs) semblent privilégier les ouvertures qui reprennent les informations déjà en leur possession quand d'autres choisissent plutôt de laisser à l'appelant l'initiative de déployer le premier thème[224]. Dans cet appel, le médecin annonce immédiatement qu'il a été informé de la situation de l'appelante et reformule l'historique médical pour le co-construire :

[224] Un appel examiné au chapitre précédent (**C15HN_B_26**) montre que lorsque l'appelant est particulièrement souffrant, peine à s'exprimer, le format question polaire qui suggère une réponse par oui ou par non est très utile. En effet, lorsque le médecin choisit de débuter l'entretien par une question au format polaire à propos du problème médical cela semble faciliter l'entretien car cela permet à son interlocuteur de rendre immédiatement compte de l'intensité de sa douleur, sans avoir à sélectionner lui-même les termes médicaux appropriés, ce qu'il est parfois difficile à faire lorsque l'on est souffrant.

C15HN_B_4

```
01.  MR     oui allo/
02.  PAT    bon[soir
03.  MR        [oui bonsoir ma-dame ma collègue [m'a expliqué hein
04.  PAT                                        [oui
05.  MR     vous sortez d'hospitalisation c'était [hier
```

La méthode est similaire dans cet appel (déjà examiné précédemment) où un père téléphone pour sa fille qui ne se sent pas bien et le médecin reformule le motif de l'appel :

C15HN_B_5

```
36. MR      oui médecin régulateur docteur xnomx bonsoir/
37. TIE     oui bonsoir madame [vous
38. MR                         [vous appelez pour votre fille de
39.         vingt-quatre ans
40. TIE     ↑oui↑
41. MR      voilà qui présente a priori euh: vertiges palpitations
42. TIE     oui oui oui [↑oui voilà↑
```

Dans l'appel suivant, la médecin ne répète pas le motif de l'appel (une crise suicidaire) que lui a transmis l'ARM (séquence non retranscrite) :

C15HN_B_8

```
01.  MR     ↑allo↑
02.  PAT    oui bonjour madame
03.  MR     bonjour madame alors ça va pas du tout là hein/ ça va pas hein/
04.  PAT    non ça va pas
05.  MR     pourquoi/
06.  PAT    parce que je veux mourir
07.  MR     mais pourquoi vous voulez mourir (0.3) pourquoi hein/
08.  PAT    parce que pour ↑un tas de raisons↑
09.  MR     pour un tas de raison parce que par ce que vous êtes en
10.         souffrance c'est ça/
11.  PAT    ↑oui oui↑
```

Nous voyons là une volonté de favoriser l'agentivité de l'appelante. Plutôt que d'introduire le thème de la crise suicidaire, la médecin choisit plutôt de reformuler le motif en « alors ça va pas du tout là hein ça va pas hein/ » (L 03). Après validation de l'appelante, la médecin produit une question ouverte (« pourquoi ? ») afin que son interlocutrice puisse présenter elle-même la raison de son appel.

Dans cet autre appel, les participants produisent des marques de reconnaissance qu'une nouvelle interaction débute (de L 120 à L 122). Ils semblent ensuite tous deux en attente que l'autre introduise un premier thème, ce que fait le médecin, mais son premier thème ne concerne pas la raison de l'appel mais la demande d'un examen médical avec accès direct à la victime (phase 3) :

C15HN_A_20

```
119. MR     allo/=
120. TIE    =oui ↑docteur↑
121. MR     oui le médecin du samu
122. TIE    ↓oui↓
123. MR     euh: vous pouvez me passer votre femme s'il vous plait/
124. TIE    je ↑elle elle s'étouffe↑ elle est entrain de tousser
125.        tousser comme une (.) une ↓pauvre↓
```

Dans cet autre extrait, après les salutations prototypiques, l'appelante s'engage immédiatement dans une présentation de la raison de l'appel et le médecin sélectionne une des informations produites pour la faire valider (L 34)[225] :

C15HN_B_6

```
24. ML     allo
25. TIE    oui bonjour
26. ML     bonsoir madame [médecin régulateur&
27. TIE                   [pardon
28. ML     &à l'appareil
29. TIE    oui bonsoir alors >euh en fait je vous appelle parce que j'ai:
30.        ma fille qui a la diarrhée depuis une semaine en fait< elle a
31.        la gastro elle donc le vomissement s'est arrêté :h mais la
32.        diarrhée ne s'arrête pas en fait h: chaque chose qu'elle mange
33.        elle me refait tout par la selle en fait mais tout liquide
34. ML     depuis une semaine/
```

Et enfin, dans l'extrait suivant, le médecin produit une invitation à présenter la raison de l'appel et pose ensuite une question ouverte :

[225] Nous avons observé dans l'appel **C15HN A 9** que l'introduction précoce de la raison de l'appel sans salutations est traitée comme problématique par le médecin.

C15HN_A_10

```
01.     MR      bonjour docteur xnomx alors [dîtes  ] moi
02.     TIE                                 [bonjour]
03.     MR      qu'est ce qui lui arrive/
04.     TIE     ΔheuΔ elle fait un début de coma éthylique comme ça lui
05.             était arrivé y'a=
```

Nous observons dans le corpus qu'après un transfert depuis le 18, deux formes possibles d'ouverture par les ARM apparaissent :

- une reprise immédiate par l'ARM des éléments déjà en sa possession (s'oriente vers le pré-diagnostic du pompier) pour les faire vérifier ;

- une interruption de l'appelant lorsqu'il s'engage dans l'introduction immédiate de la raison de l'appel, l'ARM signale que la raison de l'appel est déjà en sa possession.

Pour les médecins régulateurs (AMU ou SNP), nous avons observé ces formes possibles en ouverture :

- une annonce immédiate par le médecin qu'il a été informé de la situation et la co-construction de la raison de l'appel (**C15HN B 5**) ; (**C15HN B 4**) ;

- un premier thème est introduit à l'initiative du médecin mais celui-ci ne concerne pas la raison de l'appel mais la demande d'un examen médical avec accès direct à la victime (**C15HN A 20**) ;

- introduction d'un thème pour déclencher une séquence de présentation de la raison de l'appel (**C15HN B 8**) ;

- une ouverture sans question et sans reprise des éléments déjà en sa possession et l'appelant qui introduit en premier la raison de l'appel (**C15HN B 6**) ;

- une invitation à présenter la raison de l'appel et/ou une question ouverte (**C15HN A 10**).

Les deux derniers types d'ouverture permettent à l'appelant de rendre immédiatement compte de la situation selon ses propres termes. Si cela favorise l'agentivité accordée à l'appelant (Vickers et al., 2013) cela peut également conduire à des situations de dilemme interactionnel où l'appelant est incertain quant au fait de répéter ou non les informations produites dans l'échange précédent et ne sait pas de quelle quantité d'information dispose son nouvel interlocuteur (Leydon et al., 2013 ; Pooler, 2010, p. 134).

2.2. Requête auto-répétée et dilemme interactionnel

Après un transfert, si le format d'ouverture institutionnelle est une simple marque du décroché (du type « allo » ; « allo oui ») ou que les professionnels produisent une salutation (« bonjour » ; « médecin régulateur bonjour ») qui n'est pas suivie d'une question, cela a pour conséquence de faire intégralement reposer sur l'appelant le choix du format et du contenu de son premier tour de parole, sans lui fournir d'indices sur les éléments déjà en la possession de son interlocuteur[226].

Le dilemme interactionnel est parfois explicitement mentionné par l'appelant. C'est le cas de cet appel où une jeune fille est transférée au médecin régulateur libéral :

CH15N_B_24

```
01.  ML    allo
02.  AP     oui allo=
03.  ML     =oui bonjour madame médecin régulateur à l'appareil
04.  AP     oui bonjour (0.3)
05.  ML     oui(.)dites-moi=
06.  AP     =oui ben euh je je sais pas enfin c'est votre: collègue qui qui
07.         vous=
08.  ML     =>non non non moi j'étais en communication< j'ai pas eu
09.         l'information si vous voulez bien m'expliquer s'il vous pl
10.         ce serait fort aimable
```

Le médecin semble attendre de son interlocutrice qu'elle s'engage immédiatement dans une répétition du motif de son appel. Or, celle-ci montre qu'elle pense que le médecin a été pré-informé de son cas par l'ARM, initiatrice du transfert d'appel (« =oui ben euh je je sais pas enfin c'est votre: collègue qui qui vous= » ; L 06-07). En fait, le format d'ouverture de l'appel

[226] Dans de plus rares cas, ces deux phénomènes se cumulent : c'est-à-dire que l'ARM ne va pas produire d'identification catégorielle de l'interlocuteur suivant et qu'ensuite le médecin ouvre l'appel d'une manière qui ne rende pas explicite ce qui est attendu de l'appelant et de quelle quantité d'information il dispose.

rend l'appelante incertaine quant à ce qui est attendu d'elle et cela pour conséquence quelques secondes de flottement. À sa reprise de parole, le médecin libéral s'en excuse, explique qu'il était déjà en ligne et lui demande de lui expliquer sa situation (L18-20).

C'est le cas aussi dans cet autre appel dans lequel le médecin libéral produit une simple salutation au décrochage ce qui conduit le patient à lui annoncer qu'il a déjà exposé son cas (L 03) :

C15HN_A_16

```
01.  PAT    >allô bonjour monsieur [hh euh:]<
02.  ML                            [°oui bonjour°]
03.  PAT    je viens d'exposer mon cas hh euh:: (.) lundi soir je sens
04.         euh une grosse sciatique (.) ta hhh (.)alors le docteur …
05.         ↑mardi matin↑ hh et m'a prescrit de d'la morphine.
06.  ML     (.) ou[i:]
07.  PAT          [quat  ] quat quat euh: ∆toutes∆ les quatre heures=
08.  ML           [ouais:]
09.  PAT          [j'en ai]j'en ai déjà pris ↑qua↑tre: [ce ma
10.  ML                                               [c'est quoi comme
11.         mo]rphine ↑que vous avez↑
```

Il s'agit là de méthodes des participants pour éviter tout *problème de positionnement* (Schegloff, 1986b, pp. 116–117)) puisque la raison de l'appel doit être formulée à un certain moment de l'échange. C'est le cas dans cet autre appel où l'appelant rend explicite qu'il n'est pas certain de devoir s'engager dans une répétition de ce qui a déjà été dit à l'ARM et demande au médecin « si elle a le dossier » (L 04) :

CH15N_B_25

```
01.   ANN   veuillez patienter le médecin généraliste qui va
02.         répondre à votre demande est actuellement en communication
03.   MR    médecin régulateur docteur xnomx bonsoir
04.   TIE   bonsoir excusez-moi vous avez le dossier/
05.   MR    ↑alors↑ j'arrive dessus dites-moi tout
06.   TIE   euh::: femme vingt-quatre ans vingt-six excusez-moi eu[h::crise
07.   MR                                                        [>elle
08.         est elle est< à côté de vous/
```

Cet appelant est conscient que le transfert implique de répéter des éléments dont la médecin dispose déjà (Heath, 1983). Alors que son interlocutrice l'informe qu'elle s'apprête à prendre connaissance du dossier, il produit une marque d'hésitation en début de tour et engage ensuite lui-même la séquence de vérification en présentant la situation sous forme d'items tels qu'ils sont inscrits dans les logiciels (« femme vingt-quatre ans » ; « crise » ; L 06). L'appelant rend

ainsi manifeste son orientation vers le dispositif technologique du SAMU. Pour cet appelant, le logiciel n'est pas *transparent* (Mondada, 2007a, p. 4), il choisit de pointer et localiser (Bonu, 2008) le fait que les informations déjà inscrites dans le dossier de régulation ne soient pas mentionnées dans l'interaction[227].

Il apparait que dans certains cas le dilemme interactionnel puisse résulter d'une stratégie du médecin qui choisit de manière intentionnelle d'ouvrir l'appel sans introduire de premier thème. Dans l'appel suivant, une femme téléphone pour son frère qui ne se sent pas bien, présente plusieurs symptômes et douleurs qui les inquiètent. Le frère s'entretient ensuite directement avec l'assistante de régulation. Cette dernière juge sa description confuse et annonce qu'elle va passer l'appel au médecin :

C15HN_A_30

```
01.  ARM       vous crachez du sang/
02.  PAT       (.)↑du sang↑ et j'ai regardé de dedans y'a des petits
03.            cailloux=
04.  ARM       =depuis dep[uis
05.  PAT                  [↑des caillots (cailloux) de sang↑
06.  ARM       depuis quand vous êtes paralysés du côté gauche/
07.  PAT       ↑là↑ à l'inst- à l'instant là euh j'ai j'avais des
08.            douleurs mais je croyais que c'était à force d'avoir eu
09.            des spasmes [↓par ce que j'ai↓
10.  ARM                   [je vais vous passer un docteur au téléphone
11.            monsieur par ce que votre histoire j'ai du mal là y'a un
12.            docteur qui va vous parler
13.   PAT      (ouais vas-y ; allez-y)
```

Avant de mettre l'appelant en ligne avec la médecin, l'ARM lui présente la situation :

```
01.  ARM       xnomx/
02.  MR        ouais
03.  ARM       (inaud.)xvillex un monsieur de quarante-quatre ans >c'est
04.            sa sœur au départ qu'appelle < maintenant c'est lui que
05.            j'ai au téléphone elle dit qu'il est paralysé du côté
06.            gauche lui il dit que depuis trois jours il a de la
07.            fièvre >des maux de tête et des vertiges< qu'il a de
```

[227] Cela serait à prendre en compte dans une perspective d'éducation du grand public. Un usager informé peut manifester des attentes sur la présence du dispositif comme participant à l'interaction. Alors, comme le formule Mondada (2007, 4) « les participants vont s'orienter constamment vers sa présence, ses propriétés et son impact sur l'organisation des activités dont il assure la médiatisation ».

```
08.           l’eau qui coule dans un poumon que là il crache ↑du sang↑
09.           (.) je comprends ri[en
10.  MR                          [ça part dans tous les sens=
11.  ARM      =je comprends rien (.) je te laisse gérer par ce que moi
12.           j’y arrive plus là=
```

La médecin peut s’attendre à ce que le récit de l’appelant qu’elle s’apprête à prendre en ligne soit confus voire incompréhensible ainsi que le lui a décrit sa collègue ARM. Elle pourrait alors choisir d’exercer un contrôle interactionnel afin d’éviter qu’il ne se lance dans un tel récit. Or, elle choisit au contraire de ne pas rendre compte des éléments déjà en sa possession :

```
13.  MR     =hum hum (.)allo/=
14.  ARM    =↑vous êtes en ligne↑
15.  TIE    ↑oui↑ allo/ oui (.)
16.  MR     bon[soir médecin du samu
17.  TIE       [allo/
18.  TIE    {c’est le médecin}
19.  PAT    (.)oui madame
20.  MR     oui ↑bonsoir↑
21.  PAT    je vous explique ça a commencé mercredi=
22.  MR     =mercredi [qu’est ce qui a commencé mercredi/
23.  PAT              [ça ça a commencé
```

L’appelant ne dispose d’aucun indice sur ce qui est attendu de lui, il doit donc décider s'il va répéter ou non les informations et à quel degré de précision (Pooler, 2010, p. 134). Le tour du médecin, avec une marque de décroché et une salutation peut être interprété comme une demande implicite de formulation de la requête par l’appelant. Le fait de laisser la parole à l’appelant est une méthode pour signifier qu’il y a là un point d’ancrage possible pour commencer à introduire la raison de son appel.

Ce n’est qu’une fois que l’appelant se lance dans la présentation de la raison de son appel en introduisant un premier thème, que son interlocutrice intervient en l’interrompant (L 22) pour l’encourager à produire un récit plus construit (en précisant quel est le symptôme qui aurait commencé le mercredi). Ce faisant, la médecin met à profit le savoir collecté pendant l’échange avec l’ARM pour tenter de mettre en place une interaction moins confuse.

Par la focalisation sur des séquences particulières nous avons montré comment le choix organisationnel de transférer les demandes de santé urgente d’un interlocuteur à l’autre a des

conséquences sur le déroulé des interactions. En particulier, cela implique le risque qu'un conflit puisse être transféré d'une institution à l'autre et que l'appelant n'ait pas conscience qu'un transfert est une marque de progressivité dans le traitement de sa demande.

Cela nous a également permis d'identifier que l'organisation en transferts successifs entre institutions transforme la structure des appels au SAMU, et que cela a des conséquences sur l'agentivité accordée au patient et sur l'émergence interactionnelle de la raison de l'appel.

3. Une organisation institutionnelle difficile à saisir pour les usagers

3.1. Quel numéro contacter ?

Nous avons précédemment montré que bien que l'accès téléphonique direct avec le patient est une procédure majeure de la régulation médicale téléphonique, les tiers-appelants font très souvent barrage. Ici, nous examinons les difficultés que rencontrent certains usagers pour comprendre l'organisation hospitalière dans son ensemble. Elles sont rendues visibles dans les appels et peuvent pénaliser tous les participants. En fait, la plupart des appelants ignorent totalement les procédures et la structuration des centres d'appels du SAMU.

Dans C15HN B 14, le jeune homme en crise d'asthme indiquait se trouver « en bas » (L 19). De son point de vue, cela signifiait être en bas du bâtiment du SAMU alors même qu'il se trouvait à l'accueil des urgences sur un autre site hospitalier que celui où se trouve la salle de régulation des appels du SAMU 42[228]. Les usagers peuvent en effet ne pas saisir que le SAMU n'est pas un service intégré directement au service d'urgences hospitalières ou aux services de spécialités[229]. Dans C15HN B 2, l'appelante est transférée par l'ARM à qui elle a expliqué qu'elle souffre de douleurs oculaires et s'imagine alors avoir été mise en relation avec un ophtalmologue (« vous même vous êtes ophtalmo sans doute » ; L 83). En clôture de l'appel, alors qu'elle comprend que son interlocuteur est médecin du SAMU (et non pas ophtalmologue), elle semble penser qu'il s'agit du médecin qui s'occupera d'elle dans l'ambulance ou une fois arrivée aux urgences et lui dit donc « à tout à l'heure » (L 135). Dans

[228] Rappelons que la confusion est alors totale puisque pour l'ARM « en bas » indique que l'appelant est en bas de chez lui (cf. *supra*. Chapitre 5).

[229] Une dimension soulevée déjà par Hénault-Tessier et Dalle-Nazébi (2012, para.6) dans leur étude du SAMU : « Beaucoup d'appelants ne savent pas ce que font réellement les opérateurs lorsqu'ils répondent au téléphone – pour paraphraser le titre d'un article de Jean-Marc Weller (1997). Un appelant qui contactait le SAMU pour une urgence grave a ainsi sommé l'opérateur de « partir » le confondant avec l'ambulancier ».

l'appel **C15HN B 6**, la maman qui doit emmener son enfant à la maison médicale de garde réagit à la décision du médecin régulateur en lui annonçant qu'elle arrive (« d'accord ok ben je vais arriver » ; L 89).

Dans l'appel suivant, l'appelante semble penser que « le 15 » (L 05) n'est constitué que d'opérateurs qui transfèrent à des médecins, comme si ceux-ci ne faisaient pas partie de la même institution et ne partageaient pas le même espace professionnel que les primo-décrocheurs :

C15HN_B_28

01. MR ↑allo↑
02. PAT oui allo bonjour e[uh j'ai euh
03. MR [bonjour madame médecin régulateur à
04. l'appareil
05. **PAT** **>j'ai appelé le quinze et le quinze il m'a dit je**
06. **vous passe le médecin** :h voilà par ce que< je leur ait expliqué

Dans cet autre appel, ne parvenant pas à joindre quelqu'un de l'hôpital, cette épouse s'inquiète de ne pas avoir eu de nouvelles de son mari depuis « depuis ce matin dix heures » ; L 29) quand le SAMU l'a conduit aux urgences :

CH15HN_A_33

01. ARM le samu/
02. TIE (inaud.)
03. ARM ↑le samu bonsoir↑=
04. TIE =oui oui bonsoir oui vous êtes venu chercher mon mari ce matin
05. à dix heures trente
06. ARM on est venus chercher/
07. TIE mon (inaud.) mon (ex-mari ; mari)
08. ARM oui oui
09. TIE à dix heure trente ce matin (.)
10. ARM ↓mh mh↓
11. TIE et depuis je voudrais avoir des nouvelles ↑il est en
12. cardiolog[ie↑je veux savoir

L'ARM, après s'être renseignée sur le lieu d'hospitalisation, indique qu'il faut contacter « le standard » (L 16). Les interjections (« ah » ; « hein ») qui encadrent cette information et son rythme rapide souligne son caractère évident du point de vue de l'ARM :

13. ARM [ah ouais mais faut appeler le ser ah euh il est ou/
14. euh il est où/

15. TIE à xvillex à à à l'hôpital=
16. ARM =ah mais faut appeler le >standard madame hein<
17. TIE ah ↑écoutez↑ [là le standard attendez
18. ARM [madame madame madame madame le&
19. TIE non non non non] je vous pré
20. ARM &standard madame] ↑écoutez-moi↑ [là vous êtes
21. TIE [(inaud.) vous me
22. prenez pas pour une conne là
23. ARM c'est ↑madame↑ [madame écoutez-moi&
24. TIE [non non non non
25. ARM &je vous prends pas pour une conne [ne dites pas des&
26. TIE [non non (.)
27. (inaud.) on me prend pour une conne
28. ARM &choses ne dites pas [des choses que je n'ai pas&

L'échange prend très vite une tournure conflictuelle. L'appelante est nettement désaffiliée avec la suggestion de son interlocutrice (contacter le standard de l'hôpital). Un chevauchement survient, pendant lequel l'ARM l'interpelle cinq fois avec le terme d'adresse « madame » et son interlocutrice répète par quatre fois « non ». Les perturbations se déploient de la ligne 17 à la ligne 28 bien que l'ARM tente de ne pas produire elle-même des énoncés qui créeraient des perturbations supplémentaires. À partir de la ligne 29, l'appelante fait le récit de son errance téléphonique qui se conclut par « du ↑standard↑ on me passe& à un poste de l'autre poste on me passe à un autre et j'ai aucune nouvelle de mon mari madame je sais même pas s'il est mort s'il est pas mort » (L 36-37) et la requête « donnez-moi des nouvelles » (L 40).

29. TIE [depuis ce matin dix heures
30. ARM madame &dites
31. TIE depuis cet après-midi deux heures j'ai essayé de l'appeler et
32. impossible de l'avoir
33. ARM ↑madame↑
34. TIE du ↑standard↑ on me passe&
35. ARM madame appelez le standard
36. TIE à un poste de l'autre poste on me passe à un autre et j'ai aucune
37. nouvelle de mon mari madame je sais même pas s'il est mort s'il
38. est pas mort
39. ARM madame madame
40. TIE donnez-moi des nouvelles

Dans la suite de l'appel (non retranscrite de L 41 à L 50), l'ARM finit par convaincre tout de même d'appeler le standard pour qu'on la transfère à la cardiologie et l'échange avec l'ARM se conclut non sans que l'appelante marque sa lassitude (L 52 ; L 54) :

51. ARM bon allez
52. TIE une fois de plus
53. ARM xnumérox
54. TIE une fois de plus ou une fois de moins

Bien que l'ARM ait donné le numéro du standard, l'appel est tout de même transmis au médecin régulateur, (après une séquence non retranscrite ici de L 55 à L 94) qui lui réexplique de nouveau qu'elle ne s'adresse pas au bon service :

93. TIE ↑hein hein↑ allo/
94. MR oui c'est le médecin du samu madame vous cherchez à joindre
95. votre mari qui est en cardiologie c'est ça/ ici vous n'êtes pas
96. au bon numéro ici c'est la ligne des appels d'urgence des gens
97. qui ont des problèmes cardiaques ou des arrêts cardiaques ou
98. des choses comme ça vous n'êtes pas au bon numéro

Les difficultés que rencontre cette appelante résultent de choix organisationnels qui ne relèvent pas directement du SAMU mais de la structuration globale de nos services de soins et de santé dont la population a un faible degré de connaissance.

L'appel adressé au 18 pour un problème médical est une des traductions les plus fréquentes de la confusion qui règne dans l'esprit des usagers. Cela est particulièrement visible dans l'appel suivant où un homme téléphone au 18 dans la nuit pour des douleurs au ventre, de la fièvre et des vomissements. Les pompiers passent la communication à un ARM qui transmet ensuite au médecin régulateur. Celui-ci suspecte une crise d'appendicite et décide d'envoyer une ambulance. Un peu plus tard, les pompiers contactent de nouveau le SAMU car l'homme s'est de nouveau adressé à eux « pour savoir où en est l'ambulance » (L 07) et ce, bien qu'il s'agisse d'une ambulance envoyée et gérée par le SAMU :

C15HN_B_31

01. ARM oui le samu
02. POM oui les pompiers xprénomx
03. ARM bonjour
04. POM bonjour euh on t'avais fait passer une fiche tout à l'heure
05. pour xvillex xnumérox rue des xnomruex
06. ARM ouais au xnumérox
07. POM le gars il nous rappelle pour savoir où en est l'ambulance
08. (.) je te le repasse
09. ARM ouais ouais ouais
10. POM ↑vous êtes en ligne avec le samu↑

Dans cet autre appel, un homme se trouve à l'accueil des urgences où il s'est rendu sur les conseils du SAMU et recontacte le médecin régulateur qui a traité sa demande. Le début de la communication est complexe car la réception est très mauvaise (non retranscrite de L 01-12). L'appelant demande au régulateur de joindre les médecins de ce service afin qu'ils lui donnent la priorité (L 13-14).

C15HN_B_30

13.	PAT	je suis aux urgences à xvillex est-ce que vous pouvez
14.		leur signaler que (inaud.)
15.	MR	>non-monsieur malheureusement je peux pas les appeler<
16.		par ce que par ce que par ce que ils sont pas sous:
17.		sous: sous: euh: notre autori[té si s'ils ont du
18.	PAT	[(inaud.)
19.	MR	boulot il faudrait que vous alliez voir directement vous les
20.		personnels là-bas leur dire que vous avez mal et: et: qui=
21.	PAT	=(inaud.)qu'elles passent des enfants hein=
22.	MR	comment/
23.	PAT	y'a une dame qui a décrété que les enfants
24.		étaient plus (inaud)vous comprenez
25.	MR	je je vous entends très mal je vous entends très très
26.		mal
27.	PAT	je répète y'a une dame qui a décrété que les enfants
28.		pouvaient passer ↑devant↑ dans la journée y'a (inaud.)
29.		les docteurs il faut qu'ils (inaud.)(.) ↑voilà↑
30.		moi je vous le dis comment ça se passe vous le savez-
31.		vous aussi non=
32.	MR	=écoutez je vous entend très mal dans tous les cas
33.		monsieur sachez que je ne peux pas les appeler moi
34.		pour leur dire qu'il [faut (inaud.)
35.	PAT	[et qu'est-ce qu'il qu'il faut
36.		faire qu'est-ce qu'il me reste à faire/ j'appelle les
37.		pompiers
38.	MR	ben ↑faites ce que vous voulez monsieur↑ moi je ne
39.		peux pa[s les appeler
40.	PAT	[ah ben ↑c'est gentil↑ c'est bien hein ↑voilà↑
41.	MR	au revoir monsieur
42.	PAT	oui voilà

Le médecin se trouve contraint d'engager un travail de médiation afin d'expliquer qu'il n'est pas en mesure de téléphoner aux équipes qui travaillent aux urgences, qu'il n'est pas possible de leur demander de traiter l'appelant en priorité, notamment par ce que celles-ci ne sont pas sous l'autorité des médecins régulateurs du SAMU (L 16-17). Malgré cette réponse, son interlocuteur se lance dans une description de la situation aux urgences, conduisant le médecin à réitérer qu'il ne peut pas joindre lui-même les services d'urgences (L 33-34). Sans succès : le

patient ne semble toujours pas se satisfaire de cette réponse et annonce qu'il va téléphoner aux pompiers. La conversation se termine après que le médecin ait une dernière fois répété qu'il ne peut pas appeler l'accueil des urgences (L 39-40) et que le patient produise des reproches supplémentaires sous la forme d'ironie (« ah ben ↑c'est gentil↑ c'est bien hein ↑voilà↑ » ; L 41). Le patient annonce en clôture qu'il va contacter les pompiers.

Les appels examinés aux chapitres précédents l'attestent : il y a là un risque d'occuper inutilement les lignes d'urgence. Surtout que les pompiers transmettront probablement au SAMU étant donné qu'il s'agit d'une demande médicale relevant des soins non programmés et non pas du secours à personne.

Dans l'extrait suivant, les pompiers ont envoyé une équipe de secours auprès d'une résidente d'une maison de retraite qui est en détresse respiratoire (L 139). Ils ont ensuite transféré l'appelante (qui est l'infirmière de la maison de retraite) au SAMU, comme le veut le protocole interprofessionnel. Or, lorsque l'ARM présente la situation au médecin régulateur, elle souligne que l'appelant est infirmière (et appartient donc à la catégorie « personnel médical ») et que : « au lieu d'appeler le quinze elle a appelé le dix-huit » (L 137) :

C15HN_A_13

```
135. MR     oui/
136. ARM    les pompiers sont partis <à xvillex c'est une :: infirmière qui
137.        appelle> au lieu d'appeler le quinze elle a appelé le dix-huit<
138.        elle a dit que c'est une dame de quatre-vingt-douze ans qui est
139.        en détresse respiratoire<
```

Sur ce cas précis, les imprécisions quant aux domaines d'interventions des acteurs du soin et du secours résultent en une forme d'incohérence que subit la population. Du point de vue de l'ARM, l'infirmière n'a pas fait le choix correct de numéro d'urgence. Pourtant, si les pompiers sont partis, la requête qui leur est adressée peut-elle, de fait, être considérée comme légitime et appropriée ?

Enfin, mentionnons un dernier appel où l'appelante présente des conceptions erronées sur la structuration de la réponse aux demandes urgentes. La mère d'un garçon de 14 ans cherche un dentiste de garde pour son fils. Sa demande est transférée au médecin libéral. Elle annonce alors avoir d'abord contacté la police (L 08) pour obtenir le numéro du dentiste de garde :

C15HN_A_35

01. APP oui bonjour ce serait euh pour avoir un dentiste de garde s'il
02. vous plait c'est pour mon fils
03. ARM oui euh on aura pas de dentiste de garde là
04. APP (.) h :: et : vous savez vous avez pas une adresse/ vous avez
05. pas: (.) ↑c'est quand même quelque-chose↑ qu'il y ait tout ce
06. qu'il faut sauf des dentistes quoi (.)
07. ARM ouais mais ça faut voir avec eux nous on les gère pas nous
08. APP oui ben oui par ce que là j'ai appelé la police la police ils
09. me disent ils me disent de faire le ↑quinze↑ donc euh: moi je
10. ARM alo[rs les&
11. APP [euh je
12. ARM les dentistes de garde c'est le dimanche de neuf heures à onze
13. heures à peu prés

Si l'appelante n'est non seulement pas en mesure identifier que le numéro 17 ne concerne pas des demandes médicales (de surcroit non urgentes), elle adresse en plus des reproches à son interlocuteur (« c'est quand même quelque-chose↑ qu'il y ait tout ce qu'il faut sauf des dentistes quoi (.) ; L 05-06) »). Un appel qui illustre bien comment les professionnels du réseau de soins urgents sont eux-mêmes pénalisés par certaines conceptions erronées d'appelants. Et comment les lignes urgentes se trouvent sollicitées pour des demandes qui ne relèvent pas du tout de leur champ d'action.

3.2. Des espaces professionnels invisibles

Ainsi, à la lumière de ces séquences interactionnelles, le corpus témoigne de la faible connaissance de la population sur la manière dont est organisé le système de santé. Des usagers qui peinent à comprendre l'organisation physique de l'hôpital, en services distincts qui ne communiquent pas directement, avec des centres d'appels qui parfois ne se situent même pas dans l'enceinte de l'hôpital (c'est le cas à Perpignan par exemple). Il est de plus patent que le fait qu'il y ait plusieurs numéros associés à la réponse aux demandes de santé urgentes (15/18/112) conduit la population à faire un choix du numéro le plus approprié pour obtenir la réponse à sa requête. Ainsi, même si le motif relève de l'activité du SAMU, les usagers peuvent contacter le 18 afin d'obtenir une réponse à la requête (d'envoi d'une équipe de secours). Leur appel au 18 sera alors transféré au SAMU.

Cette méconnaissance du grand public résulte en partie d'une opacité institutionnelle systémique. Le mot régulation en est un exemple frappant. En effet, comment adhérer

pleinement au principe de régulation des demandes sans être en mesure d'appréhender la signification du terme lui-même ? Le mot régulation évoque peut-être pour certains usagers le principe de bon fonctionnement d'un système mais beaucoup ne peuvent l'associer à une activité de tri et d'orientation de demandes médicales. Il n'est d'ailleurs pas intégré aux formes les plus courantes de désignation de l'institution (le SAMU ; le 15). S'il est associé à la dénomination professionnelle des agents (médecin régulateur et ARM), en réalité, très peu d'usagers connaissent ces appellations. Dans le corpus, nous n'avons d'ailleurs jamais relevé l'usage du terme régulation dans les interactions avec les appelants et comme mentionné précédemment, les ARM n'annoncent jamais « médecin régulateur » et ne marquent pas la distinction AMU / SNP[230].

3.3. Un artefact témoin

Le disque d'accueil produit automatiquement n'est pas le même dans tous les SAMU français. Au SAMU 75, s'il y a un temps d'attente avant le décroché de l'ARM, les appelants entendent :

« Bonjour vous êtes en relation avec le SAMU ne raccrochez pas s'il vous plait votre appel va être pris en charge, préparez-vous à nous donner votre nom, adresse, numéro de téléphone ainsi que la raison de votre appel. Nous vous informons que notre conversation est enregistrée. »

L'appelant au SAMU 44 va quant à lui entendre : « Urgence santé bonjour » au décroché. Ensuite, s'il faut patienter, un serveur vocal interactif est enclenché et la bande sonore est la suivante :

« Pour une urgence vitale composez dièse si vous êtes un professionnel de santé ou si votre appel concerne une pharmacie de garde faites étoile, sinon préparez-vous à nos donner votre nom, l'adresse et le motif de votre appel. Nous vous signalons que toutes les communications sont enregistrées. »

[230] Nous rappelons de nouveau que le corpus a été collecté dans deux SAMU (sur la centaine de SAMU français) entre 2018 et 2019. Les phénomènes observés ici ne concernent pas la totalité des SAMU. En outre, la distinction AMU/SNP peut être renforcée dans les SAMU ayant déjà adopté la configuration SAS (voir infra annexe, présentation du SAMU). Le corpus étudié n'intégrant pas cette dimension, nous aimerions à l'avenir pouvoir examiner cette question dans un corpus collecté dans un SAMU en configuration SAS.

Il est apparu lors de notre enquête ethnographique aux SAMU 42 et 66 que le terme produit électroniquement ne correspond pas toujours à la dénomination professionnelle annoncée par l'ARM ou confirmée par le médecin qui décroche[231]. Au SAMU 42, alors que le terme stabilisé depuis 2012 est ARM pour assistant de régulation médicale, en 2019 le disque enregistré annonçait toujours « permanencier » (L 02)[232]:

```
01.   AN    >vous avez demandé le samu< (.) centre quinze de saint
02.         étienne ne quittez pas. (.) un permanencier va prendre en
03.         charge votre appel (.) cette conversation sera enregistrée
```

Ensuite, bien que la bande sonore annonce « médecin généraliste » au décroché, les médecins s'auto-identifient en « médecin régulateur » :

CH15N_B_25

```
01.   ANN   veuillez patienter le médecin généraliste qui va
02.         répondre à votre demande est actuellement en communication
03.   MR    médecin régulateur docteur xnomx bonsoir
04.   TIE   bonsoir excusez-moi vous avez le dossier/
05.   MR    ↑alors↑ j'arrive dessus dites-moi tout
06.   TIE   euh::: femme vingt-quatre ans vingt-six excusez-moi eu[h::crise
07.   MR                                                          [>elle
08.         est elle est< à côté de vous/
```

C'est le cas également dans cet autre appel :

CH15N_B_24

```
01.   ANN   veuillez patienter le médecin généraliste qui va répondre à
02.         votre demande est actuellement en communication veuillez
03.         patienter le médecin généraliste qui va répondre à votre
04.         demande
05.   MR    allo
06.   AP    oui allo=
07.   MR    =oui bonjour madame médecin régulateur à l'appareil
08.   AP    oui bonjour
```

[231] Dans le corpus du SAMU 66, l'enregistrement dont nous disposons ne débute qu'au décroché. Toutefois, le Dr Gely, lors de nos entretiens informels, nous expliquait qu'au SAMU 66 (où il travaillait alors) les bandes sonores n'annoncent pas toujours le bon interlocuteur. Il en fait également état dans son mémoire de recherche « L'enseignement au patient urgent » (2017) Master Humanités Numériques à l'université Paul-Valery Montpellier 3 sous la direction de notre co-directeur de thèse Mr. Bruno Bonu.

[232] Notre travail étudie un SAMU à un instant T. Ce corpus a été collecté en 2019. Les choses peuvent avoir évolué depuis. Notre objectif est de souligner le lien entre soubassement technologique et difficultés de la population à saisir l'organisation du SAMU. Nous avons appris lors de nos échanges avec des professionnels que certains SAMU n'ont pas à l'échelle départementale suffisamment accès à des moyens humains et techniques permettant de mettre à jour leur environnement technologique au fur et à mesure des transformations institutionnelles à l'échelle nationale. Une problématique qui avait été soulevée déjà dans le rapport Mardegan (2010).

Ainsi que dans celui-ci :

CH15HN_B_26

```
01.   TIE        ouais elle me elle m'envoie quelqu'un super
02.   ANN        veuillez patienter le médecin généraliste qui va répondre
03.              à votre demande est actuellement en communication
04.   TIE        ↑ah↑ elle me le passe directement
05.   MR         allo
06.   TIE        oui bonjour=
07.   MR         =oui oui bonsoir mada[me
08.   TIE                             [euh bonso[ir
09.   MR                                        [médecin régulateur à
10.              l'appareil
```

En fait, dans le cas d'un appel orienté vers les soins non programmés, le disque sonore déclenché est le suivant : « veuillez patienter, le médecin généraliste qui va répondre à votre demande est actuellement en communication » alors que pour un appel dirigé vers l'AMU il est annoncé : « veuillez patienter quelques instants, nous nous efforçons d'écourter votre attente ».

Or, il apparait que ce n'est pas toujours l'annonce sonore adéquate qui est déclenchée[233]. Dans cet appel par exemple, une ARM annonce transférer au médecin généraliste (L 2) mais c'est ensuite la bande sonore de l'AMU qui est déclenchée, alors qu'au décroché, le médecin s'auto-identifie en « médecin régulateur du quinze » :

CH15HN_B_19

```
01.   ARM      xruex allez ne quittez pas je vais vous passer un de nos
02.            médecins généralistes
03.   TIE      ↑merci↑
04.   ARM      je vous en prie au revoir
05.   TIE      merci
06.   ANN      veuillez patienter quelques instants nous nous efforçons
07.            d'écourter votre attente ((musique))
08.   TIE      {mais est-ce qu'elle a perdu connaissance ou pas/}
09.            ((musique))
10.   TIE      {douleur mais douleur où/(..) mais douleur où/(..) ↑mais
11.            ou↑/(inaud.)}
12.            ((musique))
13.   MR       allo/
14.   TIE      oui
15.   MR       bonjour >le médecin régulateur du quinze< donc vous
```

[233]Ces extraits d'interactions sont issus du corpus du SAMU 42. Toutefois, dans le mémoire de recherche du Dr Gély (non publié à ce jour) l'urgentiste explique que le problème concerne aussi le SAMU 66 : « l'utilisation de deux réseaux téléphoniques de France Télécom et l'interpénétration des deux standards 18 et 15 fait basculer les messages numériques de l'un à l'autre tant que dure le temps d'attente. »

16. appelez pour votre fille hein/ qui a

C'est le cas également dans cet appel :

C15HN_B_7

30. ANN veuillez patienter quelques instants nous nous efforçons
31. d'écourter votre attente
32. MR allo
33. PAT oui
34. MR oui bonjour le médecin régulateur du 15 donc vous aviez mal
35. aux genoux vous aviez mis une poche de glace
36. PAT voilà et je suis suivie sur l'hôpital de de xvillex en fait

Alors que la nécessité de mettre en place un large travail d'éducation du grand public afin de faire connaitre cette institution, ses fonctions et ses protocoles, ne fait de doute pour aucun des acteurs de la santé publique, nous montrons ici que des instabilités terminologiques peuvent demeurer, par exemple ici dans un dispositif technologique.

Bilan

Dans ce chapitre, nous avons montré comment le soubassement organisationnel influence le développement des séquences interactionnelles car nous souhaitions souligner les conséquences fondamentales pour l'interaction de choix structurels tels que (i) le traitement des appels par des chaines d'échanges, avec des ARM qui décrochent avant les médecins[234] et (i) une réponse aux demandes de santé urgente qui dépend souvent des moyens humains et matériels des pompiers[235]. La découverte de phénomènes autonomes (*context-free* ; Sacks et al., 1974) et récurrents dans l'interaction ouvre vers de nombreux questionnements sur le contexte situationnel et les activités qui s'y déploient. Nous avons décrit les conséquences fondamentales pour l'interaction du choix d'un traitement des appels par des *chaines d'échanges* (Karlson 2016). Tout d'abord, qu'un conflit peut-être transféré du 18 au 15 sans

[234] On aurait pu organiser le système différemment en choisissant par exemple de placer les médecins en primo-décrocheurs. Le nombre actuel des médecins rend cela impossible. Pourtant, il fut un temps où notre pays comptait trop de médecins. Un sujet très documenté, voir par exemple le travail du géographe de la santé Emmanuel Vigneron (2021, p.354) qui décrit l'encombrement de la profession au début du siècle dernier et comment il conduisit à la création du *numérus clausus* en 1971 car le nombre grandissant de médecins était alors jugé problématique. Ce *numerus clausus* a été supprimé en 2021.

[235] On a choisi de faire très largement participer les pompiers à la réponse médicale urgente plutôt que d'avoir un meilleur maillage territorial des SMUR.

que ne soient mises en place les conditions nécessaires à sa résolution au moment du changement d'interlocuteur. Ensuite que lorsque les ARM ne sont pas primo-décrocheurs cela a des conséquences sur la structure d'ouverture d 'appel et l'agentivité accordée aux appelants. Par la suite, l'examen détaillé de phases interactionnelles nous a montré quelques-unes des perturbations occasionnées par les choix organisationnels dans le cours des appels. Nous avons alors examiné le traitement interactionnel opéré par les appelants qui parfois pointent et localisent ces difficultés (Bonu 2008) dans le cours des appels. À l'aune de toutes ces observations, il apparait que dans le travail de simplification des numéros d'urgence, quel que soit le modèle retenu, il conviendra de prendre en compte la relation réflexive entre les choix organisationnels et le déroulement de l'interaction.

Partie IV :
Des technologies pour l'interaction

Chapitre 7 :
Avant-propos et méthodologie

1. La recherche et son impact : penser avant la boite noire

L'objectif poursuivi dans ce travail est de « faire s'entremêler la recherche et son impact » (vom Lehn & Heath, 2022). Ce sont des échanges continus avec des professionnels du SAMU qui nous ont permis de nous imprégner de leurs *savoirs situés* (Haraway, 1988) et de comprendre quels sont les besoins et enjeux de la régulation médicale qu'ils ont identifiés. Il importait également de rencontrer des industriels, des entrepreneurs et d'inscrire ce travail dans l'écosystème des pratiques innovantes de la régulation médicale. Toutefois, c'est dans la mise en relation des analyses séquentielles et de l'enquête ethnographique que l'objet de cette recherche s'est véritablement révélé à nous et que nous avons pu progressivement envisager l'impact de nos résultats en termes de préconisations technologiques.

Le projet C15HN, en lui-même, a été organisé de manière « à révéler et exploiter la découverte de ce qui n'était pas attendu, ce qui n'était pas prévu » (*op.cit.* 2022, p. 9). Une sérendipité dans la recherche qui rejoint la notion *d'opacité* proposée par Cunliffe et Scaratti (2017, p. 30) rappelant que « la grande majorité de ce que nous faisons (dans le processus de recherche) ne nous est pas immédiatement limpide et peut nous rendre perplexe s'il nous est demandé de formuler ce que nous faisons, et pourquoi nous le faisons, au moment où nous le faisons[236] ». Notre approche voudrait également s'inspirer de celle de Crabtree (1988) qui propose d'appréhender l'ethnographie en tant que méthode, non seulement pour la recherche, mais aussi pour la conception. Ayant rendu compte des pratiques sociales par la description des procédures que réalisent les participants, on cherche ensuite à réinvestir les descriptions ethnographiques et les analyses dans les processus de conception des technologies. Une *recherche engagée* (op.cit. 2017, p. 30) tournée vers l'utilité sociale où impact et pertinence sont intégrés dans la production du savoir et qui passe par le fait de « questionner, explorer de multiples significations et imaginer de nouvelles possibilités pour avancer[237] ».

Toutefois, et comme l'ont reconnu Luff, Hindmarsh et Heath (2000), malgré la volonté de prendre part aux processus de conception, par l'examen détaillé des interactions homme-

[236] N.d.T : « *Opacity foregrounds the notion that much of what we do is not immediately transparent to us and can be perplexing if we are asked to articulate why and what we are doing in the moment of doing it* »

[237] N.d.T: « *That 'social usefulness' can be achieved through a form of engaged research where impact and relevance are embedded in the process of generating knowledge, We propose a form of engaged research that utilizes dialogical sensemaking, a way of making the lived experience of research participants sensible in collaborative researcher−practitioner conversations by surfacing, questioning and exploring multiple meanings and imagining new possibilities for moving on*. »

machine, les études ont eu une bien trop faible influence sur le développement de nouvelles technologies[238]. Ainsi, dans la suite du projet C15HN, c'est vers la circulation de nos travaux de recherche et leur imprégnation effective dans les processus d'innovation qu'il nous faudra constituer un axe prioritaire. Assurément, les résultats doivent répondre aux besoins et attentes des professionnels ainsi qu'aux *commanditaires* de la recherche (vom Lehn & Heath, 2022, p. 11). Mais notre objectif est également de : « provoquer discussions et débats à propos des conséquences d'actions particulières et de la manière d'accomplir certaines tâches[239] » (*ibid.* 9). En effet, si dans le secteur de la santé les outils numériques reposent à la fois sur des technologies et des infrastructures industrielles, ils sont avant tout des pratiques sociales auxquelles nous pouvons réfléchir en amont. Il s'agira de partir des résultats de nos analyses interactionnelles et de leurs bases théoriques et méthodologiques, pour en tirer des conséquences en termes de conception des technologies.

Lorsque nous établissons des préconisations, nous nous inscrivons dans la perspective d'une *méthodologie sociotechnique* ou *technométhodologie* (Crabtree, 2004) : un espace où technologie et recherche sociale sont profondément imbriquées dans une volonté « d'invention du futur » (*ibid*.). Cela implique d'accepter une forme de vulnérabilité de nos préconisations, qui, bien que fondées sur les phénomènes interactionnels attestés dans nos données, ne peuvent être interprétées comme des prévisions. Pour le dire autrement, nous reprenons la formule de Latour (2008, p. 59) lorsqu'il rappelle qu'il s'agit : « d'apprendre comment se nourrir des incertitudes, et non de décider à l'avance à quoi doit ressembler l'ameublement du monde. »

La recherche sur un temps long permet de conceptualiser des systèmes sociotechniques anticipés en dehors des contraintes techniques ou administratives[240]. La possibilité d'une *technique imaginée*, en nous saisissant de l'existant mais en ne nous interdisant pas de nous projeter au-delà de sa valeur faisabilité, pour renverser les contraintes que nous observons dans

[238] Pour Verax & Flandrin (2019) seul le champ des *Requirement Enquiries*, appliqué à fournir des avis pratiques et des méthodes respectueuses des besoins des utilisateurs, semble avoir véritablement permis des avancées dans la prise en compte des effets des technologies.

[239] N.d.T « *provoke discussion and debate concerning consequences of particular actions and ways of performing certain tasks*. »

[240] Nous nous sommes consacrée à l'idée d'anticiper le progrès technologique dans notre mémoire de recherche en Master 2 Humanités Numériques : « *Dynamic Land : Étude des mécanismes à l'œuvre dans la conception d'un outil d'externalisation de la pensée.* » Sous la direction de François Perea. ITIC, Université Paul-Valéry Montpellier 3. Dans le projet de conceptualisation du *dynamic médium* qui est un nouvel outil d'externalisation de la pensée, les chercheurs et concepteurs du laboratoire Dynamic Land à Oakland en Californie proposent un plan de recherche qui s'inscrit sur 50 ans, marquant là leur volonté de devancer la faisabilité technique pour concevoir des outils *souhaitables*.

les technologies de notre époque et déjouer des formes de déterminisme technologique. Ainsi pouvons-nous suggérer aux concepteurs des technologies de la santé des approches inédites. Notre ambition n'est toutefois pas de proposer un mode d'emploi. Il s'agit davantage de faire des propositions ouvertes pour la transformation technologique et organisationnelle du SAMU, propositions qui gagneront à être enrichies de contributions pluridisciplinaires et de débats.

2. Éthique des technologies en régulation médicale

Le numérique en santé ne doit pas être déraciné d'un paysage social fait de rapports de forces et de pratiques hétérogènes. Il faut reconnaitre que de nombreux citoyens redoutent le déploiement de la santé numérique, envisagée comme une forme de surveillances sanitaire (ou *health surveillance*). D'aucuns y voient le risque d'un glissement vers le capitalisme de la surveillance (Zuboff, 2018b) et d'une *gouvernementalité algorithmique* (Rouvroy & Berns, 2013).

Il convient également de prendre en compte la parole d'usagers qui alertent sur leurs craintes vis-à-vis du partage de données de santé entre tous les acteurs du soin.[241]. Outre la perspective d'être réduits à une somme de données de santé plutôt qu'à leur vécu et leur expérience propre, ces citoyens expriment leur crainte que les données collectées par les gouvernements servent les intérêts de groupes privés. Les futures technologies de l'accès aux soins doivent être fondées sur une reconsidération de ce qu'est la transparence des systèmes techniques. L'interprétabilité des activités de collecte, d'hébergement et de traitement des données de santé doit être présente à chaque instant[242]. Une éthique du contrôle des données qui se satisfait d'options binaires du type « accepte/n'accepte pas » comme façade de dispositifs complexes est insuffisante (Inverardi, 2022, p. 26). Comment garantir que ce qui est considéré comme *juste* ou *acceptable* par les concepteurs l'est aussi par l'utilisateur ? Il ne s'agit pas simplement d'offrir aux citoyens le contrôle de l'accès à leurs données. L'utilisateur des technologies, même le plus profane,

[241] C'est le cas notamment de militants pour les droits des personnes transgenres qui expriment des inquiétudes quant à la préservation de leurs données de santé, notamment quand elles peuvent révéler des informations quant à leur identité (*coming out forcé).* Voir www.xymedia.fr/tag/mon-espace-sante/ consulté le 24/02/2022.Dans un article paru en mars 2022, la Quadrature du Net appelle à s'opposer à la création de son MES. Parmi les raisons invoquées, le MES mettrait en danger le secret médical, par exemple au sein des familles lorsque le dossier d'un adolescent est rattaché à celui de ses parents et les modalités de consentement ne seraient pas assez fortes. Voir www.laquadrature.net/2022/03/25/pourquoi-sopposer-a-la-creation-de-mon-espace-sante/. Le SMG (syndicat de médecine générale) propose un guide intitulé « comment refuser mon espace santé » accessible sur https://syndicat-smg.fr/. Liens consultés le 01 juillet 2022.

[242] Nous préciserons ultérieurement pourquoi à l'explicabilité des systèmes techniques nous préférons l'interprétabilité (cf. *infra* ce chapitre).

doit pouvoir conserver le contrôle sur le traitement de ses données, sur les décisions ou recommandations que le système autonome fait pour lui. Or, dans les systèmes actuels, le patient demeure généralement un acteur passif du traitement de ses données. Le dispositif doit donc être conçu pour permettre des interactions plus complexes avec les utilisateurs quand des décisions morales les concernent (*ibid.* 27).

Il faut également faire le lien entre écologie, santé publique et technologies. Une nécessité que soulignait déjà André Gorz (1978 ; 2020) insistant sur la relation entre impact écologique, impact social et projet technique :

> Le choix écologiste n'est pas incompatible avec le choix socialiste libertaire ou autogestionnaire, mais il ne se confond pas avec lui. Car il se situe à un autre niveau, plus fondamental : celui des présupposés matériels extra économiques, car la technique n'est pas neutre : elle reflète et détermine le rapport du producteur au produit, du travailleur au travail, de l'individu au groupe et à la société, de l'homme au milieu ; elle est la matrice des rapports de pouvoir, des rapports sociaux de production et de la division hiérarchique des tâches. Des choix de société n'ont cessé de nous être imposés par le biais de choix techniques. [...] L'inversion des outils est une condition fondamentale au changement de société.

La régulation médicale, dans ses transformations technologiques à venir, ne pourra se soustraire aux contraintes écologiques. En effet, à chaque fois que nous travaillons à déployer une activité humaine dans un dispositif numérique nous opérons un choix à fort impact écologique. Lorsque nous utilisons un dispositif numérique, quel qu'il soit, nous activons un système extractiviste en termes de matériaux et de stockage de données. En santé, le coût carbone était déjà particulièrement important avant la crise sanitaire du Covid-19 et ne cesse de grandir avec la distanciation des interactions avec les agents de santé et la multiplication des applications de santé numérique et de traçage de la maladie[243]. Derrière ces dispositifs, d'aucuns voient un arraisonnement du monde où l'homme envisage la nature comme une ressource à extraire et à transformer (Flusser, 1982)[244].

---

[243] Prévisions Snapshot pour 2030 : 23% des pollutions viendront des communications. Consulté à l'adresse https://www.mdpi.com/2078-1547/6/1/117 le 10 mai 2022.

[244] Flusser poursuit la thèse d'abord proposée par Heidegger dans son essai « La question de la technique » (1954) où il alertait que la nature est appréhendée par l'homme comme une masse intégralement disponible au calcul, à

Les chartes éthiques des technologies reconnaissent bien désormais systématiquement que les dispositifs doivent « être développés de façon à préserver l'environnement[245] ». La notion d'innovation responsable recouvre le fait d'éviter les conséquences négatives en orientant le développement technologique dans une direction acceptable. À l'heure de l'anthropocène, le principe de soutenabilité entend toutefois que soit questionnée la pertinence de chaque projet technologique en tenant compte des limites de nos ressources naturelles, étant désormais acquis que la crise écologique est une source majeure de désordres en matière de santé (Gaudillière et al., 2021, p.293).

Il semble toutefois possible de s'inscrire dans une nouvelle dynamique de l'innovation. Il est d'abord question de distinguer les *besoins légitimes des besoins artificiels* qu'il faudrait renoncer à assouvir (Gorz, 2008 ; 1992 ; Keucheyan, 2019)[246]. Ainsi, la préoccupation écologique implique le choix délibéré d'abandonner certains projets technologiques ou de ne pas s'y consacrer. Des projets, notamment, dont la pertinence sociale apparait insuffisante au regard de leur coût environnemental. On considérera donc qu'il faut que soient réunies les conditions suivantes pour développer la technologie souhaitée : des modalités soutenables de production et de déploiement ainsi qu'une durabilité importante du système.

Au-delà, nous considérons que l'éthique des technologies appliquée à la santé implique également de se prémunir de voir en l'innovation technologique un nouvel acteur, à même de faire des choix, de prendre des décisions, et, *in fine*, de remplacer l'humain. La technologie demeure strictement envisagée comme un outil d'assistance sur lequel s'appuyer pour accomplir le travail dans de meilleures conditions.

Enfin, soulignons que l'éthique n'est pas un simple principe à proposer aux concepteurs, elle fait l'objet d'une réglementation[247]. Des professionnels de la santé numérique ont notamment

---

l'extraction et à l'accumulation. Le philosophe tchécoslovaque dressait même le constat suivant : « désormais la technique transforme à son tour l'humain en fonds, et particulièrement le malade qui devient un objet soumis à la quantification informatisée. C'est là un renversement ontologique, après l'arraisonnement de la nature survient l'arraisonnement de l'humain. » (Flusser [1982], 2019, p. 145)

[245] Voir par exemple le dossier de presse « Le numérique en Santé en France, stratégie dans le cadre de la présidence française du conseil de l'union européenne » paru le 27 janvier 2022.

[246] La question des « besoins essentiels » trouve également écho dans des pratiques renouvelées de designers appelant à penser en termes de milieux et d'écosystèmes et non plus en termes de typologies et d'usages. (Masure, 2019).

[247] Cette règlementation demeure en construction. En Avril 2022, un nouveau Digital Services Act (DSA) européen encadre la pratique de l'IA et impose notamment à chaque état de désigner un coordinateur des services numériques (CSN) : « Ces CSN devront pouvoir agir de manière impartiale et transparente. Ils disposeront de ressources suffisantes pour mener à bien leur mission. Ils seront indépendants, et ne recevront donc d'instructions d'aucune autre autorité ou personne privée. »

mis au point le dispositif Ethik-IA qui propose d'accompagner les acteurs de l'IA en santé pour que leurs technologies soient en conformité avec les règlements français et européens[248]. Leur approche s'articule autour du concept de « Garantie Humaine » (*human oversight*) qui désigne la mise en œuvre d'un contrôle humain systématisé. L'objectif est d'établir des points de supervision humaine, en amont et en aval de l'utilisation du système IA. Une méthodologie pour travailler sur des points *critiques* dans un dialogue partagé entre professionnels, patients et concepteurs d'innovations. Ces acteurs forment des « collèges de Garantie Humaine » propres à chaque institution de la santé. Ils peuvent associer experts du numérique, médecins, professionnels paramédicaux et représentants des usagers. Les données examinées se font sur la base d'évènements problématiques constatés mais aussi d'une sélection aléatoire[249]. L'idée sous-jacente à cette méthodologie est que la responsabilité de décisions prises par l'IA soit toujours celle des professionnels qui les développent et qui sont chargés de leur contrôle et de leur maintenance.

3. Analyse conversationnelle et méthodologies d'annotation

Le champ de la régulation médicale apparait de plus en plus favorable à l'adoption de systèmes d'aide à la régulation médical fondés sur un traitement algorithmique. Dans cette perspective, nous formulons ici cinq recommandations méthodologiques pour l'annotation des données fournies aux systèmes computationnels complexes d'Intelligence Artificielle en régulation médicale.

Tout d'abord établissons ce que sont ces systèmes de traitement algorithmique[250]. Le *machine learning* (ou apprentissage statistique) est une activité informatique autonome reposant sur des modèles observés dans des données. Le programme informatique apprend des modèles et des règles en les observant, généralement dans un grand nombre de données. Cela permet de montrer au système comment résoudre certains problèmes grâce à des exemples qui lui sont

[248] Le principe de Garantie Humaine de l'IA et du numérique en santé a été reconnu par la loi sur la bioéthique nº 2187 qui est entrée en vigueur en août 2021. Il a été également été intégré depuis 2020 à la grille d'auto-évaluation de la HAS pour les dispositifs médicaux comprenant de l'IA, préalablement à leur admission au remboursement. Il est aussi mentionné, depuis juin 2021, dans les recommandations de l'organisation mondiale de la santé (OMS) sur l'éthique et la gouvernance de l'intelligence artificielle et est repris dans le livre blanc sur l'IA publié par la commission européenne en février 2020. En avril 2022, la Garantie Humaine est un des sept principes intégrés au nouveau projet de règlement européen sur l'IA. Nous remercions David Gruson, co-fondateur de Ethik-IA, de nous avoir permis de mieux saisir le principe de Garantie Humaine

[249] En cela nous retrouvons un peu de la constitution du corpus de cette thèse : un corpus d'appels identifiés comme « problématiques » et un corpus d'appels prélevés au hasard dans le cours de l'activité « ordinaire » d'un SAMU.

[250] Pour approfondir sur les algorithmes nous renvoyons à l'ouvrage de Cardon (2015).

fournis en entrée. Les algorithmes de *machine learning* fonctionnent en apprenant par expérience. Par exemple, après avoir observé un grand nombre d'occurrences d'un phénomène, le système est capable de le reconnaître, même dans une interaction qu'il n'a pas encore vue.

Il faut distinguer les systèmes supervisés qui reposent sur des annotations manuelles, des systèmes non supervisés qui reposent, eux, sur des outils d'annotation automatique. Une méthode d'annotation consiste en la production de schémas d'annotation qui sont une série de consignes produites par des annotateurs humains indiquant au programme (aux algorithmes) comment il doit se comporter, avec pour objectif d'automatiser une tâche. Dans des perspectives d'apprentissage supervisé, le système est fondé sur des schémas d'annotation lui indiquant manuellement comment *apprendre* des interactions.

Nous reprenons la définition de Fort, Ehrmann et Nazarenko (2009) :

> Ces corpus annotés servent à la mise au point d'outils d'annotation automatique. Mise au point est à entendre ici au sens large : il s'agit de décrire le plus précisément possible ce que les systèmes doivent faire pour guider le travail d'écriture des règles sur lesquelles ils reposent, pour apprendre automatiquement ces règles de fonctionnement ou des critères de décision et, enfin, pour évaluer les résultats obtenus en les confrontant à une analyse de référence. Le processus d'annotation met en jeu deux acteurs, un annotateur et un texte, et aboutit à une annotation du texte dont la qualité doit répondre à une méthodologie et supporter un protocole d'évaluation, et le contenu suivre un guide d'annotation.

Enfin, précisions qu'une campagne d'annotation comporte deux étapes majeures : (i) les segments sont associés à des types d'action (ii) ces actions sont segmentées dans le temps.

Recommandation 1 → Contributions de l'AC à l'interprétabilité des systèmes d'Intelligence Artificielle (IA)/ Machine Learning (ML) en régulation médicale

La critique fondamentale faite aux systèmes algorithmiques c'est le manque d'interprétabilité des décisions automatisées qu'ils produisent. Dans le champ médical, cette opacité des systèmes est un frein, voire un obstacle rédhibitoire à leur emploi. Le champ de « l'Explainable

IA » (*eXplainable Artificial Intelligence* ; XAI) consiste à créer un deuxième modèle pour expliquer le premier modèle *boite noire*[251]. Plutôt que d'expliquer les *boites noires*, il semblerait qu'il faille plutôt changer l'architecture des modèles (Rudin, 2019). Avec *l'Interprétable IA* il s'agit d'aller plus loin que la simple vigilance sur le fait d'informer les usagers que leurs données de santé sont collectées. Il faut rendre le modèle source directement compréhensible. Comment les méthodologies de l'AC pourraient-elles prendre part au nécessaire effort en direction de plus de transparence et d'interprétabilité de ces systèmes ?

Si des algorithmes d'aide à la régulation médicale sont adoptés au SAMU, il faudrait garantir que les modes de recommandation de ces systèmes soient intelligibles à la fois pour les agents de santé et pour les patients. En effet, la relation médicale repose sur la notion de consentement éclairé et la compréhension des raisons sous-jacentes aux décisions qui nous concernent. La régulation médicale étant fondamentalement une activité de parole, la méthodologie de l'analyse de conversation pour la description des activités sociales enrichirait considérablement le codage des données (*formal coding schemes*) fournies aux systèmes algorithmiques d'aide à la régulation médicale. Ainsi, au processus d'annotation pour le fonctionnement de l'algorithme s'ajoute le processus d'annotation pour l'interprétabilité des décisions automatiques.

Recommandation 2 → Intégrer le point de vue de tous les participants aux schémas d'annotation des appels au SAMU (des données situées)

L'AC pourrait permettre la description des activités pratiques de régulation médicale dans les appels qui constituent les datas fournies au système d'apprentissage. La dimension située de nos actions est une ressource à disposition pour comprendre le sens des activités accomplies : c'est pourquoi il s'agit d'annoter en analysant les interactions dans la situation même où elles ont été produites. Il est reproché aux annotations des données fournies aux systèmes de AI/ML de ne pas être *neutres*, de s'inscrire dans des usages imaginés par les ingénieurs, dans des scénarios anticipés. Or, en AC on s'attache justement à décrire comment les participants

[251] Voir la thèse de Henin (2021) sur ce sujet. Le chercheur propose un système d'explication d'algorithme appelé IBEX : « En s'appuyant sur les informations fournies par l'utilisateur, IBEX génère une explication adaptée au profil de la personne à ses besoins. L'utilisateur peut interagir avec le système d'explication à plusieurs niveaux en fonction de ses compétences et de son expertise. »

rendent eux-mêmes compte de l'activité en train de se déployer. L'analyste identifie les pratiques à travers lesquelles les participants aux interactions accomplissent et identifient l'action sociale (Stivers, 2015, p. 4). En suivant la rigueur ethnométhodologique, les méthodes d'annotation incluent la description minutieuse de la perspective des membres sur l'action qu'ils sont en train d'accomplir. L'annotation de corpus gagnerait donc à intégrer systématiquement la question fondamentale en AC : « Pourquoi ceci (cette action) ici et maintenant ? » (*why that now ? ;* Schegloff & Sacks, 1973, p. 299)

Recommandation 3 → Prendre en compte l'organisation temporelle des interactions dans les schémas d'annotation des appels au SAMU

En AC, nous produisons une analyse de la fonction interactionnelle des pratiques sociales et de leur organisation, et plus particulièrement dans ce travail, de leur déploiement vers la réalisation des objectifs de régulation médicale. Cela est rendu possible par la prise en compte du caractère émergent de nos interactions. L'AC permet de dégager une mentalité analytique inédite, une approche de l'interaction, telle qu'elle se déploie dans le temps. Il est alors possible de : « penser le déploiement, moment par moment, de pratiques de structuration en train d'émerger et de se configurer dans l'action et la perspective des participants, qui peuvent à tout instant les abandonner, les suspendre, les transformer ». (Mondada, 2017a, p. 185). Les participants voient ce qu'il est en train de se passer et l'interprètent en relation avec ce qu'il vient de se passer et ce qui va probablement se passer ensuite (González-Martínez & Mlynář, 2019, p. 16).

Nous envisageons comment des schémas d'annotation des appels au SAMU pourraient intégrer l'approche séquentielle des interactions. L'objectif étant d'appeler au développement de systèmes d'aide à la régulation médicale qui procèdent à une interprétation tour après tour, activité par activité, sensibles au caractère progressif de nos interactions. L'approche séquentielle permet ainsi de ne pas circonscrire l'analyse des énoncés à leur signification isolée. C'est pourquoi il semble possible de reconsidérer la question d'analyse d'unités telle qu'elle est le plus souvent pratiquée en apprentissage automatisé. Rollet et Clavel (2020, p. 284) ont d'ailleurs signalé l'approche *trop macro* des méthodes d'annotation en AI/ML : en segmentant les interactions on les décontextualise et on passe à côté de leur dimension émergente. Les

méthodes les plus courantes[252] consistent à détecter la frontière entre plusieurs évènements de parole au niveau de la phrase ou de l'unité sémantique[253] (*Sentence-like Units* ou *Semantic Units* ; Kim et al., 2004). Pour de nombreux systèmes, il s'agit d'associer des séquences de mots en modélisant le sens avec une probabilité. En complément, nous proposons d'enrichir le cadre d'interprétation en l'envisageant au-delà de la phrase et du mot pour penser l'interaction en termes de tours de parole inscrits dans des séquences d'action. Dans l'annotation d'un appel au SAMU, cela veut dire examiner quelle est l'activité en train d'être déployée (par exemple : la série interrogative ou l'annonce de la décision).

Il est question d'observer les relations de dépendance et de conséquence entre les actions qui précèdent et celles qui suivent. L'analyse automatisée des interactions ne pourra se faire qu'à condition de ne pas postuler a priori des correspondances univoques entre la forme du phénomène et sa fonction. Il s'agit d'articuler ces systèmes autour d'un postulat fort de notre discipline : selon son environnement séquentiel, un même item n'aura pas la même fonction actionnelle. Le contexte est à considérer comme étant toujours dynamique : il s'organise en fonction des actions qu'accomplissent les participants, selon une organisation séquentielle spécifique aux appels au SAMU et en fonction de leurs identités réciproques, lesquelles s'ajustent au contexte (*context-shaped*) en même temps qu'elles le configurent (*context-renewing* ; Atkinson et al., 1094).

Ainsi, l'analyse séquentielle vient compléter les autres niveaux d'analyse que sont le syntaxique, la sémantique, le prosodique et le pragmatique. Les schémas d'annotation d'appels au SAMU gagneraient à prendre en compte l'identification de l'accomplissement pratique de l'action en commun en envisageant l'interaction dans sa globalité et même au-delà, lors d'interactions successives dans les appels transférés ou lorsque l'usager téléphone de nouveau.

---

[252] Distinguons d'abord la Reconnaissance Automatique de la Parole (RAP) fondée sur les travaux de Shannon (1948) et ses principes de la théorie de l'information autour de trois notions : le lexique, le modèle de langage et le modèle acoustique. Les systèmes actuels fonctionnent à partir de méthodes de Traitement Automatique de la Parole (TAP) ou Traitement Automatique des Langues naturelles (TAL). Ils peuvent faire usage d'indices acoustiques (Audhkhasi et al., 2009, Kaushik et al., 2010), d'indices lexicaux (Snover et al., 2004) ou d'une combinaison des deux types d'indices (Kim et al., 2004, Liu et al., 2006). Le Spoken Langage Understanding (SLU) concerne plutôt l'adresse humaine à des machines.

[253] Les annotateurs analysent alors principalement (i) la durée des mots et des pauses (ii) les hésitations vocaliques (iii) des indices sur le genre du locuteur (iv) les changements de locuteur (v) les classes sémantiques des mots et cooccurrences (entre mots et avec les événements voisins). En complément des indices lexicaux, ils utilisent également des indices discursifs comme les marques de début et de fin d'un tour de parole et de parole superposée, la position du mot au sein du tour de parole. Voir par exemple en linguistique computationnelle les travaux de Clavel et Dinkar.

Recommandation 4 → Extraction et anonymisation automatique d'un corpus d'appels au SAMU pour l'apprentissage supervisé

De tels systèmes ne peuvent fonctionner que si l'on structure un solide corpus annoté manuellement[254]. C'est là une méthodologie qui va à l'encontre du *Big Data* (données massives) en considérant qu'il vaut mieux travailler avec moins de données, un plus petit nombre d'échantillons (*Small Data*) plus qualitatif. Bien que ces méthodes d'annotation manuelle soient coûteuses, elles demeurent toutefois nécessaires si l'on veut mettre au point des dispositifs d'annotation automatiques qui respectent (i) le point de vue des participants aux appels (ii), la séquentialité des interactions et (iii) favorisent l'interprétabilité des modèles d'aide à la décision.

C'est pourquoi nous proposons la constitution automatisée d'une base de données d'évènements interactionnels dans des appels au SAMU. L'extraction de collections d'évènements interactionnels anonymisés automatiquement depuis les bases de données de l'ensemble des SAMU et ensuite mises à disposition de la communauté des conversationnalistes en vue de perfectionner les connaissances des systèmes algorithmiques. Il s'agira ensuite de combiner transcriptions manuelles et automatiques en aval du système de reconnaissance automatique de la parole[255]. Cela permettrait de constituer des *méta-données structurelles* (*structural metadata* ; Kim et al., 2004) pour mieux modéliser l'extraction des informations interactionnelles que contiennent les données.

Une première étape de travail serait d'avoir accès à une collection d'appels et de séquences interactionnellement signifiants. À commencer par des appels où des énoncés ou des thèmes particuliers déclenchent de manière prototypique des actions non préférées ou bien précédent des difficultés interactionnelles. Et notamment :

[254] Ce mode opératoire pour la constitution de corpus d'apprentissage a déjà fait l'objet de recherches en Sciences du Langage voir par exemple Bove (2008) ou Perrotin, Nasr et al. (2018). En informatique, la thèse de Dutrey (2014) analyse des données conversationnelles issues des centres d'appels EDF à partir de transcriptions manuelles et automatiques.

[255] Dans une recherche suivante il faudra comparer sur un corpus d'appels au SAMU les annotations du système générées automatiquement et les annotations manuelles basées sur la méthodologie de l'analyse séquentielle des interactions.

- des appels où surviennent des énoncés tels que « je vais mourir » ; « je ne peux pas respirer » ; « je ne peux pas parler » ; « elle s'étouffe » ; « j'étouffe » ; « elle peut pas respirer » ; « elle est pas bien » ; « elle tremble » ;

- des appels où surviennent des thèmes qui favorisent les séquences de résistance tels que le thème du médecin traitant ou le thème du passage de l'appel à la victime ;

- des appels où surviennent des activités de négociations définitionnelles par exemple sur ce qui constitue, ou pas, un état respiratoire critique ou sur le fait d'être ou non en capacité de parler ;

- des appels où sont produits des termes médicaux spécialisés.

Les analyses séquentielles de ces appels seraient mises en relation avec l'issue de l'appel et la trajectoire de soins du patient. Les corpus pourraient être analysés collectivement dans des Datas Sessions. Les résultats seraient ainsi ensuite transmis aux annotateurs pour améliorer le traitement automatique avec pour objectif d'ouvrir la voie vers des descripteurs pertinents (de jeux d'étiquettes) pour le traitement automatique (semi-supervisé) de ces phénomènes interactionnels.

Recommandation 5 → organiser des Datas Sessions pluridisciplinaires

Une méthode supervisée inspirée du fonctionnement des Datas Sessions entre linguistes auxquelles se joindraient également des spécialistes des questions d'éthique en AI/ML santé, des experts en régulation médicale, des informaticiens, des associations d'usagers en santé, des annotateurs et experts en données[256]. Il s'agit d'introduire de nouveaux acteurs dans les chaînes relationnelles qui constituent les réseaux sociotechniques d'innovation en régulation médicale. L'objectif serait de structurer collectivement les données conversationnelles des appels au SAMU pour l'extraction des informations qu'elles contiennent. Une approche pluridisciplinaire qui pourrait aussi prendre la forme de Datathons, où se mêlent expertises médicales, analyses interactionnelles et compétences informatiques et permettrait de nourrir les systèmes avec des donnés plus finement annotées.

[256] Éventuellement à distance, sur la base d'un partage en *blockchain* de données anonymisées automatiquement.

Ce travail sur les données fournies aux systèmes de AI/ML en régulation médicale devrait être produit régulièrement pour mettre les schémas d'annotation à l'épreuve du corpus : un va-et-vient entre le schéma d'annotation et les données pour réajuster. Cela est également utile pour favoriser l'adaptabilité aux éventuelles situations sanitaires. L'objectif de ces Datas Sessions pluridisciplinaires serait de produire des recommandations à la fois méthodologiques et d'interprétation des données qui nourriraient des guides techniques d'annotations. Des Datas Sessions de large ampleur qui pourraient être soutenues par des nouvelles formes d'interaction à distance, des logiciels dédiés et des technologies émergentes.

Chapitre 8 :
Une IA comme nouvelle partenaire de la régulation médicale téléphonique

Préambule

Après avoir présenté la méthodologie envisagée pour l'annotation des appels au SAMU nous considérons désormais des objectifs pour le déploiement de logiciels pour la régulation médicale téléphonique fondés sur un traitement algorithmique. Si le raisonnement et le jugement clinique devraient toujours demeurer confiés à des médecins, il est hautement probable que les systèmes d'aide à la décision se généralisent dans les années à venir au SAMU. Plusieurs acteurs privés, mais aussi des projets de recherche académique, travaillent au déploiement de tels systèmes[257]. Ces dispositifs, déjà en usage dans certaines structures d'urgence à l'étranger sont principalement axés sur la détection des arrêts cardio-respiratoires[258]. Toutefois, des industriels ambitionnent de dépasser le cadre de l'identification des urgences hospitalières[259].

Notre intention est de suggérer des objectifs pour les concepteurs de systèmes d'aide algorithmiques à la régulation médicale afin de répondre aux difficultés interactionnelles observées dans nos analyses du corpus. Il s'agira de conceptualiser un système d'aide au traitement des appels complexes tels que ceux observés dans les deux chapitres de la partie précédente. Nous proposons que soient conçus des programmes informatiques fondés sur l'écoute simultanée de l'appel, c'est-à-dire l'interprétation en temps réel du contenu interactionnel des appels en recourant à l'Intelligence Artificielle (IA) par l'annotation de corpus d'appels au SAMU. Nous avons choisi de décrire ce système en tant qu'IA interactionnelle. Cette dénomination entend la distinguer d'une IA conversationnelle qui est interactante, elle s'adresse directement à l'humain et celui-ci s'adresse à elle. Une IA interactionnelle est un *participant en surplus* (*overhearer* ; Goffman 1976, 1979, 1981).

Ce système sera présenté d'abord en termes d'objectifs interactionnels puis de méthodes et enfin d'éléments à annoter sur les corpus. Il ne s'agit pas de décrire la mise au point technique du programme (ce dernier point ne faisant pas partie de nos compétences) mais plutôt

[257] Des expérimentations ont été menées en France au SAMU 74 et dans certains SDIS. L'entreprise Oky Doky travaille à son déploiement dans les SAMU français. L'entreprise danoise Corti est déjà présente dans de nombreux pays. Deux projets de recherche universitaires français notables : SIA Remu, projet universitaire FR/Suisse et COSAM, projet universitaire à Bordeaux.

[258] . Notamment dans certains pays d'Europe du Nord, dans des villes d'Amérique du Nord et d'Australie.

[259] Nous pouvons citer l'entreprise Corti qui propose un module d'aide à la décision pour les médecins généralistes. Son programme Audio est un présenté comme un assistant pour les médecins. https://www.corti.ai/audia. Consulté le 01 février 2022.

d'indiquer quels évènements interactionnels pourraient être détectés par un système algorithmique. Les chercheurs Rollet et Clavel (2020) travaillant sur la prédiction du désengagement d'un participant humain dans des interactions avec des robots, postulent que l'approche séquentielle des interactions telle qu'elle est pratiquée en AC permet de détecter le phénomène plus tôt qu'avec les méthodes d'annotation d'informatique affective[260]. Comment mettre au point une même approche pour la détection des phénomènes interactionnels dans les appels au SAMU ? En suivant la méthodologie de l'AC, le découpage de l'interaction dans les schémas d'annotation, doit se faire non pas en termes de phrases ou d'énoncés mais plutôt en termes de tours de parole, qui peuvent être composés d'une ou plusieurs paires adjacentes et séquences d'activités interactionnelles. Ensuite, la conception d'un tel outil automatique doit reposer sur la définition et la modélisation des phénomènes que l'on souhaite détecter en prenant en compte le fait qu'un même phénomène peut être réalisé de plusieurs manières, dans une séquence plus ou moins longue, par un seul locuteur ou en collaboration entre plusieurs participants (Ursi et al., 2018, para. 11).

Il s'agirait donc d'abord de travailler manuellement des échantillons de données audio et d'établir des scénarios détaillés de procédures interactionnelles prototypiques pour nourrir les dispositifs de AI/ML (cf. *supra* 7.3). Notre travail en propose déjà quelques-uns, que nous envisageons alors comme des pistes de recherche pour les pratiques d'annotation d'appels au SAMU en apprentissage supervisé. La section suivante se veut être une première méthodologie pour la préparation d'une campagne d'annotation manuelle. Nous y listons les phénomènes interactionnels que nous avons relevé au niveau des séquences d'activité prototypiques dans le corpus et qui pourraient être annotés dans les données pour entrainer le système de AI/ML.

Le système que nous envisageons poursuivrait des objectifs d'ordre interactionnels (p.ex. : apparition d'un conflit), techniques (p.ex. : matérialisation du transfert d'informations de l'ARM au MR) ou organisationnels (p.ex. : degré de collaboration professionnelle dans le cours des appels). Nous souhaitons engager une réflexion sur la manière dont les buts des participants déployés dans l'interaction pourraient être facilités par la technologie. L'objectif est de mettre à profit notre méthodologie d'analyse des perturbations interactionnelles dans les appels pour concevoir un logiciel qui assure une écoute synchrone et automatisée, c'est-à-dire

[260] L'informatique affective (*affective computing*), l'IA émotionnelle (*emotion A.I*) ou l'émotion artificielle intelligente (*artificial emotional intelligence*) sont des champs de recherche qui entendent mettre au point des dispositifs à même de comprendre, répondre, évaluer et reproduire des émotions humaines.

dans le cours même des appels. Cela implique de former le système à identifier la perspective de tous les participants à l'appel sur l'activité qu'ils sont en train d'accomplir ensemble. Nous avons vu que les appels au SAMU peuvent parfois être conflictuels : une réalité non seulement éprouvante pour tous les interactants mais elle peut également conduire à une perte de chance pour les patients. Ainsi, les professionnels doivent gérer à la fois l'activité institutionnelle, la régulation médicale, et en même temps l'activité qui découle d'éventuelles perturbations. C'est là un enjeu majeur. C'est pourquoi nous envisageons qu'un dispositif d'écoute simultanée pourrait soutenir les répondants dans leur travail de traitement des appels complexes.

Le système doit reposer sur le fait que l'activité institutionnelle est fabriquée et accomplie dans les interactions, qu'elle est négociée dans le cours de chaque appel (cf. *supra* chap 3 ; chap 4 ; chap 5). L'objectif étant de produire une analyse automatisée et synchrone du *ici-et-maintenant* des interactions. Cette analyse automatisée doit être fondée sur des processus opérationnels adaptés à la complexité de la relation entre demande formulée interactionnellement et fonctionnement de l'organisation d'aide. Il y a un point fondamental : c'est parce que le logiciel exécute les différents modules et scénarios en même temps qu'il devient possible d'aider au déploiement interactionnel[261]. Par conséquent, le système d'analyse en temps réel des interactions peut être envisagé comme un *participant en surplus* (*overhearer* ; Goffman 1976, 1979, 1981) focalisé sur l'identification de ce qu'il vient de se passer et de ce qu'il pourrait se passer ensuite. Comme l'affirmait déjà Suchman (1985), le dispositif technologique doit être un outil facilitant la progressivité. L'objectif est donc d'aider l'agent du SAMU à aligner le projet interactionnel de l'appelant avec les objectifs institutionnels.

L'activité de traitement des appels serait facilitée par l'écoute simultanée du programme qui, collecte des informations, et analyse les évènements interactionnels. Il ne s'agit pas de produire des scripts de questions mais des suggestions pour la gestion interactionnelle des demandes. Celles-ci apparaissent dans le tableau de bord de gestion de l'appel sur le logiciel de régulation. Ce système proposerait des recommandations aux professionnels sous forme d'indicateurs graphiques pendant le traitement de l'appel. Le logiciel affiche des représentations visuelles codifiées, des indicateurs de qualité de la communication[262] (un code couleur, un chiffrage..).

[261] Ce sont là des pistes de travail qui gagneront à être enrichies par d'autres recherches et d'autres chercheurs afin d'élargir le spectre d'apprentissage d'évènements interactionnels.
[262] Le terme « qualité » renvoie ici aux critères professionnels de qualité de traitement des appels. Voir notamment le rapport IGAS N°2018-06R sur les démarches d'amélioration de la qualité des appels.

Le design de l'interface doit être soigneusement pensé pour que la lecture et l'interprétation des informations produites et affichées par le logiciel ne soient pas une charge cognitive supplémentaire pour les professionnels, qu'elle s'intègre naturellement dans l'activité. Rappelons qu'il s'agit juste d'indicateurs (par exemple : « requête incomplète ») le logiciel ne suggère pas de questions pré-formatées. En effet, de nombreux conversationnalistes ont identifié que les scripts produisent des perturbations spécifiques (cf. *supra* chapitre 1). C'est pourquoi nous réfléchissons à un système qui ne serait pas la traduction d'une volonté de « contrôler les interactions » en dictant des questions mais qui chercherait à accompagner le bon déroulé des activités interactionnelles de traitement des appels.

Il s'agirait d'un outil partenaire, à la fois pour aider le professionnel engagé dans un appel complexe mais aussi pour favoriser la collaboration entre collègues. Le but poursuivi est de transformer quelque peu le cadre de participation en huis clos des interactions au SAMU. En permettant aux professionnels de traiter les appels à plusieurs, afin que l'action gagne encore en dimension collaborative et, pour reprendre les termes de Jean Lave qu'elle soit « étalée et non pas divisée » (« *stretched over, not divided among* » Lave 1981 cité par Reddy et al., 2006).

L'espace physique de travail au SAMU est déjà pensé pour accroitre la collaboration dans le cours des appels, des choix ergonomiques qui favorisent un espace d'écoute réciproque propice à l'entraide (Heath & Luff 1994) et à la résolution collective, rapide et efficace des requêtes des appelants (Goodwin 1995 ; Goodwin & Goodwin, 1997). Les professionnels sont d'ailleurs envisagés par Whalen et Zimmerman (2005, p.312) comme des *call co-participants*, qui prêtent attention aux *indices auditifs* (Goodwin, 1995) par la pratique d'une écoute flottante (Lan Hing Ting & Pentimalli, 2009). La dimension multipartite des appels d'urgence est constitutive du type d'activité (Whalen & Zimmerman, 2005). Les ARM et les médecins pratiquent des formes de monitoring continu (une *interactional readiness*), un mode d'attention active sur le plateau (cf. *supra* 1 .4 ; 6.15). Outre l'attention à des mots-clés dans le centre de réception des appels, la coordination est aussi continue avec les équipes mobiles, grâce au dispositif radio (Fele, 2008) qui donne lieu à du *broadcast talk* (Luff & Heath, 2002).

De la même manière, les espaces numériques peuvent permettre de créer des modalités de collaboration renforcée dans le cours des appels. Le système que nous envisageons est un outil de collaboration synchrone (Begole et al., 2001 ; Sun and Chen, 2002). L'ambition est de reconsidérer l'organisation temporelle de la distribution des activités professionnelles

collaboratives (Reddy et al., 2006) dans des opérations d'intelligence distribuée (Hutchins, 1995). Au regard de la nature des décisions qui reposent sur les acteurs de la régulation médicale, de la variabilité des pratiques, de la cadence de l'activité et en prévision d'une augmentation importante du nombre d'appels dans les années à venir, développer un tel dispositif serait bénéfique tant pour les patients que pour les professionnels sur qui reposent ces lourdes décisions.

Si le système détecte des perturbations dans l'appel, un coordinateur de salle est informé et peut éventuellement choisir de rejoindre l'appel[263]. Le métier de coordinateur de salle de régulation existe déjà[264]. Il n'a pas à ce jour de référentiel métier, chaque SAMU attribue les missions de son choix. Celles-ci sont déjà nombreuses[265]. Parmi ces missions, il y a celle de répondre aux appels lors d'un flux trop important et de prendre éventuellement le relais en cas d'appel conflictuel.

Il conviendrait, en concertation avec les professionnels de la régulation, d'établir comment organiser le renforcement de la collaboration synchrone. Nous envisageons trois modèles possibles :

[263] C'est une proposition qui s'inspire de ce qui se fait déjà au SAMU : dans certaines situations, si l'ARM ne parvient pas à établir ou rétablir un climat de coopération avec son interlocuteur, l'appel peut être transféré à un ou une collègue.

[264] Il est à ne pas confondre avec le métier de superviseur de salle. D'une manière générale, le superviseur de salle a pour objectif d'assurer que la salle de régulation soit opérationnelle

[265] Nous reprenons ici la description faite de ce métier par Sophie Doledec et Héloïse Bothrel, ARM coordinatrices SAMU 22 dans la revue SAMU Magazine parue en juin 2022 : « L'ARM coordinateur du SAMU est sous la responsabilité hiérarchique du cadre de santé mais n'exerce pas de fonction hiérarchique au sein du SAMU. Pour postuler au poste d'ARM coordinateur il faut une expérience de 3 ans au moins au sein d'une régulation en tant qu'ARM. Les missions prioritaires du coordinateur sont : (i) renforcer l'équipe ARM lorsque l'activité opérationnelle le nécessite ; (ii) participer avec les services supports à la maintenance, au paramétrage et au dépannage du logiciel de téléphonie et des outils de communication ; (iii) participer à la démarche qualité du service ; (iv) aider les ARMS dans la gestion des appels difficiles ou conflictuels ; (v) veiller à l'application des procédures de régulation du service ; (vi) recenser les évènements indésirables. En lien avec les ARM, le médecin régulateur, le chef de service et le cadre de santé, il participe à la mise en place des mesures correctives. (…). Les autres missions sont (i) coordonner l'activité opérationnelle courante en retrait du front office ; (ii) participer à la formation des nouveaux professionnels de la salle de régulation ; (iii) participer aux formations de perfectionnement métier (ateliers) à destination des professionnels de la salle de régulation ; (iv) participer à la mise en place, au suivi de l'activité du SAMU. Pour cela, il assure l'alimentation des bases de données d'activité ; (v) participer aux réunions régionales métier et outil des SAMU sous couvert de l'encadrement ; (vi) Participer à la mise en place, à la modification et aux changements du logiciel métier avec l'ASIP santé. (viii) participer à l'élaboration des procédures métier en salle de régulation ».

MODÈLE 1	Tout ARM qui n'est pas déjà en communication peut rejoindre un appel identifié comme complexe par le système. Il est ainsi envisageable que la détection des interactions complexes s'affiche sur un tableau de bord (*dashboard*) du logiciel métier et soit accessible à tous les professionnels présents dans la salle de régulation médicale. Ainsi, si un professionnel n'est pas en communication, il peut rejoindre un appel en cours signalé comme complexe sur le logiciel métier (d'abord en tant que participant passif et éventuellement intervenir si nécessaire). Dans ce modèle, il faudrait veiller à ce que la participation de plusieurs ARM au même appel ne pénalise pas le taux de décroché global de la salle de régulation.
MODÈLE 2	Un seul professionnel a accès via son tableau de bord à la détection des appels complexes, cela pourrait être le coordinateur de salle, avec un référentiel métier adéquat. Éventuellement, lors de pics d'activité ou en fonction de l'évolution future du taux d'appels reçus en SAMU, deux coordinateurs de salle pourraient être disponibles en salle de régulation en même temps.
MODÈLE 3	Une fonction ARM spécifique pourrait être occupée à tour de rôle par l'ensemble des ARM. Cela signifierait que les professionnels de régulation auraient, à chaque instant, un collègue disponible pour les aider dans le traitement des appels complexes.

Il ne faut pas voir dans le système que nous proposons une volonté panoptique de surveiller les professionnels dans leur activité de traitement des appels[266]. Un tel système devrait concerner tout autant les interactions conduites par des ARM que par des médecins de l'aide médicale urgente ou des soins non programmés. Cela permet aussi de rediscuter entre collègues le traitement et l'issue des appels qui ont été identifiés comme complexes par le système. Un peu à la manière des *curbside consultations* où les professionnels peuvent discuter d'un cas, ce que les membres du SAMU font déjà, notamment lors des réunions de transitions le matin. Ainsi, il ne s'agit pas non plus d'une rationalisation, d'un outil qui serve une fonction lustrale, focalisé sur la gestion des évènements indésirables ou la détection de fautes de professionnels. L'outil

[266] Dans les centres d'appel marchands la démarche est souvent de placer un superviseur de salle qui écoute les appels de manière aléatoire pour surveiller les pratiques professionnelles des employées.

envisagé ici a pour objectif de faciliter les activités de discussion collectives sur la pratique de la régulation et la collaboration horizontale dans le cours même des appels.

Pour répondre à ces objectifs, nous élaborons des principes généraux sous forme de modules qui sont des pistes pour le futur déploiement d'un système d'aide au traitement interactionnel des appels. Pour chacun des modules nous suggérons des phénomènes à annoter. Il ne s'agit pas de décrire une succession de choix possibles mais bien d'envisager ces modules comme composants d'un seul et même logiciel. Car la pratique de la régulation médicale implique d'interpréter simultanément les différents niveaux interactionnels, les énoncés et les informations qu'ils véhiculent, les autres productions sonores et de les mettre en relation avec les savoirs experts et les buts et ressources de l'institution. Les participants doivent tenir compte à la fois des contingences d'ordre local et général. Ainsi, le système doit être fondé sur la prise en compte simultanée de ces différents niveaux d'analyse et de compréhension : ils caractérisent l'activité professionnelle et rendent possible le processus décisionnel.

Clés de lecture

Afin d'aider à la lecture de ce sous-chapitre nous donnons au préalable quelques clés de compréhension quant à son organisation :

Nous présentons 8 modules. Le terme module en programmation identifie une structure de programmation. Le premier module est articulé autour de 2 objectifs généraux. Les 7 modules suivants correspondent chacun à un objectif interactionnel (p.ex. : signaler l'asymétrie d'une interaction). Pour ces modules nous précisons les classes d'évènements que les annotateurs devraient pointer sur les données (les appels) qui seront fournies au système.

Ainsi, pour les modules 2 à 7, vous retrouverez l'organisation suivante :



À chaque fois que nous précisons dans quel(s) appel(s) du corpus nous avons relevé le phénomène interactionnel mentionné, le nom de l'appel apparait (p.ex. : **CH15HN_B_24**) et un renvoi est activé pour accéder automatiquement à l'analyse de cet appel dans le chapitre correspondant.

Afin d'indiquer dans quelle phase de l'appel le phénomène doit être annoté nous reprenons la structure prototypique des activités successives à accomplir dans les appels urgents :

Phase 0	Choix du numéro urgent à contacter
Phase 1	L'ouverture et l'identification
Phase 2	Présentation de la requête

Phase 3	Série interrogative
Phase 4	Réponse à la demande d'aide
Phase 5	La clôture de l'appel

Nous précisons s'il s'agit d'une phase avec l'ARM ou avec le médecin régulateur (hospitalier ou libéral).

MODULE 1 : détecter un faible degré de co-construction interactionnelle

Objectifs

- Lutter contre les situations de faible participation à l'interaction des patients/appelants.
- Suggérer au répondant que l'appelant n'a pas eu l'opportunité de présenter sa requête selon ses propres termes ou que cette présentation a été interrompue.
- Suggérer au répondant que la décision gagnerait à être mieux explicitée.

Méthode

Former le système à :

- mettre en relation les énoncés et leurs places séquentielles ;
- détecter l'absence de thèmes à des places séquentielles prototypiques ;
- mesurer l'espace interactionnel laissé à l'appelant ;
- détecter les différents formats interrogatifs et à les mettre en relation avec les formats de réponses ;
- détecter le format et la place séquentielle d'annonce de la décision.

Phénomènes analysés dans C15HN A 11 ; C15HN B 14 ; C15HN A 12

▪ **Annotation d'éléments interactionnels évoquant un faible degré de co-construction**	
Phase 2 Présentation de la raison de l'appel	▪ Absence de requête explicite. ▪ Interruption lors du tour de présentation de la requête puis changement thématique.
Phase 3 Série interrogative	▪ Espace interactionnel insuffisant pour une séquence de narration. ▪ Aucune question ouverte n'est produite. ▪ Répondant qui produit uniquement avec des formes minimales d'expansion (p.ex. : « oui » ou « hum hum »). ▪ Énoncés manifestant le désaccord. ▪ Pauses ou silences problématiques.
Phase 4 Réponse à la demande d'aide	▪ Absence de rappel de la prise en compte du diagnostic des appelants. ▪ Pas de diagnostic ou d'avis médical annexé à la décision (absence d'assertion évaluative du type « ce que vous avez c'est une X » p.ex. dans **C15HN A 12**). ▪ Énoncés manifestant le désaccord. ▪ Pauses ou silences problématiques.

MODULE 2 : détecter l'apparition d'un conflit

Objectifs

- En identifiant au plus tôt le risque d'apparition d'un conflit, il est possible d'afficher une forme de quantification du non-alignement (un code couleur, un chiffrage..).
- Éviter que le conflit ne supplante le projet interactionnel initial et ne mène à la rupture conversationnelle.
- Suggérer à un coordinateur de salle de rejoindre un appel conflictuel dès qu'émergent les premières marques du désaccord.
- Informer le coordinateur qu'il doit rejoindre l'appel sans que cela repose sur une décision du premier répondant.
- Le coordinateur de salle peut rejoindre l'appel, en tant que participant passif ou actif, selon les cas.
- Il n'est pas seulement informé du fait de probables difficultés dans le traitement de l'appel en cours, il prend connaissance du type de perturbations, ce qui favorise les chances de les réparer. L'idée étant d'intégrer une tierce personne qui puisse aider le répondant engagé dans une interaction difficile.

Méthode

- L'annotation de la détection d'une hausse du volume, du débit, la production de certains énoncés, ou par exemple d'insultes ou de certains termes d'adresse, constitueraient le premier niveau d'alerte, un niveau sémantique et prosodique[267]. Nous proposons un degré complémentaire de détection des perturbations : ce second niveau d'alerte est fondé sur la détection des phénomènes de résistance aux séquences d'activités prototypiques et des phénomènes de non-alignement interactionnel des participants.
- La détection du non-alignement interactionnel entre les locuteurs se fait en examinant les actions déployées et d'éventuelles focalisations thématiques mélangées.
- C'est le cumul des niveaux d'analyse qui renforce la qualité de la prédiction de l'apparition de conflits. Un conflit peut être identifié au premier niveau par la détection d'énoncés comportant des insultes, des propos désobligeants, des marques

[267] Ce sont là des phénomènes déjà intégrés aux approches de traitement automatique des langues (TAL).

d'énervement ou d'agressivité. Lorsque cela se produit, c'est que le conflit est déjà engagé. L'analyse séquentielle qui permet de repérer les premières marques de l'émergence probable d'un conflit s'imbrique dans l'annotation de ressources grammaticales qui marquent l'opposition ou l'expression ouverte de sentiments de colère ou de panique lié à un désaccord sur la qualification, de menaces (de porter plainte, de se rendre soi-même à l'hôpital), récit d'une crise liée à une errance médicale ou à une mauvaise compréhension de l'organisation du système de santé.

- Le système est orienté vers l'identification des toutes premières marques de l'émergence d'un conflit (pré-émergence). Afin d'annoter les toutes premières marques de l'apparition d'un problème dans l'espace de l'interaction (pré-émergence) : la structure en 6 épisodes du Trouble-Talk (TT, Jefferson 1988 ; cf. *infra* chapitre 1) est exploitée pour permettre de repérer le surgissement de la perturbation et la trajectoire de son traitement interactionnel.

Phénomènes analysés dans les appels suivants : **C15HN A 12** ; **CH15N B 24** ; **C15HN A 16** ; **CH15N B 25** ; **C15HN A 30** ; **C15HN B 26** ; **CH15N A 23**; **C15HN A 10** ; **C15HN A 20** ; **C15HN B 18** ; **C15HN B 2** ; **C15HN A 9**; **C15HN A 20** ; **C15HN B 16**

Annotation de phénomènes pouvant affecter le climat interactionnel	
Phase 1 L'ouverture et l'identification	▪ Premier tour atypique (p.ex. : « allo/ je suis bien au service d[es urgences urgences ophtalmiques/ » ou « bon ben je vous envoie un message »).
Phase 2 Présentation de la raison de l'appel	▪ Dilemme interactionnel en début d'interaction (avec le médecin ou après un transfert par les pompiers). ▪ Appelant interrompu alors qu'il tente de présenter la raison de son appel (après un transfert). ▪ L'appelant n'a pas explicitement formulé sa requête.
Phase 3 Série interrogative	▪ L'appelant tiers est engagé dans deux interactions simultanées : il est doit la fois gérer l'interaction avec le patient et avec le SAMU.

	▪ ARM ou médecin qui plusieurs fois ne marquent pas leur réception d'une information nouvelle. ▪ Appelant qui marque son agacement avec une tentative de rendre explicite qu'il n'est pas profane des protocoles au SAMU et que dès lors sa décision de contacter le SAMU est bien fondée. ▪ Séquence de négociation sur l'examen sonore téléphonique ; tiers qui fait barrage. ▪ Patient qui énonce son incapacité à s'exprimer (« je ne peux pas parler »). ▪ Procédures de négociation de l'urgentabilité de la demande.
Phase 4 Réponse à la demande d'aide	▪ La décision prise par le SAMU ne répond pas aux attentes de l'appelant (si exprimées précédemment). ▪ Victime qui gémit ou crie en arrière-plan mais décision d'une orientation vers les soins non programmés (SNP). ▪ Appelant qui exprime un statut d'autorité épistémique car il a un accès direct à la victime après l'annonce de l'orientation vers les SNP. ▪ Intrusion du thème des pompiers ou du véhicule SMUR après l'annonce de l'orientation vers les SNP.

MODULE 3 : détecter le non-alignement dans les activités prototypiques de régulation médicale

Objectifs

- Détecter les phénomènes d'éloignement de la structure générale prototypique des appels au SAMU.
- Détecter les phénomènes de désalignement ou de désaccord quant à l'accomplissement des séquences d'action.
- Détecter quand un des participants tente de passer à la séquence suivante mais que l'autre se montre réticent, soit parce que la séquence suivante ne lui semble pas pertinente ou qu'il considère que l'objet de la séquence en cours n'est pas clôturé.
- Aider le professionnel du SAMU à aligner le projet interactionnel de l'appelant avec les objectifs institutionnels : faciliter la progressivité de l'appel.
- Identifier au plus tôt dans l'interaction un risque de désalignement afin de produire des énoncés visant à favoriser la coopération de l'appelant (*pré-emergence*).

Méthode

- Dans la structure prototypique des appels au SAMU se distinguent cinq phases majeures, remplissant chacune des fonctions spécifiques autour d'activités dont le déploiement est forcément dynamique (*context shaped and context renewed)*. En annotant comment une interaction s'éloigne de la structure prototypique il est possible d'élaborer des modèles pour que le système identifie les premières marques d'émergence de difficultés interactionnelles. On s'appuie sur le caractère reconnaissable du découpage de l'activité en phases distinctes et des moyens mis en œuvre pour les délimiter, c'est-à-dire les méthodes par lesquelles les participants organisent leur arrivée conjointe à certains points structurants de l'activité et en particulier à la fin d'une phase d'activité. Le système prête attention aux marques d'orientations divergentes des interactants quant à la gestion de l'activité.
- L'approche séquentielle permet d'annoter chaque tour de parole en relation avec ce qu'il s'est passé dans les tours précédents et d'anticiper des énoncés préférentiels pour la suite en relation avec les activités qu'il reste à accomplir.
- L'annotation vise à former le système à observer comment les séquences se succèdent dans l'interaction et à examiner particulièrement les séquences orientées

vers un but ou une tâche et comment les participants les identifient comme pertinentes dans l'accomplissement de leur activité commune. Par la recherche d'une double orientation actionnelle et thématique le système doit observer comment les participants s'accordent (ou non) sur les actions à accomplir alors qu'ils transitent d'une activité à l'autre. L'annotation des différents niveaux d'organisation de la conversation, permet d'accéder aux strates de constitution et de co-organisation, dans une coopération dynamique, tant au niveau de la chaîne des actions conversationnelles successives, que de l'organisation thématique.

- L'annotation pour la détection automatique est fondée sur le concept de progressivité : le programme prête attention à l'accomplissement des activités, leur durée, leur déploiement séquentiel et le caractère progressif de l'interaction dans son ensemble.
- Plus spécifiquement, le programme examine comment les appelants s'orientent vers la projection de la clôture imminente d'une phase d'activité ou d'un thème soit en s'alignant (en convergeant vers la clôture projetée), soit en manifestant un désalignement par la proposition d'autres trajectoires séquentielles, notamment en prolongeant la phase ou le thème précédent ou en y revenant.

D'une manière générale, à tout moment de l'appel, il s'agit de former le système à détecter, de manière cumulative :

- silences problématiques ;
- pauses problématiques ;
- réponses négatives (« c'est pas ce que j'avais demandé » ; ah non mais moi je vous appelle pas pour ça ») ;
- nombreuses marques d'hésitations (euh ; le le , la la) ; d'amorces de mots, répétitions, disfluences, auto-interruptions ;
- insertion d'un thème qui ne correspond pas à la séquence d'activité en cours ;
- appelant orienté vers le déclenchement d'une séquence suivante ;
- au moment du passage d'une activité à l'autre (clôture de phase), appelant toujours orienté vers le thème qui vient d'être déployé, relance le thème (focalisations thématiques mélangées).

Ensuite, il s'agit d'intégrer un niveau affiné d'annotation à chaque phase des appels :

Annotation en phase 1 **L'ouverture et l'identification**		
Interaction appelant/ARM	**Activités à accomplir**	**Annotation de marqueurs interactionnels de résistance aux activités de la phase**
Ouverture	Déclenchement de l'appel, marque de l'ouverture de l'interaction (qui confirme que l'appelant a atteint le numéro voulu), salutations prototypiques.	▪ Intrusion immédiate de la requête sous la forme d'une narration. ▪ Intrusion immédiate de la localisation suivie de la demande. ▪ Absence de salutations prototypiques de la part d'un des locuteurs ou des deux.
Informations primaires	Demander le numéro de téléphone, le nom, l'âge, la localisation, obtenir une réponse transposable dans le logiciel.	▪ Insertion d'un thème atypique : par exemple dans **CH15N A 23** si le programme met en relation la paire adjacente « [appuie sur l'ordinateur monsieur » et « appuyer sur l'ordinateur té tu vas voir toi appuyer sur l'or^» avec l'activité censée se dérouler (obtenir l'adresse puis l'âge de la victime) l'interprétation se trouve renforcée. ▪ Insertion d'un thème qui ne correspond pas à la séquence d'activité en cours : par exemple, dans **C15HN A 20** le tiers manifeste son impatience en insérant un autre thème « [et alors ma femme elle est très mal très mal hein ». L'ARM

		manifeste qu'elle juge ce thème non pertinent, l'interpelant (« ΔmonsieurΔ ») en haussant le ton.

Annotation en phase 2 **Présentation de la raison de l'appel**		
Interaction appelant/ARM	**Activités à accomplir**	**Annotation de marqueurs interactionnels de résistance aux activités de la phase**
Présentation de la raison de l'appel	Production du motif et de la requête par l'appelant, auto-déclenchée ou hétéro-déclenchée par une question de l'ARM.	▪ Aucune requête n'est produite. ▪ Présentation de motifs non-médicaux.

Annotation en phase 3 **Série interrogative**		
Interaction appelant/ARM	**Activités à accomplir**	**Annotation de marqueurs interactionnels de résistance aux activités de la phase**
Série interrogative	Interroger l'appelant pour comprendre sa situation médicale. S'orienter vers le *ici et maintenant*. Engager l'activité de diagnostic différentiel.	▪ Intrusion du thème de la pertinence des séquences interrogatives. ▪ Intrusion du thème de l'envoi d'un véhicule d'aide. ▪ Intrusion du thème « se débrouiller par d'autres moyens ».

		▪ Résistance au thème du médecin traitant ou du médecin de garde. ▪ Présuppositions et préférences dans les questions, qui ne sont pas confirmées par l'appelant. ▪ Mise en visibilité du processus d'auto-détermination (p.ex. : thème de l'incapacité à se déplacer soi-même ou à déplacer la victime ; récit de l'errance médicale). ▪ Revendication d'une autorité épistémique alors qu'aucune décision n'a été annoncée. ▪ Faible co-construction de l'activité de diagnostic différentiel. ▪ Absence d'un tour clôturant (p.ex. : un « d'accord ») ou d'élément configuré comme un point de transition possible, marquant la fin de l'activité de diagnostic différentiel.
	Examen sonore téléphonique	○ Réponse non-préférentielle (p.ex. : tiers qui marque son refus, introduction d'un autre thème).

Annotation en phase 4

Réponse à la demande d'aide

Interaction appelant/ARM	**Activités à accomplir**	**Annotation de marqueurs interactionnels de résistance aux activités de la phase**
	Annonce de la décision (transfert	▪ Absence d'un tour clôturant (p.ex. : un « d'accord ») ou un d'autre élément

	AMU ou SNP ou fin de la communication avec éventuellement un conseil médical).	configuré comme un point de transition possible, marquant l'acceptation de la décision. ▪ ARM qui initie une séquence de pré-clôture mais l'appelant introduit un nouveau thème ou réintroduit un thème déjà abordé (focalisations thématiques mélangées). ▪ Appelant qui produit un tour désaligné : désalignement par rapport à ce qui est projeté ou initié. ▪ Appelant qui manifeste qu'un thème n'a pas été totalement traité ou n'a pas été abordé, par exemple avec un marqueur oppositif (« par contre » ; « sauf que » ; « alors que » ; « oui mais » ; « mais alors »).
FIN DE LA COMMUNICATION OU TRANSFERT AU MEDECIN		

Annotation phase 1
L'ouverture et l'identification

Interaction appelant/médecin	**Activités à accomplir**	**Annotation de marqueurs interactionnels de résistance aux activités de la phase (ou classes d'évènements)**
Ouverture	Marque de l'ouverture de l'interaction (qui confirme que l'appelant a atteint le numéro voulu).	▪ Intrusion immédiate de la requête sous la forme d'une narration. ▪ Absence de salutations prototypiques de la part d'un des locuteurs ou des deux.

	Salutations prototypiques.	
Identification	Émergence des identités situées des participants par l'auto-identification catégorielle.	▪ Pas d'auto-identification catégorielle de l'appelant et/ou de la victime.

Annotation phase 2 **Présentation de la raison de l'appel**		
Interaction appelant/médecin	**Activités à accomplir**	**Annotation de marqueurs interactionnels de résistance aux activités de la phase**
Présentation de la raison de l'appel	Production de la raison de l'appel par l'appelant, auto-déclenchée ou hétéro-déclenchée par une question du médecin.	▪ Marques de dilemme interactionnel. ▪ Énoncés / thèmes atypiques.

Annotation phase 3 **Série interrogative**		
Interaction appelant/médecin	**Activités à accomplir**	**Annotation de marqueurs interactionnels de résistance aux activités de la phase (ou classes d'évènements)**
Série interrogative	Processus de reconstruction interactionnelle visant à vérifier les informations	▪ Appelant qui mentionne que les informations demandées ont déjà été fournies à l'ARM.

	transmises par le collègue ARM et à les compléter.	
Examen médical téléphonique	Demander à avoir la victime au téléphone.	▪ Thème de l'incapacité à parler. ▪ Cadre de participation élargi avec en arrière-plan le patient qui s'exprime (« je ne peux pas parler »). ▪ Appelant qui manifeste ouvertement que l'examen médical téléphonique n'est pas pertinent.

Annotation phase 4 **Réponse à la demande d'aide**		
Interaction appelant/médecin	**Activités à accomplir**	**Annotation de marqueurs interactionnels de résistance aux activités de la phase (ou classes d'évènements)**
Réponse à la demande d'aide	Annonce d'une décision : orientation dans le système de soins, séquence de prescription médicale, annonce de l'envoi d'une équipe, formulation d'un conseil médical, prise d'un rendez-vous médical…	▪ Appelant orienté vers la séquence précédente ou vers le déclenchement d'une séquence suivante. ▪ Appelant qui interrompt l'annonce de la décision pour manifester qu'il n'a pas compris. ▪ Appelant qui manifeste que ce n'est pas ce qu'il attendait (marqueurs d'opposition, formes négatives). ▪ Focalisations thématiques mélangées. ▪ Intrusion du thème des pompiers. ▪ Énoncés du type « on va se débrouiller autrement » ou « se débrouiller par soi-même ».

		▪ Menaces explicites. ▪ Reformulation ou répétition de la requête initiale. ▪ Intrusion d'une nouvelle demande médicale. ▪ Intrusion d'une catégorisation en tant que personnel médical ▪ Manifestation d'une autorité épistémique (avoir la victime sous les yeux).
Évaluer l'adhésion à la décision	Procédures pour s'assurer de la compréhension. Obtention d'une marque explicite de ratification de la décision de la part de l'appelant.	▪ Appelant orienté vers la séquence précédente ou vers le déclenchement d'une séquence suivante. ▪ Absence d'un tour clôturant (p.ex. : un « d'accord ») ou d'un élément configuré comme un point de transition possible, marquant l'acceptation de la décision. ▪ Reformulation ou répétition de la requête initiale. ▪ Intrusion d'une nouvelle demande médicale. ▪ Appelant qui manifeste qu'il n'a pas compris ou que ce n'est pas ce qu'il attendait (marqueurs d'opposition, formes négatives).

MODULE 4 : détecter des clôtures problématiques

Objectifs

- Détection automatique de clôtures problématiques.
- Détection automatique d'un faible degré d'adhésion ou de consentement : lorsque l'appelant demeure convaincu que la légitimité de sa demande n'a pas été reconnue ou que les participants ne sont pas parvenus à co-construire la décision et/ou que le patient la conteste.
- Prévenir le risque d'un désaccord qui serait potentiellement néfaste à la suite de la trajectoire de soins pour le patient.
- Le système produit une comparaison automatisée du déploiement interactionnel de la clôture et de la codification de la clôture de l'appel sur le logiciel.
- Cela ouvre la possibilité d'une discussion entre professionnels à propos de l'appel, immédiatement après l'appel ou lors des réunions d'équipe et d'un rappel ultérieur pour s'assurer qu'une urgence vitale n'a pas été non détectée ou que la situation n'a pas évolué négativement.

Méthode

- Annoter la trajectoire interactionnelle depuis l'amorce de la pré-clôture à la fin de la communication.
- Annoter les séquences où les participants ne s'orientent pas ensemble vers la clôture, ce qui se manifeste par la production d'un enchaînement séquentiel marquant le désaccord.
- Des patterns permettent d'identifier le positionnement séquentiel de la prise du tour désalignée, celui-ci pouvant être précoce ou tardif. La détection automatique peut être fondée sur l'annotation de structures séquentielles prototypiques du désalignement en clôture.
- L'annotation intègre quelles sont les types de ressources linguistiques mobilisées pour accomplir un désalignement avec une attention fine aux positions

séquentielles. Il s'agit d'identifier au plus tôt le désalignement vers une clôture projetée.

- L'annotation est complétée par le niveau prosodique (par exemple des modulations de la voix, quand le tour désaligné semble être produit de manière à contraster avec le tour sur lequel il enchaîne ou qu'il chevauche).

Phénomènes analysés dans C15HN B 26 ; C15HN A 12 ; C15HN A 20 ; C15HN A 10 ; C15HN B 2

Annotation de marques du désalignement en clôture	
Pré-clôture	▪ Le médecin initie une séquence de pré-clôture mais l'appelant introduit un nouveau thème ou réintroduit un thème. ▪ Appelant qui produit un tour désaligné : désalignement par rapport à ce qui est projeté ou initié. ▪ Appelant qui manifeste qu'un thème n'a pas été totalement traité ou n'a pas été abordé, par exemple avec un marqueur oppositif (tel que : « par contre » ; « sauf que » ; « alors que » ; « oui mais » ; « mais alors »).
Clôture	▪ Des manifestations du caractère non préféré du tour précédent (termes d'adresse, excuses, commentaires, retardements). ▪ Appelant qui produit un tour désaligné : désalignement par rapport à ce qui est projeté ou initié. ▪ Appelant qui manifeste qu'un thème n'a pas été totalement traité ou n'a pas été abordé, par exemple avec un marqueur oppositif (tel que : « par contre » ; « sauf que » ; « alors que » ; « oui mais » ; « mais alors »).

	▪ Un des interactants exhibe son orientation vers une autre activité ou un autre thème, mais celle-ci est signalée comme non préférée par son interlocuteur. ▪ Absence d'un tour manifestant un accord (tel que « d'accord » ; « voilà » ; « très bien »). ▪ Expression d'une autorité médicale ou épistémique. ▪ Clôture marquée par des silences, des baisses de la voix. ▪ Temporalité des chevauchements. ▪ Items marquant la gêne (tel que « hum »). ▪ Gémissements, soupirs, râles en fin de communication. ▪ Pauses qui constituent des espaces problématiques. ▪ Absence de formules de politesse. ▪ Appel qui se termine dans une orientation partagée entre le tiers et le médecin alors que le patient exprime son mécontentement en arrière-plan. ▪ Introduction en clôture d'une question sur le risque de mourir suivie immédiatement de la fin de la communication sans tour visant à rassurer l'appelant. ▪ Énoncé manifestant une incapacité ou une impossibilité du type « je peux pas ».

MODULE 5 : consolider les activités de collecte, saisie et transmission des informations

Objectifs

- Veiller à l'exactitude des informations transférées d'un interlocuteur à l'autre : l'altération des informations et leur éventuelle transmission résulte de la complexité du traitement de la parole en interaction dans un contexte de multiactivité avec l'impératif de produire en quelques secondes une retranscription orale ou textuelle d'éléments saillants extraits d'une interaction de plusieurs minutes dans un environnement caractérisé par l'urgence. Les informations inscrites dans le dossier médical de régulation (DMR) peuvent ne pas correspondre tout à fait à la réalité des évènements interactionnels (cf. *supra* chapitre 4 et 5). Le DRM ne permet pas de noter tous les éléments de l'échange. Lorsqu'il y a passation à l'oral, certains éléments sont transmis de mémoire, ce qui implique un risque d'erreur avec des conséquences sur l'interaction suivante et éventuellement sur la trajectoire de soins.
- Détecter les incompréhensions visibles au niveau du tour qui se transforment alors en perturbations dissimulées (*hidden repairable ;* Garcia 2013b, p.92). Il y a un contexte séquentiel de l'apparition d'une erreur ou d'un malentendu : l'annotation vise à former le système à examiner la trajectoire des informations produites pour la pré-détection des perturbations dissimulées.

Méthode

- L'annotation vise à former le système à comparer les informations produites par les différents participants à l'appel aux différentes phases, pendant les transferts, après les transferts.
- L'annotation de (i) réponses non préférentielles et (ii) de séquences insérées d'explications et/ou reformulations a pour objectif de former le système à contrôler

si les perturbations sont correctement réparées. Le système est entrainé sur le modèle du *Error Correction Format* (Jefferson 1974 ; 2007, p. 56).

- Le système (*overhearer*) assiste à l'ensemble des appels depuis l'échange avec l'institution précédente (17/18, autre numéro d'urgence ou autre institution de la santé) + échange ARM + éventuelle séquence de transfert ARM / MR + MR / tiers ou victime + éventuel transfert à une autre institution (SOS Médecins, Centres de santé) + éventuels rappels au 15.

Note - Points de vigilance

- Le système (comme le *transcriber* en analyse de conversation) doit rester vigilant : ce qui semble erroné pour l'observateur ne l'est pas forcément pour les participants.
- Il y a aussi des erreurs qui surviennent et qui sont repérées par un ou plusieurs participants et qu'ils choisissent volontairement de ne pas réparer.
- Ce qui constitue un terme complexe pour un appelant ne l'est pas nécessairement pour un autre.

Phénomènes analysés dans C15HN B 14 ; C15HN A 10 ; C15HN A 9 ; C15HN A 20 ; C15HN A 12

Annotation d'incompréhensions ou de malentendus pendant l'interaction avec l'appelant	
Termes médicaux complexes ou problèmes de dénomination sémantique	▪ Appelant qui manifeste qu'il ne connait pas un terme médical spécialisé et son interlocuteur ne corrige pas au tour suivant. ▪ Appelant qui fait une signalisation implicite ou explicite de son incompréhension.
Contrastes définitionnels	▪ Activité de négociation définitionnelle sur le fait de pouvoir s'exprimer ou de pouvoir respirer.
Annotation d'inexactitudes pendant l'interaction avec l'appelant	

Erreur sur le cadre ou le statut participationnel	▪ Une erreur sur la catégorisation de l'appelant (p.ex. : patient ou victime et non pas tiers, erreur sur l'âge, le sexe de la victime). Un niveau affiné pourrait permettre de prendre en compte des catégories plus complexes (p.ex. : proche aidant ; patient expert).
Traitement non optimal d'une information produite par un des participants à l'appel	▪ Il arrive que malgré la correction de l'erreur par l'appelant, son interlocuteur ne la reconnaisse toujours pas. L'appelant peut faire plusieurs tentatives de corrections. La prise en compte de ces tentatives de corrections dans le système automatisé permettrait de renforcer l'identification de la correction et sa prise en compte par l'agent de régulation médicale. ▪ ARM ou médecin qui demeure orienté vers une information erronée malgré la correction (réparation) de son interlocuteur.
Informations produites dans la séquence de transfert ARM / Médecin[268]	
Historique médical rapporté avec une ou plusieurs ou inexactitudes	▪ ARM qui transfère à l'oral au médecin des informations qui ne sont pas strictement celles qui ont été produites par l'appelant (p.ex. dans **C15HN A 10** « ils savent pas faire le dextro »). ▪ ARM qui transmet des attributs symptômes de mémoire qui n'apparaissent pas ou différents des items reportés sur le DRM pendant l'interaction avec l'appelant (p.ex. : dans **C15HN A 12** l'ARM annonce que le patient est « allongé il se lève pas il mange pas » alors que le fils a au contraire indiqué que son père ne pouvait pas s'allonger). ▪ ARM qui rapporte des éléments erronés sur l'échange avec l'appelant (p.ex. : dans **C15HN A 20**, l'ARM annonce « il veut pas me passer son épouse », une affirmation qui manque de

[268] Remarquons que la passation ARM/Médecin se fait le plus souvent uniquement par le dossier médical de régulation désormais. Toutefois, comme dans le corpus les passations se font à l'oral nous avons choisi d'intégrer cette séquence à nos scénarios. Un même module pourrait être mis au point pour les séquences de transfert entre institutions (p.ex. : du 18 au 15).

	préciser qu'il a certes marqué sa résistance à passer le combiné à son épouse, mais qu'il a toutefois passé l'appel deux fois.
Éléments rapportés qui n'ont pas existé dans l'interaction précédente	▪ ARM qui transfère au médecin des éléments qui n'ont pas été produits dans l'interaction avec l'appelant (p.ex. : C15HN A 12, le thème de la capacité à s'alimenter n'a pas été abordé entre l'ARM et le fils, pourtant l'ARM annonce qu'il ne « mange pas »).

MODULE 6 : détecter le processus d'autodétermination de l'appelant

Objectifs

- Détecter le processus d'autodétermination des appelants, c'est-à-dire les raisons qui les ont conduits à contacter le SAMU.
- Détecter la requête véritable de l'appelant, qui n'est pas toujours explicitement produite.
- Détecter les situations où l'appelant est strictement orienté vers l'urgentabilité de sa demande.
- Les données traitées par le système ne sont restituées qu'au professionnel qui traite l'appel.

Méthode

- Former le système à mettre en relation informations contextuelles, procédures interactionnelles, et leurs places séquentielles.
- Former le système à identifier si le travail sur l'urgentabilité de la demande est co-construit ou si au contraire chaque participant est orienté vers des buts différents.

Phénomènes analysés dans : C15HN B 24 ; C15HN B 5 ; C15HN A 12 ; C15HN A 20; C15HN B 2 ; C15HN B 6 ; C15HN B 14; C15HN B 34 ; C15HN A 10 ; C15HN B 26

Annotation d'une urgentabilité forte

- ➔ Appelant orienté vers l'envoi d'un SMUR.
- ➔ Appelant cherchant à convaincre de la dimension urgente de la demande.
- ➔ Risque d'une progression thématique contrainte par des séquences de négociation notamment si le professionnel choisit la qualification en soins non programmés (SNP) , une orientation vers SOS Médecins ou estime qu'un simple conseil médical est suffisant.

Phase 0 **Choix du numéro** **à contacter**	▪ Appel transféré depuis le 18 ou le 17.
Phase 1 L'ouverture et l'identification	▪ Intrusion immédiate de la demande (p.ex. : C15HN A 10 lors de l'ouverture avec le médecin). ▪ *Pack complet* (motif + lieu) ou tentative de *pack complet* (p.ex. dans C15HN A 20).
Phase 2 Présentation de la raison de l'appel	▪ Format évoquant la relation de service (p.ex. dans CH15N A 23). ▪ Requête sous forme d'annonce sans requête explicite (p.ex. dans C15HN A 12). ▪ Profusion informationnelle (p.ex. dans C15HN B 2). ▪ Récit de l'échec de tentatives précédentes de résoudre le problème médical (p.ex. dans C15HN B 6). ▪ Référence à un événement médical du passé (p.ex. dans C15HN A 10). ▪ Évoquer le statut de patient (p.ex. : mentionner un conseil ou un avis donné par un professionnel de santé). ▪ Appelant qui n'est pas en demande d'une évaluation de l'état de santé, mais d'une confirmation d'un diagnostic (profane) en urgent déjà établi (p.ex. dans C15HN A 20.

	▪ Mention d'un délai d'intervention du médecin traitant ou de SOS Médecins jugé trop important (p.ex. dans C15HN A 10) . ▪ Mention de l'incapacité à se déplacer soi-même (p.ex. dans C15HN B 2) .
Phase 3 Série interrogative	▪ Résistance lors de la demande d'examen médical téléphonique (p.ex. dans C15HN A 20) . ▪ Perturbations après l'introduction du thème du médecin traitant (p.ex. dans C15HN A 10) . ▪ Perturbations après l'introduction de la demande d'accès téléphonique directe à la victime/patient (p.ex. dans C15HN A 10) .
Phase 4 Réponse à la demande d'aide	▪ Appelant qui exprime son incapacité à continuer à prendre en charge son proche (p.ex. dans C15HN A 9) . ▪ Informations relatives à la raison de l'appel qui surviennent après la réponse à la demande d'aide (p.ex. dans C15HN A 9) . ▪ Intrusion du thème des pompiers après la qualification en demande de santé ne nécessitant pas un transport médicalisé par le médecin régulateur (p.ex. dans : C15HN B 5) . ▪ Une auto-catégorisation en personnel soignant qui survient après la qualification en SNP par le médecin régulateur (p.ex. dans C15HN A 9) . ▪ Expression d'un statut d'autorité du tiers et de son accès direct (épistémique) à la victime (p.ex. dans C15HN A 10) .

Annotation d'une urgentabilité faible	
➔ Faible sentiment de légitimité de l'appelant. ➔ Appelant en attente d'un avis médical par téléphone.	
Phase 1 L'ouverture et l'identification	▪ Tour d'ouverture intégrant la formulation d'excuse.
Phase 2 Présentation de la raison de l'appel	▪ Demande polie d'un conseil formulé à l'imparfait (« je voulais savoir si ») ou de l'éventualité d'un besoin. ▪ Demande de confirmation d'un pré-diagnostic profane avec un énoncé qui explicite immédiatement la pré-qualification en non urgent (p.ex. : dans **CH15HN_B_24** « c'est vraiment pas une urgence »). ▪ Demande explicite d'un examen médical téléphonique. ▪ Minimisation de la demande (p.ex. : « truc ») ; choix de termes abstraits qui décriraient un fait quelconque et sans trop d'importance (plutôt que par exemple dire « un problème »).
Phase 4 Réponse à la demande d'aide	▪ Après annonce de la qualification en soin urgent, énoncés qui sont des tentatives de reporter la suite des soins (p.ex. dans **CH15HN_B_24** « mais on peut attendre lundi ».**)**

MODULE 7 : réguler le « problème de nature inconnue »

Objectifs

- Aider au traitement des demandes qui ne relèvent au premier abord ni de l'urgence vitale ni de la médecine générale.
- Aider à inscrire la demande dans les impératifs de calibrage professionnel : en identifiant au plus tôt dans l'appel une probable qualification en « problème de nature indéterminée » l'activité de régulation pourrait être orientée sans tarder vers la recherche d'éléments plus facilement connotables médicalement.
- Éviter le sur-engagement ou sur-triage / sous-triage[269].

Méthode

- Former le système à mettre en relation informations contextuelles, procédures interactionnelles, et leurs places séquentielles.
- Former le système à la détection d'éléments et énoncés difficilement connotables médicalement.

Phénomènes analysés dans C15HN B 5 ; C15HN A 12 ; C15HN A 9 ; C15HN B 26 ; C15HN B 2

[269] Le sur-triage correspond à un engagement de moyens trop importants par rapport à la situation observée par l'équipe qui est intervenue, le sous-triage est un engagement de moyens insuffisants par rapport à la situation observée sur site.

Annotation d'éléments interactionnels évoquant un « problème de nature inconnue »	
Phase 2 Présentation de la raison de l'appel	▪ Récit d'une crise (p.ex. dans C15HN A 9) . ▪ Inscription de la douleur dans le temps long (p.ex. dans C15HN B 26) . ▪ Description d'une errance médicale (p.ex. dans C15HN A 12 ; C15HN B 6) . ▪ Description insuffisamment ancrée dans des éléments factuels, énoncés difficiles à mettre en relation avec un champ d'appartenance nosologique (p.ex. la forme « elle est pas bien » ; C15HN B 5 ; « elle est vraiment pas bien » C15HN B 26) . ▪ Profusion informationnelle et accumulation de motifs (p.ex. dans C15HN B 2) . ▪ Pas de formulation d'une requête explicite (p.ex. : C15HN A 12) . ▪ Mention de l'incapacité à produire un diagnostic profane d'un état de doute, d'une incapacité à déterminer quelle est la bonne attitude à suivre (p.ex. : « je sais pas trop quoi faire en fait » dans C15HN A 12; « je sais pas quoi faire » C15HN B 2) .
Phase 3 Série interrogative	▪ Perturbations interactionnelles lors de la tentative d'établir la chronologie précise des difficultés. ▪ Réponses avec des énoncés difficiles à mettre en relation avec un champ d'appartenance nosologique (p.ex. : la forme « elle est pas bien » ; C15HN B 5 ; « elle est vraiment pas bien » C15HN B 26) .

MODULE 8 : soutenir l'orientation dans le système de soins

Objectifs

- L'écoute simultanée permet de suggérer automatiquement pendant l'appel une ou plusieurs possibilités d'orientation dans le système de soins.
- Systématiser le second avis en régulation médicale : systèmes de seconde opinion automatisés (*automated second opinion systems*) ou systèmes de soutien à la décision (*decision support system* ; DSS) pour l'orientation dans le système de soins.
- L'activité d'orientation des besoins de santé est facilitée par l'écoute simultanée du programme qui met en relation la décision du médecin avec les ressources matérielles et humaines disponibles. Le système doit être formé à interpréter le travail expert du professionnel tel qu'il est rendu visible dans l'interaction (sa mise en relation de catégories d'âge, de douleurs, de symptômes, de durée mais aussi de possibles polypathologies) pour suggérer le choix de l'orientation la plus appropriée (les différents numéros, les différentes structures, son éloignement géographique). Les disponibilités, horaires d'ouverture, taux de fréquentation des services sont traités pour produire des recommandations qui s'affichent sur le tableau de bord. Le traitement rapide des informations produites au cours de l'appel et le processus décisionnel que le professionnel de santé rend visible, permet de gagner du temps sur la recherche de la solution la plus adaptée à la situation du patient.
- Les données traitées par le programme sont restituées à l'agent qui traite l'appel sur son logiciel et sont inscrites automatiquement dans le dossier médical du patient.
- Si l'orientation choisie par le professionnel n'est pas celle suggérée par le système, le coordinateur de salle en serait informé et pourra éventuellement choisir de rejoindre l'appel. S'il y a clôture de l'appel, il pourra choisir de procéder à un rappel de vérification de l'état de santé du demandeur ultérieurement[270]. La décision pourra être discutée collectivement ultérieurement.

[270] Nous proposons par ailleurs au chapitre suivant que les patients puissent consulter l'historique des décisions qui les concernent sur leur interface numérique de santé.

Méthode :

- Le programme doit être formé aux processus décisionnels d'experts à partir d'un vaste échantillon d'appels étiquetés pour apprendre à mettre en relation (i) savoirs médicaux experts, (ii) éléments du contexte interactionnel (p.ex.**:** prosodie, rythme, respiration, volume…) qui peuvent être combinés, (iii) analyse séquentielle des activités et des énoncés, (iv) profil de l'appelant (âge, sexe, données disponibles dans le dossier patient de l'hôpital ou Mon Espace Santé[271]) avec les ressources et disponibilités du système de santé.

Enfin, nous concluons en signalant d'autres applications possibles de l'écoute simultanée :

- **Contrôle automatisé de l'adhésion à la décision du régulateur après l'appel**

Nous avons précédemment analysé deux appels où le régulateur décide que l'appelant doit contacter SOS Médecins mais l'ARM constate plus tard que le conseil médical n'a pas été suivi (dans les appels **C15HN_B_26** ; **C15HN_B_14**). Pour obtenir cette information, l'ARM doit de lui-même contacter SOS Médecins et leur expliquer la situation. Grace à l'interopérabilité des logiciels métiers et au croisement des données des différentes institutions du soin et du secours, l'équipe de régulation pourrait être automatiquement prévenue que le patient n'a pas contacté SOS Médecins (sans avoir besoin de vérifier elle-même)[272]. Cela peut s'étendre à d'autres choix d'orientation dans le système de soins, notamment la maison médicale de garde. Ces informations peuvent donner lieu à un rappel ou être consignées dans le dossier médical du patient, et exploitables lors d'un éventuel second appel.

- **Identification et soutien de cas spécifiques**

Il est fréquent que les appelants s'adressent au SAMU dans une autre langue que le français. Cela est vrai tout au long de l'année, avec des pics lors des périodes estivales, particulièrement dans les zones les plus touristiques. Si l'appelant ne parle pas français, et que personne dans la

[271] Depuis 2022, Mon Espace Santé (MES) remplace le dossier médical patient (DMP).
[272] D'un point de vue organisationnel il serait préférable que l'appel soit directement transféré à SOS Médecins depuis le SAMU sans rupture de la communication pour l'appelant.

salle de régulation ne peut traiter l'appel dans la langue de l'appelant[273], le système peut rediriger automatiquement l'appel vers un membre de l'institution qui maîtrise la langue concernée (qui peut se trouver dans un autre SAMU national) ou déclencher une traduction en temps réel[274]. L'identification de la langue de l'appelant pourrait se faire dès le serveur vocal interactif. L'objectif étant de garantir que les appelants allophones soient systématiquement mis en relation avec un interlocuteur qui parle leur langue[275]. Ensuite, dans des développements futurs, le système pourrait aider à la compréhension si l'appelant présente des troubles du langage. Il serait également utile qu'une aide à la compréhension des énoncés des appelants (reconnaissance vocale) soit automatiquement déclenchée si pour des raisons techniques la qualité de l'appel se trouve altérée. Enfin, il faudrait envisager l'utilité d'une aide à l'identification des appels qui sont des faux appel canular (*prank phone call)*[276].

- **Extraction automatique d'appels à des fins de formation et de recherche**

Enfin, rajoutons qu'une IA à visée interactionnelle serait également utile à des fins de formation, permettant d'extraire automatiquement des bases de données des appels complexes et conflictuels, et à des fins de recherche universitaire, pour constituer des corpus d'étude[277].

---

[273] Dans un appel du corpus, émis depuis le centre d'accueil et d'orientation des migrants (CAO) de Saint-Etienne, en nuit profonde (après minuit), les trois ARM présents en salle de régulation ne parviennent pas à comprendre les propos de l'appelant qui s'exprime en anglais pou demander de l'aide urgente pour son épouse en mentionnant un terme complexe (le nom de la maladie de sa femme). La communication s'achève sans que l'aide ne puisse être apportée.

[274] Au SAMU de Nîmes par exemple il est possible de faire appel au service « inter migrant ». Le service fonctionne du lundi au vendredi de 9h00 à 17h30. Il nous est également expliqué que l'hôpital peut avoir recruté des volontaires disponibles au standard pour interpréter. Enfin, via le 112, il existe la possibilité d'une interprétation dans le cours de l'appel. Merci à Fanny Gayraud du CFARM de Nîmes pour ces explications. Précisons que la pratique de l'anglais est intégrée à la formation CFARM mise en place depuis 2019. Au CFARM de Nîmes par exemple, les étudiants apprennent à mener une série interrogative basique (nom ; lieu ; âge ; problème médical). Il est avisé de poser de ne poser que des questions fermées. Merci à Fanny Gayraud du CFARM de Nîmes pour ces explications.

[275] Il faudrait pour cette proposition s'appuyer sur des projets de recherche déjà en cours. À Lyon, le laboratoire ICAR (ENS de Lyon) mène deux projets sur le sujet : le projet Marti sur facilitation de la prise en charge des patients allophones aux urgences et le projet Tiasamn sur le recours aux « tiers » dans des situations de consultation médicale entre des personnels de santé et des migrants, et hors des situations de consultation. L'objectif est de proposer des outils ou supports numériques pour améliorer les consultations socio-médicales.

[276] *C'*est une question que nous n'avons pas abordé avec les professionnels et un seul appel du corpus est un canular (par des enfants). Ce problème a toutefois été soulevé par Bolaños-Carpio (2020 : 237) pour les canulars (*prank phone calls*) en centre de traitement des appels urgents au Costa Rica (cf. *supra* 6 .12) Dans les appels adressés au 911, les *phantom calls* (faux appels) représentent jusqu'à 70% du volume d'appel dans certaines zones. Source : www.gov1.com/products/technology/articles/5-ways-911-emergency-services-will-advance-this-year-rR6ZEJixy99GAaUW/. Consulté le 01 juillet 2022.

[277] Nous avons en outre proposé précédemment une constitution automatique d'une base de données d'évènements interactionnels dans des appels au SAMU spécifiquement pour des data-sessions en Analyse conversationnelle (cf. *supra* chapitre 7) afin de travailler collectivement sur l'annotation de données. Dans « En cas d'urgence, faites le 15 » (2015, p. 191) Suzanne Tartière exprime d'ailleurs tout l'intérêt de croiser SHS et

De la même manière, il deviendrait possible d'extraire automatiquement des appels pour étudier les pratiques d'orientation dans le système de soins, et éventuellement de comparer l'orientation suggérée par le professionnel et celle proposée par le système algorithmique.

Bilan

Nous avons proposé ici une méthodologie vers l'annotation des phénomènes interactionnels qui signalent le déploiement de perturbations dans les appels urgents au SAMU. Cette proposition s'inscrit en réponse directe aux difficultés observées dans notre analyse du corpus d'appel. Il s'agit toutefois d'une ébauche méthodologique qui nécessite la mise en place de travaux complémentaires menés par de nouvelles équipes qui s'en saisiront, la nourriront, la feront évoluer, la compléteront. Le déploiement de la visio-régulation ouvre la perspective de prendre également en compte la dimension multimodale et non plus exclusivement verbale des interactions (Mondada, 2005b). Ainsi, pourra être mis au point un outil destiné à aider les professionnels dans le cours des interactions, sans chercher à remplacer leurs aptitudes décisionnelles ou à standardiser leurs manières de gérer les interactions et les énoncés qu'ils produisent. Nous avons voulu conceptualiser un système algorithmique qui, au lieu de chercher à remplacer les humains par des machines, tenterait d'inventer des machines capables de travailler en étroite interdépendance avec les humains.

médecine urgente : « les urgences sont le carrefour de toutes les détresses et le SAMU est un formidable observatoire de Santé Publique qui s'ignore. Autour de la régulation médicale, on devrait constituer un groupe de créativité avec des sociologues, des philosophes, des éthiciens, des économistes de la santé, des ergonomes… Tout un staff qui analyserait l'évolution des demandes, les difficultés auxquelles nous sommes confrontés. Le Samu serait force de proposition. Je pense que sa légitimité en dépend. »

Chapitre 9 :
Interfaces et espaces d'interactions urgentes

Préambule

Dans ce chapitre nous nous interrogeons sur des formes renouvelées de l'accès aux soins urgents. Pour cela, nous allons nous attacher à questionner les modalités techno-organisationnelles actuelles d'orientation des patients dans le système de soins et en dessiner d'autres. Après avoir abordé la perspective d'interfaces numériques d'accès aux soins, de type application smartphone ou site internet, nous proposerons d'autres espaces possibles d'interactions urgentes.

Au préalable, il nous semble utile de répondre à la crainte que l'accès aux soins urgents via des dispositifs numériques n'agrandisse les inégalités sociales-numériques en santé. Premièrement, et c'est fondamental, un outil de santé connecté ne doit jamais remplacer un accès non numérique aux services de santé. La digitalisation ne doit pas faire disparaitre le guichet et l'accès téléphonique : les différents modes d'accès doivent être améliorés simultanément. Ensuite, nous envisageons avec Granjon (2022) que l'intérêt porté à la question de la *fracture numérique* se traduit généralement par une attention focalisée sur les problèmes d'accès aux équipements, distinguant les citoyens qui sont équipés de ceux qui ne le sont pas. Or, la question de l'accès aux services publics numériques peut être abordée sous un autre aspect. Il faut interroger la responsabilité des designers d'interfaces dans l'exclusion numérique. La multiplication des actions de médiation adressées aux usagers les plus éloignés du numérique n'empêche pas une grande partie de la population, y compris la *digital native* que nous sommes, de se trouver régulièrement démunie devant la complexité des démarches administratives à faire en ligne. Il ne s'agit donc pas d'adresser le problème de l'adhésion de la population aux services numériques uniquement depuis la question de littératie numérique, et d'y répondre avec des actions de formation.

Nous souhaitons plutôt alerter sur le pénible design de nombre d'interfaces de nos services publics[278]. La dématérialisation des services, vécue comme une injonction par une partie de la

[278] Kay et Goldberg (1977 : 15) alertaient déjà dans une célèbre publication du Xerox Palo Alto Research Center : « *the burden of system design and specification is transferred to the user*. » (N.d.T : « le fardeau de la conception et des caractéristiques du système est transféré à l'utilisateur »). Alan Kay est considéré comme un des pères de l'informatique. Nous nous sommes consacrée à comprendre son influence sur les nouveaux processus d'innovation des interfaces utilisateur dans notre mémoire de recherche. Les travaux du psychologue Donald Norman ont aussi joué un rôle dans cette mouvance. En France, le remarquable travail d'Hubert Guillaud nous a beaucoup appris sur le sujet.

population, pose la question de la responsabilité des designers quant à la responsivité de la conception de ces interfaces pourtant conçues pour réduire le *fardeau administratif* des citoyens (Alauzen, 2019, p. 1). Cela, surtout lorsqu'elles deviennent l'unique voie d'accès à certains services. Il est regrettable que nos capacités d'action et d'autonomie soient encore trop souvent empêchées par les défaillances des sites web et applications numériques des services publics[279].

En fait, quelle que soit la pertinence de la finalité des dispositifs que nous proposerons, *in fine* une mauvaise interface utilisateur suspend tout l'intérêt de leur mise en service. Nous insistons donc sur l'importance de redéfinir les formes de nos interfaces et de leur *practicité*[280] (Lorusso, 2021) et proposer des technologies *habilitantes* (Zuboff, 1988). Pour une véritable émancipation des citoyens, il est impératif de concevoir des interfaces qui ne pré-définissent pas les capacités d'action mais amplifient au contraire les possibilités de choix. Des interfaces *conviviales* (Illich, 1973, p. 45) qui constituent des espaces de liberté, des mondes ouverts[281].

1. Une interface vers le soin urgent

Nous assistons à une véritable plateformisation (Casilli & Posada, 2018) de nos activités sociales mais également de nos interactions avec les services publics et cela concerne aussi le champ de la santé[282]. Particulièrement, la transformation de l'accès aux soins s'accompagne

[279] Prenons par exemple le site internet et l'application numérique de la Caisse d'Allocations Familiale (CAF). Malgré des refontes fréquentes du design de l'interface, les barrières sont encore nombreuses pour déposer une demande d'aide. On observe que ces dispositifs reposent encore souvent sur la transmission de formulaires CERFA complexes, difficiles à trouver, ne pouvant être déposés directement sur l'interface et enfin trop volumineux pour être envoyés par courriel. Le rapport 2022 de l'Insee (Gleizes et al.) indique qu'en 2021 un tiers des adultes en France ont renoncé à effectuer une démarche administrative en ligne.

[280] Lorusso (2021) définit deux formes de praticité des interfaces : d'un côté, celle qui sert l'autonomie des individus et où « les connaissances nécessaires pour prendre la décision sont accessibles et modifiables » (il donne l'exemple du flux RSS) et la *praticité hétéronome* (ou *impracticité*) où les connaissances sont *obscures* et transformées en *procédures silencieuses* et où les savoir-faire sont automatisés (il donne l'exemple du fil de Twitter).

[281] Stiegler (2015) décrit le processus de *prolétarisation* qu'induisent les techniques où l'individu se retrouve dépossédé de son savoir-faire, c'est-à-dire privé de la richesse et de la particularité de ses gestes.

[282] La plateformisation des services de l'État est un projet politique. Inspiré par Tim O'Reilly (2011) *le modèle d'État-plateforme* s'est imposé comme nouveau modèle de réforme de l'État. Il est au cœur du projet de transformation de l'État de ces dernières années (Verdier & Pezziardi, 2017) Rattaché aux concepts de *startups d'État* il promeut des méthodes *agiles*, des *données ouvertes* et travaille à la *coopération entre les services* et au soutien à l'innovation privée. Le terme d'État-plateforme, central dans la communication gouvernementale de 2014 à 2018 est aujourd'hui moins présent (Jeannot, 2020, p. 1) mais nous avons relevé qu'il demeure encore au cœur du projet du Ségur de la Santé. En 2022, la DGOS annonce qu'une plateforme de services reposant sur l'interfaçage des logiciels éditeurs est préférée au projet d'un logiciel de régulation national, dans cette logique d'État-plateforme (cf *infra.* présentation du SAMU).

d'une volonté de l'organiser autour du traitement de nos données (la plateformisation par les données), de l'optimisation des ressources et de la simplification de l'accès aux soins.

Alors que s'organise un virage numérique de l'accès aux soins[283], nous élaborons deux axes de réflexion pour la conception d'une interface numérique. Ils sont fondés sur les analyses interactionnelles menées précédemment. Il s'agit notamment de préfigurer ce que serait le Service d'Accès aux Soins (ou une plateforme équivalente) dans son déploiement via d'autres canaux que le tandem téléphonie avancée / système informatique professionnel et le site internet sous forme d'un portail de services et d'une banque d'informations de santé[284].

AXE 1 – S'ORIENTER DANS LE SYSTEME DE SANTÉ

Lisibilité du système de santé	▪ Fournir une information fiable, stabilisée avec les autres institutions du soin et du secours. ▪ Œuvrer à la reconnaissance de tous les acteurs de la santé. ▪ Limiter la multiplication des interfaces numériques d'accès aux soins.

Les appelants au SAMU rendent régulièrement visibles des conceptualisations erronées sur la manière dont est organisé notre système de santé et la réponse aux besoins urgents (cf. *supra* chapitre 6). Pour une partie des usagers perdure un manque de lisibilité de notre système de santé. Si des objectifs de simplification des numéros d'accès aux soins sont annoncés, onze numéros téléphoniques différents demeurent en 2022. Surtout, persistent dans l'esprit des usagers des imprécisions quant à la place de certains acteurs de santé, tant dans le réseau

[283] E-santé et santé connectée sont au cœur du projet de réforme « Ségur de la Santé ; ma santé 2022 ». Toutes les mesures sont consultables sur https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/. Consulté le 10 mai 2022.
[284] Pour une présentation du SAS, le Service d'Accès aux Soins, se référer à l'annexe *infra*. Dès le lancement des expérimentations en 2020, il est annoncé que le SAS devra se déployer sur d'autres canaux que la seule ligne téléphonique.

d'intervention urgente que dans l'ensemble du système de santé. Ce qui n'est pas sans conséquences sur les interactions au SAMU.

Cette opacité de l'organisation du réseau d'acteurs du soin et de l'urgence, nous l'avons relevée dans plusieurs appels du corpus.

- Dans l'appel **C15HN A 13**, lorsqu'il est signalé qu'une infirmière de maison de retraite a téléphoné aux pompiers plutôt qu'au SAMU afin de signaler la détresse respiratoire d'une résidente (« °c'est une :: infirmière qui appelle° >au lieu d'appeler le quinze elle a appelé le 18< ; L 135-136).

- Dans l'appel **C15HN B 31**, lorsqu'un patient, dont la demande a été d'abord adressée aux pompiers avant d'être régulée au SAMU, choisit de recontacter les pompiers pour savoir où est l'ambulance SMUR (« le gars il nous rappelle pour savoir où en est l'ambulance (.) je te le repasse » ; L 7).

- Dans l'appel **C15HN B 2**, ce sont encore les difficultés des usagers à comprendre la structuration des différents services de l'hôpital qui sont rendues visibles lorsque l'appelante transférée au SAMU depuis l'accueil de l'hôpital pense qu'elle va avoir un ophtalmologue au téléphone (« allo/ je suis bien au service d[es urgences urgences& [de ophtalmiques/ : L 7-9 ; « [je croyais qu'ils allaient me [passer un médecin] ophtalmologue& L 34-35) « je sais pas si vous- même vous êtes ophtalmo sans doute= » L 83).

- Dans l'appel **C15HN B 4,** l'opérateur du 18 annonce à l'ARM que la patiente « est aux urgences » (L 10-11). Cette dernière explique s'être rendue aux urgences sur le conseil de sa pharmacienne (« alors elle a elle a la la la dame de la pharmacienne m'a dit j'étais avec ma belle-fille et elle m'a dit il faut aller vous allez aux urgences » ; L 38-40). Or le médecin régulateur du SAMU comprend qu'elle ne sort pas du service des urgences de l'hôpital mais de la maison médicale de garde sur le site de l'hôpital (« c'était bien j'ai vu le doc le docteur là euh y'a une annexe je crois à l'hôpital là j'ai vu un docteur= » L 46 ; « voilà à la maison médicale » L 50).

Nous avons de plus relevé que des conflits peuvent émerger entre l'ARM et l'appelant, du fait que ce dernier ne saisit pas qu'un ARM n'est pas habilité à envoyer un véhicule de transport médicalisé pour une demande hors départ reflexe, c'est-à-dire pour une demande qui ne relève pas de l'urgence vitale évidente (dans **CH15N A 23** et **C15HN A 20**) .

Au regard des évènements interactionnels observés dans ces appels, l'objectif serait que l'interface numérique d'accès aux soins permette de clarifier l'organisation du système de santé et des services de soins pour la population. Quels sont les différents corps de métiers de la santé, à quels horaires sont-ils joignables, où sont situés ces acteurs, quelles sont leurs fonctions et rôles ? Quelles sont leurs possibilités d'action, à quelles fonctionnalités technologiques et à quelles ressources matérielles ont-ils accès ?

Il importe que tous les acteurs du système de santé, et particulièrement les moins connus du grand public que sont les assistants de régulation médicale, mais aussi les infirmiers (et infirmiers de pratique avancée), les aides-soignants, les autres professions dites paramédicales et également les travailleurs et travailleuses du médico-social, soient clairement identifiés dans l'interface numérique d'accès aux soins. Si les innovations technologiques peuvent perpétuer, voire renforcer les relations entre les différents acteurs du soin, elles peuvent aussi permettre de les redistribuer. Les dispositifs peuvent être considérés comme des supports de pratiques de care (Pols, 2012). C'est ce que les anthropologues de la santé ont nommé *la matérialité du Care*.

La population doit identifier clairement l'organisation et la composition de notre système de santé et les options qui s'offrent à eux[285]. Le site du ministère de la Santé et des Solidarités propose déjà une présentation de chaque métier et de chaque service de la santé et du médico-social. Toutefois, ces informations gagneraient à être intégrées tout au long des démarches d'accès aux soins et non pas uniquement sur un dispositif à visée strictement informationnelle. Pour le dire autrement, il faut que l'information soit déployée tout au long de la démarche d'insertion dans un parcours de soins. Cela semble particulièrement pertinent lorsque l'usager

[285] Cela passe aussi par le fait de proposer une information claire et fiable sur ce qu'est un professionnel de santé. Pour pouvoir s'assurer qu'un praticien ne donne pas d'informations mensongères sur ses qualifications, les usagers devraient pouvoir accéder directement dans l'interface à l'annuaire officiel des professionnels de santé (RPPS). Par suite d'une interaction de santé jugée problématique par le patient, celui-ci doit pouvoir obtenir facilement des informations sur ses droits et comment être accompagné du point de vue de la justice et d'un suivi psychologique et médical.

cherche à joindre un service qu'il n'a pas l'habitude de joindre, comme le SAMU ou certains services de spécialité.

Il est ensuite primordial que les dispositifs numériques d'accès aux soins ne reproduisent pas les instabilités terminologiques et les messages contradictoires parfois adressés à la population. C'est pourquoi doit se déployer un travail de clarification des rôles des acteurs du soin et des termes qui les désignent. Un lexique stable et simplifié de l'accès aux soins qui soit partagé par toutes les institutions publiques. Les informations produites sur les dispositifs numériques doivent faire l'objet d'une très large concertation pluri-professionnelle suivie d'une validation légale. Ce travail ne peut être confié à un groupe limité de personnes qui les transfèreraient ensuite aux concepteurs. Il s'agit là de faire reconnaitre l'importance fondamentale de l'harmonisation et de la stabilisation des informations de santé publique pour l'accès aux soins[286].

D'autre part, il faut également s'interroger sur la multiplication des outils numériques de gestion de la santé. Pour gérer notre complémentaire santé nous sommes invités à utiliser le site internet ou l'application mobile Amélie de l'Assurance Maladie. Il sera bientôt déployé une interface dédiée à la e-carte Vitale[287]. Depuis 2022, un nouvel outil est disponible : Mon Espace Santé (MES). Ce dispositif remplace le DMP (Dossier médical partagé) et intègre une messagerie pour échanger avec les professionnels de santé[288]. Un agenda de santé et l'accès à des applications tierces devraient être ensuite intégrés. Il s'agit d'abord de faciliter la communication entre usagers et professionnels et de donner ensuite aux citoyens la possibilité d'accéder à leurs documents de santé. Le MES peut être envisagé comme un carnet de suivi des soins. Il est pensé pour qu'y agissent ensemble les patients et leurs professionnels de santé. Il permet d'accéder à d'autres services numériques des institutions de la santé (p.ex. : le portail patient des hôpitaux ou des dispositifs de prévention) et d'entreprises privées de e-santé (p.ex. : des outils de télémédecine ou des objets connectés). Pour le professionnel de santé, le MES est toujours un Dossier médical partagé (DMP). Les informations de santé qui y sont déployées sont d'une importance fondamentale pour les professionnels du SAS, ceux-ci auront accès au

[286] Le rapport MARCUS (Mission de Modernisation de l'Accessibilité et de la Réception des Communications d'Urgence pour la Sécurité, la Santé et les Secours) de 2019 souligne l'importance de mettre en place une sémantique homogène pour caractériser le traitement de l'appel d'urgence entre les métiers.
[287] Comme annoncé en 2020 par la ministre de la Santé Agnès Buzin dans le cadre de la feuille de route sur le « virage numérique en santé ».
[288] Notons que les échanges se font à l'initiative du praticien.

MES. Si le projet fonctionne, c'est-à-dire si la population utilise bien le MES, il permettra de réunir en un même endroit des documents ajoutés par l'usager et ses professionnels de santé dont ceux des hôpitaux, les médecins de ville, les biologistes et les pharmaciens. Cela fournit un historique médical automatiquement visible lors de l'acte de régulation médicale au SAMU. Si cet historique ne peut remplacer les possibilités de narration des patients, il peut en revanche aider le professionnel dans son travail de compréhension de la situation. Il s'agit de faciliter la construction interactionnelle de l'historique médical, d'éviter des malentendus ou d'obtenir des informations sur le parcours de soins que l'appelant n'aura pas jugé utile de mentionner[289].

Pour les patients atteints d'affections longue durée, les dispositifs numériques en santé peuvent éventuellement s'additionner car de nombreux établissements proposent aujourd'hui leur propre application numérique pour le suivi des maladies chroniques. À ces environnements numériques des services publics, s'ajoutent les solutions numériques proposées par les entreprises privées de la santé. La volonté de simplifier notre système de santé ne doit pas sous-évaluer les risques que comporte la multiplication des acteurs[290]. Comment l'usager pourrait-il faire le bon choix d'interface d'accès aux soins dans un contexte concurrentiel[291] ? Ne serait-il pas possible d'imaginer un véritable virage organisationnel afin que ne se constitue pas une trop vaste galaxie d'applications d'accès aux soins et informations de santé[292] ? Pour le service public, la concurrence peut en effet être rude avec les applications numériques d'acteurs privés disposant de capitaux importants et capables de s'adapter rapidement aux innovations technologiques et aux transformations des usages de santé quand les projets gouvernementaux

[289] Rappelons que le patient peut choisir de rendre visible ou non certains actes de soins dans son historique. Ainsi, un patient est en droit de choisir délibérément de ne pas mentionner un acte de soins, une pathologie.

[290] Il s'agit aussi de veiller à une utilisation raisonnée des ressources et ne pas inciter à la surconsommation de soins. Cela nous semble pouvoir être garanti plus aisément dans une interface publique que dans un dispositif privé d'accès aux soins nécessairement soumis d'abord à des impératifs de rentabilité économique. En régulation médicale, le coût n'est pas un critère devant être pris en compte, comme mentionné dans le guide de la Haute Autorité de Santé (2011, p. 3) : « Le critère économique (solvabilité ou coût de l'opération) ne constitue pas un facteur limitant la prise en charge ».

[291] Nous nous posons aussi la question des conséquences écologiques de ce morcellement du marché entre de très nombreux acteurs se consacrant à des dispositifs recouvrant les mêmes fonctionnalités et finalités. Cela s'accompagne d'un éparpillement de nos données de santé, loin d'être en sécurité sur certaines applications de santé (Lemke, 2021). Les usagers sont aussi exposés à des pratiques commerciales frauduleuses. Le média en ligne Numérama révèle l'existence de faux numéros qui apparaissent fréquemment dans les premiers résultats lorsque l'on inscrit « médecin de garde » sur un moteur de recherche. Des plateformes, telles que « allo-medecin-garde.fr », « service-medecin.fr », « urgencemedecin.fr » ou « allo-sos-medecin.fr » renvoient vers un numéro fortement surtaxé avec de surcroit d'importants délais d'attente.» https://www.numerama.com/politique/620351-faux-sos-medecins-ces-numeros-surtaxes-qui-profitent-de-la-detresse-des-internautes.html publié le 24 avril 2020. Consulté le 17 mai 2022.

[292] Si l'on souhaite mettre au point un véritable outil de la refonte du système peut-être faudrait-il envisager de réunir en un même endroit certains espaces numériques de santé ?

de modernisation de l'accès aux soins se construisent plutôt à l'échelle de la décennie (cf. *infra* annexe présentation SAMU).

Coordination des soins	▪ Bien formaliser les parcours des patients. ▪ Optimiser la prise de rendez-vous de la médecine ambulatoire, SNP, médecine de ville, des soins médico-psycho-sociale. ▪ Favoriser l'accès à des dispositifs médico-sociaux

Les activités de conseil et d'orientation assurées par des médecins libéraux occupent une part importante de l'activité des SAMU. Le SAS permet notamment d'orienter les patients vers une maison de santé pluridisciplinaire ou une maison médicale de garde. Nous avons, dans ce sens, donné quelques exemples d'appels motivés par une question sur l'accès à la médecine générale (p.ex. : C15HN B 3 ; CH15HN B 24 ; et C15HN B 26) ou par la demande d'interprétation d'analyses (C15HN B 34). Dans l'ensemble du corpus collecté, l'appel au SAMU est régulièrement motivé par la recherche du numéro du médecin, du dentiste ou de la pharmacie de garde, par une question de gynécologie ou de santé sexuelle.

Nous avons examiné des demandes où la décision de régulation se fait sur d'autres facteurs que le strict problème médical d'un patient :

- c'est le cas de la demande d'aide de proches de patients souffrant de maladies chroniques ou d'affections longue durée (C15HN A 9) ;
- il est question d'isolement social dans l'expression de souffrances psychologiques (C15HN B 4 ; C15HN B 8 ; C15HN B 27) ;
- il y a perte d'autonomie quand une patiente âgée ne peut se rendre chez l'ophtalmologue par ce qu'elle souffre d'une cruralgie au poignet (C15HN B 2) ;
- ce sont des raisons matérielles et administratives qui sont sous-jacentes à la demande de santé adressée au SAMU par un appelant ne disposant pas d'une couverture sociale (C15HN B 14).

Dans les situations examinées, ce sont bien des motifs matériels conjugués à des difficultés sociales et non pas la seule condition médicale qui vont motiver la décision du régulateur du SAMU. C'est pourquoi, il semble important qu'une interface numérique d'accès aux soins favorise l'accès à des dispositifs du médico-social et du médico-psycho-social[293]. Lorsque le patient introduit un besoin de santé sur l'interface, la réponse pourrait ne pas être uniquement de proposer un rendez-vous en cabinet ou une interaction à distance avec un professionnel de santé ou une structure de soins urgents. Il faut prendre en compte l'ensemble des déterminants sociaux (et matériels) de la santé. C'est là la traduction technologique d'une volonté des architectes du SAS, qui travaillent déjà à intégrer des travailleurs sociaux aux salles de régulation médicale téléphonique.

Définition de l'activité institutionnelle

- Ne pas laisser au patient la responsabilité de déterminer lui-même la gravité de son problème de santé.
- Ne pas se polariser sur la dichotomie urgent vs non urgent / légitime vs non légitime.
- Prendre en compte le fait que la réalité de l'activité institutionnelle est fabriquée dans le cours des interactions.

Nous avons observé la nécessité d'un travail de clarification des termes institutionnels de l'accès aux soins et au secours (cf *infra*. présentation du SAMU). Il en va de même pour la définition de l'activité institutionnelle. Celle-ci doit faire l'objet d'une réévaluation au regard de l'évolution des usages, l'objectif étant une prise en compte par tous les acteurs de l'activité réelle des SAMU et d'en garantir la traduction technologique. En effet, nos analyses ont permis de mettre au jour la persistance d'une configuration socio-organisationnelle qui appuie dans

[293] Nous donnons deux exemples de dispositifs d'aide peu connus : (i) l'accueil familial qui est un dispositif médico-social ayant pour vocation l'hébergement et l'accompagnement des personnes âgées et/ou handicapées (ii) L'intervention éducative à domicile (IED) pour des parents qui rencontrent d'importantes difficultés relationnelles avec leur enfant.

l'espace techno-interactionnel une dichotomie entre demandes de santé légitimes ou illégitimes. Particulièrement, nous avons examiné comment une activité routinière ne trouve pas de traduction dans le dispositif technologique (cf. *infra* chapitre 3). De surcroit, si nous avons choisi pour objet d'analyse l'activité ordinaire du SAMU, constituée de demandes de soins non programmés et de conseils médicaux, c'est que nous souhaitions souligner la persistance de *frontières hybrides* entre motif approprié et non approprié.

C'est pourquoi la conception d'une interface numérique d'accès aux soins doit avoir pour principe de ne pas valoriser de façon systématique des formes de soins urgents véritables au détriment d'autres types de demandes médicales ou médico-sociales[294]. Pour que cela soit possible, les concepteurs de l'interface ne devront pas travailler à partir de besoins de santé supposés, ni sur une typologie de demandes jugées légitimes, car correspondant aux missions de l'institution telles qu'elles ont été établies en amont. Bien qu'il soit possible d'identifier des modèles récurrents d'interactions, nous l'avons vu, les buts et missions de l'institution se construisent et se reconfigurent au sein même des interactions. Celles-ci sont un accomplissement profondément dynamique et collaboratif qui n'est pas réductible à une liste de situations médicales.

[294] C'est pour cela qu'un pré-triage sous forme de questionnaire, comme le proposent déjà des applications numériques orientées vers l'identification des besoins de santé, ne nous semble pas souhaitable. L'interface doit faciliter la parole en interaction pour accéder à la qualification des demandes de santé par des professionnels humains, voir *infra*.

Rôle des proches et des aidants	▪ Des modes d'accès et de communication avec les praticiens pensés spécifiquement pour les proches des patients. ▪ Apporter du soutien aux aidants et aux proches.

Nous l'avons vu, la demande de santé adressée au SAMU est très souvent introduite par un tiers proche du patient[295]. Ces tiers endossent alors un rôle interactionnel complexe : ils sont les porte-parole d'un sentiment d'urgence ou d'un diagnostic profane de leur proche. Nous avons notamment examiné les conséquences interactionnelles de tentatives de transfert de la responsabilité d'un proche vers le SAMU, lorsque la situation devient trop difficile à gérer seul (cf. *supra* chapitre 4 ; chapitre 5). Outre la figure du proche qui appelle pour un besoin exceptionnel, les tiers-appelants peuvent être des proches aidants de patients atteints d'affections longue durée[296].

Comment l'interface numérique d'accès aux soins pourrait-elle faciliter le rôle des proches aidants ? Outre l'organisation et la coordination des diverses interventions médico-sociales, les proches aidants apportent un soutien moral et psychologique essentiel, contribuent au maintien du lien social et à l'accès aux droits de la personne aidée. Ils peuvent aussi se voir confier par le corps médical des missions de surveillance thérapeutique. Car si les proches aidants ont longtemps été les acteurs invisibles dans l'accompagnement des personnes fragiles, leur travail est désormais de mieux en mieux pris en compte dans le système de soins. Un point central étant celui de l'aide aux personnes âgées dépendantes qui est largement partagée entre la sphère domestique et le système de santé.

[295] Il n'existe pas à notre connaissance de chiffres distinguant les appelants patient des tiers au SAMU.

[296] Dans un article à paraitre, nous examinons l'appel au SAMU de la mère d'une jeune fille ayant une maladie chronique et celui d'une femme dont le mari est atteint d'un cancer.

En fait, l'interface numérique d'accès aux soins doit être un espace d'interaction et de soutien aux aidants. En outre, sa conception doit répondre à un constat : les 8,3 millions d'aidants en France recouvrent des réalités et des besoins très divers (*ibid.* para.2). On veillera à la prise en compte dans le dispositif technologique de la diversité de leurs situations et des conséquences sur leurs vies personnelles. Comment un tel dispositif numérique pourrait-il par exemple aider les proches à articuler leur activité d'aidant avec leur activité professionnelle, leur vie intime et familiale et leur propre santé ? Tout d'abord, en facilitant leur travail et en le coordonnant avec les interventions des agents de la santé et du *care.* L'interface numérique de santé doit pouvoir les aider à organiser les taches d'aide et les rendre compatibles avec celles des autres intervenants[297]. Cela signifie faciliter l'accès aux ressources effectivement mobilisées par les aidants pour mener à bien le travail d'articulation (Strauss, 1985) entre leurs différentes activités, en prenant en compte des éléments tels que la distance géographique entre le lieu de l'activité professionnelle et le domicile du patient, les possibilités et la durée des transports (et donc la faculté de se rendre rapidement ou non au domicile du proche aidé) ou encore le fait de pouvoir compter sur un autre aidant (Charlap et al., 2019, para. 8).

L'engagement des proches est à présent reconnu par les politiques publiques, introduisant la notion d'un droit au répit et la réforme du congé de soutien familial[298]. Toutefois, les droits sociaux destinés aux aidants demeurent mal connus et peu adaptés (*ibid.* para.7). Le croisement des données de l'aidé et de l'aidant pourrait permettre d'informer ces derniers sur les dispositifs d'aide auxquels ils ont droit : financement d'aides à domicile, dispositifs de répit ou de congé, par exemple. L'objectif est d'atténuer les effets négatifs de l'aide sur la vie professionnelle des aidants, sur leur vie sociale, sur leur situation économique et financière et sur leur santé. L'interface pourrait éventuellement participer à l'application de ces mesures[299], sachant que le nombre d'aidants va devoir considérablement augmenter dans les années à venir en raison du

[297] Cela implique que les espaces personnels de santé des personnes dépendantes ou malades puissent être connectés à ceux de leurs aidants, de la même manière que pour un parent et son enfant. Une fonctionnalité qu'il est prévu d'intégrer au MES (Mon Espace Santé).

[298] Le statut juridique d'aidant est inscrit dans la loi de 2005 révisée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015 puis consolidé par la loi n°2019-485 du 22 mai 2019 . Le *congé de soutien familial* remplacé par le *congé de proche aidant* en 2017. S'ensuit « la stratégie nationale de mobilisation et de soutien des proches aidants projet, d'élargissement des bénéficiaires. Le congé de proche aidant est mieux indemnisé depuis octobre 2020. Il permet aux aidants de mieux concilier leur vie professionnelle et personnelle. Il leur assure le versement d'une allocation journalière de proche aidant (AJPA) au niveau du SMIC, soit un montant de 58€ nets par jour.

[299] L'étude d'Alauzen (2021) nous invite toutefois à considérer avec prudence l'idée d'un calcul algorithmique des droits aux aides. Dans « Splendeurs et misères d'une start-up d'État » l'autrice raconte le processus qui a mené à la conception du dispositif de l'interface Mes-aides.fr puis à son abandon.

vieillissement de la population dans un contexte où le recours à des aidants professionnels se heurte parfois à une capacité de financement insuffisante (*ibid.*)

AXE 2 – APRÉS LA REGULATION MÉDICALE

Suivi des décisions médicales	▪ Favoriser l'interprétabilité des décisions des médecins régulateurs et autres professionnels du SAS. ▪ Permettre au patient d'obtenir des informations complémentaires personnalisées.

Comment l'interface numérique pourrait-elle fournir des informations personnalisées au patient après l'acte de régulation médicale ? Dans le cours d'un appel au SAMU, le médecin régulateur dispose d'un temps limité pour expliquer sa décision. L'appelant n'a pas forcément réussi à mémoriser précisément les consignes et leurs raisons sous-jacentes. S'il ne s'agit pas de l'intervention d'une équipe SMUR, il peut s'agir d'un simple conseil médical, d'une prescription, de l'organisation d'une consultation, d'une téléconsultation ou d'une visite à domicile avec un professionnel de santé.

Il semble alors possible d'intégrer automatiquement à l'espace personnel de l'appelant des informations sur la décision médicale qui vient d'être prise par le médecin régulateur du SAMU (ou un autre professionnel du SAS) et favoriser ainsi sa compréhension. L'enregistrement de la décision du régulateur pourrait se faire par une saisie manuelle sur le logiciel métier (comme c'est le cas actuellement) ou par un traitement automatique de la parole.

Lorsque le professionnel de santé prodigue un conseil médical ou prescrit un traitement, ceux-ci pourraient figurer automatiquement sur l'espace personnel du patient. Ainsi, après l'interaction avec le SAMU, le patient pourrait consulter ces informations aussi souvent qu'il le souhaite, directement depuis son espace de santé numérique. En outre, cet espace de santé

numérique pourrait, par le croisement des données de prescriptions, prévenir d'éventuelles interactions médicamenteuses, le patient étant rarement en mesure de décrypter les notices et d'avoir une visibilité d'ensemble sur le ou les traitements qui lui sont prescrits.

Consentement, adhésion aux décisions	▪ Une interface axée sur le consentement éclairé des patients et qui favorise la médiation. ▪ Permettre la traçabilité des décisions des médecins régulateurs du SAMU et autres professionnels du SAS.

Dans sa déclinaison la plus classique, la notion de démocratie en santé est construite autour de l'impératif du respect des préférences d'un patient, envisagé comme un acteur à part entière de sa propre santé et sur lequel les intervenants n'ont pas à plaquer, au nom de leur expertise, leur conception de ce qui est bon ou pas (Lechevalier Hurard et al., 2017, para. 50). Dans sa traduction légale, c'est la loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients qui formule l'obligation d'information des patients dans tous les actes qui concernent leur santé, ainsi que leur droit à refuser des soins. Nous l'avons vu, l'annonce des décisions médicales et les clôtures des appels au SAMU rendent parfois visible un faible degré, voire une absence de consentement de l'appelant (C15HN A 12). Le risque est alors que le patient ne suive pas la décision du médecin (C15HN B 26; C15HN B 14).

Comment matérialiser consentement et adhésion aux décisions médicales dans le dispositif technologique ? Dans l'appel C15HN A 10, nous avons vu que la catégorisation en « appelante agressive » sur le logiciel métier permet de clôturer le dossier de régulation médicale après un conflit entre l'appelante et ses interlocutrices du SAMU. Il se trouve que les appelants n'ont pas accès au motif de clôture de l'appel tel qu'il est renseigné dans le logiciel métier. On peut considérer que celui-ci gagnerait à être intégré directement à l'espace personnel de l'appelant, à l'issue de la communication, avec un matricule des agents qui ont traité l'appel. Le dispositif technologique doit favoriser une participation active et permettre notamment que la clôture de l'appel ne soit jamais une hétéronomie que subit passivement le patient, même lorsque l'interaction a été conflictuelle. Le partage du motif de clôture de l'appel (abandon de l'appel,

annulation de la demande, rupture communicationnelle ou décision médicale). Ensuite, il s'agit de mettre en place l'interconnexion de la fiche de régulation médicale et de l'espace de santé connectée de l'appelant.

Favoriser la lisibilité et la traçabilité des décisions des praticiens du SAMU, contribuerait aussi à la continuité des soins. Le motif de clôture de l'appel pourrait éventuellement être partagé avec des institutions partenaires. Enfin, alors que les dispositifs de recueil de la satisfaction et de l'expérience des patients dans le système de santé restent encore marginaux[300], l'interface d'accès aux soins pourrait offrir des espaces d'interaction entre le système de soins et ses usagers, ainsi que des modes facilités de contestation éventuelle des décisions[301].

2. Agents virtuels en régulation médicale

Après avoir développé ces deux axes de réflexion pour les interfaces numériques d'accès aux soins, nous abordons désormais la possibilité que s'y déploient des interactions automatisées avec des agents non-humains. Il est indéniable que les interfaces conversationnelles se généralisent dans la vie sociale. Elles prennent soit la forme de *chatbots* ou de *voicebots* (en version vocale, aussi décrits comme des assistants vocaux). Ces dispositifs de dialogue humain-machine sont désormais partout. Des « incarnations interactionnelles de l'intelligence artificielle » (Velkovska et al., 2020, p. 2) qui entendent simuler nos facultés conversationnelles et se déploient particulièrement dans le champ de la santé.

Il existe deux types d'interactions automatisées avec un agent non-humain. D'un côté, il y a les programmes fondés sur les mots-clés produits par les utilisateurs pour puiser leurs réponses dans une base de données préexistantes, ce qui consiste en une arborescence de réponses à des questions prédéfinies, de l'autre, on trouve les programmes de *machine learning* où le programme informatique enrichit la compréhension des demandes formulées et des réponses à

[300] Afin d'évaluer la qualité des soins, il existe des indicateurs internationaux PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) et PREMs (Patient-Reported Experience Measures) qui sont des indicateurs centrés sur les patients. S'ils sont expérimentés en France depuis un dizaine d'années, ils font désormais partie des recommandations HAS dans son rapport rendu public le 1er juillet 2021. Les PROMs évaluent les résultats des soins par les patients eux-mêmes, grâce à des questionnaires. Les PREMs s'intéressent à l'expérience vécue par le patient au cours des soins.
[301] Il ne s'agirait pas de *commenter*, exprimer sa satisfaction ou son insatisfaction. Cela ne devrait concerner que les situations où les proches souhaitent poser des questions sur le déroulé de l'appel, obtenir un enregistrement, ouvrir un litige.

apporter, au fil des interactions[302]. Dans les deux cas, ce sont des programmes informatiques de dialogue dit *naturel.*

Pour les concepteurs, il s'agit d'agents conversationnels ou chatbots conversationnels. Leur ambition est désormais de mettre au point des agents conversationnels incarnés (ECA ; *embodied conversational agent*) exprimant des attitudes et des émotions tant au niveau verbal (forme de l'énoncé, intonation etc.) que non-verbal (gestes, expressions, etc.). Introduits par (Cassell et al., 2000) ils sont parfois aussi nommés *agents conversationnels expressifs* (ACE) ou *Expressive Embodied Conversational Agents* (ECA) et peuvent également prendre la forme d'Agents Conversationnels Animés (ACA). Des projets technologiques qui travaillent à faire oublier l'artificialité des échanges. Ils cherchent pour cela à produire des formes discursives et interactionnelles permettant « d'approcher (voire atteindre) le modèle de la communication entre humains » (Perea, 2016, para. 82). Pour simuler une réponse humaine naturelle « l'interlocuteur numérique doit ressembler un peu à un humain pour permettre la mobilisation des ressources conversationnelles. Il s'agit de donner au dispositif quelques traits d'humanité pour que l'interlocuteur humain mobilise les ressources de la conversation. » (Perea, 2022, p. 18). La notion d'interaction naturelle automatisée recouvre aussi l'idée que demain devraient se déployer, dans le cadre de dialogues homme-machine, des interactions égalitaires jusqu'au point où « la machine n'est alors plus simplement un objet technique rendant possible un traitement linguistique : elle vise à rivaliser avec l'ensemble des compétences des sujets parlants » (Perea, 2016, para. 9-11).

Or, il n'y a là qu'une illusion d'un état de *langage naturel* et cela pour plusieurs raisons. Tout d'abord, reconnaissons ce qui constitue un langage automatisé. Pour Perea (*ibid*. para. 16) : « les formes de dialogue dit *naturel* impliquent de ne pas nécessiter d'effort technologique particulier de la part de l'utilisateur pour se rapprocher des modes d'interactions exclusivement humains. ». Comme le formule Paveau (2015) nous adoptons des formes *technodiscursives* qui participent dès lors de cette impossibilité de reproduire la conversation humain-humain. Perea (*ibid.* para. 101) parle d'une tension allocutive : « un continuum entre une « adresse humanisée » (l'agent humain s'adresse à la machine en mobilisant les ressources qui sont celles de la communication interhumaine) et une « adresse mécatronique » (l'agent humain est engagé dans un souci de clarté procédurale et prend en compte le fonctionnement

[302] Se référer au chapitre 7 pour une présentation du *machine learning* (ML) et de l'intelligence artificielle (IA).

de la machine). À cela, poursuit-il, s'ajoute une tension énonciative : « que la machine « parle comme un humain » (« code humanisé ») ou que l'humain « code comme une machine » (« discours technologisé »). Ainsi, dans un souci d'intercompréhension la machine « s'humanise » et l'humain, désireux d'être compris par la machine, se « technologise » (*ibid.*).

L'agent non humain est naturalisé et l'agent humain doit technologiser son comportement, sous peine d'échec de la relation engagée (Perea, 2022). Car l'illusion de conversation naturelle génère des *troubles interactionnels* et rend nécessaire un important *travail de l'utilisateur* pour être compris (Velkovska & Zouinar, 2018). Un travail de formulation et des procédures de réparation pour répondre aux troubles liés au désalignement séquentiel (*ibid.* 16) qui peut se traduire par une variété d'actions telles que reformuler les énoncés en les raccourcissant ou en les développant pour apporter des précisions, s'approcher de l'objet, modifier la diction (parler plus fort, plus lentement) ou la prononciation et qui constitue encore « la face cachée de l'IA conversationnelle » (*ibid.* 22). En fait, comme le rappelle Esteban (2020, p. 34) le dispositif ne fait rien de plus que de « donner l'impression d'avoir compris l'utilisateur ». Une illusion de la *convivialité* (Illich, 1973), un leurre conversationnel où l'utilisateur doit aider la machine au lieu de se faire aider par elle.

De plus, même si les utilisateurs mobilisent des pratiques langagières ordinaires, les réponses produites par les assistants n'ont pas un statut conversationnel dans la mesure où elles n'émergent pas de manière située, mais sont préconfigurées par les concepteurs (Reeves et al., 2018; Velkovska et al., 2020). Le type d'interactions médicales que nous abordons est articulé autour d'une demande d'aide, à minima un motif (p.ex. : douleur) mais le plus souvent une requête (qui peut-être implicite). Or, comme l'a souligné Enfield (2014, p. 42) la requête adressée à un artefact ne se fait pas de la même manière qu'à un humain. Dans l'interaction humain/humain, les deux parties sont motivées par des objectifs (*goal-driven*) et liées par une relation sociale ce qui a pour ont conséquence des manipulations interpersonnelles (*interpersonal manipulations*). Dans l'interaction avec des agents virtuels, bien que l'interaction puisse être co-construite en vue d'accomplir une action au bénéfice de l'humain (Clayman et al., 2014), l'humain est orienté vers ses objectifs personnels, quand son interlocuteur est orienté vers les objectifs implantés par les concepteurs. Les systèmes sont donc fondés sur une *illusion d'intuitivité* (*ibid.*) par la détection d'intentions correspondant à la

reconnaissance de requêtes sémantiques[303]. Esteban (2020, p. 30) souligne d'ailleurs que le terme *agents conversationnels*[304] se place précisément dans cette tension entre projet d'industrialisation de la parole spontanée, et personnalisation de l'interaction, questionnant le monopole des humains dans le domaine du travail relationnel.

On ne peut ici éluder la question des marqueurs émotionnels dans la parole spontanée. La présentation d'une demande de soin urgent implique souvent un état émotionnel important, pouvant aller de la simple inquiétude, à l'agitation, l'angoisse, la détresse jusqu'à la colère. Pour gérer ces émotions dans le cours de l'appel, les ARM et médecins doivent tout à la fois faire preuve d'empathie et montrer qu'ils reconnaissent la légitimité de cette émotion, tout en ne se laissant pas affecter par elle. Il s'agit de procédures interactionnelles fondamentales au bon déroulé de l'appel.

Nous considérons que les concepteurs de dispositifs d'interactions automatisées en régulation médicale ne devraient pas chercher à convaincre de la capacité des agents non-humains à détecter les émotions des usagers[305]. Ce postulat implique de considérer les émotions comme des éléments mesurables. Or, les approches par typologie sont de plus en plus remises en doute en ce qu'elles négligeraient la complexité des émotions humaines (Barrett et al., 2019; Wu, 2021). Si, comme le souligne Perea (2022, p. 47) malgré la personnification, « les humains ne sont absolument pas dupes : ils savent l'artificialité de la démarche », les ressources engagées peuvent tout de même être « de nature affective, sociale et sensible ».

Comment nous positions-nous face à la perspective d'une automatisation des interactions en régulation médicale ? Sans projeter dans ces outils des formes d'expertises ou des capacités humaines (voire surhumaines) et sans leur déléguer la gestion des émotions des usagers, il

---

[303] Pour Velkovska et al (2020) : « les intentions sont des thématiques de résolution de problème, incarnées par un mot ou un groupe de mots ; elles constituent des formes de balises sémantiques, permettant à l'outil de reconnaître une requête dans la formulation de l'interlocuteur humain. Pour que ces balises fonctionnent, un autre travail d'écriture est nécessaire : la rédaction des variations d'intentions. Les variations représentent les différentes manières de s'exprimer pour une même requête, et constituent une base d'expérience pour le chatbot ».

[304] C'est pourquoi, nous choisissons d'utiliser le terme « agent virtuel » plutôt que le terme consacré « agent virtuel intelligent » (AVI) et nous parlons « d'interactions avec un agent non-humain » ou « d'interactions automatisées » plutôt que d'« agent conversationnel ». Les termes « chatbot » et « voicebot » sont également utilisés.

[305] Les champs de recherche tels que l'IA émotionnelles (*emotion A.I*), informatique affective (*affective computing)* ou d'émotion artificielle intelligente (*artificial emotional intelligence*) s'y consacrent. Ils entendent mettre au point des dispositifs à même de comprendre, répondre, évaluer et reproduire des émotions humaines. Pour les concepteurs de ces technologies il s'agit d'*empathic conversational agent* (agent conversationnel empathique) ou *emotion-sensing A.I (*intelligence artificielle de détection des émotions.)

semble néanmoins possible d'envisager des modes *souhaitables* d'interactions automatisées. Comment définir alors ces interactions ? Une approche intéressante consiste à considérer les échanges avec des agents virtuels comme des phénomènes interactionnels *hybrides* (Krummheuer, 2015 ; Velkovska & Relieu, 2020 ; Zouinar, 2019). La notion *d'hybridité* permet de rendre compte de la double orientation des interlocuteurs : vers la conversation humaine (mobilisation de pratiques ordinaires) et vers l'interaction avec une machine (usage de mots clés, de commandes, d'impératifs, etc.). C'est dans ce cadre que nous nous plaçons pour imaginer des interactions avec les agents virtuels. La relation de service automatisée en santé (Velkovska & Beaudouin, 2014) nous semble plus souhaitable que celle d'une interaction médicale automatisée. Au lieu de dispositifs auxquels on attribuerait des fonctions professionnelles jusqu'alors occupées par des humains, il apparaît préférable de concevoir des systèmes capables de travailler en collaboration avec les professionnels, l'objectif étant de faciliter le travail de l'humain et non de le remplacer. Il est toutefois envisageable qu'une partie du travail administratif et routinier soit réparti entre la machine et l'humain.

Ainsi, dans les *agencements technologiques* (Velkovska & Relieu, 2020) que nous envisageons pour la régulation médicale, seules les procédures interactionnelles visant à obtenir des informations, à engager des activités, à favoriser la coopération et l'adhésion à la décision de l'agent humain sont jugées pertinentes. Il faut renoncer au projet d'une tentative anthropomorphique de gestion automatisée des émotions des patients, d'un agent virtuel apte à produire les énoncés appropriés pour rassurer, accompagner le patient dans la gestion de ses émotions à l'identique d'un dialogue entre humains[306].

Les systèmes déjà disponibles sur le marché sont articulés autour de séries de questions sur le problème de santé et des possibles réponses sur la base de scénarios écrits par les concepteurs puis affinés au fur et à mesure[307]. Dans la conception de ces agents virtuels l'une des premières étapes consiste à définir des « scripts d'usages ». Un travail de scénarisation qui se fait en amont des interactions (Esteban, 2020, p. 25). Cela signifie que les concepteurs imaginent la manière dont les interactions devraient se dérouler : ils modélisent des scénarios d'interactions.

[306] De la même façon nous ne jugeons pas souhaitable dans le processus d'aide à la décision, que le système interprète l'état émotionnel du patient par une catégorisation et une quantification. Toutefois, des éléments tels que les pleurs, les insultes, un haussement de ton important, certains énoncés ou certaines constructions syntaxiques doivent pouvoir permettre d'alerter le superviseur de salle et de procéder à un pointage automatique de l'appel dans la base de données à des fins de formation et de recherche.

[307] Ce sont là des approches statistiques (Luzzati et al., 2014, p. 50) autour de systèmes qui seraient capables d'apprendre de chaque échange une fois qu'ils sont mis sur le marché.

À ce jour, l'exercice de conception de chatbots consiste donc en un travail rédactionnel, les concepteurs anticipant le langage des usagers sous forme de variations d'intentions (*ibid*. 32)[308]. Alors, comment conceptualiser un type d'interaction automatisée qui ne prétend pas être une conversation naturelle et ne soit pas non plus un simple enchaînement standardisé de requêtes et de réponses ? Du point de vue méthodologique, il est tout d'abord fondamental que le chatbot soit nourri par de *vraies* interactions. Les concepteurs d'un agent virtuel en régulation médicale ne doivent pas *imaginer* des profils utilisateur types ou des besoins de santés supposés (cf. *supra* chapitre 7). Du point de vue de la conception technique, l'agent automatisé serait une combinaison entre technologie de reconnaissance automatique de la langue (ASR, *automatic speech recognition*) et un programme informatique construit à partir des méthodologies de l'AC (Mirheidari et al., 2019). Enfin, sur le plan interactionnel, le dispositif est fondé sur la reconnaissance de la dimension fondamentale dynamique de la parole en interaction.

Nous avons insisté sur la complexité des demandes de santé présentées au SAMU, particulièrement lorsque le problème est de nature inconnue et qu'il ne s'inscrit pas de manière évidente dans la voie AMU ou SNP. L'activité de régulation est un accomplissement profondément dynamique et collaboratif qui n'est pas réductible à une liste de situations médicales et de décisions correspondantes. Pour identifier la demande des usagers (motif + requête) ces interactions automatisées doivent être construites de manière à favoriser l'agentivité[309] afin que les requérants puissent exprimer leur point de vue selon leurs propres termes. Le système doit apprendre de l'annotation de corpus d'appels rendant visible la co-construction interactionnelle de l'activité décisionnelle et non pas de scénarios prédéfinis. Nous avons montré que lors des séquences interrogatives, l'agentivité est facilitée par le fait de produire plusieurs formats interrogatifs (cf. *infra* chapitre 4). Le caractère progressif de l'activité d'enquête et le temps qui y est accordé rendent possible l'émergence de l'information correcte. Ainsi, la prise en compte du caractère configurant des formats interrogatifs est fondamentale dans l'élaboration d'agents virtuels pour l'accès aux soins. Il s'agit de déterminer dans quels cas l'agent virtuel doit procéder à des reformulations pour consolider la collecte

[308] À propos de l'interprétation limitée de requête sémantiques dans le cadre d'appels urgents, nous mentionnions en introduction l'étude de Albert et al., (2019) qui examinent le cas d'une appelante qui demande une pizza à l'opérateur mais cherche en réalité à signaler qu'elle est en situation de danger et que son agresseur est à côté d'elle.

[309] Pour rappel, le concept d'agentivité désigne, selon le psychologue américain Albert Bandura (1985), la capacité des individus à être des agents actifs de leur propre vie, c'est-à-dire à exercer un contrôle et une régulation de leurs actes.

informationnelle et dans quels cas le fait de poser systématiquement la même question favorise le bon déroulé de l'activité (Mirheidari et al., 2019).

Du point de vue des objectifs concrets, à quoi devrait servir un agent virtuel en régulation médicale ? Sans les automatiser intégralement, les tâches de collecte informationnelle (*information acquisition tasks*) pourraient être partagées entre le professionnel et l'agent virtuel (*chatbot* ou *voicebot*). Il s'agit principalement de questionner l'usager en amont de la conversation avec un agent humain. L'agent virtuel est également une possible alternative aux serveurs vocaux interactifs, permettant l'interaction avec l'appelant pendant les éventuels temps d'attente entre les différents interlocuteurs des institutions du soin et du secours.

Tâche 1 **Réaliser des bilans de santé basiques**	▪ Un outil de vérification des symptômes (*symptom checkers*). L'agent virtuel pose au patient une série de questions qui et dresse une liste de causes ou d'affections possibles. L'agent humain qui va ensuite traiter la demande est informé.
Tâche 2 **Orientation des demandes**	▪ Aide à la détermination de la meilleure la voie d'entrée dans le système de soin pour le patient. Selon les cas il s'agit (i) d'aider à décider quel est le bon numéro à contacter, (ii) de proposer un rendez-vous en face à face dont la nécessité peut être estimée par un croisement entre des données sur la disponibilité des professionnels et les données produites dans l'interaction-automatisée. Cela permet de proposer plusieurs solutions possibles en fonction de la volonté et des besoins du patient. ▪ Fournir une information fiable et pertinente pour la facilitation des démarches de santé et du médico-social.
Tâche 3 **Pré-collecter la localisation**	▪ Collecter une adresse ou des marqueurs de localisation. Le chatbot peut se nourrir de vastes

	corpus d'appels pour constituer des savoirs sur la géographie locale des appelants (*landmark ;* Nattrass et al., 2017c, p. 84) dans des zones géographiques précises.
Tâche 4 **Pré-collecter les informations primaires**	▪ Collecte ou vérification des informations primaires (âge, sexe, contact) en amont de l'interaction avec l'agent du SAMU.
Tâche 5 **Rappel de la décision médicale**	▪ À l'issue de la communication avec le médecin régulateur ou un autre professionnel du SAS, l'usager peut demander à l'agent virtuel de lui communiquer de nouveau la décision médicale et les informations pratiques correspondantes.

Dans leurs formes actuelles, les interactions avec des chatbots sont consultables a postériori si elles ont eu lieu via le compte personnel de l'usager sur une application de messagerie instantanée (p.ex. : contacter le chatbot d'un musée ou de la SNCF depuis l'application Messenger Facebook) mais pas si elles se déploient directement sur le site internet ou l'application du service public ou de l'entreprise privée. Les interactions textuelles avec l'agent virtuel sur l'interface numérique d'accès aux soins pourraient être archivées pendant un temps[310] et éventuellement consultables sur Mon Espace Santé.

Enfin, soulignons que de nombreux usagers communiquent de plus en plus par l'intermédiaire de vocaux, d'images et de vidéos dans leurs conversations privées et professionnelles. Un système qui souhaiterait être au plus près des usages communicationnels de la population gagnerait à prendre en compte ces pratiques de communication numérique et les rendre possibles dans le cadre des interactions automatisées. Le traitement automatisé de photographies et de vidéos dans ces interactions virtuelles peut notamment concerner une blessure mineure ou aider à la localisation.

[310] Étant donné l'important coût environnemental du stockage de données, un temps limité d'archivage (quelques jours ou quelques semaines) est préférable.

3. Autres espaces possibles d'interactions pour le soin urgent

Nous avons observé dans l'appel **C15HN B 34** que le médecin ne propose pas à l'appelante de lui transférer par mail les résultats d'analyses envoyés par le laboratoire. L'interaction qui s'ensuit est alors particulièrement longue. Les services de mails ou les applications de messageries instantanées sont pourtant des outils qu'une grande partie des usagers sait utiliser. Il semble dès lors pertinent de proposer des interactions via des canaux de communication déjà utilisés par la population. Surtout que nous avons souligné précédemment que la multiplication des interfaces peut être un frein à la lisibilité de notre système d'accès aux soins. Il s'agit de permettre à l'usager en santé de communiquer via le canal qu'il utilise déjà au quotidien. Cela ne pourrait se faire que dans le cadre de partenariats garantissant la confidentialité des données des usagers, qui ne doivent pas être collectées et traitées à des fins autres que l'interaction de santé. Il ne semble pas souhaitable que nos interactions de santé se déploient dans des interfaces appartenant à des groupes technologiques privés et étrangers (type GAFAM ou BATX[311]). Un travail légal devrait établir sur quel type de services de mails le niveau de confidentialité des données est garanti. C'est là une opportunité de travailler à notre souveraineté numérique : si des services publics efficients se déploient dans des services de messageries français ou européens, la population pourrait privilégier leur usage dans d'autres types d'interactions.

Il semble également important de proposer des alternatives à la santé connectée en développant des canaux de communication adressés aux usagers soucieux d'accéder aux soins par des voies plus frugales, à plus faible coût environnemental et sans se sentir dépossédés de leurs données personnelles. Le SMS (*Short Message Service*) ou « texto » devrait ainsi être envisagé pour l'accès aux soins. Il a pour avantage d'être accessible au plus grand nombre et en particulier aux usagers ne disposant pas d'un smartphone ou ne souhaitant pas utiliser un service de santé connectée[312]. Contrairement aux chatbots évoqués précédemment, avec un chatbot SMS l'usager n'a pas besoin d'être connecté à internet. Le SMS rend possible des interactions tout autant instantanées qu'asynchrones. Le MMS (Multimedia Messaging Service) permet quant à lui le partage de documents (photographie ; vidéo) dans l'espace de l'interaction. Autre

[311] GAFAM pour Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft ; BATX pour Baidu Alibaba, Tencent et Xiaomi.
[312] Un nombre grandissant de personnes choisissent de se munir de téléphones mobiles basiques (aussi appelés *features phones* ou *dumb phones).* Ce sont des téléphones qui ne sont pas des smartphones. Ils séduisent notamment pour leur sobriété écologique et leur sécurité (peu de partage de données).

avantage non négligeable : l'échange demeure dans le temps et peut être consulté tout moment. Le SMS convainc aussi par sa dimension frugale, pouvant être déployé à faible coût, et par sa dimension inclusive car il nécessite peu de compétences numériques et est déjà accessible sur tous les dispositifs (fixes ou mobiles)[313].

Le SMS est déjà utilisé dans les interactions urgentes pour deux fonctions : localiser et voir. Dans sa forme chatbot, le SMS pourrait participer à l'activité de régulation médicale de plusieurs manières : tout d'abord en envoyant automatiquement un rappel de la décision médicale après l'appel (éventuellement sur demande de l'usager). Cela inclut potentiellement l'envoi d'une prescription par MMS, un rappel des consignes médicales produites par le médecin régulateur et, le cas échéant, un numéro à contacter ou une l'adresse à laquelle se rendre, avec les horaires d'ouverture correspondants. Cela permettrait également de rappeler aux requérants qu'une équipe de secours est en route, et si possible dans combien de temps elle arrive. Une vidéo avec les gestes de premiers secours pourrait être transmise. Si les logiciels métiers interconnectés détectent que le patient n'a pas suivi la décision du médecin régulateur (p.ex. : téléphoner à SOS Médecin ; se rendre à la maison médicale de garde ; se rendre aux urgences), un SMS pourrait éventuellement être envoyé pour suggérer au patient de contacter de nouveau le SAMU. L'échange de SMS permet également d'automatiser le recueil et l'analyse de la satisfaction des appelants après l'appel.

4. Serveurs vocaux interactifs

Lorsque la technologie des serveurs vocaux interactifs (SVI) le permettra, certaines informations pourraient être collectées automatiquement et des consignes pourraient être données aux appelants lors des temps d'attente.

Il y a deux types de temps d'attente à distinguer dans les appels au SAMU :

Tout d'abord celui avant le premier décroché : il s'agit de la durée d'attente de l'appel avant d'être décroché par un ARM. Comme l'explique (Petitdemange, 2021, p. 36) ce temps d'attente avant le décroché peut lui-même être décomposé en deux temps : le temps de réponse et le temps de sonnerie. Le temps de réponse correspond à l'accueil vocal du SAMU : un message

[313] Il est en effet possible d'envoyer des SMS depuis son ordinateur ou sa tablette.

d'accueil est diffusé à tous les appelants. Ensuite, le temps de sonnerie correspond au moment où le téléphone de l'appelant sonne en attendant d'être décroché par l'assistant de régulation médicale. Actuellement, les SAMU commencent à mesurer le temps d'attente à partir du moment où l'appel a passé l'autocommutateur et le disque d'accueil du SAMU (*ibid.*).

Le second temps d'attente a lieu après l'échange avec l'assistant de régulation médicale lorsque l'appel est transféré à un médecin (ou à un autre professionnel du SAS). Cela peut correspondre au temps nécessaire jusqu'à ce que le médecin ait terminé sa communication précédente et soit de nouveau disponible mais aussi, et c'est le cas dans le corpus d'appel, il peut s'agir du temps nécessaire pour la passation à l'oral entre ARM et médecin.

Les serveurs vocaux interactifs fonctionnent soit par la pression de touches du clavier soit par reconnaissance vocale[314]. Avec les interfaces vocales (*voice user interface* ; VUI) s'ouvrent des possibilités en reconnaissance et de production automatisée de parole et ce dans les deux types de temps d'attente susmentionnés. À partir des résultats de nos analyses interactionnelles, nous proposons des fonctionnalités à envisager pour l'extension des serveurs vocaux interactifs au SAMU :

Collecte automatisée des informations primaires de la victime
Objectif → Mettre à profit l'éventuel temps d'attente avant le premier décroché pour procéder à la collecte automatisée des informations primaires.

Grace à l'enregistrement automatisé des informations primaires dans le dossier de régulation, les répondants, aujourd'hui engagés dans une multiactivité intense, pourraient disposer d'une attention renforcée sur leur activité d'écoute et d'orientation des patients.

[314] Cela ne peut se faire qu'avec des systèmes hautement performants de reconnaissance vocale, ne favorisant pas la reconnaissance automatique de tel ou tel groupe d'appelants.

Cette collecte automatisée concernerait :

L'identité de l'appelant et de la ou les victime (s)	L'identification catégorielle pourrait être engagée avec une question du type : « votre demande concerne-t-elle vous-même ou une ou plusieurs autres personnes ? ». Il est fréquent que l'appelant ne soit pas présent auprès de la personne qui a besoin d'aide. Il pourrait être également demandé : « êtes-vous en présence du patient ? » et, le cas échéant obtenir un moyen de le joindre. L'âge du patient pourrait également être collecté avant le décroché.
La localisation de l'incident	Nos analyses nous prémunissent de considérer que la collecte d'une localisation est une activité facilement automatisable. Nous avons vu par exemple, dans le cas du jeune homme qui annonce « je suis en bas » qu'il n'est pas en bas de son immeuble comme le comprend l'ARM mais au rez-de-chaussée de l'hôpital (appel **C15HN B 14**). Toutefois, en couplant cette reconnaissance vocale au déploiement de l'AML horizontal et vertical (cf. *infra* chapitre 3) le dispositif s'en trouverait renforcé.

Pré-orientation des demandes avant le décroché

Objectif → Mettre au point des systèmes perfectionnés de serveurs vocaux interactifs pour débuter l'orientation avant le premier décroché.

Avant le premier décroché, une fonctionnalité initiale est envisageable : un dispositif automatisé (un *voicebot*) pose une première question à l'appelant pour aider à pré-qualifier sa demande. Cela serait particulièrement utile dans des contextes d'augmentation significative et imprévisible du nombre d'appels. Nous préconisons qu'il ne devrait pas s'agir de demander à l'appelant d'annoncer sa requête. En effet, les premiers mots des appelants et particulièrement la première occurrence de la demande, doivent être réservés à un agent humain. Il ne s'agit pas non plus de demander aux appelants de procéder à une qualification de leur problème médical à partir du modèle binaire urgent vs non urgent (AMU ; SNP). Toutefois, et particulièrement lors de crises sanitaires ou d'évènements importants impliquant un grand nombre de victimes, les appelants pourraient participer à l'orientation de leur demande en prononçant un mot-clé[315]. Par exemple, et c'est le cas déjà dans certains SAMU, le serveur vocal interactif permet aux professionnels de santé de s'identifier avant le premier décroché et leur appel d'être acheminé d'une manière distincte. Cette pratique de serveur vocal interactif déjà en cours dans ces SAMU gagnerait à être étendue à tous les SAMU et à tous les appelants dans une version augmentée et profondément adaptable aux évènements imprévisibles et de large ampleur.

[315] Sur le modèle de ce qui se fait déjà sur les lignes téléphoniques d'assistance service client ou certains services publics (ex « si votre demande concerne le paiement de votre facture tapez 1 ou dites facture »). Dans la perspective de la reconfiguration prochaine des numéros urgence, s'il s'agit d'un numéro commun à plusieurs institutions, l'appelant pourrait éventuellement être invité à identifier le nom de l'institution à laquelle il souhaite être adressé.

Production sonore automatisée pendant les temps d'attente pour faciliter la coopération.

Objectif → Mettre à profit les éventuels temps d'attente entre deux interlocuteurs pour, selon les cas, faciliter la coopération et la co-construction avec l'interlocuteur suivant, favoriser l'activité de transfert, rappeler les gestes à effectuer, transmettre des informations.

L'attente entre les différents interlocuteurs peut être envisagée comme un espace interactionnel qui n'est pas à ce jour suffisamment exploité. Nous avons vu que les annonces sonores diffusées présentent parfois des instabilités, particulièrement elles peuvent annoncer le mauvais interlocuteur (cf. *supra* chapitre 6). Surtout, nous avons observé des situations de dilemme interactionnel : il n'est pas rare que l'appelant doute de la quantité d'informations déjà en la possession du médecin qui n'est jamais primo-décrocheur ou de l'ARM quand l'appel a été transféré depuis le 18.

Cela nous conduit à suggérer qu'un système perfectionné permettraient d'assurer que l'interlocuteur annoncé par la voix automatique corresponde systématiquement à l'annonce faite par l'ARM au moment du transfert. Un tel système serait particulièrement utile dans la configuration du SAS (service d'accès aux soins) qui intègre à la salle de régulation différentes professions, de la santé (libérale et de spécialité) et du médico-social. Cela implique aussi qu'un appel puisse être transmis à un opérateur de soins non programmés[316] qui va lui-même potentiellement transférer l'appel au service de santé adéquat. Dans le cas de la régulation bi-niveaux[317], l'annonce sonore doit bien préciser que le prochain répondant est ARM N2 (et non pas le médecin). Enfin, nous mentionnions précédemment (cf. *supra* chapitre 3) qu'il serait utile que lorsque les appelants ne parlent pas français la communication puisse être transférée à un ARM sur le territoire national parlant anglais ou la langue de l'appelant (à défaut que l'appel ne soit traité par un professionnel présent dans la salle de régulation). Dans ce cas-là, une annonce sonore appropriée serait automatiquement déclenchée.

[316] Opérateurs de Soins non Programmés : Se référer à l'annexe « présentation du SAMU ».
[317] Régulation bi-niveaux : Se référer à l'annexe « présentation du SAMU ».

Pour mettre à profit ce temps d'attente, il est également envisageable qu'un rappel des consignes adaptées à la situation de l'appelant soit produit. Nous avons vu tout au long des analyses, qu'il est important pour les appelants d'être informés du caractère progressif de l'interaction, et qu'ils soient assurés du fait que la demande a été bien prise en compte. Cela nous amène à considérer que le temps restant avant le prochain décroché pourrait être estimé automatiquement et annoncé comme c'est le cas dans certaines interactions de service. Si l'ARM a déclenché les secours et que l'appelant est en attente du décroché par le médecin, l'annonce sonore peut informer l'appelant qu'une équipe de secours est bien en route, si possible dans combien de temps elle arrive et quelle est la meilleure conduite à suivre en l'attendant et à son arrivée.

Enfin, nous avons soulevé la question du consentement dans la pratique de l'examen médical téléphonique avec une victime qui signifie ne pas pouvoir parler au téléphone (par exemple dans les appels C15HN B 26 ; C15HN A 10 ; C15HN A 9). Le temps d'attente entre l'ARM et le décroché par le médecin peut être mis à profit pour préparer les appelants aux protocoles à venir et favoriser ainsi leur compréhension en expliquant l'importance de cette pratique.

Bilan

Dans ce dernier chapitre, nous avons proposé des stratégies d'amélioration et de développements futurs pour l'environnement technologique de l'accès aux soins au SAMU :

- des serveurs vocaux interactifs nouvelle génération (reconnaissance automatique de la parole, pré-orientation des patients) ;
- une IA conversationnelle/ NLP *natural language processing* pour la saisie des informations factuelles ;
- des agents virtuels en régulation médicale ;
- d'autres espaces possibles d'interactions pour le soin urgent (interfaces frugales).

Conclusion et perspectives

Dans cette recherche, notre réflexion s'est construite autour de plusieurs questions. Tout d'abord, comment l'observation ethnographique multimodale en salle de régulation médicale au SAMU permet-elle d'enquêter sur le lien réflexif entre choix organisationnels et déroulé des interactions ? Comment les participants aux appels mobilisent-ils des ressources *in situ et in vivo* pour coordonner leurs actions malgré les contraintes produites par le dispositif technologique à leur disposition ? Que nous apprend l'analyse conversationnelle d'un corpus d'appels sur la structuration de la détermination de l'urgence des demandes de santé ? Quelles sont les méthodes des participants pour accomplir des actions orientées vers des objectifs ? Comment la dimension urgente est-elle produite et négociée *in situ* par les participants à l'interaction ? Comment apparaissent des conflits ou des orientations interactionnelles discordantes et est-il possible d'en identifier la source dans des environnements séquentiels particuliers ? Enfin, dans une visée applicative, que peut apporter l'analyse interactionnelle à la régulation médicale au SAMU ? Quelles préconisations technologiques, organisationnelles, pédagogiques, pouvons-nous formuler après l'examen interactionnel d'un corpus d'appels et l'enquête ethnographique en salles de régulation médicale ?

Nos résultats s'inscrivent à l'intérieur de deux axes de recherche. D'une part, dans le cadre des Sciences du langage, ils contribuent à une meilleure connaissance de l'ajustement entre pratique et action dans le déroulement des conduites interactionnelles des participants aux appels au SAMU. D'autre part, nos résultats se positionnent dans le courant des *Workplace studies* et d'une ethnographie à visée interventionniste. Notre travail veut ainsi contribuer à l'optimisation des conditions d'accomplissement de cette activité médicale singulière et plus particulièrement d'informer la conception de ses outils technologiques. Les résultats acquis dans cette thèse montrent l'intérêt des méthodes des Sciences humaines et sociales pour l'amélioration des pratiques professionnelles et les processus d'innovation dans le champ de la santé en particulier dans celui des appels en relation avec l'urgence médicale.

Ethnographie d'activités professionnelles configurées par le dispositif technologique

La première partie de l'analyse a été consacrée à la documentation des pratiques professionnelles en salle de régulation médicale. L'objectif était de rendre compte de la réflexivité entre fonctionnalités technologiques et pratiques situées. En mobilisant entretiens de recherche, données audio et vidéo et notes d'observations nous avons révélé les conditions matérielles et technologiques de l'accomplissement des activités de régulation dans les deux salles de régulation observées. Nous avons ancré l'analyse dans la description de la façon dont les membres de l'institution font face aux manquements des dispositifs qui sont mis à leur disposition. Par exemple, nous avons mis en évidence que certaines activités professionnelles quotidiennes, ordinaires, ne sont pas intégrées au dispositif technologique. Les professionnels doivent mener leurs interactions en produisant un travail caché (*hidden labour*) pour atténuer les effets (*to cushion* ; Pooler 2010) des manquements technologiques. Cela nous a également permis de souligner que ce sont les demandes des appelants qui façonnent l'activité professionnelle, et que celle-ci se trouve sans cesse renouvelée dans le cours même des interactions.

Une focalisation sur les « appels complexes » au SAMU

Dans une seconde partie, les questions de recherche ont été principalement appréhendées par l'analyse d'un corpus d'interactions que nous avons qualifiées d'appels complexes. Ils ont comme dénominateur commun de ne pas s'inscrire de manière équivoque dans un mode de qualification binaire en urgent / non urgent. Nous avons tenté de rendre compte, d'un point de vue interactionnel, d'une série de difficultés que rencontrent les participants dans la détermination de l'urgence. Notre démarche a été d'examiner les appels dans le détail des tours, des énoncés et des activités pour comprendre comment les participants travaillent à déterminer le caractère urgent du problème médical présenté.

Si nous avons placé la focale sur ce type d'appels c'est qu'ils sont parfois le lieu de séquences de désaccords, de malentendus ou de négociations qui peuvent instaurer un climat délétère. La plupart des cas examinés donnent à voir une structure trilogale dans laquelle les locuteurs ne parviennent pas à s'aligner dans le déploiement des activités de l'appel, et ne sont pas affiliés dans leur interprétation du problème médical. Dans la grande majorité des cas, les appelants n'expriment pas de réticence à confier la décision au médecin. Il faut toutefois que celle-ci soit explicitée afin que l'appelant puisse être affilié avec le point de vue professionnel. C'est la

condition *sine qua non* à leur adhésion à la suite des soins et à la transformation de leurs *objectifs privés* en une qualification co-construite.

Dans ce corpus d'appels complexes, le problème de santé est souvent présenté avec des énoncés qui ne sont pas immédiatement connotables médicalement. Dans certains cas, la raison de l'appel est produite sous la forme de narrations où s'enchevêtrent attributs-symptômes et le récit d'une errance médicale ou d'une situation qui dure depuis un certain temps. Une autre dimension de la complexité de ces interactions est que la raison de l'appel peut être un cumul de motifs médicaux et non médicaux, telles que des circonstances matérielles ou sociales ou des difficultés à s'orienter dans le système de soins. De plus, on observe un entremêlement entre un motif explicite (le problème médical du patient ; la douleur) et une requête plus implicite. Si le répondant n'a pas identifié quelles sont les véritables attentes de l'appelant, des perturbations interactionnelles peuvent survenir. Dès lors, l'identification de ces deux éléments (motif + requête) est à envisager comme une pratique facilitant le travail de régulation médicale. Du point de vue du SAMU, les descriptions des appelants dans ce corpus d'appels complexes n'évoquent généralement pas l'urgence vitale. Si elles orientent vers le besoin de soins non programmés, elles sont toutefois produites avec un fort sentiment d'urgence.

La notion d'urgentabilité

Dans d'autres cas, l'appelant se montre peu coopérant dans le déploiement des activités de régulation médicale : il demeure strictement orienté vers sa requête. Nous avons décrit le travail de légitimation des raisons de l'appel en soulignant que des difficultés apparaissent quand les participants à l'appel ne co-construisent pas la détermination interactionnelle de l'urgence. Cela nous a amené à proposer la notion *d'urgentabilité* pour décrire l'orientation ou non des locuteurs vers l'activité de co-construction de la qualification du problème médical. Ce faisant nous avons adapté la notion de *doctorabilty* introduite par Heritage et Robinson (2006a) qui eux-mêmes l'avaient reprise de la notion de *policable* mobilisée par Zimmerman (1984b) et Meehan (1989) dans leurs travaux sur les appels au 911. En cela, notre travail s'inscrit en prolongement des études conversationnelles des procédures de légitimation des demandes d'aide.

Révéler les trajectoires des séquences d'opposition

En décrivant les manifestations interactionnelles du désaccord dans les appels, nous avons révélé des trajectoires d'émergence de conflits pouvant mener à la rupture communicationnelle. Nos descriptions soulignent l'importance du placement séquentiel de certaines activités (p. ex. : l'annonce de la décision médicale ; demander à parler à la victime) et de l'introduction d'un thème (p. ex. : mentionner le médecin traitant ; marquer l'inscription de la douleur dans le temps long ; argumenter sur la capacité à s'exprimer). Nous avons essayé d'appréhender le déploiement des activités prototypiques de la régulation médicale par le biais de procédures interactionnelles vers la résolution d'objectifs communs séquentiellement situés. L'objectif étant de mieux saisir les situations où l'appelant est orienté vers un type d'activité (p.ex. : envoi d'un véhicule ; convaincre de la dimension urgente de son problème) et que son interlocuteur déclenche un autre type d'activité (p.ex. : obtenir la localisation ; interrogations sur l'historique médical). Enfin, nous avons questionné le statut du protocole d'examen médical téléphonique particulièrement lorsque le déclenchement de cette activité produit des complications interactionnelles spécifiques. Il a été question d'examiner comment les locuteurs se mobilisent les uns les autres pour accomplir des actions orientées vers des buts.

Les perturbations dissimulées d'une interaction à l'autre

L'examen séquentiel a également permis de rendre visibles certaines perturbations interactionnelles, parfois dissimulées (Garcia, 2013, p. 92), qui peuvent survenir dans le cours des appels et être transmises d'un interlocuteur à l'autre. Il peut notamment s'agir d'un problème lié à une ambiguïté sémantique, un décalage définitionnel ou encore une construction verbale qui n'informe pas suffisamment l'action. Du point de vue des apports et contributions au domaine de l'analyse conversationnelle, ce travail participe à une compréhension approfondie des conséquences interactionnelles des choix linguistiques des interactants et de la dimension pragmatique particulière des conduites verbales. Plus spécifiquement, nous contribuons à une meilleure connaissance des formes linguistiques d'une part pour produire une demande d'aide et de l'autre pour exprimer son désaccord.

Transferts des appels et agentivité

Par la focalisation sur des appels transférés, nous avons déterminé que lorsque les ARM ne sont pas primo-décrocheurs cela a des conséquences sur la structure des appels au SAMU et sur l'agentivité accordée aux appelants. Dans le corpus étudié, les ARM s'orientent plutôt d'abord vers la pré-qualification de leur collègue pompier que vers le point de vue de l'appelant. En outre, le premier lieu pertinent pour une présentation selon les termes de l'appelant apparait plus tard que dans les appels adressés directement au SAMU. L'objectif des ARM est de maintenir l'activité dans la temporalité de l'urgence et garantir la progressivité du traitement des demandes. Toutefois, en mettant en suspens la présentation par l'appelant de la raison de son appel, un élément important inconnu du second décrocheur peut-être produit à une position séquentielle plus tardive, ce qui pourrait retarder l'attribution du juste soin. En outre, l'appelant, n'assistant pas à la séquence de passation d'informations entre professionnels, peut se retrouver dans une situation de dilemme interactionnel, incertain quant aux informations dont dispose son nouvel interlocuteur. Nous avons décrit comment un conflit peut-être transféré du 18 au 15 sans que ne soient mises en place les conditions nécessaires à sa résolution au moment du changement d'interlocuteur. À l'aune de ces observations, il apparaît fondamental d'établir des protocoles communicationnels interprofessionnels entre les acteurs du réseau du soin et du secours, particulièrement dans un contexte de réorganisation des numéros d'urgence.

Dans une recherche complémentaire, il serait intéressant de produire une analyse spécifique des séquences de transferts entre professionnels, des pompiers au SAMU, depuis le standard de l'hôpital au SAMU et d'un interlocuteur à l'autre au sein du SAMU[318]. L'objectif serait de constituer une analyse plus poussée encore des modalités et conséquences du transfert d'appels en ayant accès à un large corpus inter-institutionnel. Ce travail pourrait être complété d'une analyse des requêtes répétées lors de seconds appels c'est-à-dire la réitération d'un appel à un

[318] L'idée d'une focalisation sur les séquences de transferts est née de nos échanges avec notre directeur de thèse M. Bonu alors que nous découvrions le corpus, et qu'il eut l'intuition que l'analyse des échanges ARM / Médecin entre les appels au SAMU constituerait un objet d'étude riche et jamais exploré. González-Martínez, Markaki et Bovey (2016, para. 5) signalent d'ailleurs à propos des travaux en analyse conversationnelle : « la littérature se concentre sur les conversations entre les soignants et leurs patients, délaissant celles réalisées entre professionnels dans des contextes médicaux ou cliniques. »

service d'urgence pour une même situation. On pourrait prendre en compte les répétitions diachroniques produites par des locuteurs appelants différents (Paoletti 2009, p. 231), quand les opérateurs traitent des appels pour une même situation sans que cela soit le même appelant. Un autre prolongement possible serait d'analyser les interactions à l'accueil des urgences lorsque les patients ont préalablement téléphoné au SAMU ou aux pompiers et n'ont pas obtenu de réponse favorable à leur requête et quel impact cela a sur les échanges avec les personnels d'accueil aux urgences et sur la suite des soins.

Problématiser la notion d'urgence

Si nous avons insisté sur la détermination de l'urgence comme une activité devant être co-construite, c'est qu'il nous semble que la notion même d'urgence est l'objet de tensions, de négociations sémantiques et définitionnelles. En effet, alors que nous analysions le corpus d'appels, il est devenu de plus en plus évident que la notion d'urgence mérite qu'on s'y arrête. Nous avons relevé sa nature à la fois duale et paradoxale.

À quoi s'applique l'urgence en santé ? D'abord à la nécessité de préserver la vie lorsque celle-ci est menacée. Cela passe par un acte de soins, un acte social, qui peut être simplement celui de nourrir, de protéger ou d'accompagner dignement. Dans la sphère publique, la notion d'urgence en elle-même est généralement abordée pour décrire des mésusages, des erreurs d'appréciation de la gravité et souligner qu'il y aurait un *savoir-faire moral* (Licoppe & Rollet, 2020, para. 70) quant à la qualification de l'urgence par la population. Par ailleurs, la notion d'urgence est convoquée à propos de la nécessité d'intensifier le triage entre l'urgent et le non urgent dans un contexte de crise. Il faut rappeler que l'adjectif urgent, attesté en français pour la première fois en 1340, est longtemps resté strictement associé au vocabulaire médical où il désigne ce dont on doit s'occuper sans retard parce que le pronostic vital est en jeu.

Dans notre étude, nous abordons la notion d'urgence au prisme de ses ressorts interactionnels, institutionnels et techniques. L'examen interactionnel a montré que les agents du SAMU qui traitent les appels peuvent être à la fois les médiateurs et les prescripteurs d'une approche dichotomique de l'urgence. Elle est le plus souvent atténuée par la notion d'urgence ressentie qui reconnaît le besoin d'une réponse immédiate pour une douleur difficilement surmontable. Dans sa dimension interactionnelle, l'urgence est déterminée dans un effort commun de celui qui demande de l'aide (*beneficiary*) et celui qui est en mesure d'apporter de l'aide (*benefactor*).

Voilà le travail que nous avons décrit. Dans ces espaces relationnels que sont les appels téléphoniques, le patient ou son proche peuvent faire reconnaître la dimension singulière de leur besoin, ils font le récit de leur appréhension subjective mais incarnée de la situation. Leur interlocuteur interprète ce récit avec son savoir expert et le met en relation avec les connaissances acquises, les usages expérientiels stabilisés et les ressources disponibles. C'est précisément cette relation qui constitue l'acte de régulation médicale.

L'examen d'appels où les participants peinent à qualifier l'urgence nous a conduit à réfléchir à ce que sont véritablement les déterminants de l'urgence. En réalité, il n'existe pas de réponse unique et stabilisée à cette question. C'est d'ailleurs là l'approche centrale de notre travail, la qualification de l'urgence est un accomplissement profondément dynamique et collaboratif dans les moindres détails qui n'est pas réductible à une liste de situations médicales. Elle n'est pas déterminée par une suite de vérités et de jugements apodictiques fondés sur une stricte classification nosologique. Dans ces appels complexes, il n'y a pas d'évidence indubitable, l'urgence est constituée dans l'activité interactionnelle. Ce sont à la fois les usages des appelants, leurs situations individuelles et les pratiques des professionnels qui façonnent l'activité plutôt que des référentiels associés à des protocoles systématiques. L'approche de ce qui est urgent ou non apparaît malléable selon qui traite l'appel. Elle est également soumise à des dynamiques internes et externes qui ne sont pas forcément visibles pour la population. Il s'agit, pour apporter le meilleur soin, de procéder à une mise en relation entre des facteurs tels que l'âge du patient, ses douleurs et symptômes, la durée de son problème, de possibles poly- pathologies et ses circonstances personnelles. Alors seulement, la réponse peut être graduée. C'est bien en ce sens qu'existe la régulation médicale, avec pour principe fondateur qu'une simple requête d'aide n'entraîne pas nécessairement l'intervention d'une équipe, à moins d'en fournir les bases raisonnables (Whalen & Zimmerman, 1990). Le travail d'identification et d'interprétation de l'urgence en santé repose sur des savoirs experts dont ne disposent pas les usagers. Pour autant, dans les interactions examinées, la qualification de l'urgence semble résister à toute tentative de calibrage et de standardisation. Ce sont les relations entre les acteurs et les appelants qui rendent possible la détermination de l'urgence. En ce sens, notre approche de l'urgence permet de réaffirmer toute l'importance du principe de régulation médicale, et de rappeler que ce qui fait la singularité de la réponse aux demandes de santé dans notre pays doit être préservé et renforcé.

Dans les circonstances actuelles, le SAMU souffre d'un manque de personnels et en particulier d'ARM et ce alors que le nombre d'appels ne cesse d'augmenter. Une telle tension sur l'activité ne peut qu'exacerber l'approche binaire appel urgent vs appel non urgent. Une tension qui *in fine* a des conséquences sur le climat relationnel des appels et éventuellement sur la trajectoire de soins des patients. Surtout, nous avons appris de nos rencontres avec les acteurs de l'urgence qu'un des aspects les plus importants des appels complexes est qu'une véritable urgence peut se cacher sous des descriptions évoquant la médecine générale.

Au regard des évènements interactionnels observés dans le corpus d'appels, notre objectif était de rendre compte qu'il peut être difficile pour les professionnels de la régulation médicale de traiter ces appels qui se situent dans la zone hybride de l'urgence. En effet, au-delà de la préoccupation de donner aux appels au SAMU le statut d'objet d'étude linguistique, ou de décrire les usages en tant que tels, cette étude est aussi à visée interventionniste. Notre manière de problématiser la notion d'urgence entend tout à la fois enrichir la formation professionnelle et la conception des futurs systèmes techniques.

Élaborer des propositions pédagogiques pour la formation en CFARM

Dans le temps de ce travail, nous avons pu intervenir chaque année en centre de formation des assistants de régulation médicale (CFARM de Nîmes et CFARM de Montpellier). Cela nous a permis de prendre en considération, tout au long de l'écriture, les apports possibles de nos analyses pour l'enseignement. Ce fut également l'occasion d'identifier certaines difficultés que peuvent rencontrer les formateurs, notamment l'impossibilité d'accéder à des enregistrements d'appels pour les étudier avec leurs élèves. Par ce que notre recherche est justement fondée sur l'analyse d'appels dans leurs moindre détails, transcrits et anonymisés, nous avons pu proposer en annexe de ce document 10 modules d'activités pédagogiques qui pourront être déployées dans les CFARM ou dans d'autres structures de formation d'opérateurs téléphoniques de demandes de santé, pour la formation initiale et continue. Ce travail pourra être poussé dans l'objectif de mettre à profit notre compréhension des phénomènes interactionnels afin d'outiller les protocoles communicationnels de la régulation médicale au SAMU.

Informer les processus d'innovation en régulation médicale au SAMU

Proposition 1 : Une IA interactionnelle

Nous avons proposé une méthodologie vers l'annotation des phénomènes interactionnels dans les appels au SAMU. L'objectif était de conceptualiser un outil d'aide à la gestion interactionnelle des appels au SAMU. Nous proposons une IA à visée interactionnelle. Il s'agit là d'une approche inédite. En effet, l'IA est généralement envisagée comme un outil d'aide à la détection des pathologies graves. Nous avons délibérément choisi de nous positionner différemment. Le postulat étant que nos préoccupations analytiques peuvent trouver une traduction dans des dispositifs technologiques. Et de répondre à plusieurs constats : au SAMU ce sont les difficultés interactionnelles qui complexifient la gestion de certains appels, quand bien même ceux-ci peuvent concerner des problèmes médicaux mineurs. Ensuite, l'activité principale des ARM et des médecins régulateurs est de trouver la meilleure orientation dans le système de soins pour chaque appel. Enfin, si la médecine souhaite appréhender les patients dans leur globalité et leur singularité, force est de constater qu'en régulation médicale les outils à disposition ne facilitent pas véritablement cette approche. En étudiant ces appels complexes, il nous est apparu qu'ils répondent d'un degré plus faible de coopération que les appels pour des urgences vitales évidentes. Ces appels, plus propices aux situations de conflit, se déroulent dans un huis clos et leur traitement professionnel ne dépasse généralement pas le binôme ARM / médecin régulateur.

Cela nous a amené à nous demander comment un outil technologique pourrait accentuer la dimension collaborative du traitement des appels complexes. L'objectif étant de renforcer un aspect déjà constitutif de l'activité : l'écoute flottante permet à tous les professionnels présents dans la salle de régulation de prendre part au traitement d'un appel, par exemple d'envoyer l'équipe SMUR, pour aider un collègue dont ils ont identifié qu'il répond à une urgence vitale. Notre objectif était de modéliser une collaboration renforcée entre les professionnels présents dans la salle de régulation médicale (interactions en huis clos VS co-traitement des demandes de santé) par le renforcement du rôle du coordinateur de salle avec un outil IA dédié à cette fonction.

Cet outil serait fondé sur un système d'interprétation en temps réel du contenu interactionnel des appels. Il serait un partenaire pour la résolution des difficultés relationnelles : le but étant

d'aider les professionnels dans leur gestion des appels complexes. D'autre part, l'outil favoriserait les activités orientées vers l'obtention du consentement, la traçabilité des décisions, la coopération, la co-construction et l'agentivité accordée au patient (patient acteur). Enfin, cet outil faciliterait la recherche de l'orientation la plus pertinente dans le système de soins.

D'un point de vue méthodologique, pour poursuivre cet objectif technologique, nous avons suggéré que ce système algorithmique soit fondé sur les méthodologies de l'analyse conversationnelle (AC). Il s'agit de fournir de « vraies conversations » au système apprenant avec des pratiques d'annotation de données qui s'appuient sur l'approche séquentielle des interactions (annotation par phases d'activités prototypiques à accomplir et examen des énoncés en contexte). Un autre prolongement possible de nos travaux pourrait être de nous inscrire dans un « tournant ethnographique et empirique » (Velkovska et al., 2020, para. 5) en produisant des analyses comparatives des pratiques actuelles d'annotation des données fournies aux systèmes d'aide algorithmique pour les appels urgents déjà existants et d'annotations fondées sur la méthodologie de l'AC.

Ajoutons qu'un système d'interprétation du contenu interactionnel des appels serait également utile à des fins de formation et de recherche. Il permettrait un meilleur accès aux données d'interaction par l'extraction automatique des appels complexes et conflictuels dans les bases de données des SAMU afin de constituer des corpus d'étude. De la même manière, il deviendrait possible d'extraire des appels en vue d'études sur les pratiques d'orientation dans le système de soins, et éventuellement de comparer sur de larges corpus l'orientation choisie par le professionnel et celle proposée par le système algorithmique.

Les points de vigilance sont nombreux pour la conception d'une IA interactionnelle. En particulier, cet outil ne devra pas être une charge cognitive supplémentaire, mais un partenaire intuitif qui accompagne l'interprétation de la complexité. Il est important de ne pas détourner le professionnel de l'interaction avec les patients. Ensuite, un tel système doit être conçu hors de toute volonté de contrôler ou de surveiller les interactions. Il faut permettre d'harmoniser les pratiques communicationnelles de régulation médicale sans les standardiser. Enfin, il est fondamental de laisser le raisonnement professionnel et la décision à l'expert humain.

À la suite de ce travail de thèse, il faudra développer et affiner notre proposition d'une IA interactionnelle. Elle doit être approfondie, tant du point de vue des éléments à annoter que de

l'approche méthodologique et de la lisibilité de notre proposition. Nous insistons sur le fait qu'il s'agit d'une ébauche méthodologique nécessitant la mise en place de travaux complémentaires, menés par de nouvelles équipes qui s'en saisiront, la nourriront, la feront évoluer, la compléteront. C'est dans ce sens que nous avons proposé l'organisation de Datas Sessions pluridisciplinaires sur les appels aux services d'urgence.

Proposition 2 : Faciliter et stabiliser la saisie et le traitement des informations

Nous proposons d'autres stratégies d'enrichissement de l'environnement technologique du SAMU en envisageant que soit intégrée une IA conversationnelle. À savoir la mise au point d'outils de reconnaissance automatique de la parole pour aider les professionnels dans la collecte des informations factuelles. Une interface homme-machine (IHM) qui serait déployée avant le premier décroché, dans le temps de l'appel, dans les temps d'attente et entre les transferts d'un interlocuteur à l'autre (et d'une institution de soins et de secours à l'autre).

En effet, un autre de nos objectifs technologiques était de considérer comment solidifier le travail de collecte, de saisie et de transmission des informations. Ce sont des activités chronophages et sensibles. Elles doivent être accomplies dans un temps très court (temporalité de l'urgence) et dans un contexte de multiactivité. Nous avons observé des situations de perte informationnelle et de transformation involontaire des informations (transmission orale et transmission via le dossier de régulation médicale). En outre, les usagers ne saisissent pas toujours la pertinence des séries interrogatives itératives, c'est-à-dire quand les interlocuteurs successifs leur posent les mêmes questions après un transfert de l'appel. Cela induit un risque de conflit communicationnel.

Il apparaît nécessaire d'œuvrer pour que l'acte de régulation médicale soit pleinement intégré à la trajectoire de soins des patients. Garantir l'interopérabilité du dossier de régulation médicale (DRM) avec les outils du parcours digital du patient, Mon Espace Santé (MES) et le dossier patient informatisé de l'hôpital (DPI). L'objectif serait d'étayer la coordination interprofessionnelle, notamment par une vérification automatisée de la continuité des soins après l'appel au SAMU. La régulation médicale est un acte médical qui ne doit pas être isolé. Les outils technologiques doivent permettre une meilleure prise en charge globale des patients. C'est pourquoi la coordination renforcée des acteurs des différentes institutions du soin, du

secours et du médico-social ainsi qu'une réelle mutualisation des informations sont l'axe prioritaire.

Enfin, nous avons suggéré d'autres espaces possibles d'interactions pour le soin urgent, et particulièrement des pistes stratégiques pour la conception d'une interface numérique d'accès aux soins urgents pour les patients.

Le dénominateur commun de tous ces outils est qu'ils devront avoir pour dessein de préserver et favoriser la dimension relationnelle de l'acte de régulation médicale. Finalement, ce dont il est question, c'est de renforcer la coopération entre toutes les parties prenantes. Par notre travail, nous espérons susciter des futurs désirables, des contextes d'interaction sociale sains et souhaitables, articulés autour de la dynamique interactionnelle du prendre soin (Malbois et al., 2021, para. 12).

ANNEXES

Sommaire des annexes

Présentation du SAMU…….. 535
Propositions pédagogiques pour la formation en CFARM……..... 547
Les technologies de l'urgence médicale : état des lieux …… 565
Lexique et sigles …… 572
Bibliographie…….. 574
Liste du corpus…… 605
Liste des figures…….. 607
Conventions de transcriptions……. 608

Présentation du SAMU

De « la médecine au pied de l'arbre » au service d'accès aux soins

Le SAMU tel qu'il est organisé aujourd'hui est le résultat de près de 70 ans de transformations. C'est en 1956, alors que sévit une épidémie de poliomyélite qu'apparaissent à Paris les premiers transports de patients en insuffisance respiratoire. À Toulouse, le Professeur Lareng adapte le dispositif au profit des accidentés de la route pour soigner « au pied de l'arbre ». C'est en 1965 qu'un décret interministériel établit officiellement le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) et trois ans plus tard naissent les SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) afin de coordonner l'activité des SMUR. En 1978, le numéro de téléphone 15 est attribué au ministère de la Santé et les Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) voient leurs missions fixées dans le code de la santé publique (article R.6311-6 du code de la santé publique). Une première loi en 1986 suivie d'une seconde en 1991 fixent les missions et à l'organisation des SAMU[319]. Le principe de régulation médicale est alors établi autour d'une coopération entre structures hospitalières et structures extrahospitalières.

Il existe aujourd'hui un SAMU par département français, soit une centaine au total. Depuis les années 2000, le SAMU est composé de deux branches de régulation : la régulation Aide Médicale Urgente (AMU) impliquant une détresse médicale, et la Régulation de la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) assurée par des médecins libéraux hors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux. À cela s'ajoute aujourd'hui la voie des Soins Non Programmés (SNP, médecins généralistes) aux heures de la continuité des soins.

Les acteurs forment un réseau solidifié (Cardon et alii, 2008) intégrant membres internes ou externes à l'institution[320]. L'appel au SAMU fait intervenir trois catégories d'effecteurs internes :

1. les médecins régulateurs hospitaliers (ou médecin régulateur urgentiste).

---

[319] Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 suivie du décret le décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 puis Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991.

[320] Dans ce travail d'articulation (Strauss, 1985) étroit et quotidien avec des acteurs externes au SAMU, la communication est continue avec les pompiers et les ambulanciers. Elle est également fréquente avec SOS Médecins, la police et la gendarmerie mais aussi les médecins ou infirmiers libéraux, les Ehpad, les établissements pénitentiaires, les établissements de santé et médico-sociaux et la réserve sanitaire.

2. les assistants de régulation médicale (ARM).
3. les médecins régulateurs libéraux (médecin généralistes)

Les médecins régulateurs de la permanence des soins (PDS) sont des médecins généralistes libéraux qui exercent au SAMU sous forme de vacations lorsque les cabinets médicaux sont fermés, la nuit, les week-ends et les jours fériés[321]. La PDS se voit complétée par une « garde préfectorale de permanence des soins » de mise à disposition d'ambulances privées dédiées aux soins médicaux non urgents. Ce sont également des médecins généralistes qui gèrent la régulation pour les soins de ville non programmés (SNP).

Les médecins régulateurs hospitaliers fonctionnent en binôme avec les ARM[322]. Ces derniers ne disposent pas de formation médicale, c'est pourquoi ils ne fournissent pas de diagnostic, mais des évaluations sur la gravité. Les médecins régulateurs sont responsables des réponses apportées à tous les appels.

Selon les SAMU, les ARM répondent d'une répartition des tâches qui identifie :

- des ARM accueil (ou ARM 15 qui décrochent les appels) ;
- des ARM superviseurs ;
- des ARM coordinateurs de salle ;
- des ARM radio (réceptionnent les bilans sapeurs-pompiers via le système Antarès) ;
- des ARM gestion (gèrent en priorité les transports SMUR, le préhospitalier, le transport d'un établissement à l'autre et les transports en hélicoptère).

Tous participent à la régulation médicale téléphonique. L'ARM doit procéder à un pré-tri qui consiste à distinguer les demandes relevant de l'urgence vitale ou de l'urgence médicale. Dans le référentiel métier du SAMU (2015), trois niveaux de priorité sont définis. P0 pour les appels présentant d'emblée un caractère d'extrême urgence et autorisant un départ immédiat (« départ

[321] La circulaire ministérielle du 10 octobre 2006 indique qu'ils « peuvent bénéficier de la qualité de collaborateur occasionnel du service public lorsqu'ils participent aux régulations intégrées au SAMU ou situées dans les locaux des SAMU » (Circulaire du 10 octobre 2006)

[322] En 1990 le personnel non médical qui décroche les appels au SAMU se voit attribuer un statut de Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM) aujourd'hui nommés Assistants de Régulation Médicale (ARM). Le décret du 21 septembre 1990, établit que l'ARM est un personnel hospitalier qui, conformément au statut particuliers des personnels administratifs de la fonction publique hospitalière, exerce sous la responsabilité du médecin régulateur.

réflexe » ou « départ flash ») d'un SMUR ou d'un VSAB (Véhicule de secours et d'assistance aux victimes) médicalisé. L'ARM qui détecte un niveau P0 peut être amené à guider l'appelant pour qu'il accomplisse les premiers gestes de secours et décider d'un envoi de véhicules avant régulation médicale c'est-à-dire avant de transférer l'appel au médecin. Celui-ci procédant alors à la régulation a posteriori. Le niveau P1 détermine les appels nécessitant une régulation médicale prioritaire, immédiate, par un urgentiste. Enfin, le niveau P2 correspond aux appels relevant des SNP ou du transfert de patients vers une structure médicale[323]. Le travail des ARM est de distinguer les appels relevant de l'AMU (urgences de niveau P0) de ceux relevant de la SNP (urgences de niveau P1 et P2) et de les transférer vers le bon médecin, qu'il soit urgentiste ou généraliste. Les ARM répondent également aux demandes d'informations relevant de la santé.

Les ARM ne sont pas le seul métier qui repose sur le décroché et l'orientation d'appels urgents. C'est le travail qu'exercent également les opérateurs du 18. Un nombre important d'appels pour des demandes relevant du médical sont reçus en premier lieu par les pompiers : environ 15 à 20 % de l'activité actuelle du SAMU[324]. Le SAMU et les pompiers exercent à ce titre des missions communes dans le cadre du secours d'urgence à personnes (SUAP).

Si le médecin régulateur du SAMU se trouve face à un appel qui ne relève pas de l'urgence vitale, mais nécessite quand même un moyen de transport, il peut faire appel, selon les circonstances, aux pompiers ou aux ambulanciers privés[325]. Lorsque le 18 reçoit un appel à

---

[323] En complément, la Haute Autorité de Santé (HAS, 2011) propose une décomposition en 4 niveaux. Les deux premiers concernent l'Aide Médicale Urgente (AMU) et les deux suivants les médecins généralistes. Le niveau R1 correspond à une urgence absolue et vitale et l'envoi d'une équipe SMUR. Le niveau R2 s'applique une urgence sans détresse vitale. Il exige une intervention médicale prompte (temps d'intervention inférieur à 30 minutes). Le niveau R3 réfère à la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) ou SNP. Ce niveau requiert un avis médical dans les 12 à 24 h. Enfin, le niveau R4 correspond à un conseil médical.

[324] Rapport ministériel « Pour un Pacte de Refondation des Urgences » Thomas Mesnier (2019, p.82). Les opérateurs du 18 sont désignés par les termes suivants « pompier opérateur d'appel d'urgence du CAU » , « stationnaire du 18 » ou encore « permanencier ». Les dénominations circulent continuellement d'une institution à l'autre et il n'est pas rare d'entendre dire « opérateur du SAMU », « permanencier du SAMU » ou « standardiste du SAMU. ». C'est également un métier proche qu'exercent les « régulateurs de transports sanitaires » qui exercent dans des entreprises d'ambulances privées et qui assurent à ce titre la garde ambulancière départementale (ou préfectorale).

[325] Lorsque le SAMU ne dispose pas d'ambulances privées disponibles, il sollicite les pompiers. On dit qu'il s'agit là de pallier les carences en ambulances privées. Chaque transport est dédommagé par l'ARS (Agence Régionale de Santé) à hauteur de 118 €. Ce forfait est fixé au niveau national. Les pompiers se jugeant trop sollicités pour des transports qui selon eux ne relèvent pas de leur mission, la loi Matras examinée en septembre 2021 propose dans son Art.3 que les carences puissent être requalifiées à postériori. Si les pompiers estiment qu'ils ont été sollicités sur une mission pour laquelle ils n'auraient pas dû être sollicités, la totalité du cout de la sortie du véhicule pompier sera à la charge de l'hôpital. Le SAMU, via son syndicat, s'est fortement mobilisé contre cet

caractère médical et détecte la dimension vitale, l'opérateur envoie une équipe sur le lieu de l'incident. Celle-ci est ensuite éventuellement complétée par une équipe SMUR. En fait, les frontières peuvent être ténues entre les deux institutions. Depuis une vingtaine d'années, des plateformes communes ont été mises en place. Il s'agit d'un même lieu centralisant les appels faits aux pompiers (112 et 18) et au SAMU (15) dans un centre opérationnel départemental d'incendie et de secours (CODIS). Elles sont aujourd'hui au nombre de 19. Certains pompiers sont médecins au SAMU et au sein des plateformes mixtes les appels peuvent être directement transférés depuis un poste pompier à un médecin régulateur (c'est-à-dire sans passer par l'ARM).

Le corpus d'appels analysé dans ce travail a été constitué en partie au SAMU 66 de Perpignan, qui est une plateforme mixte créée en 2012. La salle de régulation est située dans l'enceinte du centre départemental d'incendie et de secours du département. Celle-ci est éloignée du centre hospitalier d'environ 1500 mètres. La mutualisation 15/18 de l'activité à une traduction spatiale sur le plateau de régulation, cela donne une plateforme « en miroir » :

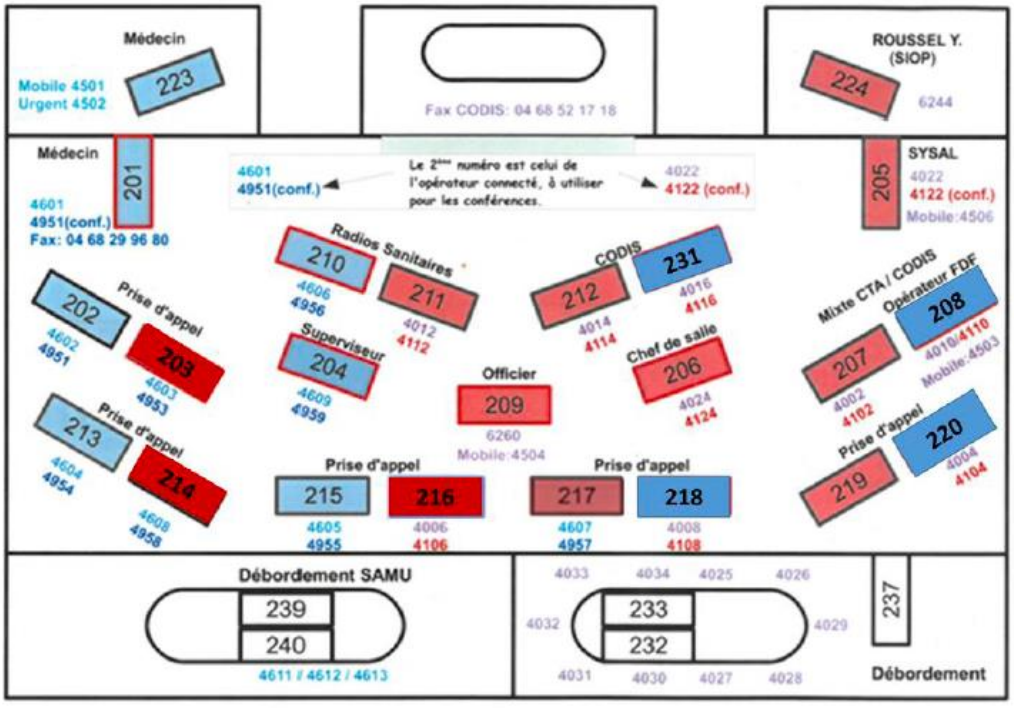


Figure 19 SAMU Perpignan. Plan fourni par le Dr Gély

article, soulignant que cette position ne correspondrait pas à la réalité opérationnelle et qu'il s'agirait d'un moyen de basculer vers le ministère de l'Intérieur de sommes dont le ministère de la Santé a besoin.

Sur cette figure, les bureaux en rouge sont des postes de réception téléphonique du 18, ceux en bleu sont des postes téléphoniques du 15. Les bureaux 210 et 211 sont dédiés aux moyens de liaison radiophonique[326]. Les médecins libéraux sont eux positionnés dans une pièce séparée par une vitre qui fait également usage de salle de crise (salle de débordement SAMU sur le plan).

La deuxième partie du corpus d'appels a été constituée au SAMU 42 de Saint-Étienne qui est une plateforme exclusivement dédiée à la régulation médicale. Créée en 1977, elle se situe dans l'enceinte du centre hospitalier universitaire (CHU). La salle de régulation est organisée en cercle, les postes d'ARM occupés lors de notre venue sont les postes en bleu, en rouge le poste du médecin régulateur hospitalier et en vert celui du médecin régulateur libéral :

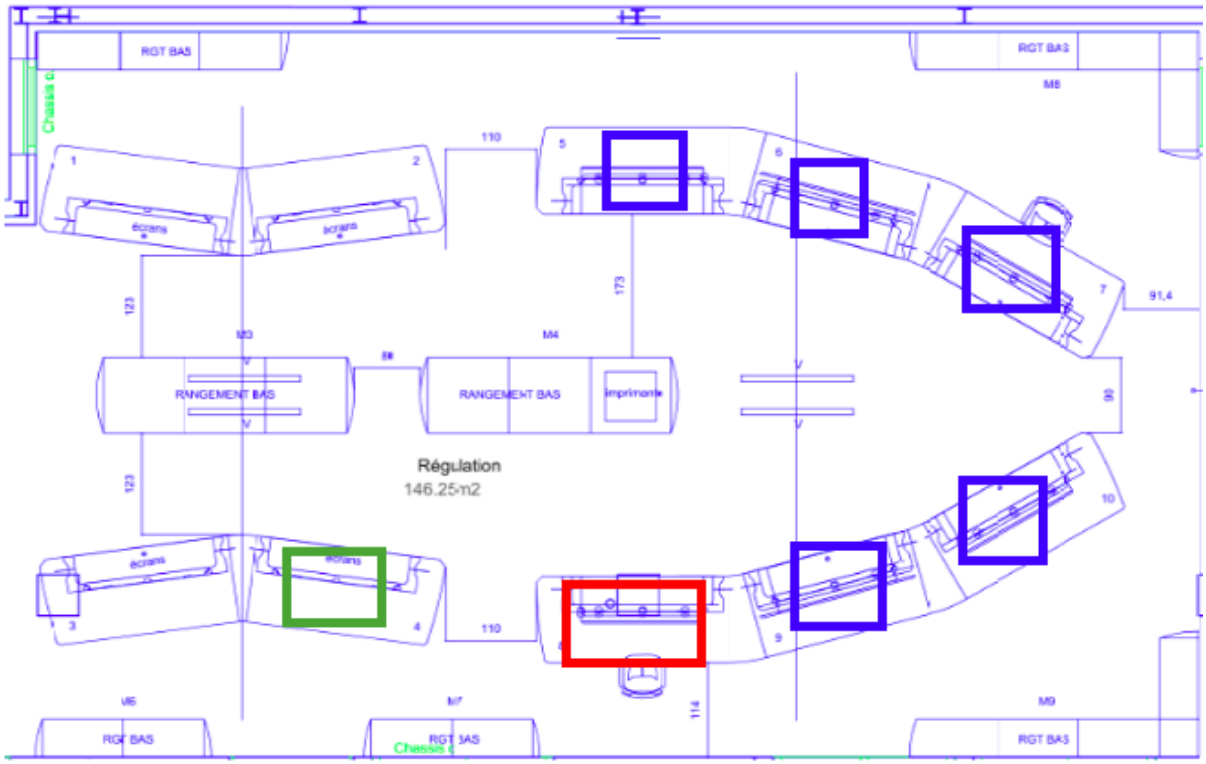


Figure 20 Plan fourni par le Dr. Giraud, annoté par l'autrice

Analyser l'activité de régulation médicale au SAMU implique de prendre en considération que les conditions technologiques et organisationnelles de traitement des appels varient à la fois selon les centres d'appels et selon les temporalités de l'année. Ainsi l'approche de deux SAMU aux configurations différentes enrichit notre perspective et illustre une caractéristique du

[326] La même fréquence radiophonique est employée par le 18 et le 15.

SAMU : chaque centre de régulation des appels est relativement libre de ses choix organisationnels et technologiques. Tout SAMU est ainsi fondé sur un double principe : celui à la fois de sa singularité vis-à-vis des autres centres et d'un ensemble de référentiels communs qui encadrent l'activité. Si les contraintes et spécificités territoriales (tant géographiques que de population) sont à la base de choix organisationnels et technologiques spécifiques, les rôles des acteurs du réseau de soins d'urgence, ainsi que l'activité de qualification des demandes, sont eux entendus comme étant uniformes sur le plan national.

Durant le temps de ce travail, un rapport de la mission interministérielle de Modernisation de l'Accessibilité et de la Réception des Communications d'Urgence pour la Sécurité, la Santé et les Secours (rapport MARCUS, 2019) a été publié. Ce rapport souligne notamment l'importance de mettre en place une sémantique homogène pour caractériser le traitement de l'appel d'urgence entre les métiers. Une étape fondamentale pour se diriger vers une uniformisation des pratiques et permettre davantage de collaboration entre les acteurs du soin.

Il est à ce titre intéressant de mettre en relation les transformations progressives du SAMU avec les terminologies institutionnelles successives. En fait, pour un regard profane, l'espace terminologique de la chaîne d'intervention des secours français apparaît à la fois saturé et confus. L'examen du nom de l'institution qui est l'objet de ce travail nous permet d'en donner un premier exemple frappant. Dans le référentiel des SAMU (2015), le titre du document indique « SAMU Centres 15 », mais dans le préambule, le nom donné est le suivant : « Centre de régulation médicale des SAMU Centres 15 », ce qui à notre connaissance n'est associé à aucun sigle. Chez les professionnels, il n'est pas rare que l'acronyme CRRA soit privilégié pour centre de réception et de régulation des appels[327]. En réalité, le CRRA est une composante du SAMU, il est le lieu physique de l'activité de communication en régulation. Dans certains cas, c'est un autre acronyme professionnel qui est utilisé : CTRA pour centre de traitement et de régulation de l'alerte. Le terme CTRA-CODIS désigne une plateforme mixte 15/18[328]. Pour

[327] Selon les dispositions des lois du 6 janvier 1986 et du 31 juillet 1991, le CRRA est constitué dans chaque SAMU.

[328] Les CTRA sont à ne pas confondre avec les CTA, les centres de traitement de l'alerte qui ne centralisent que les appels faits aux pompiers. Ils sont parfois désignés par l'acronyme CAU pour centre d'appel d'urgence.

désigner un SAMU spécifique, l'acronyme est suivi du numéro du département (p.ex. : SAMU 34)[329]. Dans les textes officiels, le terme le plus stable semble « SAMU Centre 15 ».

Le référentiel des SAMU (2015, p. 3) explique ainsi : « Par convention, le "SAMU Centre 15" désigne le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) et tous les acteurs qui lui sont rattachés en un même lieu ».

Dans le corpus, lors des séquences d'ouverture des appels et de production de l'identification institutionnelle, c'est le terme « SAMU » qui est produit (« oui le SAMU »). C'est pourquoi nous avons fait le choix de toujours sélectionner le terme « SAMU », car c'est celui qui est mobilisé par les professionnels dans les appels. Ainsi, lorsque nous écrivons « SAMU » cela désigne tout autant le CRAA que le SAMU-Centre 15.

Le SMUR, structure mobile d'urgence et de réanimation, est la seconde composante du SAMU, c'est l'équipe qui se rend sur le lieu de l'incident[330]. Un même SAMU peut gérer plusieurs SMUR. On observe toutefois que dans le langage courant, l'acronyme SAMU est utilisé par extension pour parler des SMUR et des CRRA[331].

Dans cet univers terminologique, d'autres dénominations professionnelles ont nécessité un temps pour que nous les distinguions les unes des autres. Certains termes désignent strictement le régulateur urgentiste, d'autres désignent de manière équivalente médecin de la PDS, des SNP et de l'AMU. Dans les SMUR, œuvrent des médecins anesthésistes ou des médecins urgentistes. Ces médecins sont des médecins régulateurs dès lors qu'ils exercent au SAMU en régulation téléphonique. En fait, la multiplicité de ces dénominations professionnelles traduit un long processus des médecins anesthésistes-réanimateurs pour façonner leur identité

[329] Précisons que le terme SAMU est utilisé dans de nombreux pays pratiquant la régulation tel que « SAMU 192 » au Brésil ou « SAMU 106 » au Pérou. Il faut par ailleurs mentionner l'appellation « SAMU social » pour le service mobile d'aide sociale.

[330] Le terme pour désigner le SMUR a lui aussi changé au fil des années.

[331] D'ailleurs, certains véhicules ambulanciers comportent un sigle SAMU plus visible que le sigle SMUR. Le plus souvent, les véhicules comportent le logo SAMU suivi du numéro du département ainsi que le logo SMUR suivi du nom de la ville. Un véhicule du SMUR rattaché à l'hôpital où se trouve le CRRA départemental ne comportera quant à lui que le logo SAMU suivi du numéro département. Nous pourrions nous demander si le fait que le terme SAMU et le numéro 15 soient sur les véhicules des ambulances SMUR ne conduit pas les usagers à envisager le SAMU comme un service d'envoi de véhicule. Or, la question de l'envoi ou non d'un véhicule est centrale dans le traitement des appels urgents au SAMU.

professionnelle. D'ailleurs, le vocable « urgentiste » n'apparaît qu'au milieu des années 1990 et le Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) de médecine urgente n'est créé qu'en 2004.

Si le terme Assistant de Régulation Médicale est stabilisé depuis 2011, il n'est pas rare d'entendre encore de nos jours des dénominations désuètes[332]. Elles se sont succédé au fil de l'évolution d'une profession qui reste en demande de reconnaissance et de valorisation[333]. La mise en place d'une formation ARM depuis 2019 a pu contribuer à stabiliser cette identité à l'échelon national, mais la profession gagnerait à toutefois à être plus largement médiatisée auprès du grand public[334]. Si nous avons souligné l'invisibilité des salles de régulation, il importe d'établir une distinction entre le statut des médecins urgentistes du SAMU, qui jouissent auprès du public d'une réelle forme de reconnaissance, et celui d'ARM anonymes et invisibles qui constituent pourtant un rouage essentiel dans la prise en charge[335]. Il est notable que la communication ministérielle participe parfois de cette absence des ARM dans la sphère publique. Sur le site du ministère de la Santé et des Solidarités, dans la section consacrée aux professions de la santé et du social, une page est dédiée au SAMU et au SMUR. On y présente l'institution, ses fonctions et son organisation[336]. Or, il n'est nulle part fait mention des ARM. Seuls les médecins sont introduits :

> La régulation médicale du SAMU a pour objectif d'apporter une réponse médicale adaptée à tout appel venant d'une personne en détresse. Elle est accessible par le numéro d'appel d'urgence 15 et est effectuée par des médecins hospitaliers urgentistes et des médecins d'exercice libéral.

---

[332] D'anciennes dénominations sont encore souvent utilisées pour désigner les ARM.

[333] Avec les décrets n° 2011-660 du 14 juin 2011 et N° 2011-661 du 14 juin 2011, les ARM ont vu leur nom changer et leur statut passer de la catégorie C à la catégorie B. Ils sont assimilés au corps des assistants médico-administratifs (AMA).

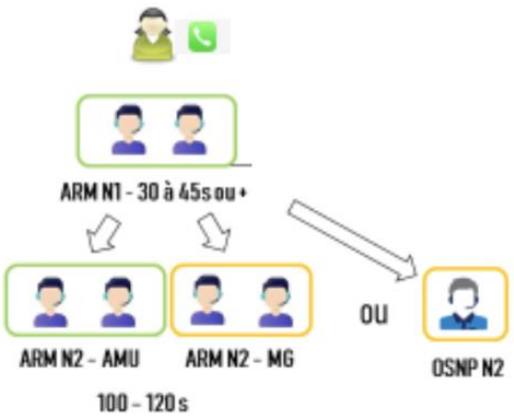
[334] Depuis 2019, une formation est obligatoire pour devenir ARM. La formation d'une année comprend 1470 heures, réparties entre l'enseignement théorique et l'enseignement pratique.

[335] La pandémie de Covid-19 a peut-être toutefois permis de socialiser un peu plus les citoyens avec le métier d'assistant de régulation médicale.

[336] https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/samu-smur
Publié le 21.07.2016 ; mis à jour 03.03.2022 ; Consulté le 04.05. 2022

Une explication est à trouver dans le fait que les ARM ne sont pas assimilés à du personnel soignant, ils relèvent de la catégorie assistants médico-administratifs. Une question qui est au cœur de leurs revendications professionnelles[337].

En 2020 est lancé le « Ségur de la santé », projet gouvernemental devant permettre, entre autres, la modernisation de l'organisation des soins et du secours urgents. C'est dans ce cadre qu'est annoncée la mise en place du Service d'Accès aux Soins (SAS)[338]. L'ambition portée par ses architectes est d'organiser les SAMU comme des centres de coordination de l'accès aux soins, avec pour objectif d'améliorer la collaboration entre médecine d'urgence, médecine de ville, médecine de spécialité et soins du médico-social. Précisons que dans le cadre de l'instauration du SAS, un nouveau modèle organisationnel est expérimenté en 2021 au SAMU 44 avec la régulation dite en *bi-niveau* où un premier niveau (N1) de décroché par les ARM pré-filtre les appels avec pour objectif de déterminer plus rapidement s'ils relèvent de l'aide médicale urgente (AMU) ou des soins non programmés (SNP) traités soit par un ARM de second niveau (N2) soit par un OSNP N2 (opérateur de soins non programmés). C'est le modèle décrit par ce schéma :



[337] Un statut de catégorie B qui pour les organisations syndicales des ARM s'accompagne d'un manque de perspectives de progression professionnelle. En effet, il n'existe pas de poste similaire (catégorie B) à l'hôpital ou de possibilité de devenir ARM cadre après avoir été ARM. Une autre demande des organisations syndicales serait la possibilité d'obtention d'un diplôme de niveau V pour être ARM : Le niveau V correspond aux années terminales du second cycle court (CAP/BEP) ainsi qu'aux années intermédiaires du second cycle long (2des et 1res générales, technologiques et professionnelles ainsi que la première année de préparation des brevets professionnels). Ils sont en catégorie administrative mais nous avons relevé leur volonté d'être reconnus comme des soignants.

[338] Les services d'accès aux soins (Sas) visent à garantir une réponse téléphonique 24h/24 aux usagers pour les soins non programmés (soins relevant de la médecine de ville et pouvant être différés jusqu'à 48 heures). Le SAS, le service d'accès aux soins apparaît comme une potentielle nouvelle manière de décrire l'institution. Le système est, au 01 septembre 2022 actuellement testé dans 22 territoires pilotes.

Enfin, à l'heure où nous écrivons ces lignes, des expérimentations concernant la réorganisation des numéros d'urgence ont été annoncées dans le cadre de la loi dite Matras[339]. L'objectif étant de déterminer si l'activité de régulation médicale doit être maintenue sur un numéro dédié uniquement à la régulation médicale (AMU et SNP) ou s'il faudrait privilégier le regroupement des appels au 15, au 18 et au 17 (police-secours) décrochés par des opérateurs d'un numéro unique (le 112). Un troisième modèle de regroupement du 15 et du 18 (excluant le 17) au numéro 112 doit également être expérimenté.

Pour y voir un peu plus clair, nous proposons d'identifier quatre phases majeures de la transformation des missions du SAMU depuis sa création dans les années 1950 jusqu'à aujourd'hui :

Années 1950 -1980	**Années 1980 -1990**	**Années 2000**	**À partir de 2015/2022**
Dédié à « la médecine au pied de l'arbre » pour les accidentés de la route.	Dédié aux urgences vitales (AMU)	Dédié aux urgences vitales (AMU) et élargissement aux besoins médicaux urgents en dehors des heures d'ouverture des cabinets de médecine générale (AMU + PDS) Premières expérimentations des plateformes communes (1998)	Le SAS, service d'accès aux soins quels qu'ils soient et quel que soit le degré d'urgence (AMU + SNP). Certains SAMU s'ouvrent aux soins médico-sociaux et soins psychologiques. Loi Matras dont expérimentations vers la réorganisation des numéros d'urgence + régulation bi-niveaux

[339] Article 46 de la Loi I n° 2021-1520 du 25 novembre 2021 visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers et les sapeurs-pompiers professionnels. Le texte est accessible sur https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044367862 Consulté le 26 mai 2022. Le syndicat Samu-Urgences de France s'est fortement mobilisé contre la perspective d'un numéro unique secours.

Contexte technologique de la régulation médicale au SAMU

Outre les transformations organisationnelles, l'histoire du SAMU se conjugue aussi avec celle du progrès technique. Dans ses mémoires publiées en 2015, le Professeur Lareng se souvient des débuts du SAMU où « déjà les interventions sont rythmées par le temps, la distance, les performances que les outils techniques permettent ». Depuis, les premiers SMUR et leurs « poumons d'acier » qui imitent mécaniquement les mouvements du thorax, ensuite remplacés par le robot réanimateur Angston, jusqu'aux défibrillateurs « physio-control » d'aujourd'hui. Du menuisier qui dans les années 1960 transforme des camionnettes Peugeot 1200 kg pour les adapter au transport des grands malades, jusqu'aux unités hospitalières mobiles modernes et au développement des transports héliportés. Du travail des ingénieurs de la société électronique médicale Dassault qui rendent pour la première fois possible la transmission radio des patients embarqués dans les ambulances au réseau Antares lancé dans les années 2000 et toujours en usage. De la régulation avec un papier, un crayon et une unique ligne fixe, aux logiciels de régulation médicale et à la téléphonie avancée, le SAMU se réinvente au fil des innovations. Les plus récentes sont à trouver dans l'ECMO (*Extra Corporeal Membrane Oxygénation*), un dispositif technique qui permet désormais aux urgentistes d'effectuer des opérations cardiaques en pleine rue et dans les perspectives ouvertes par l'intelligence artificielle, notamment avec l'aide à la détection des arrêts cardiaques et peut-être bientôt, dans des ambulances autonomes volantes[340].

Le portail SI-Samu

Depuis les années 2000, la « révolution numérique » appelle à la transition technologique des administrations, des services publics et des institutions de l'État. Or, à partir des années 2010, de nombreux rapports soulignent une trop grande hétérogénéité des solutions techniques choisies par les SAMU[341]. Les logiciels de régulation sont quant à eux jugés trop peu évolutifs et la trop grande diversité des pratiques dans les SAMU est identifiée comme un frein à

[340] De nombreux projets industriels travaillent au déploiement d'ambulances volantes, voir par exemple les projets « Ambular » ; « Cormorant » ; « Avy » ; « Skyway. Un rêve de longue date, en 1797 déjà Dominique-Jean Larrey, chirurgien aux Invalides, portait son projet de secours mobiles qu'il nomme « ambulances volantes » alors qu'il le présente à Napoléon Bonaparte.

[341] Voir notamment (i) le rapport Direction générale de l'Offre de soins (DGOS) en 2010, (ii) le rapport l'ASIP Santé (désormais ANS : Agence du Numérique en Santé) en mars 2012 et (iii) le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2014.

l'amélioration des logiciels par les fournisseurs[342]. Pour donner suite à ces différents rapports, la ministre des Affaires sociales et de la Santé Marisol Touraine annonce en 2012 qu'un logiciel national de régulation médicale va être produit par la DGOS (maitrise d'ouvrage stratégique) et l'ASIP Santé (maitrise d'ouvrage opérationnelle) dans le cadre du projet SI-SAMU[343].

Dix ans plus tard, le 10 octobre 2022, la DGOS annonce une nouvelle orientation du programme SI-SAMU.[344] Un portail collaboratif axé sur l'interfaçage entre bandeau de communication, infrastructure de télécommunications associée, le service dit OTN (opérateur télécom national) et l'accès aux logiciels de régulation médicale existants (LRM éditeurs). La priorité est aussi donnée à l'interopérabilité des logiciels métiers, pour répondre du trop grand cloisonnement entre les dispositifs, un problème depuis longtemps identifié[345]. La non-interopérabilité des logiciels métiers des professionnels de la chaîne d'intervention urgente étant en effet un des aspects technologiques les plus problématiques pour la régulation médicale[346]. C'est dans ce sens que la DGOS annonce travailler sur une éventuelle mutualisation de ses infrastructures techniques avec les autres forces du secours et de l'urgence. Le SI-SAMU prévoit d'autres fonctionnalités d'interfaçage, avec par exemple l'application SIVIC, le système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles. Enfin, le programme SI-SAMU travaille également à la mise en œuvre prochaine de la régulation à distance dans le bandeau de communication national.

---

[342] Ce rapport signale que deux fournisseurs de logiciels de régulation médicale se partagent 80% du marché des SAMU français. L'environnement technologique disparate des structures de secours conduirait les directions de SAMU à faire remonter aux fournisseurs des problématiques d'usages trop spécifiques. Celles-ci seraient trop ancrées dans la pratique locale et trop conditionnées par la composition de l'ensemble de l'environnement technologique de la structure, singulièrement différente dans chaque SAMU.

[343] Plus précisément, les deux entités travaillent à la réalisation de ce projet d'un système d'information depuis la publication du rapport « Mardogan » de 2010. Voir décret n° 2015-1680 du 15 décembre 2015 relatif au programme de modernisation des systèmes d'information et de télécommunication des services d'aide médicale urgente.

[344] Instruction n°DGOS /pf5/r2/2022/201 du 10 octobre 2022 relative à la nouvelle orientation du programme SI SAMU.

[345] En témoigne par exemple le référentiel commun associant les représentants des structures de médecine d'urgence et des services d'incendie et de secours en 2008 qui explique que « l'interopérabilité des services publics qui concourent aux missions de sécurité civile, dont le principe a été établi par la loi de modernisation de la sécurité civile de 2004 (art.9), constitue l'axe stratégique commun pour la modernisation des systèmes d'information et de communication. » (2008, p.44).

[346] Dans le rapport de 2019 de l'ARS qui audite les 8 SAMU IDF, il est chiffré que « Selon les SIS, 18% de logiciels d'interconnexion communs et 28% d'interfaces actives entre systèmes différents. Selon les SAMU, ces pourcentages sont respectivement de 25% et 32%. Dans certains départements, la possibilité d'interconnexion existe mais n'est pas activée. Au total, environ la moitié des départements semblent encore souffrir d'un défaut de capacité de partage d'informations en temps réel entre SIS et SAMU. Lorsque ce partage existe, il porte le plus souvent sur la localisation et l'identification de l'appelant, ainsi que sur la nature de l'appel. »

Propositions pédagogiques pour la formation en CFARM

Nous proposons 10 modules d'activités pédagogiques qui pourront être déployées dans les CFARM ou dans d'autres structures de formation d'opérateurs téléphoniques de demandes de santé, pour la formation initiale et continue.

Module 1 : La conversation urgente

Durée : 2 h

Introduction : En régulation médicale, la parole est le premier outil de travail. Si nos conversations apparaissent souvent désordonnées, elles sont en réalité très structurées. Comment mettre à profit leur structure pour favoriser le bon déroulé de l'appel ? Dans ce module, nous réfléchissons à la manière dont nos échanges s'organisent afin d'envisager des méthodes communicationnelles pour que la parole soit une ressource dirigée vers le meilleur soin.

Objectifs pédagogiques : En interagissant, les participants à l'appel au SAMU coordonnent leurs actions afin d'atteindre des buts. Ils essayent de communiquer l'un l'autre le sens de leurs actions. Pour que la conversation ait lieu, les participants doivent maitriser des règles, des codes et montrer qu'ils comprennent dans quel type de conversation ils sont engagés et agir en conséquence. On distingue conversation familière, conversation professionnelle et conversation institutionnelle. Les appels au SAMU relèvent de la conversation institutionnelle. Cela implique que les membres du SAMU ne parlent pas en leur nom propre, mais au nom d'une institution. À contrario, les appelants s'expriment en leur nom. Quelles conséquences ces deux statuts ont-ils sur la manière dont chacun des participants à l'appel va s'exprimer et poursuivre des objectifs ?

Il existe une structure typique des appels (que l'on retrouve d'ailleurs dans les appels urgents à l'étranger). Cinq séquences remplissant des fonctions spécifiques :

1. ouverture/identification
2. demande d'aide
3. séquence de questionnement

4. réponse à la demande d'aide
5. clôture de l'échange

C'est une trajectoire *par défaut* des appels : quand l'appelant cherche à déclencher une autre séquence que l'ARM (p.ex. : demander de l'aide pendant la séquence de questionnement) des tensions peuvent apparaître. L'objectif est d'aider l'apprenant à voir cette structure comme une ressource pour favoriser un climat de coopération dans l'appel.

Activité collective d'écoute d'appels et discussion

- Identifier la structure typique dans des appels et le passage d'une séquence à l'autre.
- Écoute comparative d'appels qui se maintiennent dans le cadre de la structure typique et au contraire comment d'autres s'en éloignent et ce qu'il se passe alors.
- Écoute d'un appel où l'appelant fait blocage, refuse de prendre part aux activités. Pour repérer collectivement à quel moment précis se met en place la résistance de la part de l'appelant et pourquoi.

Module 2 : Identifier les motivations de l'appelant

Durée : 3 h

Introduction : Pour une majorité d'appelants, contacter le SAMU est un événement médical exceptionnel. Avant de visiter un médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, il faut prendre rendez-vous. Souvent, plusieurs jours séparent la prise de rendez-vous de la visite au cabinet médical. Le jour J, alors que nous patientons dans la salle d'attente, nous pouvons *préparer* la manière dont nous allons présenter la raison de notre venue au médecin. De plus, la visite en cabinet médical est une activité que nous connaissons et pratiquons depuis l'enfance et le médecin libéral est une figure connue de tous. Généralement, une visite en cabinet de médecine générale est toujours légitime, si elle n'est pas motivée par un problème médical précis, elle sera l'occasion d'un bilan de santé. Au contraire, un appel au SAMU n'est pas le résultat d'un processus de décision long et n'est généralement pas non plus une habitude médicale fréquente. L'appelant dispose de peu d'informations sur le fonctionnement du SAMU et il n'anticipe pas ou peu la manière dont il va présenter son problème. Une fois qu'il est en ligne, il n'a que quelques secondes pour l'exprimer. Il lui faut sélectionner rapidement les informations les plus pertinentes : une capacité de communication que certains appelants maitrisent mieux que

d’autres. Souvent, l’appelant va avoir le sentiment qu’il doit convaincre de la légitimité de sa demande. Particulièrement lorsqu’il cherche à obtenir la venue d’une équipe SMUR. Si cette demande n’est pas immédiatement satisfaite, l’appelant peut s’engager dans des justifications du bien-fondé de sa demande. Cela résulte en des présentations de la raison de l’appel qui sont parfois confuses, désorganisées et qui n’expriment pas toujours explicitement les véritables motivations de l’appelant.

Objectifs pédagogiques : Dans ce module, nous étudions en détail des présentations de la raison de l’appel au SAMU. Celles-ci peuvent être complexes. L’appelant ne va pas toujours exprimer explicitement, c’est-à-dire en une phrase courte et efficace, quel est son problème et ce qu’il attend de son interlocuteur. Il existe toutefois des formats typiques de présentation des demandes :

Annonce : Les annonces définissent le problème de manière concise et directe.

Compte rendu : Certains appels commencent par un compte rendu de l’événement qui est moins concis que la simple annonce.

Récits : Les appelants produisent des détails qui ne sont pas immédiatement reconnaissables en tant que situations d’urgence demandant une intervention certaine et immédiate. Un travail d’enquête se met en place pour déterminer si la situation est de nature à mériter (ou non) une intervention.

Le fait qu’un appelant s’engage dans tel ou tel format de présentation de sa requête est un indice utile à la compréhension de ses motivations. Dans ce module, on propose d’acquérir des outils pour identifier les motivations parfois implicites de l’appelant. Identifier les attentes de l’appelant permet d’y répondre de la manière la plus explicite possible. Cette compréhension favorise un climat communicationnel apaisé.

On distingue dans ce module trois types majeurs d’attentes des appelants, que nous illustrons par l’écoute d’extraits d’enregistrements d’appels :

Appelant en attente d'un examen médical téléphonique et/ou conseil médical/demande d'orientation dans le système de soins
Phénomène typique
Marque de la durée dans le temps de la douleur (« depuis une semaine » ; « depuis quelque temps »).
Minimisation de la demande (« c'est surement rien, mais »).
Demande formulée à l'imparfait « je voulais savoir si » ou un temps verbal qui marque la demande polie, l'éventualité d'un besoin (« peut-être que » ; « je crois que ») plutôt que la nécessité d'une forme au présent (« il me faut »).
Description abstraite (p.ex. : « j'ai un truc ») ou le choix d'un terme qui décrirait une situation quelconque et sans trop d'importance (plutôt que par exemple dire « un problème »).
Appelant qui explicite immédiatement, qu'il a préqualifié en non urgent (« c'est vraiment pas une urgence »).

Appelant en demande de résolution immédiate du problème médical ou transfert de la responsabilité d'un proche ou témoin
Phénomène typique
Profusion d'informations dans la présentation de la demande.
Récit d'une errance médicale ou de difficultés à saisir l'organisation du système de soin.
Accumulation de motifs médicaux et non médicaux.
Mention de l'incapacité à se déplacer soi-même (ou à déplacer son proche) aux urgences.
Description caractérisée par la « dimension inconnue ». Ne répondant pas ou peu aux critères de la médecine hospitalière classique.
Patient qui mentionne qu'il est particulièrement résistant à la douleur d'habitude, mais souligne que la souffrance actuellement ressentie est inhabituelle ou évoque l'évolution depuis une douleur « acceptable » vers « insupportable ».
Se déclarer comme patient : mentionner que l'on contacte le SAMU sur les conseils d'un praticien ou que l'on a déjà eu ce problème médical et que l'on en connait l'issue (pour expliquer la dimension urgente du problème présenté).
Mention du besoin urgent de transférer la responsabilité familiale vers la responsabilité collective (p.ex. : proches aidants) : expression d'une crise personnelle du proche qui appelle pour dire qu'il « ne peut plus gérer ».

Une conversation à trois : appelant qui n'est que le porte-parole de ce que dit son proche à côté de lui, mais qui ne semble pas forcément convaincu, qui fournit des informations imprécises ou incomplètes.

Appelant qui demande l'envoi d'une équipe de secours, qui a fait une préqualification en urgence vitale, qui n'est pas en demande d'une évaluation de l'état de santé, mais d'une confirmation d'un diagnostic (profane) déjà établi.
Phénomène typique
Appel transmis depuis le 18.
Annonce de la localisation dès l'ouverture de l'appel, avant la raison de l'appel.
Appelant qui annonce la raison de l'appel en présumant d'un diagnostic urgent et en cherche à le faire valider.
Absence de salutations de l'appelant dans son premier tour.
Résistance à l'examen médical téléphonique, le proche qui fait barrage pour passer le téléphone à la victime.
Appelant qui exprime un statut d'autorité sur le SAMU du fait de son accès direct au patient, par le simple fait qu'il se trouve en présence de la victime, contrairement au médecin. (« vous l'avez pas sous les yeux vous ».)
Appelant qui exprime un statut d'autorité sur le SAMU du fait qu'il est celui qui ressent les douleurs.
Appelant qui manifeste qu'il s'estime être capable de juger du besoin d'assistance (« sinon je vous aurais pas appelé »).

Il s'agit de comportements communicationnels typiques qui révèlent les objectifs des appelants. Ils ne sont toutefois pas systématiques, ils sont des outils aidant à la gestion de l'appel et non pas des preuves pour la qualification.

En identifiant au plus vite les attentes véritables de l'appelant, l'ARM peut éviter qu'il ne se lance dans des efforts de justification de la légitimité de sa demande, qui peuvent freiner le bon déroulé de l'appel. Lorsqu'une question met en danger la légitimité de l'appel au SAMU (p. ex. : « et le médecin traitant vous l'avez contacté ? ») l'appelant peut chercher à convaincre de la dimension urgente de son problème et produire de la résistance aux séquences interrogatives.

Ainsi, si l'appelant semble chercher à justifier de la légitimité de sa demande, il est conseillé de ne pas le laisser douter et produire immédiatement des énoncés qui visent à rassurer, à reconnaitre la légitimité de la décision de contacter le SAMU. L'objectif étant d'éviter que l'appelant ne cherche à convaincre de « l'urgence » plutôt qu'à co-construire la décision avec l'ARM.

Activité d'écoute collective d'appels

Écoute de présentations de raisons d'appels et travail collectif pour (i) reconnaitre le format de présentation de la demande (ii) identifier les motivations implicites des appelants et (iii) reconnaitre les marques de stratégies de l'appelant pour légitimer sa demande.

Module 3 : Détecter les toutes premières marques de l'apparition possible d'un conflit communicationnel et réagir immédiatement

Durée : 2 h

Introduction : Le travail d'un ARM est caractérisé par la multiactivité. Cela signifie que toute l'attention ne peut être portée sur ce que dit l'appelant ou la manière dont il le dit : il faut en même temps renseigner le logiciel métier, réfléchir à ce qui vient d'être dit, construire sa décision et préparer sa question suivante. Pour aider à gérer cette multiactivité, nous proposons une liste d'éléments clés typiques qui, quand ils surviennent, doivent attirer l'attention de l'ARM qui peut ainsi veiller à éviter à ce que n'apparaisse pas un conflit.

Objectifs pédagogiques : Des protocoles communicationnels peuvent être appliqués quand survient le risque d'apparition d'un conflit. Il peut s'agir d'expliquer le travail et les fonctions des ARM, de rassurer que la requête ou le diagnostic profane sont bien pris en compte, répéter une information déjà produite qui a pu ne pas être entendue ou comprise, expliquer les procédures du SAMU ou encore mettre en place un travail de médiation pour accompagner l'introduction d'un thème (p.ex. : thème du médecin traitant) ou d'une activité (p.ex. : demander de passer la victime au téléphone).

Phénomène observé	**Protocoles communicationnels**
Marques d'un agacement/impatience ou d'une grande anxiété dès l'ouverture de l'appel.	- Rassurer l'appelant. - Expliquer les rôles et fonctions des interlocuteurs. (ARM : préqualification sans décision médicale ; Médecin : qualification qui implique un examen médical téléphonique.
La requête n'a pas été clairement énoncée.	- S'engager systématiquement dans un travail de mise à jour de la requête si celle-ci n'est pas explicite.
L'appelant produit des descriptions vagues, des réponses brèves, incomplètes. Il ne coopère pas ou très peu à l'activité de reconstitution de l'historique médical.	- Veiller à produire un travail de médiation pour expliquer l'importance de la série interrogative. - Rassurer sur le fait que le diagnostic et/ou la requête de l'appelant ont bien été pris en compte et font partie des options examinées.
Appelant en attente de réponses orientées vers l'action (le déclenchement des secours dans un délai court) et non pas de l'explication de l'état de santé. Pour le patient, le fait de faire état de difficultés respiratoires devrait rendre immédiatement pertinent l'envoi de secours.	- Veiller à produire un travail de médiation pour expliquer l'importance de la série interrogative. - Rassurer sur le fait que le diagnostic et/ou la requête de l'appelant ont bien été pris en compte.
Appelant qui ne se plie pas aux questions et reste sur la question de l'envoi d'un véhicule de secours.	- Si des moyens ont été engagés, et si cela a déjà été annoncé à l'appelant, l'en informer de nouveau. - Rassurer sur le fait que le diagnostic et/ou la requête de l'appelant ont bien été pris en compte.

Appelant strictement orienté vers l'expression de difficultés respiratoires comme rendant pertinent l'envoi de secours immédiat.	- Si des moyens ont été engagés, et si cela a déjà été annoncé à l'appelant, l'en informer de nouveau. - Rassurer sur le fait que le diagnostic et/ou la requête de l'appelant ont bien été pris en compte.
Proche qui minimise ou réfute la capacité à s'exprimer du patient. Le proche présente des difficultés pour répondre aux questions (ne détient pas l'information) et doit solliciter le patient pour avoir des réponses aux questions de l'ARM, mais produit ensuite une résistance lorsqu'on lui demande de passer le téléphone et qu'on lui annonce que la victime est en mesure de s'exprimer elle-même puisque que l'on entend la victime « parler » en arrière-plan. Demander à parler à la victime peut être vécu comme une « menace » de la légitimité de la demande. Lorsque le SAMU évalue positivement la capacité d'expression, cela favorise la qualification en « problème qui ne relève pas de l'urgence vitale ». L'appelant en a conscience et cela peut conduire à l'apparition d'un conflit.	- Rassurer le proche-appelant en lui disant que l'on va l'aider à gérer cette situation, que l'on comprend qu'il est difficile de gérer seul un proche en détresse. - Travail de médiation pour expliquer et convaincre de l'importance de l'examen sonore téléphonique en direct avec la victime, sans forcer. - Si l'appelant semble tendu, angoissé, menaçant, introduire la demande d'accès direct à la victime avec précaution.
Appelant et ARM qui négocient sur les termes et symptômes « s'étouffer » ; « ne pas respirer » ; « ne pas pouvoir parler » ou patient qui dit « ne pas pouvoir parler ».	- Éviter de s'engager dans une « négociation ». Par exemple insister sur « mais si elle peut parler, je l'entends parler » semble favoriser l'apparition d'un conflit. Chercher

	plutôt à obtenir le consentement, la coopération sans remettre en doute la capacité de jugement de l'appelant [« j'ai besoin de votre aide pour »].
ARM qui produit uniquement des formes de réponses très minimales et passives type « mhhm d'accord » ou seulement « mhhm ».	- Il est possible que l'appelant ne comprenne pas l'activité de traitement de ses réponses. Essayer alors de rendre au compte au fur et à mesure du traitement des informations fournies par l'appelant.
Appelant qui interprète le thème du médecin généraliste ou de la structure de soins primaires comme une menace. La réaction peut être explicite (« ah non, mais moi je vous appelle pas pour ça » ou implicite (« je peux pas respirer »).	- Veiller à produire un travail de médiation lors des questions sur le médecin traitant ou la structure de soins primaires, et ce particulièrement si l'appelant a fait état de difficultés respiratoires, semble avoir préqualifié en urgent, ou a explicitement demandé l'envoi d'un véhicule de secours.
Agressivité, insultes, menaces explicites, soit envers l'ARM (« donnez-moi votre nom ou » ; « je vous préviens s'il lui arrive quelque chose de grave ça sera de votre faute » ou alors la simple annonce qu'ils vont « se débrouiller autrement ».	- Traiter les besoins de l'appelant et non pas son attitude. Ne pas se laisser affecter par les attitudes potentiellement offensives de l'appelante. Le professionnel, alors qu'il agit dans l'exercice de son métier, doit établir un environnement communicationnel favorable dans lequel il s'appuie sur le point de vue du patient, en cherchant la concordance et en rejetant toute confrontation.

Appelant qui manifeste son autorité du fait de son accès direct à la victime ou aux douleurs.	- Veiller à bien traiter l'éventuel prédiagnostic de l'appelant. Rappeler les rôles et fonctions des ARM/MR. Reconnaitre et valoriser le point de vue de l'appelant et son choix de contacter le SAMU [si la requête rentre bien dans le cadre des missions du SAMU].

Module 4 : Maitriser les formats interrogatifs

Durée : 3 h

Introduction : À chaque question précise sa réponse précise ? Dans un appel au SAMU, les échanges se suivent, mais ne se ressemblent pas. Il est fréquent que la réponse de l'appelant ne corresponde pas à l'information recherchée ou qu'une question déclenche une longue narration quant au contraire l'ARM tente de s'approcher de la conclusion de l'appel. Parfois, l'appelant va signaler qu'il ne comprend pas la raison d'être des séquences de questions. Dans ce module, les différents formats interrogatifs et leurs conséquences sont présentés.

Objectifs pédagogiques : Dans un appel au SAMU, la relation entre l'appelant et l'appelé est par nature asymétrique. Un des participants à l'appel dispose d'une capacité d'action qui a un impact fort sur la vie de l'autre : déclencher ou non des secours. Du point de vue des devoirs et des responsabilités de chacun, il revient à l'ARM de guider le déroulé de l'appel et à l'appelant de présenter sa demande de la manière la plus optimale. Dans ce module, nous envisageons comment la manière de formuler les questions peut limiter l'asymétrie dans l'appel et faire en sorte que l'échange se déroule dans un climat le plus apaisé et le plus coopératif possible.

Dans cet objectif, on distingue les différents formats interrogatifs et comment les exploiter comme des ressources pour la gestion optimale de l'échange :

- formats qui favorisent la narration et la présentation du problème selon les propres termes de l'appelant et la prise en compte de son point de vue ;

- formats qui permettent de maintenir l'échange dans son cadre temporel urgent ;
- formats qui permettent de rétablir la coopération.

<u>Écoute collective d'appels et discussion</u>

- Écoute d'un appel où les questions du professionnel [ARM ou MR] intègrent des préférences pour des réponses spécifiques [des questions fermées ; questions en oui/non] et où toutes les questions sont produites en série rapide et restrictive avec pour conséquence de limiter les possibilités narratives et l'expression du point de vue de l'appelant sur sa situation.
- Écoute d'un appel transmis depuis le 18 pour montrer comment cela modifie le format des questions [activité de vérification des informations vs chercher des informations].
- Écoute d'un appel où une question de l'ARM « menace » le projet de l'appelant qui avait préqualifié son problème en urgence vitale.
- Écoute d'un appel où sont produites des questions alternatives : (i) ARM reformule la question sous une forme différente pour obtenir la réponse correcte/recherchée.
  (ii) ARM alterne des questions fermées [visant l'efficacité informationnelle et qui ont un impact bénéfique sur la compréhension et les réponses de l'appelant] et des questions ouvertes [qui favorisent les possibilités de narration de l'appelant et qui peuvent rendre visible ses véritables motivations].

Module 5 : S'assurer du consentement de l'appelant

Durée : 3 h

Introduction : La notion de consentement est au cœur du pacte de soin. Comment favoriser un climat de co-construction de la décision de régulation médicale ? Certains appelants confient volontiers l'activité de décision aux professionnels du SAMU. Pour d'autres, s'ils ne comprennent pas le choix de l'ARM ou s'ils ne sont pas d'accord avec l'orientation décidée, ils vont surement exprimer leur mécontentement. Si l'appelant demeure convaincu que la légitimité de sa demande n'a pas été reconnue, il peut manifester immédiatement ce désaccord. Dans d'autres cas, ce n'est que vers la clôture de la communication que l'appelant conteste la décision. Après la fin de la communication, si son consentement n'a pas été obtenu, le patient risque de ne pas se conformer à la décision de régulation (par exemple : ne pas contacter SOS Médecin ; ne pas se rendre à la maison médicale de garde ; téléphoner au 18).

Objectifs pédagogiques : Lorsque la décision de régulation médicale est produite sans être explicitée, le risque apparaît d'un faible consentement ou d'un désaccord du patient. Dans certains cas, l'appelant exprime son accord, mais le patient, en arrière-plan, manifeste son mécontentement. Si l'appelant semble tendu, il peut être efficace d'expliciter au fur et à mesure du déroulé de l'appel la raison d'être de chaque séquence de l'appel et de rappeler que l'avis exprimé par l'appelant fait partie des options considérées.

Si le mécontentement survient après l'annonce du choix d'orientation, le processus de décision doit être explicité afin de rassurer et convaincre jusqu'à obtenir une marque d'acceptation (telle que « d'accord » ; « voilà » ; « très bien »).

Le patient (ou son proche) peut montrer qu'il n'adhère pas à la décision en l'exprimant de diverses manières :

Forme explicite : « non » ; « je ne suis pas d'accord » ; « ah moi je vous appelle pas pour ça » ; si vous ne faites rien je vais » ; « je ne peux pas »

Forme argumentative : « par contre » ; « sauf que » ; « alors que » ; « oui, mais » ; « mais alors » ; « excusez-moi, mais »)

Forme implicite : en reformulant sa demande ; en introduisant de nouveaux éléments à l'historique médical ; en affirmant son autorité de patient ou de témoin. L'absence de consentement peut également se traduire par des silences, une pause dans la communication, des baisses de la voix ou soupirs ou encore par des énoncés marquant la gêne (tel que « hum hum ») ou l'absence de formules de politesse en fin de communication.

Forme atypique : Le fait de ne pas adhérer peut se traduire par une question ou une plainte atypique en fin de communication [« est-ce que je vais mourir ? »].

 Si l'appelant ne parvient pas à comprendre la décision de régulation médicale et l'exprime, cette difficulté communicationnelle ne doit pas être confondue avec une attitude agressive et la volonté d'initier un conflit. Le patient a le droit légitime d'exprimer qu'il

n'adhère pas à la décision qui le concerne. Ainsi, dans ce cas, l'appel doit être clôturé sur le logiciel métier en indiquant « absence de consentement » ou « refus du patient » plutôt qu'une critique de son attitude communicationnelle (p.ex. : « appelant agressif »). Il s'agit de veiller à ce que le dossier ne soit pas clôturé pas sur la base unique du point de vue du SAMU.

Écoute collective d'appels et discussion

- Écoute d'appels ou le choix de l'orientation n'est pas le résultat d'une co-construction.
- Identifier sous quelle forme l'appelant manifeste son désaccord et comment son interlocuteur réagit.
- Écoute d'appels où la décision est contestée et un conflit apparaît.
- Écoute d'appels où la décision de régulation médicale n'est pas suivie après la fin de la communication avec le SAMU.

Module 5 : Protocoles de transfert des appels

Durée : 3 h

Introduction : Que la transmission se fasse à l'oral ou à l'écrit sur le logiciel métier, dans tous les cas les informations transmises au médecin sont fondamentales pour la suite de la trajectoire de soins du patient. Dans ce module, nous envisageons des méthodes communicationnelles pour favoriser le bon déroulé du transfert de l'appel au médecin régulateur. On examine des conflits transférés d'un interlocuteur à l'autre et des situations où l'appelant est incertain quant aux informations déjà en la possession de son nouvel interlocuteur après un transfert.

Objectifs pédagogiques : Il s'agit ici d'analyser collectivement des appels pour comprendre que lorsque l'ARM relate des difficultés rencontrées pendant son échange avec l'appelant cela peut avoir pour conséquence d'orienter négativement l'attitude et les questions du médecin et de « transférer » le conflit d'un appel à l'autre. Les appels étudiés montrent que le point de vue du médecin se construit sur l'expérience rapportée par l'ARM. Ces appels sont sélectionnés, car ils montrent aussi à l'apprenant que dans le travail de sélection des éléments qui lui semblent les plus pertinents à rapporter au médecin (événements de l'historique médical ; symptômes) si certains éléments sont omis ou transformés cela des conséquences sur l'interaction médecin/appelant. Ainsi, nous envisageons l'impact de ce qui n'est pas transmis,

ce qui n'a pas été mis à jour dans le premier échange. De la même manière, si des incompréhensions ou erreurs se sont installées dans le premier échange sans être remarquées, il existe un risque qu'elles soient transférées au médecin, et cela des conséquences importantes sur l'interaction médecin/appelant.

Il est fondamental de préserver un climat communicationnel le plus apaisé possible dans l'échange ARM/Appelant, car cela a des conséquences sur l'échange suivant. S'il y a eu des tensions, il faut tenter des procédures de désamorçage du conflit avant d'engager le transfert.

Quand l'appelant apparaît hostile, non-coopérant alors que sa requête a été acceptée ou que la décision a été annoncée, il semble bénéfique de veiller à ce que l'annonce (p.ex. : envoi de secours et transfert de l'appel à un médecin) a bien été comprise par l'appelant en la reformulant. Cela passe par une vigilance dans la manière de formuler la décision (p.ex. : choix de parler au présent ou au passé et non pas au futur). Il faut donc éventuellement vérifier que l'appelant a bien compris que les secours sont en route et reformuler la décision et l'expliquer jusqu'à obtenir une marque que la requête est désormais bien clôturée pour l'appelant : il accepte le diagnostic et l'on se rapproche de la conclusion. Pour que l'échange fonctionne, il peut être bénéfique de rendre compte de la multiactivité du travail d'ARM : et notamment de la possibilité de déclencher de moyens même temps que l'on poursuit les questions. Il s'agit de ne pas oublier que l'appelant ne connait généralement que très peu le fonctionnement du SAMU. Enfin, il est important de toujours bien annoncer l'interlocuteur suivant et sa fonction et qu'il y aura un temps d'attente. Les appelants ignorent si et de quelle manière les différents interlocuteurs se transfèrent des informations. Ainsi, les appelants peuvent se retrouver dans un dilemme, dois-je répéter ou non les informations mentionnées à interlocuteur précédent ? Et si je suis transféré, est-ce le signe que ma requête est acceptée ou alors est-ce (comme pour les services clients) le signe que je n'ai pas atteint le bon service ?

<u>Écoute d'appels et discussion collective</u>

- Écoute d'appels où un conflit est transféré du 18 à ARM.
- Écoute d'appels où un conflit est transféré de ARM à MR.
- Écoute d'appels où l'appelant semble incertain quant à la quantité d'informations déjà en la possession de son nouvel interlocuteur après un transfert.

Module 7 : urgent vs non urgent ?

Durée : 2 h

Introduction : Voilà 20 ans que la PDSA, le traitement des SNP et la mission d'écoute médicale permanente sont reconnus comme des activités dont le SAMU doit s'acquitter au même titre que le traitement de l'urgence vitale. Le traitement des appels concernant des soins non programmés est-il pour autant toujours considéré comme relevant bien de l'activité légitime du SAMU ? Dans ce module, la discussion est axée autour de la qualification en urgent VS non urgent. L'objectif étant de réfléchir à la valorisation des formes d'urgence vitale véritable face aux autres formes de demandes médicales.

Objectifs pédagogiques : Encourager l'apprenant à ne pas articuler le traitement des appels autour de l'opposition urgent VS non urgent, ne pas considérer qu'il y aurait d'un côté des demandes de santé relevant bien de l'activité du SAMU et de l'autre des demandes de santé qui n'auraient pas dû être adressées au SAMU. C'est dans ce sens que le SAS intègre des spécialistes d'autres disciplines que la médecine urgente dans les salles de régulation (pédiatres, psychologues, chirurgiens-dentistes…). En réalité, les frontières demeurent floues entre motif approprié et non approprié : elles ne sont pas clairement connues des usagers. Dans ce module nous nous appuyons sur des documents de communication publique (campagnes de presse, documents officiels) des institutions de la santé et du secours pour illustrer la confusion qui règne encore souvent dans l'esprit de la population.

Discussion pour aborder les problématiques suivantes en petits groupes d'étudiants

Problématique 1 — Faut-il avoir une vision élargie de l'activité légitime de l'institution en considérant que ce sont les besoins des citoyens qui déterminent l'activité de l'institution ou au contraire ce sont les citoyens qui doivent se conformer aux missions prédéfinies par le SAMU ?

Problématique 2 — La transformation depuis une institution strictement dédiée à l'urgence vitale vers un centre de coordination des besoins de santé pourrait avoir pour effet d'augmenter encore le nombre d'appels reçus au SAMU. Toutefois, est-ce que cela ne permettrait pas de transformer l'image que la population a du SAMU et faire ainsi en sorte qu'il ne soit pas si souvent envisagé comme un service d'envoi d'équipes de secours ? L'ensemble des réponses

qui peuvent être proposées par la régulation seraient dès lors reconnues comme étant appropriées. Le fait de ne pas envoyer une équipe de secours sur place ne serait pas envisagé comme un échec de la demande d'aide.

Problématique 3 — Comment gérer le sentiment qu'une partie des usagers abuse du système et font usage de « savoir officieux » pour obtenir une réponse favorable à leur demande ? Plutôt qu'une focalisation sur « l'abus » il s'agit d'envisager les difficultés que rencontrent les citoyens notamment pour comprendre l'organisation de la réponse aux demandes de santé, pour accéder à la médecine de ville et de spécialité et pour déterminer eux-mêmes la gravité de leur problème.

Module 8 : Le moment de crise

Durée : 2 h

Introduction : Dans ce module nous abordons l'appel au SAMU comme un moment de « rupture » dans la trajectoire de vie de patients et de leurs proches.

Objectif pédagogique : Une sélection d'appels à écouter collectivement est proposée aux étudiants. L'objectif étant de qualifier les appels depuis les critères suivants : (i) crise du proche aidant et besoin de transfert depuis la solidarité familiale vers la responsabilité collective (ii) errance médicale ou SAMU envisagé comme dernier recours (iii) problème médical mineur devenu insupportable (iv) crise psychologique (v) crise du parent d'un nouveau-né et (vi) demande d'aide pour décider de l'orientation correcte dans le système de santé.

Module 9 : Éviter les termes complexes

Durée : 2 h

Introduction : Le travail d'ARM est caractérisé par la multiactivité : gérer les appels, être en communication continue avec les collègues, écoute flottante dans la salle de régulation, travail sur les logiciels métiers. Cela implique un va-et-vient continu entre communication avec des termes professionnels techniques (avec les médecins et les autres acteurs de la santé et du secours) et échanges avec des citoyens généralement profanes des termes médicaux et techniques. Dans le cours des appels, l'ARM doit donc adapter son mode de communication

en fonction de, presque, chaque interlocuteur : celui-ci peut être un citoyen qui ne connait pas les termes médicaux qui décrivent son problème. Il peut également être un malade d'une affection longue durée (ALD) qui maitrise bien les termes spécialisés de sa condition médicale. Toutefois le patient atteint d'une ALD ne décrit pas forcément sa maladie avec des termes spécialisés. Il en va de même pour le proche aidant : certains connaissent bien les termes médicaux, d'autres non. En fait, les patients et leurs familles peuvent avoir leurs propres termes pour décrire la maladie et les traitements. Ainsi, à chaque appel, la possibilité de manipuler les termes médicaux doit être reconsidérée.

Objectifs pédagogiques : Les appels étudiés dans ce module montrent que les professionnels utilisent parfois des termes complexes sans s'en rendre compte. Cela peut donner lieu à des incompréhensions qui complexifient le traitement de l'appel. Dans ce module, nous analysons collectivement quels mots et formulations peuvent être des obstacles à la bonne compréhension avec certains patients. Cela peut également concerner le nom des métiers, des services. Une réflexion collective est menée pour viser l'efficacité communicationnelle et éviter les malentendus dans les appels.

<u>Activité collective d'écoute d'appels :</u>

- Écoute d'extraits d'appels où l'appelant ne manifeste pas qu'il n'a pas compris le terme médical spécialisé.
- Écoute d'extraits d'appels où l'appelant manifeste de manière implicite qu'il n'a pas compris le terme médical spécialisé.
- Écoute d'extraits d'appels où l'appelant manifeste un désaccord après l'introduction d'un terme spécialisé.

Module 10 : Le CRRA, un espace invisible pour la population

Durée : 2 h

Introduction : Dans ce module, la discussion est axée sur l'opacité du SAMU. Il faut rappeler qu'une majeure partie de la population n'a jamais rencontré d'ARM ou de médecin régulateur du SAMU dans le cours de sa vie. Bien sûr, la population n'a pas accès aux salles de régulation. En fait, la population ne « voit » le SAMU que lorsqu'elle croise un véhicule SMUR. Elle

ignore si la réponse à l'appel au 15 se fait ou non dans l'enceinte de l'hôpital, à l'accueil des urgences par exemple. Pour les non-professionnels, le terme « régulation » lui-même n'est que rarement associé à une activité médicale. Dans ce module, l'étudiant est encouragé à envisager la pratique de la régulation depuis une position de profane et à réfléchir à l'invisibilité du contexte technologique et organisationnel du SAMU.

Objectifs pédagogiques : Après une écoute collective d'appels, les étudiants se questionnent en petits groupes sur les outils numériques en régulation médicale au SAMU et sur l'organisation 15/18/112/Hôpital. Chaque groupe fait un rendu oral de sa réflexion et un débat est organisé.

Problématique 1 : Outils technologiques —Il existe un décalage entre les possibilités technologiques qui sont à notre disposition dans nos vies quotidiennes et celles disponibles dans le cours d'un appel au SAMU. Par exemple, que ce soit pour une livraison ou dans les relations amicales, il est désormais facilement possible de localiser une personne en temps réel, voir ses déplacements et savoir dans combien de temps elle arrive. De la même façon, l'usage de la vidéocommunication et des messageries instantanées sont à la portée d'une grande partie des citoyens, mais ne constituent pas des pratiques généralisées dans les SAMU. Quelle incidence cela peut-il avoir sur le travail des ARM ?

Problématique 2 : Rôles et fonctions des acteurs de la réponse urgente – La population n'a pas connaissance de la manière dont est organisée la réponse aux demandes d'aide urgentes en France. Les appelants ignorent souvent quelles sont les fonctions respectives du 15 et du 18 et qu'ils n'ont pas de système informatique commun. Ils ignorent aussi qu'ils travaillent parfois sur le même lieu, comment ils coopèrent sur le terrain. Concrètement, un usager ne distingue pas forcément les fonctions d'un opérateur du 18, d'un ARM du 15, d'un médecin AMU ou SNP. Il ne sait pas que lorsque l'on rappelle le SAMU on ne tombe pas nécessairement sur le même poste ARM ou que si on recontacte le 18 pour un problème médical après la fin de la communication avec le 15 l'appel sera de nouveau transféré au 15.

Les technologies de l'urgence médicale : état des lieux

Nous présentons ici un état des lieux non exhaustif des acteurs des technologies du soin et du secours urgent ainsi que de l'orientation des patients vers la médecine de ville et de spécialité, de régulation médicale par des professionnels de santé, des chatbots, ou des dispositifs d'autorégulation et des interfaces conversationnelles de suivi des patients. Enfin, nous mentionnons également quelques dispositifs numériques de formation aux gestes de premiers secours, de conseil et formation en santé et des applications collaboratives d'intervention dans la chaîne des secours.

Logiciels de régulation médicale (LRM)	
Exos- logiciel e. RM (Event Régulation Monitoring)	exos.fr/
AppliSamu	appligos-opendev.fr/
Centaure 15	inetum.com/fr/software/emergency-services/centaure15
Systel	systel-sa.fr/
Scriptal	scriptal.fr/

Systèmes de téléphonie avancée/Visio-régulation		
WRM par Exos	Gestion des flux téléphoniques. Priorisation des appels. Visualisation graphique des appels entrants.	www.exos.fr
Urgentime	Solutions d'appel augmentés. Gestion des appels d'urgence. Vidéo/Localisation	urgentime.com/urgences/
Pulsy	Le régulateur saisit un numéro de téléphone ou un mail et le patient reçoit instantanément une invitation par SMS ou mail pour activer l'appel vidéo. Aucune installation, ni compte n'est nécessaire pour le patient. L'appel téléphonique au centre de régulation est maintenu durant la visio, ce qui permet de continuer à bénéficier des fonctions associées (p.ex. : enregistrement).	store.pulsy.fr/services/visioregul/

Régulation déportée		
Exos	Régulation à distance par les médecins régulateurs libéraux.	exos.fr/la-regulation-deportee-par-exos-un-nouvel-outil-de-la-pdsa-et-du-service-d-acces-aux-soins/

Systèmes algorithmiques d'aide à la décision en régulation médicale		
Corti	Module d'aide à la détection des pathologies (ACR).	corti.ai/solutions/911-triage
Medvir (Prediag)	Module d'aide au diagnostic.	medvir.fr/
Oky Doky	Module d'aide à l'orientation des urgences médicales.	twitter.com/ok__doky

Collaboration interprofessionnelle (Informatique embarquée ; Télé expertise ; Télé régulation ; Télétransmission)		
Plateforme télérégulation Exelus Nomadeec	Plateforme de télémédecine mobile d'urgence pour la télérégulation entre le professionnel sur le terrain et le SAMU. Télétransmission d'un bilan numérique pour l'orientation et la prise en charge du patient. Visiorégulation directement avec le patient ou effecteur sur le terrain. Sacoche de télémédecine (tablette connectée + dispositifs connectés + lunettes connectées + application) Voir aussi : projets de dispositifs de réalité mixte ; interfaces holographiques HoloLens Microsoft Exelus – Nomadec	nomadeec.com/
Lunettes connectées télérégulation XpertEye	Visiorégulation entre le professionnel sur le terrain et le SAMU.	amaxperteye.com

Tablette connectée AmbuTab	Télétransmission + Télé expertise/Bilan connecté.	tplsystemes.com/
Tablette connectée E-fibi (NexSIS)	Télétransmission ; e-FiBi (electronic fiche-bilan).	ansc.interieur.gouv.fr/
ZOLL Data Systems	Patient Care Report (PCR) ; Enregistrement des soins pré hospitaliers du patient pendant son transport médical ou sanitaire.	zolldata.com/ems-software/epcr
Dedalus – Amphi systems	Télétransmissions entre ambulances ; centre de dispatch et services d'urgence ; electronic prehospital care record (ePCR)	amphisystems.com/
Syope	Fiche bilan dématérialisée.	syope.life/
Tablette connectée Pulsy	Tablette connectée pour les SMUR / SAMU Région Grand-Est.	www.pulsy.fr

Aide à l'orientation pour les soins urgents

Urgences Chrono	Plateforme / application de référencement des solutions de consultation en urgence (pharmacies, maisons médicales de garde, centres de premier recours sans RDV et services d'urgences publics et privés.)	urgenceschrono.com/

Interface conversationnelle de suivi de patients

Calmedica	Télésurveillance. Suivi post-ambulatoire par SMS avec les patients par le biais d'un chatbot simple qui remplace l'appel du lendemain.	calmedica.com/
BotDesign	Suivi des patients téléconsultation et un chatbot pour le suivi médical des patients.	botdesign.net/

Interfaces conversationnelles (Chatbots médicaux généralistes ; vérificateurs de symptômes ; assistant personnel de santé ; chatbot de triage)

Dr Chat	medi24.abi.ai/fr
Lybrate	lybrate.com/
MedWhat	medwhat.com/
Babylon	babylonhealth.com/en-us
Melody de Baidu's Doctor	baidu.com/

Florence Chat	florence.chat/ + pact.care/
Gyant	gyant.com/
Buyo	buoyhealth.com/
healthily	livehealthily.com/
Sensely	sensely.com/

Informations sur les médicaments (sites web / applications smartphones)

Posos	posos.fr
GoodMed (Synapse)	goodmed.com/

Organisation du parcours de soins

Avis médical en ligne	**Citizen Doc**	citizendoc.fr
Interface de prise de rendez-vous médicaux et téléconsultation	**Mes docteurs**	mesdocteurs.com
	Quare	qare.fr/
	Maia	maiia.com/
	Doctolib	doctolib.fr/
	Kel doc	keldoc.com/
	Allo docteur	allodocteur.fr/
	Medadom	www.medadom.com
	Hellocare	hellocare.com/
	Livi	livi.fr/
	Urgence Docteurs	urgencedocteurs.com
	Hello Care	hellocare.com/
	Feeli	feeli.io/
	Medadom	medadom.com/
Livraison de médicaments à domicile	**La Poste**	www.mesmedicamentschezmoi.com

Bornes & cabines de téléconsultation

Borne ou cabine de téléconsultation dans lieux de soins ou services publics **Accès à un logiciel de connexion en téléconsultation et à des objets médicaux connectés**	**Medadom**	medadom.com
	Maïa	suite.maiia.com
	Medeo	medeo-health.com/
	Tessan	tessan.io/
Borne de prédiagnostic (sans télé-consultation ; questionnaire médical)	**MedVir Prediag**	medvir.fr/

Application mobile patient accès aux services de soins urgents		
My 15	Transmission des infos primaires et de localisation, et éventuellement de photographies (fonctionne si le SAMU contacté utilise le LRM Exos).	exos.fr/my15-lapplication-gratuite-connecte-smartphone-samu/
Sauveteurs Sans Frontières	Alerte de secouristes à proximité d'un accident. Appel aux numéros d'urgence (Samu, Pompiers, Police et Gendarmerie, Central 112 européen), et autres numéros utiles via l'application. Initiation aux gestes de premiers secours. Calendrier et sessions de formation au secourisme dédiées au grand public.	sauveteurs.org/fr/

Applications de smartphones collaboratives : citoyens-acteurs en situation d'urgence médicale		
Sauv Life	Interventions de citoyens bénévoles et de sauveteurs géolocalisés en cas d'ACR. Aide aux premiers secours. Cartographie des défibrillateurs	sauvlife.fr/
Permis de sauver	Interventions de citoyens bénévoles et de sauveteurs géolocalisés en cas d'ACR. Aide aux premiers secours. Cartographie des défibrillateurs	permisdesauver.info/
Staying Alive	Interventions de citoyens bénévoles et de sauveteurs géolocalisés en cas d'ACR. Aide aux premiers secours. Cartographie gratuite des défibrillateurs	bon-samaritain.org/
Géocoeurs Les premiers répondants	Panneau connecté installé au-dessus des Défibrillateurs Automatisés Externes (DAE) qui alerte les passants en cas d'arrêt cardiaque à proximité. L'objectif étant de faire apporter le défibrillateur à la victime le plus vite possible, avant l'arrivée des secours. Lorsque les services de secours ont connaissance d'un arrêt cardiaque, ils peuvent déclencher le système d'alerte des panneaux les plus proches de la victime. Un gyrophare LED vert s'allume et un haut-parleur émet un message vocal préenregistré « Arrêt cardiaque à proximité, nous avons besoin de vous, flashez le QR Code afin de savoir où apporter le défibrillateur ».	geocoeur.com/

Dispositifs pédagogiques – apprentissage des gestes de premiers secours / Formation PSC1		
L'appli qui sauve 2.0	Cours théorique sur les gestes qui sauvent Illustration vidéo pour une assimilation plus facile Quizz éducatifs pour partager ses connaissances et évaluer ses compétences. Par la Croix Rouge Française.	croix-rouge.fr/
Massage cardiaque et DSA	Initiation au massage cardiaque et à l'utilisation d'un défibrillateur semi-automatique.	App dispo sur les stores
Everyday heroes	Initiation au secourisme développée par la BSP de Paris	everydayheroes.fr/
Salvum	Serious game formation PSC1.	www.salvum.org/
CiNACity	Serious game d'apprentissage aux premiers secours.	curapy.com./
Citoyens sauveteurs	Formation aux différents gestes et actions à réaliser face aux situations d'urgence. Par Permis de Sauver.	App dispo sur les stores

Dispositifs pédagogiques pour les parents / aidants		
Dowino	Application ludique de prévention santé, simulation 3D, serious games, thérapeutiques, conseil et accompagnement dans les soins à domicile et dans l'accompagnement, pour les parents et les aidants, et informations en santé pour la population, (automédication ; informer sur les droits en matière de santé…)	dowino.com
1000 premiers jours	Compagnon numérique pour aide à la parentalité. Un outil d'information et prévention. Calendrier de rendez-vous médicaux, outil de prévention de la dépression du post-partum, cartographie pour accéder aux lieux et ressources du soin et de la santé	1000-premiers-jours.fr
Tous aidants	Réseau d'entraide. Ressource informationnelle.	App dispo sur les stores
E-aidants	Réseau d'entraide. Ressource informationnelle. Outil de gestion	App dispo sur les stores
iCompanion Aidant	Réseau d'entraide. Ressource informationnelle. Outil de gestion	lacompagniedesaidants.org/
iCompanion Senior	Réseau d'entraide. Ressource informationnelle. Outil de gestion	lacompagniedesaidants.org/

Lili Smart	Réseau d'entraide. Ressource informationnelle. Outil de gestion	lamaisondesaidants.com/NT/lili-smart/
Tilia	Un assistant personnel et une application mobile pour les aidants	tilia-aidants.fr/

Autres dispositifs		
eCall	En cas d'accident de voiture les secours sont immédiatement prévenus	----------
What3words Interface de géolocalisation	Technologie d'adressage universel what3words a donné à chaque carré de 3 m x 3 m dans le monde une adresse unique de 3 mots L'application what3words fonctionne hors connexion.	what3words.com
Sauv Life Unité mobile de télémédecine	Visites de patients domicile avec la présence d'un professionnel de santé et une consultation médicale digitale. Consultation augmentée par des objets connectés. Administratif en temps réel.	sauvlife.fr/
114	Appel d'urgence en Visio, LSF, SMS, tchat, mail, fax, pour personnes malentendantes, sourdes aphasiques	urgences114.fr ou SMS au numéro 14
Mes Urgences	Application mobile à destination des professionnels. Elle donne une estimation en temps réel, du niveau d'affluence attendu dans les services d'urgence franciliens partenaires, et pour chaque heure, une durée estimée sur place.	sesan.fr/

Lexique et sigles

Sigles institutionnels et professionnels

- AMU Aide Médicale Urgente
- ARM Assistant de Régulation Médicale
- ASIP Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé
- CFARM Centre de Formation des Assistants de Régulation Médicale
- CTA Centre de Traitement des Alertes
- CESU Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences
- CHU Centre Hospitalier et Universitaire
- CRRA Centre de réception et de Régulation des Appels
- CTI Couplage Téléphonie Informatique
- DGOS Direction Générale de l'Offre de Soins
- DR Dossier de Régulation
- DMP dossier médical personnel
- DRM Dossier de Régulation Médicale
- EENA European Emergency Number Association
- IGAS l'Inspection Générale des Affaires Sociales
- MEAH Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
- MG Médecine Générale
- MES Mon Espace Santé
- MMG Maison Médicale de Garde
- OSNP Opérateurs de Soins Non Programmés
- PARM Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
- PFLAU Plate-Forme de Localisation des Appels d'Urgence
- PDSA Permanence Des Soins Ambulatoires
- PDS Permanence De Soins
- SAMU Structure d'Aide Médicale Urgente
- SAS Service d'Accès aux Soins
- SFMU Société Française de Médecine d'Urgence
- SMUR Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
- SNP Soins non programmés
- VSAV véhicules de secours et d'assistance aux victimes
- SAMU Service d'Aide Médicale Urgente

- SDIS Service d'Incendie et de Secours
- SMUR Service Médical d'Urgences et de Réanimation

Sigles technologiques

- ACA Agents Conversationnels Animés
- ACE Agents Conversationnels Expressifs
- AML Advanced Mobile Location
- ASR automated speech recognition reconnaissance automatique de la parole
- CUI conversational user interface
- CNIL Commission nationale de l'informatique et des libertés
- ECA Embodied Conversational Agent
- EECA Expressive Embodied Conversational Agents
- GNSS Géolocalisation et Navigation par un Système de Satellites
- HCI human-computer interaction
- I.A Intelligence Artificielle
- IVA Intelligent Virtual Agent
- MMS Multimédia Messaging Service
- NLP natural langage processing
- RGPD Règlement général de protection des données
- SVI Serveur Vocal Interactif
- SI Système d'Information
- MMS Multimedia Messaging Service
- VoIP Voice Over Internet Protocol ; voix par internet
- VUI, voice user interface ; interface d'utilisation vocale
- SVI serveurs vocaux interactifs
- SMS Short Message Service
- Ux User Experience

Bibliographie

Adam, P. & Herzlich, C. (2018). Sociologie de la maladie et de la médecine. (Armand Colin).

Aegerter, Z. & Huguet, F. (2022). *Dialoguer en France Services, Explorer le potentiel d'inclusion et de facilitation des approches conversationnelles au sein de France Services*. Carnet de recherche.

Agamben, G. (2006). *Qu'est-ce qu'un dispositif ?* (Rivages poches).

Alauzen, M. (2019). L'État plateforme et l'identification numérique des usagers. *Réseaux, n° 213*(1), 211. https://doi.org/10.3917/res.213.0211

Alauzen, M. (2021). Splendeurs et misères d'une start-up d'État. *Réseaux, N° 225*(1), 121–150. https://doi.org/10.3917/res.225.0121

Albert, S., Housley, W. & Stokoe, E. (2019). In case of emergency, order pizza. *Proceedings of the 1st International Conference on Conversational User Interfaces - CUI '19*, 1–2. https://doi.org/10.1145/3342775.3342800

Allard, L. (2010). *Mythologie du portable*. Le Cavalier Bleu.

Allard, L. (2022). Techno-critique, écocritique, faire-critique du smartphone. Pour un numérique décolonial. In L. Allard, A. Monnin & N. Nova (Eds.), *Écologies du smartphone* (Le bord de l'eau, pp. 55–78).

Allard, L., Monnin, A. & Nova, N. (2022). *Écologies du smartphone*. Le bord de l'eau.

Amiel, P. (2010). *Ethnométhodologie appliquée : éléments de sociologie praxéologique*. Presses du Lema.

Arndt, B. G., Beasley, J. W., Watkinson, M. D., Temte, J. L., Tuan, W.-J., Sinsky, C. A. & Gilchrist, V. J. (2017). Tethered to the EHR: Primary Care Physician Workload Assessment Using EHR Event Log Data and Time-Motion Observations. *The Annals of Family Medicine*, *15*(5), 419–426. https://doi.org/10.1370/afm.2121

Atkinson, M. & Heritage, J. (1984). *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*. Cambridge University Press.

Auray, N. (2014). Le corps et la présence à distance. *Technocorps : La Sociologie Du Corps à l'épreuve Des Nouvelles Technologies*.

Bachmann, C., Lindenfeld, J. & Simonin, J. (1981). L'analyse de conversation. In *Langage et communications sociales*. Hatier.

Baldauf-Quilliatre, H. (2014). Généralisation et argumentation : le rôle du contraste figuré. *Actes Du Colloque : Figures Du Discours et Contextualisation*.

Bandura, A. (1985). Social Foundations of Thought and Action : A Social Cognitive Theory. *Pearson.*

Bange, P. (1987). La régulation de l'intercompréhension dans la communication exolingue . *Résumé En Vue de La Réunion d'Aix-En-Provence*.

Bange, P. (1992). *Analyse conversationnelle et théorie de l'action*. Hatier/Didier.

Barrett, L. F., Adolphs, R., Marsella, S., Martinez, A. M. & Pollak, S. D. (2019). Emotional expressions reconsidered: challenges to inferring emotion from human facial Movements. *Psychological Science in the Public Interest*, *20*(1), 1–68. https://doi.org/10.1177/1529100619832930

Bates, E., Dale, P. S. & Thal Donna. (1995). Individual differences and their implications for theories of language development. In P. Fletcher & B. MacWhinney (Eds.), *Handbook of Child Language*. Basil Blackwell.

Beach, W. (1993). Transitional regularities for 'casual' "Okay" usages. *Journal of Pragmatics*, *19*(4), 325–352. https://doi.org/10.1016/0378-2166(93)90092-4

Beach, W. & Dixson, C. (2001). Revealing moments: formulating understandings of adverse experiences in a health appraisal interview. *Social Science & Medicine*, *52*(1), 25–44. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00118-0

Beach, W. & Metzger, T. (1997). Claiming Insufficient Knowledge. *Human Communication Research*, *23*(4), 562–588. https://doi.org/10.1111/J.1468-2958.1997.TB00410.X

Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression : Enquête sur le « nouveau management public*. La découverte.

Berard, T. J. (2005). On Multiple Identities and Educational Contexts: Remarks on the Study of Inequalities and Discrimination. *Journal of Language, Identity & Education*, *4*(1), 67–76. https://doi.org/10.1207/s15327701jlie0401_4

Berard, T. J. (2010). Unpacking "Institutional Racism": Insights from Wittgenstein, Garfinkel, Schutz, Goffman, and Sacks. *Schutzian Research. A Yearbook of Worldly Phenomenology and Qualitative Social Science*, *2*(1), 111–135. https://doi.org/10.7761/SR.2.111

Berard, Tim J. (2008). The Neglected Social Psychology of Institutional Racism. *Sociology Compass*, *2*(2), 734–764. https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2007.00089.x

Berger, I., Kitzinger, C. & Ellis, S. J. (2016). Using a category to accomplish resistance in the context of an emergency call. *Pragmatics. Quarterly Publication of the International Pragmatics Association (IPrA)*, *26*(4), 563–582. https://doi.org/10.1075/prag.26.4.02ber

Berra, A. (2015). Pour une histoire des humanités numériques. *Critique, n° 819-820*(8), 613. https://doi.org/10.3917/criti.819.0613

Blanche-Benveniste, C. (2000). Transcription de l'oral et morphologie. In M. Geburstag, R. Guille & R. Kiesler (Eds.), *Philologische Studien für Theodor Berchem zum 65.* (Vol. 1, pp. 61–74).

Bolaños-Carpio, A. (2017). *Interactions in calls to the 9-1-1 Emergency System in Costa Rica*. https://doi.org/10.7282/T3G44T25

Bolaños-Carpio, A. (2020). When emergencies are not urgent. In C. Taleghani-Nikazm, E. Betz & P. Golato (Eds.), *Mobilizing Others: Grammar and lexis within larger activities* (pp. 229–252). https://doi.org/10.1075/slsi.33.09bol

Bonu, B. (1992). L'analyse de conversation : une discipline de l'action sociale. *Quaderni, 17*(1), 51–62. https://doi.org/10.3406/QUAD.1992.940

Bonu, B., Mondada, L. & Relieu, M. (1994). Catégorisation : l'approche de Sacks. *L'enquête Sur Les Catégories : De Durkheim à Sacks*.

Bonu, B. (1999). Perturbation et négociation dans l'entretien de recrutement. *Langage et Société*, *89*(1), 69–93. https://doi.org/10.3406/lsoc.1999.2884

Bonu, B. (2001). Les évaluations conversationnelles dans la narration. *Revue Québécoise de Linguistique*, *29*(1), 51–69. https://doi.org/10.7202/039429ar

Bonu, B. (2002a). Transcription et analyse : les Unités Évaluatives de Construction de Tour. *Cahiers de Praxématique*, *39*, 135–159.

Bonu, B. (2007). Connexion continue et interaction ouverte en réunion visiophonique. *Réseaux*, *25*(144), 25–57. https://doi.org/10.3166/réseaux.144.25-57

Bonu, B. (2008). Interaction et perturbations technologiques en vidéocommunication. *Cahiers de Praxématique*, *50*, 177–202. https://doi.org/10.4000/praxematique.966

Bonu, B. (2014). L'interaction de part et d'autre des barreaux : catégorisations dans la vidéocommunication. *L. Greco, L. Mondada & P. Renaud (Éds), Identités En Interaction, Limoges : Lambert Lucas*, 115–136.

Bonu, B. (2016). Décalages interprétatifs dans une réunion prison-université en vidéocommunication. *Langages*, *204*(4), 103. https://doi.org/10.3917/lang.204.0103

Booker, Matthew J, G Shaw, A. R. & Purdy, S. (2015). Why do patients with "primary care sensitive" problems access ambulance services? A systematic mapping review of the literature. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015

Booker, Matthew James, Shaw, A. R. G., Purdy, S. & Barnes, R. (2018). 'Primary care sensitive' situations that result in an ambulance attendance: a conversation analytic study of UK emergency '999' call recordings. *BMJ Open*, *8*(11), e023727. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023727

Boyd, E. & Heritage, J. (2006). Taking the history: questioning during comprehensive history-taking. In John Heritage & D. W. Maynard (Eds.), *Communication in Medical Care* (pp. 151–184). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511607172.008

Button, G. (1990). On varieties of closings. In George Psathas (Ed.), Interaction Competence (pp. 93–147). University Press of America.

Byrne, P. & Long, B. (1976). Doctors Talking to Patients. HM-SO.

Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'année Sociologique*, *36*, 169–208.

Cardon, D. (2011). Réseaux sociaux de l'Internet. *Communications*, *88*(1), 141–148. https://doi.org/10.3406/COMM.2011.2594

Casilli, A. & Posada, J. (2018). *The Platformization of Labor and Society*. https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01895137

Cassell, J., Sullivan, J., Prevost, S. & Churchill, E. (2000). *Embodied conversational agents*. MIT Press.

Ciborra, C. (2004), The Labyrinths of Information: Challenging the Wisdom of Systems , Oxford university press. Dans biblio

Charlap, C., Caradec, V., Chamahian, A. & Kushtanina, V. (2019). Être salarié et aider un proche âgé dépendant : droits sociaux et arrangements locaux. *Revue Française Des Affaires Sociales*, *1*, 181–198. https://doi.org/10.3917/rfas.191.0181

Charnet, C. (2008). Constitution de collections transversale et verticale : à la recherche de pratiques d'usages dans un Espace Numérique de Travail (ENT) en milieu universitaire. *Cahiers de Praxématique*, *50*, 125–146. https://doi.org/10.4000/praxematique.962

Charnet, C. (2022). De l'instructional design à l'ingénierie pédagogique.

Charon, R. (2008). Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies. (Sipayat).

Chevet, C. (2017). La voix de synthèse : de la communication de masse à l'interaction homme-machine. Dialogue avec le monde. *Communication & Langages*, *2017*(193), 63–78. https://doi.org/10.4074/S0336150017013059

Citton, Y. (2014a). *L'économie de l'attention : stade ultime du capitalisme ? Vol. a*. La Découverte.

Citton, Y. (2014b). *Pour une écologie de l'attention : Vol. b*. Seuil.

Citton, Y. (2022). Smartness de surveillance et intelligences d'improvisation : deux écologies du smartphone. In *Écologies du smartphone*. Éditions du Bord de l'Eau.

Clayman, S. E. & Heritage, J. C. (2014). Benefactors and beneficiaries (pp. 55–86). https://doi.org/10.1075/slsi.26.03cla

Cognet, M., Gabarro, C. & Adam-Vezina, E. (2009). Entre droit aux soins et qualité des soins. *Hommes & Migrations*, *1282*, 54–65. https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.443

Cohen, S. (1973). Folk Devils and Moral Panics. The Creation of the Mods and the Rockers. *2*(3), 380–381. https://doi.org/10.1177/089124167300200308

Cohen-Cole. (1991). The medical interview : the three function approach. Cosby.

Colón de Carvajal, I., Markaki-Lothe, V. & Teston-Bonnard, S. (2016). Modalités de désalignement et manifestations de désaccord chez les personnes aphasiques. *Cahiers de Praxématique*, *67*. https://doi.org/10.4000/praxematique.4464

Coulon, A. (1987). L'ethnométhodologie. Presses universitaires de France.

Couper-Kuhlen, E. (2014). What does grammar tell us about action? *Pragmatics*, *24*(3), 623–647.

Coupland, J., Robinson, J. D. & Coupland, N. (1994). Frame Negotiation in Doctor-Elderly Patient Consultations. *Discourse & Society*, *5*(1), 89–124. https://doi.org/10.1177/0957926594005001005

Crabtree, A. (1988). Ethnography in Participatory Design.

Crabtree, A. (2004). Taking technomethodology seriously: hybrid change in the ethnomethodology–design relationship. *European Journal of Information Systems*, *13*(3), 195–209. https://doi.org/10.1057/palgrave.ejis.3000500

Cromdal, J., Landqvist, H., Persson-Thunqvist, D. & Osvaldsson, K. (2012). Finding out what's happened: Two procedures for opening emergency calls. *Discourse Studies*, *14*(4), 371–397. https://doi.org/10.1177/1461445612439960

Cromdal, J., Osvaldsson, K. & Persson-Thunqvist, D. (2008). Context that matters: Producing "thick-enough descriptions" in initial emergency reports. *Journal of Pragmatics*, *40*(5), 927–959. https://doi.org/10.1016/j.pragma.2007.09.006

Cunliffe, A. L. & Scaratti, G. (2017). Embedding Impact in Engaged Research: Developing Socially Useful Knowledge through Dialogical Sensemaking. *British Journal of Management*, *28*(1), 29–44. https://doi.org/10.1111/1467-8551.12204

Curl, T. S. & Drew, P. (2008). Contingency and Action: A Comparison of Two Forms of Requesting. *Research on Language & Social Interaction*, *41*(2), 129–153. https://doi.org/10.1080/08351810802028613

Dami, F., Fuchs, V., Berthoz, V. & Carron, P.-N. (2018). Régulation médicale : mise au point 2018 et développements futurs. *Annales Françaises de Médecine d'urgence*, *8*(6), 376–382. https://doi.org/10.3166/afmu-2018-0089

Danet, F. (2008). La médecine d'urgence Vers de nouvelles formes de travail médical (Erés)

de Fornel, M. (1987). Remarques sur l'organisation thématique et les séquences d'actions dans la conversation. *5*, 15–36.

de Fornel, M. (1994). Le cadre interactionnel de l'échange visiophonique. *Réseaux. Communication - Technologie - Société*, *12*(64), 107–132. https://doi.org/10.3406/RESO.1994.2473

de Fornel, M. & Léon, J. (1997). Des questions-échos aux réponses-échos. Une approche séquentielle et prosodique des répétitions dans la conversation. *Cahiers de Praxématique*, *28*, 101–126.

de Fornel, M. & Léon, J. (2000). L'analyse de conversation, de l'ethnomethodologie à la linguistique interactionnelle. *Histoire Épistémologie Langage*, *22*(1), 131–155. https://doi.org/10.3406/HEL.2000.2770

de Fornel, M. & Verdier, M. (2014a). Aux prises avec la douleur (Éditions de l'EHESS). http://editions.ehess.fr/ouvrages/ouvrage/aux-prises-avec-la-douleur/

de Gournay, C. (1994). En attendant les nomades. Téléphonie mobile et modes de vie. *Réseaux*, *12*(65), 9–25. https://doi.org/10.3406/reso.1994.2504

de Souza e Silva, A., Glover-Rijkse, R., Njathi, A. & de Cunto Bueno, D. (2021). Playful mobilities in the Global South: A study of Pokémon Go play in Rio de Janeiro and Nairobi. *New Media & Society*, 146144482110164. https://doi.org/10.1177/14614448211016400

Deppermann, A. (2005). Conversational interpretation of lexical items and conversational contrasting (pp. 289–317). https://doi.org/10.1075/sidag.17.15dep

Deppermann, A., Schmitt, R. & Mondada, L. (2010). Agenda and emergence: Contingent and planned activities in a meeting. *Journal of Pragmatics*, *42*(6), 1700–1718. https://doi.org/10.1016/j.pragma.2009.10.006

Desprès, C. (2008). Le non-recours aux droits : l'exemple de la protection sociale. *Vie Sociale*, *N° 1*(1), 21–96. https://doi.org/10.3917/vsoc.081.0021

DiDomenico, S. M. (2015). Help Seeking in Action. Rutgers University.

Didomenico, S. M. & Boase, J. (2013). Bringing mobiles into the conversation: Applying a conversation analytic approach to the study of mobiles in co-present interaction.

Dodier, N. & Barbot, J. (2016). La force des dispositifs. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, *71*(02), 421–448. https://doi.org/10.1353/ahs.2016.0064

Dodier, N. & Camus, A. (1997). L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital. *Annales*, *52*(4), 733–763. https://doi.org/10.3406/AHESS.1997.279597

Dodier, N. & Darbon, S. (1985). Eliot Freidson, La profession médicale. *Sciences Sociales et Santé*, *3*(1), 129–143.

Dourish, P. & Bellotti, V. (1992). Awareness and coordination in shared workspaces. *Proceedings of the Conference on Computer-Supported Cooperative Work*, 107–114. https://doi.org/10.1145/143457.143468

Drew, P. & Heritage, J. (1992). Talk at Work: Interaction in Institutional Settings. Cambridge University Press.

Drew, P. (2001). Spotlight on the patient. Text – Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse, *21*(1–2). https://doi.org/10.1515/text.1.21.1-2.261

Drew, P. (2006). Misalignments in "after-hours" calls to a British GP's practice: a study in telephone medicine. In John Heritage & D. W. Maynard (Eds.), *Communication in Medical Care* (pp. 416–444). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511607172.016

Drew, P. (2012). Turn Design. *The Handbook of Conversation Analysis* (pp. 131–149). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781118325001.ch7

Drew, P. & Couper-Kuhlen, E. (2014). Requesting in Social Interaction (P. Drew & E. Couper-Kuhlen, Eds.; Vol. 26). John Benjamins Publishing Company. https://doi.org/10.1075/SLSI.26

Duranti, A. (1997). Linguistic Anthropology. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511810190

Duranti, A. & Goodwin, C. (1992). Rethinking context: Language as an interactive phenomenon . *Cambridge University Press*.

Edelsky, C. (1981). Who's got the floor? *Language in Society*, *10*(3), 383–421. https://doi.org/10.1017/S004740450000885X

Ekström, M. (2016). Medical authority and ordinary expertise: The changing forms of doctors' talk in Swedish public service television 1983–2013. *Discourse, Context & Media*, *13*, 20–28. https://doi.org/10.1016/j.dcm.2016.05.002

Enfield, N. J. (2014). Human agency and the infrastructure for requests (pp. 35–54). https://doi.org/10.1075/slsi.26.02enf

Ervin-Tripp, S.M. (1981). How to make and understand a request. In Possibilities and Limitations of Pragmatics. Proceedings of the Conference on Pragmatics, Urbino, July 8–14, 1979. https://doi.org/10.1075/slcs.7.13erv

Esteban, C. (2020). Construire la « compréhension » d'une machine. *Réseaux, N° 220-221*(2), 195–222. https://doi.org/10.3917/res.220.0195

Falzon, P. (1991). Modèles en analyse du travail. In Amalberti, de Montmollin & Theureau (Eds.), *Les activités verbales dans le travail* (pp. 229–252). Mardaga.

Fassin, D. (1999). L'indicible et l'impensé : la « question immigrée » dans les politiques du sida. *Sciences Sociales et Santé*, *17*(4), 5–36. https://doi.org/10.3406/SOSAN.1999.1472

Fassin, D. (2001). Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers. *Sciences Sociales et Santé*, *19*(4), 5–34. https://doi.org/10.3406/SOSAN.2001.1533

Fassin, D. (2021). Les Mondes de la santé publique. Seuil.

Fauré, L. (2019). Entre perception et praxis : à quoi la notion d'affordance en discours peut-elle bien pourvoir ? *Corela*, *HS-28*. https://doi.org/10.4000/corela.8434

Fele, G. (2006). La communication dans l'urgence. Les appels au secours téléphoniques. *Revue Française de Linguistique Appliquée*, *XI*(2), 33. https://doi.org/10.3917/rfla.112.0033

Firth, A., Emmison, M. & Baker, C. (2005). Calling for help (pp. 1–35). https://doi.org/10.1075/pbns.143.03fir

Fleury, C. (2019). Le soin est un humanisme. Tracts Gallimard. Paris.

Flusser, V. (1982). Post-histoire (A. Masure, Ed. ; Iconodules). T&P Work Unit Cité du Design.

Fort, K., Ehrmann, M., Nazarenko. (2009). Annotation des entités nommées en corpus.

Frankel, R. M. (1984). From sentence to sequence: Understanding the medical encounter through microinteractional analysis. *Discourse Processes*, *7*(2), 135–170. https://doi.org/10.1080/01638538409544587

Frankel, R. (1990). Talking in interviews: A dispreference for patient-initiated questions in physician-patient encounters. In Georges Psathas (Ed.), *Interaction Competence* (pp. 231–262). University Press of America.

Frankel, R. (1995). Some answers about questions in clinical interviews. In *The Talk of the Clinic: Explorations in the Analysis of Medical and Therapeutic Discourse* (pp. 49–70). Hillsdale.

Freidson, E. (1970). La Profession médicale. Payot.

Gaglio, G. & Mathieu-Fritz, A. (2018). Les pratiques médicales et soignantes à distance. *Réseaux*, *n° 207*(1), 9–24. https://doi.org/10.3917/res.207.0009

Gan, Y., Greiffenhagen, C. & Licoppe, C. (2020). Orchestrated openings in video calls: Getting young left-behind children to greet their migrant parents. *Journal of Pragmatics*, *170*, 364–380.

Garcia, A. & Parmer, P. A. (1999a). Misplaced Mistrust: The Collaborative Construction of Doubt in 911 Emergency Calls. *Symbolic Interaction*, *22*(4), 297–324. https://doi.org/10.1016/S0195-6086(00)87399-3

Garcia, A. C. (2013). Mediation Talk in Cross Cultural Perspective: The Contribution of Conversation Analysis. *China Media Research, 9*(4), 85–90.

Garcia, A. C. (2015a). 'Something really weird has happened' : Losing the 'big picture' in emergency service calls. *Journal of Pragmatics*, *84*, 102–120. https://doi.org/10.1016/j.pragma.2015.05.005

Garfinkel, H. (1952). The perception of the other : a study in social order .

Garfinkel, H. (1967a). Studies in ethnomethodology. Prentice-Hall.

Garfinkel, H. (1967b). Studies in ethnomethodology. Prentice-Hall.

Garfinkel, H. & Sacks, H. (1970). On formal structures of practical action. In J. McKinney & Tiryakian Edward A. (Eds.), *Theoretical Sociology: Perspectives and Developments* (pp. 338-366.). Appleton-Century-Crofts.

Garfinkel, H. (2001). Le programme de l'ethnométhodologie. In M. de Fornel, L. Quéré & A. Ogien (Eds.), *L'ethnométhodologie : une sociologie radicale* (La Découverte, pp. 31–56).

Garfinkel, H. (2002). Ethnomethodology's Program: Working Out Durkheim's Aphorism (Lanham, Rowman, & Littlefield, Eds.).

Garfinkel, H., Barthélémy, M. & Quéré, L. (2007). Recherches en ethnométhodologie.

Gaudillière, J.-P., Izambert, C. & Juven, P.-A. (2021). Pandémopolitique : réinventer la santé en commun (La découverte).

Gelly, M., Mariette, A., Pitti, L .(2021.) « Santé critique 1 », Actes de la recherche en sciences sociales, no 236-237, Le Seuil,

Gelly, M. & Pitti, L. (2016). Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. Revue Agone.

Gibson, J. (1977). The theory of affordances. In R. Shaw & J. Bransford (Eds.), *Perceiving, acting, and knowing: toward an ecological psychology* (pp. 67–82). Lawrence Erlbaum Associates.

Gibson, J. (1979). The ecological approach to visual perception. Mifflin and Company.

Gill, V. T. (1998). Doing Attributions in Medical Interaction: Patients' Explanations for Illness and Doctors' Responses. *Social Psychology Quarterly*, *61*(4), 342. https://doi.org/10.2307/2787034

Gill, V. T. & Maynard, D. W. (2006). Explaining illness: patients' proposals and physicians' responses. In John Heritage & D. W. Maynard (Eds.), *Communication in Medical Care* (pp. 115–150). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511607172.007

Goffman, E. (1973). La Mise en scène de la vie quotidienne (Le Sens commun). Les Éditions de Minuit.

Goffman, E. (1974). Les Rites d'interaction. Les éditions de minuit.

Goffman, E. (1975). Stigmates (Le sens commun). Les éditions de minuit.

Goffman, E. (1979). Asiles, Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus. Minuit.

Goffman, E. (1986). La condition de félicité. *Actes de La Recherche En Sciences Sociales*, *64*(1), 63–78. https://doi.org/10.3406/ARSS.1986.2338

Goffman, E. (1987). Façons de parler. Les éditions de minuit..

Goffman, E. (1988). Les Moments et leurs hommes. Le Seuil.

Goffman, E. (1990). Le Parler frais. Les éditions de minuit.

Goffman, E. Joseph, I., Dartevelle, M. & Joseph, P. (1991). *Les Cadres de l'expérience*.

González Martínez, E. (2001). Comment agir en confiance avec un partenaire dont on se méfie ? *Réseaux*, *108*(4), 87–123.

González-Martínez, E. & Petitjean, C. (2016). Le rire cordial dans les demandes téléphoniques par de jeunes infirmières à l'hôpital. *Activites*, *13*(1). https://doi.org/10.4000/activites.2705

González-Martínez, E., Markaki, V. & Bovey, F. (2016). « Demandes régime dernière minute » lors de conversations téléphoniques infirmière-diététicienne. *Langage et Savoir-Faire*, 85–110. https://doi.org/10.4000/BOOKS.IES.1546

González-Martínez, E. & Mlynář, J. (2019). Practical trust. *Social Science Information*, *58*(4), 608–630. https://doi.org/10.1177/0539018419890565

Goodenough, W. H. (1964). Rethinking "status" and "role": Toward a general model of the cultural organization of social relationships. In M. Banton (Ed.), *The relevance of models for social anthropology*. Tavistock.

Goodwin, C. (1995). Seeing in Depth. *Social Studies of Science*, *25*(2), 237–274. https://doi.org/10.1177/030631295025002002

Goodwin, C. & Goodwin, M. H. (1996). Seeing as Situated Activity: Formulating Planes. In Y. Engeström & D. Middleton (Eds.), *Cognition and Communication at Work* (pp. 61–95). Cambridge University Press.

Goodwin, C. & Harness Goodwin, M. (1997). La coopération au travail dans un aéroport. *Réseaux*, *15*(85), 129–162. https://doi.org/10.3406/reso.1997.3138

Goodwin, C. (2000). Action and embodiment within situated human interaction. *Journal of Pragmatics*, *32*(10), 1489–1522. https://doi.org/10.1016/S0378-2166(99)00096-X

Gorz, André. (1978). Leur écologie et la nôtre (Gollain & Gianinazzi, Eds.).

Gorz, André. (1992). L'écologie politique entre expertocratie et autolimitation. *Actuel Marx*, *n°12*(2), 15. https://doi.org/10.3917/amx.012.0015

Gorz, A. (2008). Écologica. Galilée.

Granjon, F. (2022). Classes populaires et usages de l'informatique connectée. Des inégalités sociales-numériques (Presses des Mines).

Greco, L. (2002). Interaction, contexte et cognition : les pratiques de description et de catégorisation de la douleur dans les appels au 15. Thèse de doctorat en Sciences du langage. EHESS.

Greco, L. (2004). Descriptions, catégories et collections de catégories : le rôle de l'urgence dans le pratiques de catégorisation de la douleur dans les appels au 115. *Rivista Di Psicolinguistica Applicata*, *4*(2–3), 79–93.

Gülich, E. (1986). L'organisation conversationnelle des énoncés inachevés et de leur achèvement interactif en "situation de contact." *DRLAV. Documentation et Recherche En Linguistique Allemande Vincennes*, *34*(1), 161–182. https://doi.org/10.3406/drlav.1986.1042

Gülich, E & Mondada, L. (2001). Analyse conversationnelle. In G. Holtus, M. Metzeltin & C. Schmitt (Eds.), *Lexikon der romanistischen Linguistik* (Tübingen: Niemeyer, pp. 1996–250).

Haddington, P. & Rauniomaa, M. (2011). Technologies, Multitasking, and Driving: Attending to and Preparing for a Mobile Phone Conversation in a Car. *Human Communication Research*, *37*(2), 223–254. https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2010.01400.x

Halkowski, T. (2006). Realizing the illness: patients' narratives of symptom discovery. In John Heritage & D. W. Maynard (Eds.), *Communication in Medical Care* (pp. 86–114). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511607172.006

Hammersley, M. (2003). Conversation Analysis and Discourse Analysis: Methods or Paradigms? *Discourse & Society*, *14*(6), 751–781. https://doi.org/10.1177/09579265030146004

Hanlon, G., Strangleman, T., Goode, J., Luff, D., O'Cathain, A. & Greatbatch, D. (2005). Knowledge, technology and nursing: The case of NHS Direct. *Human Relations*, *58*(2), 147–171. https://doi.org/10.1177/0018726705052179

Haouzi, P., Ahmadpour, N., Bell, H. J., Artman, S., Banchs, J., Samii, S., Gonzalez, M. & Gleeson, K. (2010). Breathing patterns during cardiac arrest. *Journal of Applied Physiology (Bethesda, Md. : 1985)*, *109*(2), 405–411.

Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, *14*(3), 575. https://doi.org/10.2307/3178066

Harness Goodwin, M. (1983). Aggravated correction and disagreement in children's conversations. *Journal of Pragmatics*, *7*(6), 657–677. https://doi.org/10.1016/0378-2166(83)90089-9

Heath, C. (1983). Computer-aided diagnosis in the consultation. *Sociology of Health and Illness*, *5*(3), 332–344. https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10491847

Heath, C. (1991). "The expression of pain and suffering in the medical consultation: aspects of an interactional organisation. In B. Conein, M. de Fornel & L. Quéré (Eds.), *Les formes de la conversation* (Vol. 2, pp. 93–117).

Heath, C. & Luff, P. (1992). Collaboration and control Crisis management and multimedia technology in London Underground Line Control Rooms. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, *1*(1–2), 69–94. https://doi.org/10.1007/BF00752451

Heath, C. (1992). The delivery and reception of diagnosis in the general practice consultation. In P. Drew & J. Heritage (Eds.), *Talk at Work: Interaction in Institutional Settings* (pp. 235–267). Cambridge University Press.

Heath, C., Jirotka, M., Luff, P. & Hindmarsh, J. (1994). Unpacking collaboration: the interactional organisation of trading in a city dealing room. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, *3*(2), 147–165. https://doi.org/10.1007/BF00773445

Heath, C. & Luff, P. (1996a). *Documents and professional practice*. 354–363. https://doi.org/10.1145/240080.240342

Heath, C. & Luff, P. (1996b). Convergent activities: Line control and passenger information on the London Underground. In *Cognition and Communication at Work* (pp. 96–129). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9781139174077.005

Heath, C. (2002). Demonstrative Suffering: The Gestural (Re)embodiment of Symptoms. *Journal of Communication*, *52*(3), 597–616. https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2002.tb02564.x

Heath, C. & Hindmarsh, J. (2002). Analysing Interaction: video, ethnography and situated conduct. In *Qualitative research in action* (pp. 99–121). Sage.

Hénault-Tessier, M. & Dalle-Nazebi, S. (2012). Traiter les appels d'urgence. *Revue d'anthropologie Des Connaissances*, *6*, *1*(1), 89. https://doi.org/10.3917/rac.015.0128

Henin, C. (2021). Expliquer et justifier les systèmes de décisions algorithmiques. Université de Lyon.

Heritage, J. (1984a). A change-of-state token and aspects of its sequential placement. In M. Atkinson & J. Heritage (Eds.), *Structures of Social Action : Studies in Conversation Analysis*. Cambridge University Press.

Heritage, J. (1984b). Garfinkel and Ethnomethodology.

Heritage, J. (1990). Intention, meaning and strategy: Observations on constraints on interaction analysis. *Research on Language & Social Interaction*, *24*(1–4), 311–332. https://doi.org/10.1080/08351819009389345

Heritage, J. & Greatbatch, D. (1991). On the institutional character of institutional talk: the case of news interviews. In D. Boden & D. H. Zimmerman (Eds.), *Talk and Social Structure: Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis* (pp. 93–137). Polity Press,

Heritage, J. (1991). L'ethnométhodologie : une approche procédurale de l'action et de la communication. *Réseaux*, *9*, 89–130.

Heritage, J. (2005). Conversation analysis and institutional talk. In R. Sanders & K. Fitch (Eds.), *Handbook of Language and Social Interaction* (pp. 103–146).

Heritage, J. & Robinson, J. D. (2006). Accounting for the visit: giving reasons for seeking medical care. In *Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients* (pp. 48–85). Cambridge University Press.

Heritage, J.& Robinson, J. D. (2006). The Structure of Patients' Presenting Concerns: Physicians' Opening Questions. *Health Communication*, *19*(2), 89–102. https://doi.org/10.1207/s15327027hc1902_1

Heritage, J. & Maynard, D. W. (2006). Introduction : Analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters. In John Heritage & D. W. Maynard (Eds.), *Communication in Medical Care* (pp. 1–21). Cambridge University Press.

Heritage, J.& Clayman, S. (2010a). Talk in Action: Interactions, Identities and Institutions. Wiley-Blackwell.

Heritage, J. (2012). Epistemics in Conversation. In *The Handbook of Conversation Analysis* (pp. 370–394). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781118325001.ch18

Heritage, J. & Raymond, G. (2012). Navigating epistemic landscapes. In J. P. de Ruiter (Ed.), *Questions* (pp. 179–192). Cambridge University Press.

Heritage, J. (2013). Action formation and its epistemic (and other) backgrounds. *Discourse Studies*, *15*(5), 551–578. https://doi.org/10.1177/1461445613501449

Hopper, R. (1992). Telephone Conversation. Indiana University Press.

Hughes, E. (1971). The sociological eye: Selected papers. Transaction Books.

Hugues, E. (1996). Le regard sociologique. Persée.

Hutchby, Ian. (2001). Conversation and technology : from the telephone to the Internet. Polity Press.

Hutchby, I. (2014). Communicative affordances and participation frameworks in mediated interaction. *Journal of Pragmatics*, *72*, 86–89. https://doi.org/10.1016/j.pragma.2014.08.012

Hutchby, I. & Barnett, S. (2016). Aspects of the sequential organization of mobile phone conversation: *Http://Dx.Doi.Org/10.1177/1461445605050364*, *7*(2), 147–171. https://doi.org/10.1177/1461445605050364

Hutchins, Edwin. (1995). Cognition in the wild. MIT Press.

Illich, I. (1973). La Convivialité. Éditions Seuil.

Inverardi, P. (2022). The Challenge of Human Dignity in the Era of Autonomous Systems. *Perspectives on Digital Humanism*, 25–29. https://doi.org/10.1007/978-3-030-86144-5_4

Jauréguiberry, F. (1998). Lieux publics, téléphone mobile et civilité. *Réseaux*, *90*(4), 71–84.

Jayysui, L. (1988). Toward a socio-logic of the film text. *Semiotica*, *68*(3–4). https://doi.org/10.1515/semi.1988.68.3-4.271

Jeanneret, T. (1999). La Coénonciation en français : approches discursive, conversationnelle et syntaxique.

Jeannot, G. (2020). Vie et mort de l'État plateforme. *Revue Française d'administration Publique*, *N° 173*(1), 165–179. https://doi.org/10.3917/rfap.173.0165

Jefferson, G. (1972a). Side sequences. *Studies in Social Interaction*.

Jefferson, G. (1974). Error correction as an interactional resource. *Language in Society*, *3*(2), 181–199. https://doi.org/10.1017/S0047404500004334

Jefferson, G. & Lee, J. R. E. (1981). The rejection of advice: Managing the problematic convergence of a 'troubles-telling' and a 'service encounter.' *Journal of Pragmatics*, *5*(5), 399–422. https://doi.org/10.1016/0378-2166(81)90026-6

Jefferson, G. (1985). An exercise in the transcription and analysis of laughter. In T. A. van Dijk (Ed.), *Handbook of Discourse Analysis* (Vol. 3, pp. 25–34). Academic Press.

Jefferson, G., Bergmann, J. R. & Drew, P. (1988). *Repairing the broken surface of talk : managing problems in speaking, hearing, and understanding in conversation*. 438. https://global.oup.com/academic/product/repairing-the-broken-surface-of-talk-9780190697969

Jefferson, G. (1988). On the Sequential Organization of Troubles-Talk in Ordinary Conversation. *Social Problems*, *35*(4), 418–441. https://doi.org/10.2307/800595

Jefferson, G. (1993). Caveat Speaker: Preliminary Notes on Recipient Topic-Shift Implicature. *Research on Language & Social Interaction*, *26*(1), 1–30. https://doi.org/10.1207/s15327973rlsi2601_1

Karlsson, S. (2016). Transfer of telephone conversations as a transition between call-takers. *Journal of Pragmatics*, *96*, 1–14. https://doi.org/10.1016/j.pragma.2016.02.005

Katz, J. & Aakhus, M. (2002). Perpetual Contact. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511489471

Kay, A. & Goldberg, A. (1977). Personal dynamic media. *Computer*, *10*(3), 31–41. https://doi.org/10.1109/C-M.1977.217672

Keucheyan, R. (2019). Les besoins artificiels. Comment sortir du consumérisme. La Découverte.

Kevoe-Feldman, H. & Pomerantz, A. (2018). Critical timing of actions for transferring 911 calls in a wireless call center. *Discourse Studies*, *20*(4), 488–505. https://doi.org/10.1177/1461445618756182

Kevoe-Feldman, H. (2019). Inside the Emergency Service Call-Center: Reviewing Thirty Years of Language and Social Interaction Research. *Research on Language and Social Interaction*, *52*(3), 227–240. https://doi.org/10.1080/08351813.2019.1631038

Kevoe-Feldman, H. & Iversen, C. (2022). Approaching institutional boundaries: Comparative conversation analysis of practices for assisting suicidal callers in emergency and suicide helpline calls. *Journal of Pragmatics*, *191*, 83–97. https://doi.org/10.1016/J.PRAGMA.2022.01.004

Kim, J., Schwarm, S. E. & Ostendorf, M. (2004). Detecting Structural Metadata with Decision Trees and Transformation-Based Learning. https://doi.org/10.21236/ADA457891

Koole, T. & Verberg, N. (2017). Aligning caller and call-taker. *Pragmatics and Society*, *8*(1), 129–153. https://doi.org/10.1075/ps.8.1.07koo

Koole, T. & Burgsteden, L. van. (2022). Actions and Identities in Emergency Calls: The Case of Thanking. In A. Deppermann & M. Haugh (Eds.), *Action Ascription in Social Interaction* (pp. 256–276). Cambridge University Press.

Krieg-Planque, A. (2009). La notion de « formule » en analyse du discours. Cadre théorique et méthodologique. Presses Universitaires de Franche-Comté.

Krummheuer, A. L. (2015). Users, Bystanders and Agents: Participation Roles in Human-Agent Interaction. *Lecture Notes in Computer Science (Including Subseries Lecture Notes in Artificial Intelligence and Lecture Notes in Bioinformatics)*, *LNCS-9299*(Part IV), 240–247. https://doi.org/10.1007/978-3-319-22723-8_19

Lan Hing Ting, K. & Pentimalli, B. (2009). Le « bruit » comme ressource pour la coopération et la coordination entre téléopérateurs dans les centres d'appels ». *Ethnographier Les Phénomènes Sonores*.

Lareng, L. (1995). Batailles pour le SAMU : Entretiens avec Louis Lareng (Éditions Milan).

Larsen, T. (2013). Dispatching Emergency Assistance : Callers' Claims of Entitlement and Call Takers' Decisions. *Research on Language & Social Interaction*, *46*(3), 205–230. https://doi.org/10.1080/08351813.2013.810401

Latour, B. (2008). Changer de société, refaire de la sociologie. La Découverte.

Latour, B. (2015). Face à Gaïa. Huit conférences sur le nouveau régime climatique,. La Découverte.

Laurier, E. (2001). Why People Say Where They are during Mobile Phone Calls: *Http://Dx.Doi.Org/10.1068/D228t*, *19*(4), 485–504. https://doi.org/10.1068/D228T

Laurier, E., Brown, B. & McGregor, M. (2016). Mediated Pedestrian Mobility: Walking and the Map App. *Mobilities*, *11*(1), 117–134. https://doi.org/10.1080/17450101.2015.1099900

Lavin, D. & Maynard, D. W. (2001). Standardization vs. Rapport : Respondent Laughter and Interviewer Reaction during Telephone Surveys. *American Sociological Review*, *66*(3), 453. https://doi.org/10.2307/3088888

Lechevalier Hurard, L., Vidal-Naquet, P. A., le Goff, A., Béliard, A. & Eyraud, B. (2017). Construire le consentement. Quand les capacités des personnes âgées sont altérées. *Revue Française Des Affaires Sociales*, *1*(1), 41. https://doi.org/10.3917/RFAS.171.0041

Lemke, C. (2021). Ma santé, mes données Comment nous semons nos informations les plus précieuses et pourquoi elles sont si convoitées. Éditions Premier Parallèle.

Leppanen, V. (2005). Callers' presentations of problems in telephone calls to Swedish primary care (pp. 177–205). https://doi.org/10.1075/pbns.143.13lep

Lerner, G. H. (2004). Collaborative turn sequences (pp. 225–256). https://doi.org/10.1075/pbns.125.12ler

Levinson, S. (1983). Pragmatics. Cambridge University Press.

Leydon, G. M., Ekberg, K. & Drew, P. (2013). "How can I help?" Nurse call openings on a cancer helpline and implications for call progressivity. *Patient Education and Counseling*, *92*(1), 23–30. https://doi.org/10.1016/J.PEC.2013.02.007

Licoppe, C. (2002). Sociabilité et technologies de communication : Deux modalités d'entretien des liens interpersonnels dans le contexte du déploiement des dispositifs de communication mobiles. *Réseaux*, *112–113*, 172–210.

Licoppe, C. (2011). What Does Answering the Phone Mean? A Sociology of the Phone Ring and Musical Ringtones. *Cultural Sociology*, *5*(3), 367–384. https://doi.org/10.1177/1749975510378193

Licoppe, C. (2013). Formes de la présence et circulations de l'expérience. *Réseaux, n° 182*(6), 21. https://doi.org/10.3917/res.182.0021

Licoppe, C. & Figeac, J. (2014). L'organisation temporelle des engagements visuels dans des situations de multiactivité équipée en milieu urbain. *Activites*, *11*(1). https://doi.org/10.4000/activites.405

Licoppe, C. (2016). Mobilités et rencontres dans les espaces publics urbains à l'âge des médias positionnels. *Réseaux, n° 200*(6), 117. https://doi.org/10.3917/res.200.0117

Licoppe, C., Rivière, C. A. & Morel, J. (2016). Grindr casual hook-ups as interactional achievements. *New Media & Society*, *18*(11), 2540–2558. https://doi.org/10.1177/1461444815589702

Licoppe, C. (2017). Showing objects in Skype video-mediated conversations: From showing gestures to showing sequences. *Journal of Pragmatics*, *110*, 63–82. https://doi.org/10.1016/j.pragma.2017.01.007

Licoppe, C. & Tuncer, S. (2019). The initiation of showing sequences in video-mediated communication. *Gesprächsforschung: Online-Zeitschrift Zur Verbalen Interaktion*, *20*, 545–571.

Licoppe, C. & Rollet, N. (2020). « Je dois y aller ». Analyses de séquences de clôtures entre humains et robot. *Réseaux, N°220-221*(2), 151. https://doi.org/10.3917/res.220.0151

Lipsky, M. (1980). Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services. Russell Sage Foundation.

Longhi, J. (2019). Contours, perspectives et tensions des « humanités numériques ». *Sens-Dessous*, *N°24*(2), 123. https://doi.org/10.3917/SDES.024.0123

Lorusso, S. (2021). Liquider l'utilisateur. Revue Tèque.

Luff, Paul., Hindmarsh, Jon. & Heath, C. (2000). Workplace studies : recovering work practice and informing system design. Cambridge University Press.

Luke, K. K. & Pavlidou, T.-S. (2002). Studying telephone calls (pp. 3–21). https://doi.org/10.1075/pbns.101.04luk

Luzzati, D., Adda-Decker Martine & Rosset, S. (2014). Traitements automatiques de l'oral et de l'écrit. Panorama des recherches et des technologies actuelles. *L'information Grammaticale*.

Malbois, F., Jetzer, A. & Lambelet, A. (2021). Quand la personne âgée atteinte de démence est un être capable. *Http://Journals.Openedition.Org/Teth*, *13*. https://doi.org/10.4000/TETH.3639

Mardegan, P. (2010). Rapport de la mission DGOS relative à la modernisation des SAMU. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/mission_dgos-rapport_modernisation_des_samu-07-2010.pdf

Masure, A. (2019). Les Designers Éthiques. In *Livre Design Ethique Numérique par Karl Pineau*. https://livre-ethique-numerique.designersethiques.org/content/interviews/interview-anthony_masure.html. Consulté le 12 juillet 2022.

Maynard, D. W. (1991a). Interaction and Asymmetry in Clinical Discourse. *American Journal of Sociology*, *97*(2), 448–495. https://doi.org/10.1086/229785

Maynard, D. W. (1991b). Interaction and Asymmetry in Clinical Discourse. *American Journal of Sociology*, *97*(2), 448–495. https://doi.org/10.1086/229785

Maynard, D. W. & Heritage, J. (2005). Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication. *Medical Education*, *39*(4), 428–435. https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02111.x

Mazouz, S. (2020). Race. Editions Anamosa.

Meehan, A. J. (1989). Assessing the policeworthiness of a citizen's complaints to the police: Accountability and the negotiation of facts (D. T. Helm, T. Timothy Anderson, A. J. Meehan, & A. Warfield Rawls, Eds.). Irvington.

Meidani, A., Alessandrin, A. & La, A. A. (2019). La fabrique des corps sexués entre médicalisation et pathologisation : la place du crops dans les trans studies en France. https://doi.org/10.26039/HGMT-TC68

Mesnier, T. (2018). Rapport remis à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé.

Mirheidari, B., Blackburn, D., Walker, T., Reuber, M. & Christensen, H. (2019). Dementia detection using automatic analysis of conversations. *Computer Speech & Language*, *53*, 65–79. https://doi.org/10.1016/j.csl.2018.07.006

Mishler, E. G. (1984). The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews. Ablex Pub.

Mlynář, J., González-Martínez, E. & Lalanne, D. (2018). Situated organization of video-mediated interaction: A review of ethnomethodological and conversation analytic studies. *Interacting with Computers*, *30*(2), 73–84. https://doi.org/10.1093/IWC/IWX019

Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. (2011). *Haute Autorité de Santé.*

Møller, A. L., Mills, E. H. A., Gnesin, F., Jensen, B., Zylyftari, N., Christensen, H. C., Blomberg, S. N. F., Folke, F., Kragholm, K. H., Gislason, G., Fosbøl, E., Køber, L., Gerds, T. A. & Torp-Pedersen, C. (2021). Impact of myocardial infarction symptom

presentation on emergency response and survival. *European Heart Journal. Acute Cardiovascular Care*, *10*(10), 1150–1159. https://doi.org/10.1093/ehjacc/zuab023

Mondada, L. (1995). La construction interactionnelle du topic. *Cahiers de l'ILSL No 7 (Formes Linguistiques et Dynamiques Interactionnelles,)*, *Actes du colloque de Lausanne*, 111–135.

Mondada, L. & Dubois, D. (1995). Construction des objets de discours et catégorisation : une approche des processus de référenciation. *Revue Tranel (Travaux Neuchâtelois de Linguistique)*, 273–302.

Mondada, L. (1998). Technologies et interaction sur le terrain du linguiste. *Cahiers de l'ILSL*, *10*, 39–68.

Mondada, L. (1999). L'accomplissement de l'« étrangéité » dans et par l'interaction : procédures de catégorisation des locuteurs. *Langages*, *33*(134). https://doi.org/10.3406/lgge.1999.2190

Mondada, L. (2000). Décrire la ville. La construction des savoirs urbains dans l'interaction et dans le texte (Anthropos).

Mondada, L. (2001). Pour une linguiste interactionnelle. *Marges Linguistiques*, *1*, 142–162.

Mondada & Lorenza. (2002). Pratiques de transcription et effets de catégorisation. *Http://Journals.Openedition.Org/Praxematique*, *39*, 45–75.

Mondada, L. (2003). Working with video: how surgeons produce video records of their actions. *Visual Studies*, *18*(1), 58–73. https://doi.org/10.1080/1472586032000100083

Mondada, L. (2005). Chercheurs en interaction - Comment émergent les savoirs. Savoir suisse.

Mondada, L. & Traverso, V. (2005). (Dés)alignements en clôture. *Http://Journals.Openedition.Org/Lidil*, *31*, 35–59. https://doi.org/10.4000/LIDIL.128

Mondada, L. (2006a). Interactions en situations professionnelles et institutionnelles : de l'analyse détaillée aux retombées pratiques. *Revue Française de Linguistique Appliquée*, *XI*(2), 5. https://doi.org/10.3917/rfla.112.0005

Mondada, L. (2006b). "Video recording as the reflexive preservation-configuration of phenomenal features for analysis. In Hubert Knoblauch, Bernt Schnettler, Jürgen Raab & Hans-Georg Soeffner (Eds.), *Video Analysis: Methodology and Methods: Qualitative Audiovisual Data Analysis in Sociology* .

Mondada, L. (2007b). Enjeux des corpus d'oral en interaction : re-temporaliser et re-situer le langage. *Langage et Société*, *121–122*(3), 143. https://doi.org/10.3917/ls.121.0143

Mondada.L. (2008). La transcription dans la perspective de la linguistique interactionnelle (M. Bliger, Ed. N°37). Presses universitaires de Perpignan.

Mondada, L. (2009). The Embodied and Negotiated Production of Assessments in Instructed Actions. *Research on Language & Social Interaction*, *42*(4), 329–361. https://doi.org/10.1080/08351810903296473

Mondada, L. (2012). Organisation multimodale de la parole-en-interaction : pratiques incarnées d'introduction des référents. *Langue Française*, *175*(3), 129. https://doi.org/10.3917/lf.175.0129

Mondada, L. (2017a). Nouveaux défis pour l'analyse conversationnelle : L'organisation située et systématique de l'interaction sociale. *Langage et Societe*, *160–161*(2–3), 181–197. https://doi.org/10.3917/LS.160.0181

Morel, J. (2006). Vie publique et téléphonie mobile. Une approche praxéologique entre espaces publics d'usage et conversations. Thèse de Doctorat en Sociologie. Université de Rouen.

Morel, J. & Licoppe, C. (2009). La vidéocommunication sur téléphone mobile. *Réseaux*, *n° 156*(4), 165. https://doi.org/10.3917/res.156.0165

Morel, M.-A. & Danon-Boileau, L. (1998). Grammaire de l'intonation, l'exemple du français. Ophrys.

Morel, S. (2014). L'urgence à plusieurs "vitesses" : fracture territoriale et inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence. Thèse de Doctorat en Sociologie Université de Nantes.

Mounier, P. (2018). Les Humanités Numériques : une histoire critique. Éditions de la Maison des sciences de l'homme,.

Moutounaïck, M. & Richard, F. (2018). Évaluation des facteurs associés à une non reconnaissance de l'arrêt cardiaque lors d'un appel à la régulation du SAMU-centre 15.

Murdoch, J., Barnes, R., Pooler, J., Lattimer, V., Fletcher, E. & Campbell, J. L. (2015). The impact of using computer decision-support software in primary care nurse-led telephone triage: interactional dilemmas and conversational consequences. *Social Science & Medicine (1982)*, *126*, 36–47. https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2014.12.013

Nattrass, R., Watermeyer, J., Robson, C. & Penn, C. (2017a). Local expertise and landmarks in place reformulations during emergency medical calls. *Journal of Pragmatics*, *120*, 73–87. https://doi.org/10.1016/j.pragma.2017.09.001

Norman, D. (2002). Emotion & Design : Attractive Things Work Better. *Interactions*, *9*(4), 36–42. https://doi.org/10.1145/543434.543435

Nova, N. (2018). Figures mobiles : une anthropologie du smartphone. https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-01907837

Nova, N. (2020). Smartphones : une enquête anthropologique (Métis presse).

Ochs, E. (1979). Transcription as theory. In E. Ochs & B. B. Schieffelin (Eds.), *Developmental Pragmatics* (pp. 43–72). Academic Press.

Ogien, R. (2001). L'ethnométhodologie. In *La découverte*. La Découverte. https://doi.org/10.3917/DEC.FORNE.2001.01

Oloff, F. (2021). Some systematic aspects of self-initiated mobile device use in face-to-face encounters. *Journal Für Medienlinguistik*, *2*(2), 195–235. https://doi.org/10.21248/jfml.2019.21

O'Reilly, T. (2011). Government as a Platform. *Innovations : Technology, Governance, Globalization*, *6*(1), 13–40. https://doi.org/10.1162/INOV_A_00056

Paoletti, I. (2012). The issue of conversationally constituted context and localization problems in emergency calls. *Text & Talk*, *32*(2). https://doi.org/10.1515/text-2012-0010

Pappas, Y. & Seale, C. (2009). The opening phase of telemedicine consultations: An analysis of interaction. *Social Science & Medicine*, *68*(7), 1229–1237. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.011

Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, *21*(3), 452–460. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1951.tb00003.x

Paveau, M.-A. (2015). Ce qui s'écrit dans les univers numériques. *Http://Journals.Openedition.Org/Itineraires*, *2014–1*. https://doi.org/10.4000/ITINERAIRES.2313

Pélissier, C. (2017). Accompagner le chercheur en SHS à l'ère des Humanités Numériques. Des outils pour le développement d'une activité cognitive augmentée. *Les Cahiers Du Numérique*, 167–194.

Penverne, Y., Delelis-Fanien, H., Robert, L., Berthier, F., Jenvrin, J. & Montassier, E. (2021). Le numéro commun santé : enjeux et impacts. *Annales Françaises de Médecine d'urgence*. https://doi.org/10.3166/afmu-2021-0355

Perea, F. (2016). Nature et technologie langagière dans les dialogues oraux homme-machine. *Communication, vol. 34/1*. https://doi.org/10.4000/communication.6763

Perea, F. (2022). Les objets parlants (et ce qu'il reste aux humains). MKF Éditions.

Petitdemange, E. (2021). SAMUFLUX : une démarche outillée de diagnostic et d'amélioration à base de doubles numériques : application aux centres d'appels d'urgence de trois SAMU - TEL - *Thèses en ligne*. https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03267854

Pierron, J, Chvetzoff, G., Chvetzoff, R., Schmitt , Chalancon, B. & Colón de Carjaval, I. (2021). *Médecine, langage et narration* (Jean-Philippe Pierron & G. Chvetzoff, Eds.). Pu de Dijon.

Pols, J. (2012). Care at a distance : on the closeness of technology. Amsterdam University Press

Pomerantz, A. (1980). Telling My Side: "Limited Access'' as a 'Fishing' Device." *Sociological Inquiry*, *50*(3–4), 186–198. https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.1980.tb00020.x

Pomerantz, A. & Heritage, J. (2012). Preference. In J. Sindell & T. Stivers (Eds.), *The Handbook of Conversation Analysis*. Wiley-Blackwell.

Pooler, J. (2010). Technology and talk in calls to NHS Direct. Thèse de Doctorat. Loughborough University.

Porcheron, M. (2019). Understanding conversation around technology use in casual-social settings - *Nottingham ePrints*. University of Nottingham.

Potter, J. (1996). Discourse Analysis and Constructionist Approaches: Theoretical Background. In J. T. E. Richardson (Ed.), *Handbook of Qualitative Research Methods for Psychology and the Social Sciences* (pp. 125–140). BPS Books.

Prud'Homme, D. (2015). La racialisation en urgence : représentations et pratiques des professionnels hospitaliers à l'égard des patients présumés roms *(2009-2012)*. https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01332373

Prud'homme, D. (2021). La racialisation des patient·e·s « roms » par les médecins urgentistes. *Actes de La Recherche En Sciences Sociales*, *N° 239*(4), 50–65. https://doi.org/10.3917/arss.239.0050

Psathas, George. (1990). Direction-Giving in Interaction. *Réseaux. Communication - Technologie - Société*, *8*(1), 183–198. https://doi.org/10.3406/RESO.1990.3538

Psathas, George & Anderson, T. (1990). The 'practices' of transcription in conversation analysis. *Semiotica*, *78*(1–2). https://doi.org/10.1515/semi.1990.78.1-2.75

Psathas, George. (1992). The study of extended sequences: the case of the garden lesson. In Graham Watson & Robert M. Seiler (Eds.), *ext in Context: Contributions to Ethnomethodology* (pp. 99–122). Sage.

Quéré, L. (1986). Mise en place d'un ordre et mise en ordre des places : l'invitation comme événement conversationel (Bernard Conein, Ed.). Presses Universitaires de Lille.

Quéré, L. (1994). Présentation. *Raisons Pratiques*, *5*.

Raymond, G. & Zimmerman, D. H. (2007). Rights and Responsibilities in Calls for Help: The Case of the Mountain Glade Fire. *Research on Language & Social Interaction*, *40*(1), 33–61. https://doi.org/10.1080/08351810701331232

Reddy, M. C., Dourish, P. & Pratt, W. (2006). Temporality in Medical Work: Time also Matters. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, *15*(1), 29–53. https://doi.org/10.1007/s10606-005-9010-z

Reeves, S., Porcheron, M. & Fischer, J. (2018). “This is not what we wanted.” *Interactions, 26*(1), 47–51. https://doi.org/10.1145/3296699

Relieu, M. (2002). Ouvrir la boîte noire. Identification et localisation dans les conversations mobiles. *Réseaux, 112–113*(2–3), 20–47.

Relieu, M., Licoppe, C., Lan Hing Ting, K. & Ting, K. L. H. (2010). Filmer le travail dans les centres d’appels : le cadrage vidéo et sonore comme mise à l’échelle de l’activité. *Ergonomie, Conception de Produits et Services Médiatisés*, 37. https://doi.org/10.3917/puf.lepo.2010.01.0037

Rintel, S. (2013). Video calling in long-distance relationships: the opportunistic use of audio/video distortions as a relational resource. *The Electronic Journal of Communication / La Revue Electronic de Communication*, *23*(1–2).

Riou, M, Whiteside, A., Ball, S., Williams, T., O’Halloran, K., Perkins, G., Bray, J., Cameron, P., Smith, K., Fatovich, D., Inoue, M., Brink, D., Bailey, P. & Finn, J. (2017a). Tell me what’s happened’: when linguistic choices affect efficiency of ambulance dispatch for cardiac arrest. *Abstracts*, A7.2-A7. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-EMSabstracts.18

Riou, Marine, Ball, S., O’Halloran, K. L., Whiteside, A., Williams, T. A. & Finn, J. (2018). Hijacking the dispatch protocol: When callers pre-empt their reason-for-the-call in emergency calls about cardiac arrest. *Discourse Studies*, *20*(5), 666–687. https://doi.org/10.1177/1461445618754435

Riou, Marine, Ball, S., Whiteside, A., Bray, J., Perkins, G. D., Smith, K., O’Halloran, K. L., Fatovich, D. M., Inoue, M., Bailey, P., Cameron, P., Brink, D. & Finn, J. (2018). ‘We’re going to do CPR’: A linguistic study of the words used to initiate dispatcher-assisted CPR and their association with caller agreement. *Resuscitation*, *133*, 95–100. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.10.011

Robert, L. & Bonu, B. (2019). De l’usager connecté au citoyen sauveteur dans l’urgence médicale. *Coloquio Internacional de Humanidades Digitales, Universidad de Caldas En Manizales*.

Robinson, J. D. (2003). An Interactional Structure of Medical Activities During Acute Visits and Its Implications for Patients’ Participation. *Health Communication*, *15*(1), 27–59. https://doi.org/10.1207/S15327027HC1501_2

Robinson, J. D. & Heritage, J. (2005). The structure of patients’ presenting concerns: the completion relevance of current symptoms. *Social Science & Medicine*, *61*(2), 481–493. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.004

Robles, J. S., DiDomenico, S. & Raclaw, J. (2018). Doing being an ordinary technology and social media user. *Language & Communication*, *60*, 150–167. https://doi.org/10.1016/J.LANGCOM.2018.03.002

Rollet, N. (2012). Analyse conversationnelle des pratiques dans les appels au Samu-Centre 15 : Vers une approche praxéologique d'une forme située « d'accord ». Thèse de Doctorat en Sciences du langage. Université de la Sorbonne nouvelle - Paris III.

Rollet, N. & Clavel, C. (2020). "Talk to you later." *Interaction Studies. Social Behaviour and Communication in Biological and Artificial Systems*, *21*(2), 268–292. https://doi.org/10.1075/IS.19001.ROLL

Rossi, S. (2019). Médecine narrative. In *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (pp. 236–238). Érès. https://doi.org/10.3917/eres.delor.2019.01.0236

Rouvroy, A. & Berns, T. (2013). Gouvernementalité algorithmique et perspectives d'émancipation. *Réseaux, n° 177*(1), 163–196. https://doi.org/10.3917/res.177.0163

Rudin, C. (2019). Stop Explaining Black Box Machine Learning Models for High Stakes Decisions and Use Interpretable Models Instead. http://arxiv.org/abs/1811.10154

Ryle, G. (1966). Thinking and Reflecting: Vol. The Human Agent (Royal Institute of Philosophy Lectures, Ed.). Macmillan.

Sacks, H. (1963). On sociological description. *Journal of Sociology*, *8*, 1–16.

Sacks, H. (1972). An initial investigation of the usability of conversational data for doing sociology. In D. Sudnow (Ed.), *Studies in Social Interaction* (pp. 31–74). Free Press.

Sacks, H. (1984). Notes on methodology. In John Heritage & M. Atkinson (Eds.), *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis* (pp. 2–27). Cambridge University Press.

Sacks, H. (1985). On doing "being ordinary." In *Structures of Social Action* (pp. 413–429). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511665868.024

Sacks, H. (1992). Lectures on Conversation (Basil Blac, Vols. 1 & 2).

Sacks, H., Schegloff, E. A. & Jefferson, G. (1974). A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. *Language*, *50*(4), 696. https://doi.org/10.2307/412243

Sahlström, F., Tanner, M. & Valasmo, V. (2019). Connected youth, connected classrooms. Smartphone use and student and teacher participation during plenary teaching. *Learning, Culture and Social Interaction*, *21*, 311–331. https://doi.org/10.1016/j.lcsi.2019.03.008

Saint-Pierre, M. & Vadnais, M. (2009). Du modalisateur au marqueur de ponctuation des actions : le cas de bon. *Revue Québécoise de Linguistique*, *22*(1), 241–254. https://doi.org/10.7202/602760ar

Sarangi, S. (2001). Editorial : On demarcating the space between "lay expertise" and "expert laity." *Text*, *21*(1–2), 3–11.

Sauvegrain, P. (2010). Différence de traitement et traitements différientiels : les trajectoires de soins des femmes “africaines” en maternité publique [Paris 7]. http://www.theses.fr/2010PA070019

Schegloff, E. A. (1968). Sequencing in Conversational Openings. *American Anthropologist*, *70*(6), 1075–1095. https://doi.org/10.1525/aa.1968.70.6.02a00030

Schegloff, E. A. (1972). Notes on a conversational practice : formulating place. *Studies in Social Interaction*, 75–119.

Schegloff, E. A. & Sacks, H. (1973). Opening up Closings. *Semiotica*, *8*(4), 289–327. https://doi.org/10.1515/SEMI.1973.8.4.289

Schegloff, E. A., Jefferson, G. & Sacks, H. (1977a). The Preference for Self-Correction in the Organization of Repair in Conversation. *Language*, *53*(2), 361. https://doi.org/10.2307/413107

Schegloff, E. A., Jefferson, G. & Sacks, H. (1977b). The Preference for Self-Correction in the Organization of Repair in Conversation. *Language*, *53*(2), 361. https://doi.org/10.2307/413107

Schegloff, E. A. (1979). Identification and recognition in telephone conversation openings. In George Psathas (Ed.), *Everyday Language: Studies in Ethnomethodology* (pp. 23–78). Irvington Publishers.

Schegloff, E. A. (1986a). The routine as achievement. *Human Studies*, *9*(2–3), 111–151. https://doi.org/10.1007/BF00148124

Schegloff, E. A. (1987). Analyzing Single Episodes of Interaction: An Exercise in Conversation Analysis. *Social Psychology Quarterly*, *50*(2), 101. https://doi.org/10.2307/2786745

Schegloff, E. A (1990). On the organization of sequences as a source of “coherence” in talk-in-interaction (B. Dorval, Ed.).

Schegloff, E. A (1991). Reflections on talk and social structure. In D. Boden & D. Zimmerman (Eds.), *Talk and Social Structure: Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis* (pp. 44–70). Polity Press.

Schegloff, E. A. (1992). In another context. In A. Duranti & C. Goodwin (Eds.), *Rethinking Context: Language as an Interactive Phenomenon* (pp. 193–127). Cambridge University Press.

Schegloff, E. A. (1993). Reflections on Quantification in the Study of Conversation. *Research on Language & Social Interaction*, *26*(1), 99–128. https://doi.org/10.1207/s15327973rlsi2601_5

Schegloff, E. A. (1996). Issues of Relevance for Discourse Analysis: Contingency in Action, Interaction and Co-Participant Context (pp. 3–35). https://doi.org/10.1007/978-3-662-03293-0_1

Schegloff, E. (1996). Confirming Allusions : Toward an Empirical Account of Action. *American Journal of Sociology*, *102*(1), 161–216. https://www.jstor.org/stable/2782190

Schegloff, E. A. (2000). Overlapping talk and the organization of turn-taking for conversation. *Language in Society*, *29*(1), 1–63. https://doi.org/10.1017/S0047404500001019

Schegloff, E. A. (2002). *Beginnings in the telephone*.

Schegloff, E. A. (2007). *Sequence organization in interaction :a primer in conversation Analysis* (Vol. 1). Cambridge University Press.

Schenkein, J. (1978). Sketch of an analytic mentality for the study of conversational interaction. In *Studies in the organization of conversational interaction* (pp. 1–6). Academic Press.

Schütz, A. (1987). Le Chercheur et le quotidien (Méridiens Klincksiec).

Seuren, L. M., Wherton, J., Greenhalgh, T. & Shaw, S. E. (2021). Whose turn is it anyway? Latency and the organization of turn-taking in video-mediated interaction. *Journal of Pragmatics*, *172*, 63–78. https://doi.org/10.1016/j.pragma.2020.11.005

Sharrock, W. & Turner, R. (1978). On a conversational environment for equivocality. In *Studies in the Organization of Conversational Interaction* (pp. 173–197). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-623550-0.50014-8

Sidnell, J. & Stivers, T. (2012). The handbook of conversation analysis. Wiley-Blackwel.

Sidnell, J.(2010). Conversation analysis : an introduction. Wiley-Blackwell.

Simondon, G. (1958). Du mode d'existence des objets techniques. Aubier.

Sinsky, C., Colligan, L., Li, L., Prgomet, M., Reynolds, S., Goeders, L., Westbrook, J., Tutty, M. & Blike, G. (2016). Allocation of Physician Time in Ambulatory Practice: A Time and Motion Study in 4 Specialties. *Annals of Internal Medicine*, *165*(11), 753. https://doi.org/10.7326/M16-0961

Speer, S. A. (2002). `Natural' and `contrived' data: a sustainable distinction? *Discourse Studies*, *4*(4), 511–525. https://doi.org/10.1177/1461445602004004601

Steensig, J. (2019). Conversation Analysis and Affiliation and Alignment. In *The Encyclopedia of Applied Linguistics* (pp. 1–6). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781405198431.wbeal0196.pub2

Steinberg, S. (2013). L'anthropologue, les médecins et l'expérience transgenre. *Clio*, *37*, 163–176. https://doi.org/10.4000/clio.11038

Stiegler, B. (2015). La Société automatique - l'avenir du travail. Fayard.

Stivers, T. (2005a). Non-antibiotic treatment recommendations: delivery formats and implications for parent resistance. *Social Science & Medicine*, *60*(5), 949–964. https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2004.06.040

Stivers, T. (2005b). Parent Resistance to Physicians' Treatment Recommendations: One Resource for Initiating a Negotiation of the Treatment Decision. *Health Communication*, *18*(1), 41–74. https://doi.org/10.1207/s15327027hc1801_3

Stivers, T. (2008a). Stance, alignment, and affiliation during storytelling: When nodding is a token of affiliation. *Research on Language and Social Interaction*, *41*(1), 31–57. https://doi.org/10.1080/08351810701691123

Stivers, T. (2015). Coding Social Interaction : A Heretical Approach in Conversation Analysis? *Research on Language and Social Interaction*, *48*(1), 1–19. https://doi.org/10.1080/08351813.2015.993837

Stivers, T. (2012). Sequence Organization. In *The Handbook of Conversation Analysis* (pp. 191–209). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781118325001.ch10

Stivers, T. & Heritage, J. (2001a). Breaking the sequential mold: Answering 'more than the question' during comprehensive history taking. *Text – Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, *21*(1–2). https://doi.org/10.1515/text.1.21.1-2.151

Stivers, T. & Heritage, J. (2001b). Breaking the sequential mold: Answering 'more than the question' during comprehensive history taking. *Text – Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, *21*(1–2). https://doi.org/10.1515/text.1.21.1-2.151

Stivers, T. & Majid, A. (2007). Questioning Children: Interactional Evidence of Implicit Bias in Medical Interviews. *Social Psychology Quarterly*, *70*(4), 424–441. https://doi.org/10.1177/019027250707000410

Stivers, T., Mondada, L. & Steensig, J. (2011). Knowledge, morality and affiliation in social interaction. In T. Stivers, L. Mondada & J. Steensig (Eds.), *The Morality of Knowledge in Conversation* (pp. 3–24). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511921674.002

Stivers, T. & Timmermans, S. (2020). Medical Authority under Siege: How Clinicians Transform Patient Resistance into Acceptance. *Journal of Health and Social Behavior*, *61*(1), 60–78. https://doi.org/10.1177/0022146520902740

Strauss, A. (1985). La trame de la négociation : Vol. Logiques Sociales. L'Harmattan.

Suchman, L. (1987). Plans and Situated Action: The Problem of Human-Machine Communication. Cambridge University Press.

Svennevig, J. (2012a). On being heard in emergency calls. The development of hostility in a fatal emergency call. *Journal of Pragmatics*, *44*(11), 1393–1412. https://doi.org/10.1016/j.pragma.2012.06.001

Tartière, S. & Emmanuelli, X. (2015). En cas d'urgence, faites le 15. Albin Michel.

Teas Gill, V. & Roberts, F. (2012). Conversation Analysis in Medicine. In *The Handbook of Conversation Analysis* (pp. 575–592). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781118325001.ch28

ten Have, P. (1989). The consultation as a genre. In B. Torode (Ed.), *Text and Talk as Social Practice* (pp. 115–135). Foris Publications.

ten Have, P. (1991). Talk in institution : a Reconsideration of the "Asymmetry" of Doctor-Patient Interaction. In *Talk and Social Structure: Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis* (pp. 138–163). Polity Press.

ten Have, P. (1999). Doing conversation analysis : a practical *guide* (Sage Publications). Sage Publications.

ten Have, P. (2002). Comparing telephone call openings (pp. 234–248). https://doi.org/10.1075/pbns.101.15ten

ten Have, P. (2006). On the interactive constitution of medical encounters. *Revue Française de Linguistique Appliquée*, *11*(2), 85–98.

Tesquet, O. (2021). État d'urgence technologique. Éditions Premier Parallèle.

Todd, A. D. (1984). The prescription of contraception: Negotiating between physicians and patients. *Discourse Processes*, *7*, 171–200.

Tracy, K. & Anderson, D. L. (1999). Relational positioning strategies in police calls:A dilemma. *Discourse Studies*, *1*(2), 201–225. https://doi.org/10.1177/1461445699001002004

Traverso, V. (2016). Décrire le français parlé en interaction. Éditions Ophrys.

Traverso, V. (2012). Analyses interactionnelles : repères, questions saillantes et évolution. *Langue Française*, *n°175*(3), 3–17. https://doi.org/10.3917/lf.175.0003

Ursi, Biagio, Oloff, F., Mondada, L. & Traverso, V. (2018). Diversité des répétitions et des reformulations dans les interactions orales : défis analytiques et conception d'un outil de détection automatique. *Langages*, *212*(4), 87. https://doi.org/10.3917/lang.212.0087

Velkovska, J. & Zouinar, M. (2007). Interaction visiophonique et formes d'asymétries dans la relation de service | Cairn.info. *Réseaux* , 265. https://www.cairn.info/revue-reseaux1-2007-5-page-225.htm?try_download=1

Velkovska, J. & Beaudouin, V. (2014). Parler aux machines, coproduire un service. *La Fabrique de La Vente*, 97–128. https://doi.org/10.4000/BOOKS.PRESSESMINES.1790

Velkovska, J. & Zouinar, M. (2018). The illusion of natural conversation: interacting with smart assistants in home settings. https://doi.org/10.1145/3170427.3170619

Velkovska, J. & Relieu, M. (2020). Pourquoi ethnographier les interactions avec les agents

conversationnels ? *Réseaux*, *N° 220-221*(2), 9–20. https://doi.org/10.3917/res.220.0009

Velkovska, J., Zouinar, M. & Veyrier, C.-A. (2020). Les relations aux machines « conversationnelles ». *Réseaux*, *N° 220-221*(2), 47–79. https://doi.org/10.3917/res.220.0047

Veyrier, C.-A. & Licoppe, C. (2015). Faire apparaître un tiers à l'écran en visiocommunication. *Réseaux*, *n° 194*(6), 169. https://doi.org/10.3917/res.194.0169

Vickers, C. H., Goble, R. & Lindfelt, C. (2013). Narrative co-construction in the medical consultation: How agency and control affect the diagnosis. *Communication and Medicine*, *9*(2), 159–171. https://doi.org/10.1558/cam.v9i2.159

Vickers, C. H., Lindfelt, C. & Dodd-Butera, T. (2016). Repetition in the Health History Segment of Spanish Language Clinical Consultations. *Nursing Research*, *65*(4), 306–317. https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000166

Vinck, D. (2009). De l'objet intermédiaire à l'objet-frontière. *Revue d'anthropologie Des Connaissances*, *3, 1*(1), 51. https://doi.org/10.3917/rac.006.0051

Vinck, D. (2016). Humanités Numériques : La culture face aux nouvelles technologies. Le Cavalier Bleu.

Voglimacci, C., Veyret, A. & Mercier, N. (1985). Les télécommunications de groupe. Une gamme de services. *Reseaux*, *n° 10*(1), 3–12

vom Lehn, D. & Heath, C. (2022). Embedding Impact in Research: Addressing the Interactional Production of Workplace Activities. *British Journal of Management*, *33*(2), 539–552. https://doi.org/10.1111/1467-8551.12468

Wakin, M. A. & Zimmerman, D. H. (1999). Reduction and Specialization in Emergency and Directory Assistance Calls. *Research on Language and Social Interaction*, *32*(4), 409–437. https://doi.org/10.1207/S15327973rls3204_4

Warin, P. (2016). Le non-recours aux politiques sociales. Presse universitaires de Grenoble.

Watson, R. (1994). Catégories, séquentialité et ordre social : un nouveau regard sur l'œuvre de Sacks. In B. Fradin, L. Quéré & J. Widme (Eds.), *L'enquête sur les catégories : de Durkheim à Sacks* (pp. 151–184). EHESS.

Weilenmann, A. (2016). "I Can't Talk Now, I'm in a Fitting Room" : Formulating Availability and Location in Mobile-Phone Conversations: https://doi.org/10.1068/A34234

West, C. (1984). Medical misfires: Mishearings, misgivings, and misunderstandings in physician-patient dialogues. *Discourse Processes*, *7*(2), 107–134. https://doi.org/10.1080/01638538409544586

Whalen, J., Whalen, M. & Zimmerman, D. H. (1992). Une conversation fatale. *Réseaux*, *55*, 145–178.

Whalen, J. (1995). A technology of order production: computer-aided dispatch in public safety communications. In George Psathas & P. ten Have (Eds.), *Situated Order: Studies in the Social Organization of Talk and Embodied Activities* (pp. 187–230). University Press of America.

Whalen, J., Zimmerman, D. H. & Whalen, M. R. (1988). When Words Fail: A Single Case Analysis. *Social Problems*, *35*(4), 335–362. https://doi.org/10.2307/800591

Whalen, M. R. & Zimmerman, D. H. (1987a). Sequential and Institutional Contexts in Calls for Help. *Social Psychology Quarterly*, *50*(2), 172. https://doi.org/10.2307/2786750

Whalen, M. R. & Zimmerman, D. H. (1990). Describing trouble: Practical epistemology in citizen calls to the police. *Language in Society*, *19*(4), 465–492. https://doi.org/10.1017/S0047404500014779

Whalen, J. & Zimmerman, D. H. (1998a). Observations on the display and management of emotion in naturally occurring activities: The case of "hysteria" in calls to 9-1-1. *Social Psychology Quarterly*, *61*(2), 141–159. https://doi.org/10.2307/2787066

Wu, A. X. (2021). The Ambient Politics of Affective Computing. *Public Culture*. https://doi.org/10.1215/08992363-9435427

Zimmerman, D. H. (1969). Tasks and Troubles: The Practical Bases of Work Activities in a Public Assistance Agency. In Donald A. Hansen (Ed.), *Explorations in Sociology and Counselling* (pp. 237–266). Houghton Mifflin.

Zimmerman, D. H. (1984a). Talk and its occasion: the case of calling the police. In Schiffrin Deborah (Ed.), *Meaning, Form and Use in Context: Linguistic Applications* (pp. 210–228). Georgetown University Press.

Zimmerman, D. H. (1984b). Talk and its occasion: the case of calling the police. In D. Schiffrin (Ed.), *Meaning, Form and Use in Context: Linguistic Applications* (pp. 210–228). Georgetown University Press.

Zimmerman, D. H. (1992a). Achieving context: openings in emergency calls. In G. Watson & R. M. Seiler (Eds.), *Text in Context: Contributions to Ethnomethodology* (pp. 406–432). Sage.

Zimmerman, D. H. (1992b). The interactional organization of calls for emergency. In P. Drew & J. Heritage (Eds.), *Talk at Work: Interaction in Institutional Settings* (pp. 418–469). Cambridge University Press.

Zimmerman, D. J. (1992). Achieving context: openings in emergency calls. In Graham Watson & Robert M. Seiler (Eds.), *Text in Context: Contributions to Ethnomethodology* (pp. 406–432). Sage.

Zouinar, M. (2019). Théories et principes de conception des systèmes d'automesure numériques : De la quantification à la régulation distribuée de soi. *Reseaux*, *216*(4), 83–117. https://doi.org/10.3917/RES.216.0083

Zuboff, S. (1988). In the age of the smart machine: The future of work and power. Basic Books.

Zuboff, S. (2018a). L’Âge du capitalisme de surveillance. Éditions Zulma

Liste du corpus

Corpus d'appels (enregistrements audio)

01. C15HN_B_1
02. C15HN_B_2
03. C15HN_B_3

C15HN_B_3_1
C15HN_B_3_2

04. C15HN_B_4
05. C15HN_B_5
06. C15HN_B_6
07. C15HN_B_7
08. C15HN_B_8
09. C15HN_A_9
10. C15HN_A_10
11. C15HN_A_11
12. C15HN_A_12
13. C15HN_A_13
14. C15HN_B_14

C15HN_B_14_1
C15HN_B_14_2
C15HN_B_14_3
C15HN_B_14_4

15. C15HN_B_16
16. C15HN_B_18
17. C15HN_A_20
18. CH15HN_A_23
19. CH15HN_B_24
20. CH15HN_B_25
21. C15HN_B_26

C15HN_B_26_1
C15HN_B_26_2
C15HN_B_26_3
C15HN_B_26_4
C15HN_B_26_5
C15HN_B_26_6

22. C15HN_B_28
23. C15HN_B_29
24. C15HN_B_30
25. C15HN_B_31
26. CH15HN_A_33
27. C15HN_B_34

Corpus transcriptions multimodales vidéo

01. C15HN_MM_B_1
02. C15HN_MM_B_2
03. C15HN_MM_B_3
04. C15HN_GH_N

Corpus entretiens transcription vidéo

01. C15HN_entretien_armchef_SG_Samu66_2018
02. C15HN_entretien_mr_FC_Samu66_2018
03. C15HN_entretien_Mr_samu42_1
04. C15HN_entretien_Mr_samu42_2

Liste des figures

Figure 1 : La salle de régulation de Saint-Etienne de nuit. 20
Figure 2 Structure des consultations. 87
Figure 3 Figure Nova 2020 122
Figure 4 Koole, Verberg, et al. (2011, 143) 137
Figure 5 vérification du matériel la veille du départ à Saint-Etienne 204
Figure 6 Matériel de captation disposé dans la salle de crise / réunion du SAMU 42 205
Figure 7 Matériel de captation disposé dans la salle de crise / réunion du SAMU 42 206
Figure 8 Plan du SAMU 206
Figure 9 ARM consultant un document 208
Figure 10 Activités collaboratives dans la salle de régulation du SAMU 42 209
Figure 11 Placements des caméras sur les postes de travail 210
Figure 12 Placements des caméras sur les postes de travail 210
Figure 13 Capture d'écran vidéo GH- i 236
Figure 14 La carte IGN accrochée au mur de la salle de régulation du SAMU 42 237
Figure 15 Fiche patient du dossier de régulation médicale 272
Figure 16 Trajectoire des perturbations interactionnelles 273
Figure 17 Fiche patient du dossier régulation médicale 300
Figure 18 Fiche patient du dossier de régulation médicale 323
Figure 19 Plan SAMU Perpignan. 538
Figure 20 Plan SAMU Saint-Etienne 539

Conventions de transcriptions

[	Chevauchement d'énoncés. Dans nos transcriptions, les crochets fermants] (fin du chevauchement) ne sont pas systématiquement inscrits.
=	Enchaînement rapide entre énoncés de locuteurs différents
()	Pause chronométrée par estimation perceptuelle en secondes
(.)	Micropause de moins d'un dixième de seconde
(1,2)	Silence à valeur de tour. Peut-être attribué à un locuteur.
↑ ou ↓	Intonation montante ou descendante
> <	Accélération du rythme de l'énoncé
:	Allongement du son ou de la syllabe.
Mot	Emphase sur un mot ou une partie de phrase
∆ ou ∆	Baisse de volume ou hausse de volume
/ou\	Montée ou descente intonative
°	Ton plus calme par rapport au reste de l'énoncé
MOT	Haussement du ton
&	Continuation d'un même tour après un chevauchement
hhh	Inspiration audible
•hhh	Expiration audible
(inaud.)	Segment incompréhensible
xnomx ; xvillex	Information anonymisée
xn. o. m. x	Information anonymisée épelée
(il va)	Transcription incertaine
ha ha	rire
([s'exprime difficilement]) ; ([tape un numéro de téléphone])	Phénomènes décrits, mais non transcrits ou action à valeur de tour
ARM	Tour de parole
<([en riant])>	Portée de la production vocale