

Première partie: Participation et expertise: l'élaboration collective du savoir médical

Introduction

Lorenza MONDADA

Les textes réunis dans cette partie partagent un intérêt commun pour l'accomplissement situé et collectif du savoir médical – que ce soit dans des formes de participation des patients à l'élaboration du diagnostic ou dans des formes d'expertise professionnelle et extra-professionnelle émergeant et se confrontant dans différentes arènes sociales, dans et hors l'hôpital. Les textes qui suivent développent ainsi une perspective qui se focalise sur la façon dont le savoir médical est construit, discuté, négocié, élaboré dans des activités interactionnelles entre plusieurs partenaires. Ils permettent donc de réfléchir à l'articulation et à l'imbrication de deux dimensions: l'organisation de l'interaction sociale et la construction située des savoirs.

D'une part, la dimension interactionnelle est prise en compte en partant du constat de sa centralité dans toutes les activités qui caractérisent l'exercice de la médecine – de la collaboration au sein des équipes à l'organisation du travail à l'intérieur d'un secteur, du traitement d'un cas par différents spécialistes à la prise en charge du patient par plusieurs types de personnels. Cette interactivité a été plus largement traitée dans la littérature existante lorsqu'elle concernait la consultation, dont ont été notamment étudiés les formats interactionnels spécifiques ainsi que les formes d'asymétrie dans les échanges entre le médecin et le patient; cette interactivité a été moins souvent prise en considération dans l'étude des interactions multiples et complexes qui constituent le travail quotidien de la médecine, que cela concerne les échanges entre divers experts collaborant autour de cas cliniques, entre différents professionnels à travers lesquels transite le cas, entre différents niveaux de hiérarchie dans l'hôpital ou au sein d'un même corps professionnel. Les textes réunis dans cette partie tiennent compte d'une diversité de situations interactives où des

décisions des questions, des problèmes, des controverses médicales sont collectivement traitées: dans la consultation, appréhendée dans des domaines particuliers encore peu étudiés comme la neurochirurgie (MOREIRA), l'épilepsie (FURCHNER & GÜLICH) ou le conseil en génétique (SARANGI); mais aussi dans d'autres contextes, à l'intérieur de l'espace de l'hôpital, comme dans le cas de l'interaction en salle d'opération en chirurgie (MONDADA), ou des interactions assurant la continuité du travail des infirmières (GROSJEAN), ou encore dans l'espace public, où des questions médicales sont traitées et débattues dans les médias (BOVET).

D'autre part, cette dimension interactive est articulée, dans les textes de cette partie, avec la construction située du savoir: les interactions médicales n'ont pas uniquement comme effet de relever de relations socio-professionnelles particulières, d'assigner à leur place des acteurs multiples, de construire des catégories d'experts et de novices, de demandeurs et de délivreurs de soins. Les interactions médicales sont aussi un lieu où s'élabore un savoir sur le corps, sur les pathologies, sur les traitements, sur les techniques d'intervention. Ce savoir n'est pas simplement verbalisé à partir de compétences préexistantes à sa mise en oeuvre, mais est localement accompli par différents acteurs qui interviennent dans sa définition, sa configuration, sa standardisation, sa négociation. Dans ce cadre, les analyses de l'interaction entre médecin et patient durant la consultation abordent une problématique encore peu étudiée, celle de la façon dont un savoir médical est co-construit par les deux partenaires, le patient possédant un savoir sur sa maladie susceptible de devenir un élément central du diagnostic (FURCHNER & GÜLICH), élaborant avec le médecin la définition de la «crise» (comme dans le cas de l'épilepsie) ou celle du «risque» ou de la «normalité» (SARANGI); collaborant avec lui ou bien résistant à l'investigation médicale, en s'alignant ou non avec la pratique médicale (MOREIRA). Les analyses des interactions au travail, par ailleurs, permettent de montrer comment une pluralité de partenaires intervient et se relaie dans la constitution du savoir médical, que ce soit dans le travail souvent tacite des infirmières et des aides-soignantes (GROSJEAN), ou dans des réseaux d'acteurs hétérogènes: ainsi en est-il des experts donnant leur avis en ligne durant des opérations chirurgicales dans le cadre de projets de télé-médecine, où le dispositif de communication par visioconférence permet également à un public de médecins en formation d'intervenir (MONDADA). Ainsi en est-il aussi dans les débats publics médiatisés où différents types d'experts, de personnes concernées et d'autorités produisent une pluralité de

positionnements et de versions des faits à propos de problématiques particulières, de décisions à prendre, de légitimités à reconnaître (BOVET).

L'articulation entre la dimension de l'interaction et la dimension du savoir dans l'analyse de l'exercice de la médecine est susceptible d'être traitée par des méthodologies différentes et complémentaires: par une démarche ethnographique nourrissant le regard du sociologue des sciences (MOREIRA), voire une approche relevant de la théorie de l'activité et de la cognition située et distribuée (GROSJEAN); par une analyse d'enregistrements transcrits relevant de l'analyse des interactions (SARANGI) ou plus particulièrement de l'analyse conversationnelle d'inspiration ethnométhodologique portant sur des consultations face à face (FURCHNER & GÜLICH) ou sur des interactions médiatisées par les nouvelles technologies (MONDADA) ou encore sur les dispositifs médiatiques (BOVET). De cette manière, un des enjeux de cette partie consiste aussi à expliciter un certain nombre d'approches, de «mentalités analytiques» et de méthodologies d'enquête en mesure de cerner la complexité des pratiques sociales, verbales et non-verbales, qui constituent et traversent l'espace médical et les savoirs qui y sont élaborés et pratiqués.