



<https://bulletin.vals-asla.ch> · e-ISSN: 2813-7973 · p-ISSN: 1023-2044

Mondada, L. (2001). Intervenir à distance dans une opération chirurgicale: l'organisation interactive d'espaces de participation. *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 74, 33-56.

<https://doi.org/10.5169/seals-978330>

Cet article est publié sous la licence *Creative Commons Attribution 4.0 International* (CC BY):

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>



© Lorenza Mondada, 2001

Intervenir à distance dans une opération chirurgicale: l'organisation interactive d'espaces de participation

Lorenza MONDADA

Universität Basel, Romanisches Seminar, Stapfelberg 7-9, CH-4051 Bâle;
lorenza.mondada@unibas.ch

Université Lyon 2, GRIC UMR CNRS 5612, campus de Porte des Alpes, CP 11,
F-69676 Bron cedex; lorenza.mondada@univ-lyon2.fr

Interaction plays a central role in medical practice not only during the consultation – a field largely studied by interactional analysis – but also in discussions among doctors and various experts taking care of the patient. These professional interactions are the locus where expertise is displayed, where knowledge about pathologies is collectively accomplished, where decisions are taken. This paper analyzes a specific setting where these interactions are particularly intense: the data were recorded during a surgical operation performed by a team, connected to an expert giving advice and to an audience watching the operation for didactical purposes and asking questions to the surgeon. This complex setting allows us to analyze the way in which a participation space is created for different voices contributing to the configuration of the event.

1. Introduction

Les activités communicatives jouent un rôle central en médecine: c'est le cas des interactions entre médecin et patient – qui ont été amplement étudiées, surtout pour ce qui est de la consultation et de la médecine généraliste – mais c'est aussi le cas des interactions entre médecins, qu'ils soient juniors ou seniors, qu'ils appartiennent à la même équipe ou qu'ils relèvent de disciplines différentes appelées à collaborer sur un même cas (Cicourel, 1990, 1994; Atkinson, 1995; Pilnick & Hindmarsh, 1999). Les secondes ont été largement moins étudiées que les premières, alors même qu'elles occupent une place constitutive dans les pratiques médicales, surtout lorsqu'on considère la complexité de l'espace hospitalier et les trajectoires des patients et de leurs dossiers dans cet espace (Moreira, ici-même). Or le travail hospitalier est par définition un travail nécessitant la coordination de l'action de personnels très différents, organisant la distribution de compétences et de tâches chez une pluralité d'acteurs (Grosjean & Lacoste, 1999) et de supports matériels et technologiques (Berg, 1997).

C'est précisément aux interactions entre des professionnels de la médecine que nous allons nous intéresser ici, dans un cas particulier, celui de la chirurgie. Les études ethnographiques des pratiques de la salle d'opération ne sont

pas nombreuses (Hirschauer, 1991; Fox, 1992; Katz, 1981; Goffman, 1967; Peneff, 1997; Aanestad, Hanseth, 2000; Moreira, ici-même) et les études des interactions qui s'y déroulent encore moins (Grommes & Dietrich, à paraître; Mondada, à paraître b, c, d, e), sans doute parce qu'il s'agit là d'un terrain plus difficilement accessible au chercheur que la consultation ordinaire et plus complexe, articulant l'interaction verbale à la manipulation d'appareils techniques et à l'activité gestuelle, voire manuelle, qui est centrale (bien que, comme le montrent les travaux de Heath, 1986, les manipulations du corps jouent un rôle important dans la consultation, qui ne saurait être réduite à un échange verbal).

Les questions que nous nous poserons dans cet article concernent le fonctionnement d'une équipe durant l'opération chirurgicale et plus précisément la coordination de la participation et de l'action de plusieurs acteurs dans une pratique chirurgicale particulière, relevant de la télémedecine. La télémedecine est en effet un domaine où la communication joue un rôle fondamental, puisqu'elle se définit par le projet de faire intervenir dans le soin du patient plusieurs acteurs agissant à distance, dans des formes qui peuvent être très différentes (allant de l'échange d'informations par téléphone, par fax ou par Internet à l'accomplissement conjoint de gestes médicaux dans un espace virtuel). Le cas empirique que nous allons analyser ici permet d'interroger les modalités pratiques par lesquelles ce projet peut être concrétisé et en même temps constitue un terrain privilégié où étudier la coordination entre différents professionnels au travail.

Ce terrain nous permettra ainsi de poser de façon empirique des questions qui assument un rôle central dans les pratiques contemporaines de la médecine et plus généralement dans des pratiques professionnelles où des acteurs sont appelés à coordonner leur compétences pour agir ensemble dans un cours d'action commun, souvent médié par des technologies (Heath & Luff, 2000). Nous allons problématiser ces questions de coordination en nous focalisant sur un problème particulier, celui de la création d'un espace de participation adéquat.

2. Une situation d'interaction complexe: des participations multiples à une opération chirurgicale

Afin de présenter la situation étudiée et les phénomènes qui nous intéressent, nous allons immédiatement proposer un extrait du corpus sur lequel nous

allons travailler, constitué de l'enregistrement vidéo de trois opérations effectuées successivement par la même équipe dans le même dispositif télé-médical¹.

Extrait 1 (tc11068V/K2/D1/28'/p44)

- 1 R so it's . important to stay as . sans trop bouger oui merci .. it's
 2 important to stay as close as possible/ . to the gastric wall\ . you see
 3 i try to have a . a good tension/ in my tissue/ .. oui\ la coagulation est
 4 sur combien/
 5 F euh:: euh xxx [xx cinquante
 6 R [cinquante\ . cinquante\ . s'il vous plaît/
 7 (1 s)
 8 M cinquante
 9 R cinquante/ allez-y cinquante\
 10 F (ouais ouais xxxx)
 11 R c'est cinquante/ ouais/ . °tu peux me le mettre droit guy-ber/°
 12 D xxxx
 13 R °xx mets-moi l'estomac droit/ à peu près/ . ouais . attends . okay
 14 ouais ça va°
 15 S question/
 16 R oui\
 17 A do you use euh . coagulation or (section; suction)/ or aren't you afraid
 18 ehm to use monopolar coagulation\
 19 (3 s)
 20 R (°non c'est pas ça°) no we have the habit to: to use euh (h) a monopolar
 21 coagulation/ . for this kind of dissection/ . but in f- in fact i think .
 22 attend(ez)=attend . y a tout bouge/ y a tout qui bouge/
 23 D la graisse qui revient
 24 R °ouais c'est la graisse qui revient\° so you see the problem/ euh: sometimes
 25 we have to: . to (er)begin the dispo(d)ition . in order to have a good
 26 vision/ . and so it's not very easy\ . so:/ no problem/ . we take
 27 away [the hook
 28 L [i think that the: eh Robert/
 29 R oui
 30 L i think that your space is a very little=euh . space/ is there a
 31 problem of insuflation or:
 32 R no no no no
 33 L no/ . [no
 34 R [no no/ euh .. it's a problem of . ABUNdance of fat\
 35 L ha ha °xxx°
 36 S and in this obes[ity

1 Nous avons assisté à l'opération avec les experts et les chirurgiens en formation. Les enregistrements ont été effectués par les initiateurs du projet, au moyen du dispositif utilisé par eux pour la visioconférence. Nous remercions vivement Jacques Marescaux, Didier Mutter et Michel Vix ainsi que l'IRCAD de l'Hôpital de Strasbourg pour leur collaboration, sans laquelle cette analyse aurait été impossible. L'analyse fait partie d'un projet de recherche que nous dirigeons au Romanisches Seminar de l'Université de Bâle, financé par le FNRS (projet no 1214-051022.97) et portant sur l'étude des interactions entre chercheurs de différentes disciplines dans des contextes plurilingues. Les conventions de transcription adoptées se trouvent à la fin de cet article.

- 37 L [so it's often the case in this kind of patient/
 38 S yes=
 39 R =yes so you have to take the waves/ . one by one/

Cet extrait se situe au cours d'une opération chirurgicale d'un patient souffrant d'obésité chronique. R, le chirurgien en chef commente ce qu'il est en train de faire pendant qu'il opère (p. ex. l. 1-3), en s'adressant à un public international de médecins en formation continue, qui suivent l'opération depuis un amphithéâtre universitaire, où elle est retransmise en temps réel par visioconférence. Ce public a la possibilité de poser des questions, comme le fait ici A (l. 17-18), en prenant directement la parole ou bien, comme ici, en se sélectionnant auprès d'un modérateur, S (l. 15). Le chirurgien ne s'adresse pas uniquement à l'audience, mais interagit aussi avec un ou plusieurs collègues (ici S et L) qui sont dans l'amphithéâtre avec le public. En outre, le chirurgien interagit avec son équipe (cf. l. 3-14), avec laquelle il coordonne l'opération.

La situation observée est donc complexe, faisant intervenir plusieurs interlocuteurs, dans des espaces géographiques distincts, utilisant plusieurs technologies, engagés dans des activités qui tout en étant distinctes sont imbriquées les unes dans les autres. Cet extrait permet d'en relever quelques caractéristiques.

Le chirurgien parle français à son équipe, alors qu'il s'adresse aux autres en anglais, selon un *participant related code-switching* (Auer, 1984, 46sv). Le code-switching entre les deux est organisé par l'orientation vers les destinataires visés au sein de l'action en cours; les lieux de l'alternance entre une langue et l'autre sont moins contraints par la structuration syntaxique de l'énoncé en cours que par la séquentialité de l'action en train de se faire, en l'occurrence l'action d'opérer. C'est elle qui définit les priorités temporelles de ce qu'il faut faire pas à pas. Les premières lignes («so it's . important to stay as . sans trop bouger oui merci .. it's important to stay as close as possible/ . to the gastric wall\» l. 1-2) sont significatives de ce point de vue, ainsi que l'interruption de la réponse («but in f- in fact i think . attend(ez)=attend . y a tout bouge/ y a tout qui bouge/\» l. 21-22) par une vague de graisse qui envahit le champ opératoire et qui oblige à le redisposer. Le code-switching rend manifeste une alternance entre deux activités, l'opération proprement dite pouvant revenir à l'avant-plan d'un moment à l'autre et reléguer la démonstration à l'arrière-plan selon les urgences qui s'imposent. Le code-switching est donc une ressource disponible dans cette situation particulière, où un chirurgien francophone opère avec une équipe francophone tout en étant connecté

à un public international, pour délimiter deux activités – l'*opération* et sa *démonstration* – et pour délimiter deux types de destinataires – son *team* et le *public*.

Par ailleurs, le chirurgien interagit aussi avec deux autres personnes, S et L, qui interviennent de façon différente que l'auditeur: ils s'auto-sélectionnent, avec d'éventuels chevauchements (l. 28, 34, 37); ils ne se limitent pas à poser des questions mais font des constats (l. 30, 36, 37), ils ne circonscrivent pas leur parole à un tour bien délimité mais la reprennent en enchaînant sur la parole du chirurgien. Ces deux locuteurs, qui peuvent être catégorisés, au gré de leurs interventions, comme des «experts» ou comme des «chairmen» se détachent ainsi du public en assumant des positionnements particuliers: leurs tours ne sont pas configurés de la même façon que ceux des auditeurs; ils agissent davantage comme des pairs vis-à-vis de leur collègue chirurgien. Bien que ces locuteurs soient géographiquement situés dans le même amphithéâtre que le public, ils ont une conduite qui les rapproche plutôt du team qui opère.

Les activités que nous venons de décrire permettent ainsi de distinguer différents modalités de prise de la parole, par des locuteurs que l'on peut positionner de différentes façons autour du chirurgien. Ces conduites et ces positionnements différents permettent d'envisager des *espaces de participation* dont le fonctionnement est documentable sur la base d'une analyse détaillée des enregistrements.

3. Enjeux: l'organisation interactionnelle d'espaces de participation

La question de la participation nous semble cristalliser plusieurs dimensions qui président à l'organisation intelligible de l'activité complexe à laquelle nous avons affaire.

3.1 En premier lieu, les formes de participation s'articulent avec l'organisation séquentielle de la parole-en-interaction, dont la forme s'oriente vers ses destinataires (est *recipient designed*, Sacks & Schegloff, 1979) et de cette façon exhibe l'audience qui lui est pertinente. L'organisation tour par tour de la parole dessine une séquentialité où l'intervention de certains partenaires est favorisée ou au contraire est bloquée (cf. Mondada, à paraître a). Ainsi, par exemple, les analyses de Goodwin & Goodwin (1986) montrent comment l'activité de chercher un mot peut non seulement sélectionner un locuteur mais encore lui permettre de s'associer au discours en train de se faire; C.

Goodwin (1987) montre comment oublier un détail dans une histoire peut être exploité comme une ressource pour inviter un interlocuteur à devenir un co-narrateur; M.H. Goodwin (1993) montre comment l'organisation d'une histoire est susceptible de construire des camps opposés dans une dispute et comment les disputes peuvent se structurer en limitant les participants à une confrontation entre deux interlocuteurs ou bien en ouvrant le cercle possible des opposants (1990, 240sv). Ces exemples d'analyses renvoient tous à la façon dont l'organisation séquentielle accomplit des configurations reconnues de locuteurs favorisant leur prise de parole, leur alignement, leur prise à parti ou au contraire les excluant de la «mécanique» des tours de parole.

La notion de *cadre de participation* a été proposée par Goffman (1981) dans un article important consacré au *footing* (que l'on peut traduire en français par «position» ou «positionnement») dans le contexte d'une critique de la notion d'«auditeur», trop réductrice par rapport à la multiplicité des activités que celui-ci peut effectuer, en tant que participant désigné et ratifié, mais aussi en tant que tiers ne participant pas officiellement à la conversation mais l'épient, la surprenant ou adoptant vis-à-vis d'elle une posture d'«inattention polie». C'est ce qui amène Goffman à développer une typologie de rôles participatifs (distinguant l'*animator*, l'*author* et le *principal* du côté de la production et les auditeurs ratifiés, adressés ou non, et non ratifiés, *over-hearers* ou *eavesdroppers*, du côté de la réception).

Mais ce qui nous importe est moins la typologie que ces distinctions produisent que les procédés et les ressources sur lesquels ils se fondent pour configurer et reconfigurer les constellations de récipiendaires pertinents, les rendre identifiables et reconnaissables, avec leurs droits et obligations, ou encore (ré)aligner les actions des participants sur la même activité, (re)focaliser leur attention sur un objet commun. Parmi les ressources disponibles, on peut mentionner les emplois des pronoms déictiques et leur distribution séquentielle; les modes de sélection des locuteurs et les types d'enchaînements séquentiels projetés et normativement attendus; les regards et leur contribution structurelle à l'organisation des tours de parole (Goodwin, 1981; Heath, 1986: «In securing the doctor's cooperation, the interactants establish a certain participation framework, a specific form of producing the activity and having it attended to, a form which allows the patient to show the complaint rather than merely describe it.», 1986, 84-5).

3.2 L'organisation séquentielle des modes de participation s'articule aussi aux dispositifs de catégorisation pertinents dans l'interaction. En effet la configura-

tion de groupes d'interlocuteurs reconnus, légitimes, autorisés va souvent de pair avec leur catégorisation, comme co-narrateurs ou comme opposants dans une dispute, éventuellement organisés en paires standardisées (Sacks, 1972); comme membre disposant d'un savoir et membre recherchant ce savoir, comme enseignant et enseigné, comme médecin et patient, etc.

La structuration d'un échange privilégiant des paires adjacentes récurrentes et spécialisant les locuteurs dans la production d'une des parties de la paire – le novice dans la question et l'expert dans la réponse par exemple – contribue à la fois à contraindre les formats de participation et à catégoriser les participants. M.H. Goodwin reconnaît implicitement ce lien lorsqu'elle affirme utiliser le terme de «participation framework» pour décrire deux aspects, le positionnement en tant que locuteur ou auditeur dans l'interaction et la façon dont les parties sont caractérisées dans l'interaction: «Although conceptually distinct, in practice processes through which participants are aligned toward each other and the way in which they are depicted are frequently intertwined.» (1990, 10). Se présenter sous une certaine catégorie permet de rendre reconnaissable et légitime le fait de prendre la parole d'une certaine façon.

3.3 Nous parlerons d'*espace de participation* plutôt que de cadre: ceci nous permet d'articuler les formes de participation à l'espace interactif, qui n'est pas uniquement défini de façon métaphorique par un ensemble de relations, d'orientations et d'alignements qui découpent des groupes et délimitent des camps, mais aussi par des localisations repérées ou revendiquées par les locuteurs dans des espaces socialement organisés et, plus concrètement, des arrangements matériels et visuels des participants dans l'espace (cf. Mondada, à paraître b et c; Relieu, 1994).

L'organisation des espaces visuels, virtuels et médiatiques dans le corpus qui nous intéresse découpe de façons différenciées cet espace. Ce n'est ainsi pas un hasard que l'image *externe* disponible soit celle de la salle d'opération et non pas celle de l'amphithéâtre (le public n'apparaissant jamais à l'image) et que celle-ci soit elle-même largement subordonnée à l'image *interne*, endoscopique, rendant accessible non pas la personne des chirurgiens mais leurs instruments, les gestes qu'ils accomplissent et l'anatomie dans laquelle ils naviguent; ce n'est pas un hasard que l'accès au microphone soit facilité pour le chirurgien qui opère (doté d'écouteurs et d'un micro monté au niveau de sa bouche) et pour l'expert-chairman (qui intervient à micro ouvert), ce qui n'est en revanche pas le cas des assistants du chirurgien ou des infirmiers (sans micro) et du public (qui doit allumer le micro avant de parler). Ces modes

d'accessibilité différents au floor vont de pair non seulement avec différentes façons d'intervenir, mais encore avec différentes façons d'exhiber en vertu de quelle catégorie on intervient (*cf.* Mondada, à paraître a).

3.4 Le type d'activité complexe auquel nous avons affaire ici – articulant l'opération chirurgicale, la téléexpertise et le téléenseignement – pose ainsi une série de problèmes pratiques aux interlocuteurs qui sont directement liés à la création d'espaces variables et multiples de participation. Comment reconnaître à qui s'adresse le chirurgien et en vertu de quelle catégorie, pour pouvoir produire un enchaînement adéquat; comment reconnaître le moment adéquat où poser une question en tant que public; comment rendre reconnaissable une intervention en tant que modérateur se faisant le porte-parole du public ou bien en tant qu'expert dialoguant avec le chirurgien voire se faisant son porte-parole dans son activité explicative? Dans ce qui suit nous nous demanderons comment les espaces participatifs sont distribués, délimités, reconfigurés de façon contingente et occasionnée, permettant différents types d'interactions entre les intervenants; ainsi que comment émergent et sont produites dans leur intelligibilité les catégories pertinentes qui organisent les différentes actions accomplies et comment elles participent à ces actions de façon reconnaissable comme ordonnée et diversifiée. Notre analyse se centrera sur la figure du collègue-expert-chairman, l'entité la plus mobile et la plus plastique de tout le dispositif, qui tour à tour agit sous une catégorie différente et organise des schémas de participation distincts pour soi et pour les autres.

4. Interagir avec le chirurgien en tant qu'expert et collègue

Dans ce qui suit, nous allons identifier quelques ressources dont l'usage situé permet aux participants de manifester leur positionnement dans un espace spécifiquement délimité. Parmi ces ressources, nous insisterons sur le code-switching (4.1), sur le rôle de certains formats de questions et de demandes de ratification (4.2), ainsi que sur le rôle des productions collaboratives d'énoncés (4.3). Ces ressources seront analysées en tant qu'elles contribuent toutes à l'établissement d'un espace participatif lié à l'action en cours et à des catégories d'appartenance des personnes qui y agissent.

4.1 *Le code-switching comme ressource pour distinguer l'espace de l'opération et l'espace du public*

Le code-switching est une ressource rendue disponible par la situation recon- nue comme bilingue par les participants: l'opération est effectuée par un chi- rurgien invité francophone et un team local; en revanche la définition du public comme «international» (dans l'amphithéâtre sont réunis plusieurs dizaines de participants venant de tous les pays d'Europe) déclenche l'adoption de l'anglais *lingua franca* pour la communication officielle au sein de la visio- conférence.

Extrait 2 (1106/K2DV1/36'/p48/1939)

- 1 D so now we're waiting for the: . the tube\
 2 (4s)
 3 X xxxxxx ((dans la salle d'opération))
 4 S °oui: . mais maintenant elle est bonne/ mais il y a une minute . on était
 5 dans le bleu hein/ . je crois que c'est la fum[ée°
 6 R [okay\ there is\ . okay\ . fine/
 7 S ((ri[t))
 8 R [and you can inflate the balloon with twenty-five cc
 9 D vous insufflez
 10 R vingt-cinq cc/ ... tu mets l'aspiration ici michelle
 11 S °oh oui\ .. c'est tout à fait bon ça°
 12 R moi j'attends hein
 13 S mhm
 14 R in such cases it's important to avoid any bleeding

Extrait 3 (1106/K2DV1/26'/pl43/1751)

- 1 D you see so/ i have now (h) a vision of my: . my stomach/ here .
 2 and i'm going to put now better my liver retractor\
 3 (4s)
 4 R °i'm going to open as . great as
 5 possible° [okay so (°comme ceci°) are you agree stéphane/
 6 S [maintenant c'est très bon
 7 S yes/ . very [good/
 8 R [so: in a man/ euh there is a lot of baxxxx [fat also
 9 S [très
 10 bien maintenant/ depuis qu'on s'est rapproché c'est parfait . mhm

Dans ce deux extraits S, le chairman-expert, intervient, comme D et R, les chirurgiens qui opèrent, en français. Le fait de passer au français a comme effet de restreindre l'espace de participation. Comme tous les membres du public ne parlent ou ne comprennent pas le français, parler dans cette langue a comme effet d'exclure une partie de l'audience, ainsi que de faire de l'audience une *overhearing audience*. Par ailleurs, le passage au français a un autre effet: il fait que S participe au même espace (linguistique) que celui des chirurgiens. Cela entraîne une inclusion de S dans l'espace de la salle

d'opération; cela inscrit S dans le même groupe que celui de l'équipe qui opère.

Sur la base de ce constat préalable, on peut se demander comment S accomplit son appartenance au même espace que celui de l'équipe chirurgicale.

Dans l'extrait 2, aux lignes 9-13, on peut remarquer que S s'auto-sélectionne pour participer à une séquence en train de se dérouler en français entre les chirurgiens R et D. Cette séquence se clôt avec le commentaire public de R en anglais (l. 14). Tout comme aux lignes 4-5, S produit une évaluation en adoptant un ton de la voix particulier, bas, presque murmuré, qui contraste avec sa voix «officielle», plus forte. Ce ton bas est aussi celui qui caractérise souvent le chirurgien lorsqu'il s'adresse à son équipe.

Dans l'extrait 3, comme dans le précédent, le thème de l'intervention de S est la qualité de l'image. De cette manière, S participe activement à l'accomplissement par l'équipe de l'adéquation de l'image endoscopique pour la tâche en cours. La position séquentielle des tours de S est ici intéressante: une première évaluation est proposée en français, en chevauchant le tour de R (l. 6). Cette évaluation est séquentiellement liée au premier constituant du tour de R et à l'action effectuée (disposer le rétracteur du foie). Une deuxième évaluation est proposée ensuite en anglais (l. 7), comme la seconde partie d'une paire adjacente, répondant à la demande de R («are you agree Stéphane» l. 5). Une troisième évaluation, enfin, est proposée lorsque le rétracteur du foie a été disposé, clôturant ainsi la séquence (l. 9-10). Ainsi S est en train d'effectuer différents types d'évaluation: il initie des évaluations en français de façon immédiatement conséquent à une action de l'équipe et il réagit en anglais à une demande de ratification officielle de la part du chirurgien. Ces deux types d'évaluation sont organisationnellement différents, l'un s'alignant avec le travail de l'équipe et l'autre s'alignant avec la production officielle de la démonstration pour le public.

En outre, dans les deux extraits S propose deux descriptions de l'action effectuée en utilisant le pronom «on» («il y a une minute . on était dans le bleu hein», extr. 2, l. 4-5; «depuis qu'on s'est rapproché c'est parfait», extr. 3, l. 10). Ce pronom peut être entendu comme l'équivalent de la première personne du pluriel «nous». Il est utilisé pour désigner des localisations et des mouvements dans l'espace anatomique, qui construisent ainsi une perspective commune aux énonciateurs se rangeant sous ce pronom. Cette perspective est celle des acteurs de l'opération: l'utilisation du pronom renforce ce que fait le code-switching, à savoir la constitution d'un espace participatif (Auer 1984, 32 parle

de «constellation de participants» produite par le code-switching) où S fait partie de l'équipe chirurgicale.

4.2 Deux formats particuliers de questions: *faire l'expert et être reconnu comme tel*

Les échanges entre le chirurgien et S prennent régulièrement la forme d'une paire adjacente initiée par l'un posant une question à l'autre. A travers cette paire adjacente s'accomplit le positionnement entre les deux, en termes de la paire relationnelle standardisée «expert»/«expertisé» (ou «consultant»/«consulté»).

4.2.1 Séquences initiées par D: «what do you think S»

Il existe un type de question par lequel le chirurgien s'adresse à S, le constituant comme une instance invitée à ratifier une décision à prendre. Voici une collection d'extraits documentant ce phénomène:

Extrait 4

- 1 D oh i think i have to transect here\ . what do you think euh . stéphane/
- 2 S euh . i would suggest perhaps to deflate the balloon at that
- 3 step/ perhaps you will GAIN more space\
- 4 D pe[rhaps
- 5 S [what do you think\
- 6 D yes/ . it's a good idea/

Extrait 5

- 1 D okay/ i think now euh (4s) the band is fixed\ what do you think
- 2 about that stéphane/
- 3 S (h) very good\ very [clear\ perfect
- 4 D [ok- okay i think we have to now to make
- 5 a (cholesystectomy) .. before to:=
- 6 S =oui: . ah c'est une solution

Extrait 6

- 1 D so . i think . about the problem of the band around the oesophagus- -gus\
- 2 i i think it is not a good idea\ .. euh: because: it's like eh an angle
- 3 sheet (prothesis) and you can have migration inside the oesophagus/ and
- 4 EVEN if you . lose weight/ it's probably by another mechanism a mechanism
- 5 of (dysphagia)\ but we will discuss about that this afternoon\ . and
- 6 what do you think about that euh: . euh stéphane/
- 7 S well i think the the presence of the balloon will show us that euh the
- 8 the banding is really around the stomach and not around the oesophagus\
- 9 . even if beHInd it IS in contact with the oesophagus

Ces questions ont un format récurrent: elles sont préfacées par une prise de position du chirurgien («i think») suivie d'une demande de confirmation adressée à S, explicitement nommé («what do you think euh . stéphane/» extr. 4, l. 1, cf. extr. 5, l. 1-2, extr. 6, l. 6). Une symétrie est donc organisée entre la prise en charge d'une option par D et la demande faite à S de souscrire à cette prise en charge. De cette façon est interactivement et séquentiellement accompli le caractère intersubjectif de la décision à prendre. Il est important de remarquer que cela n'intervient pas en des positions quelconques: D pose sa question à des moments clefs de la procédure chirurgicale, à des points de transition entre une phase et l'autre de l'opération, où une décision importante est en jeu (par exemple quelle disposition du champ opératoire adopter, où commencer la dissection, où et comment fixer la prothèse, etc.). Ces questions ont donc aussi une valeur structurante pour l'action en cours, qu'elles segmentent en phases et dont elles mettent ainsi en relief les points saillants.

Une variante encore plus explicite de ces formats comporte une demande d'accord:

Extrait 7 (TC11068/CRS2VER/1626)

- 1 D are you agree with this position/ .
- 2 stéphane/ . [yes/
- 3 S [it's quite clear/ .. and no comment from
- 4 the audience so they are satisfied also\

Extrait 8 (TC11069/CRS1VAD/279=299)

- 1 D you see here the buldge and the equator . of the buldge .
- 2 so this is the level . euh: of the dissection\ do you agree/
- 3 S i quite agree

Extrait 9 (TC11068V/STR/CRS/1646-7/B3)

- 1 D so i start my dissection here\ are you agree/
- 2 S absolutely\

Extrait 10 (TC11068V/STR/CRS/1681/B4)

- 1 D are you agree with this dissection/
- 2 S yes and you are doing . rather a i would say a small
- 3 opening which is in this case pretty good
- 4 D thank you stéphane

Extrait 11 = Extrait 3

- 5 R [okay so (°comme ceci°) are you agree stéphane/
- 6 S [maintenant c'est très bon

7 S yes/ . very [good/

8 R [so: in a man/ euh there is a lot of baxxxx [fat also

Dans tous ces cas, le chirurgien, D, demande à S de ratifier sa décision. Le format de sa demande est là encore constant: elle comporte les deux variantes «do you agree» ou «are you agree» et parfois le prénom de S. Comme la série précédente, elle permet l'établissement d'un accord collectif sur la procédure en cours et sur des moments particuliers de cette procédure. L'accord collectif reconnaît S comme compétent, l'exhibe comme une autorité en mesure d'approuver la procédure.

4.2.2 Séquences initiées par S: «D don't you think that...»

S n'a toutefois pas uniquement un rôle réactif fournissant une deuxième partie de paire affiliative aux demandes de ratification. Il est intéressant de constater qu'il utilise lui-même le verbe «think» pour initier un questionnement de ce que fait le chirurgien, cette fois de façon négative:

Extrait 12

1 S daniel/

2 D yes/

3 S don't you think the (articulator) has FOLLOwed the posterior part
4 the posterior aspect of the gastric wall/

5 D yeah=

6 S =so that you were in fact JUST in front/ [of the opening you have&

7 D [yeah

8 S &done/[but as the tip of the (reticulator) follows the gastric wall&

9 D [yeah

10 S &so you go UP/

11 D abs- absolutely\ it is correct\

Extrait 13

1 S robert/

2 R yes/

3 S don't you think the liver retractor could be . a Little more to
4 the left/ so that it can help you/

5 R yes/ yes/ yes . [maybe

6 S [oh it is almost [perfect like that

Extrait 14

1 S robert/

2 R yes

3 S don't you think if you had catch . the gastric wall/ . euh you would
4 not have this [euh

5 R [yes/ . maybe yes\ i put a other one just [here to

6 S [yes sure\ .

7 R <quoi/ ouais ((bas))>

- 8 S because with the balloon inflated/ euh . the gastric walls is
 9 really close to the balloon and it is impossible to hold it like that\

Ces interventions sont toutes initiées par S et sont constituées d'abord par un *summon* (Schegloff, 1986) comportant le prénom prononcé de façon interrogative, qui attire l'attention du chirurgien (dans une première paire adjacente, l. 1-2 dans tous les extraits cités ci-dessus). Ensuite, initiant une autre paire adjacente, elles comportent toutes le verbe «think» à la forme négative – une forme qui exhibe un potentiel critique, s'orientant vers le fait que ce qui est soulevé par la question n'est pas le centre de l'attention du chirurgien à ce moment là, voire est une alternative que celui-ci n'a visiblement pas considérée (cf. les modaux «could be» l. 3, extr. 13, et l'hypothétique «if» l. 3, extr. 14). De cette façon, S «fait l'expert» (Sacks, 1992 dirait «is doing being the expert», cf. Mondada, 1999a) en introduisant dans le cours d'action des trajectoires possibles alternatives critiques par rapport à celle du chirurgien, face auxquelles ce dernier a à justifier ou à revoir ses propres choix.

La question de S peut ainsi avoir comme effet de souligner autant les compétences que les incompétences du chirurgien, et peuvent, en retour, le qualifier comme un expert:

Extrait 15

- 1 S robert/
 2 R yes
 3 S do you sometimes introduce it by hand/ only/ . or do you use always a
 4 fifteen/
 5 R yes sometimes but fff: . euh ff: . it's not very easy to do that/ i
 6 have here some problems with my trocar\ . to go through/ . comment
 7 ça se fait qu'il est pas armé ici . MAIS je plie les deux/ . voilà:
 8 YES i do it sometimes/ euh . but euh . it can be sometimes difficult
 9 to go through the the wall/ i i you i thi- i think you you have big
 10 experience of that stéphane/
 11 S oh i do it systematically

Cet extrait commence comme les précédents (l. 12-14), mais a comme effet un retour de la question posée par S à R, ce qui explicite sa position d'expert, reconnue par R et visible dans le contraste entre la fréquence des techniques pratiquées par R («sometimes» l. 8) et par S («systematically», l. 11).

4.3 *Enoncés collaboratifs: «doing being a co-member of the operating team»*

Lorsque le code-switching est utilisé par S comme une ressource pour s'inscrire dans le même espace que l'équipe chirurgicale, il est exploité pour

créer une continuité entre les activités de S et celles des chirurgiens. De la même façon, le fait de construire un énoncé collaborativement, en terminant ou en complétant ce que le collègue est en train d'énoncer (selon une procédure de syntaxe interactive bien décrite par Sacks, 1992; Lerner, 1991; Jeanneret, 1999), peut fonctionner comme une ressource pour exhiber de l'affiliation voire de la co-appartenance entre les partenaires (*cf.* Sacks, 1992; Mondada, 1999; Antaki, Diaz & Collins, 1996).

Voici quelques extraits de telles occurrences:

Extrait 16 (p45/1837)

- 1 R so we are . trying to dissect QUIckly . because/
- 2 S ((rit)) the wave of fa[t . can come back
- 3 R [the waves
- 4 R the FAT is coming back\ .. okay\

Extrait 17 (p40)

- 1 S this is extremely important euh the position of the trocar are
- 2 NEVer euh euh
- 3 R i know you would like to say that you are/ . NEVer high enough
- 4 S exactly\
- 5 R in such patient

Extrait 18 (p43/V5)

- 1 R in fact i prefer to begin my dissection at this part\ .. so once
- 2 is finished/ you see here the bxxx fat/ . it's not too big . maybe
- 3 we can cut a little bit . what do you think about .. yes/ no/
- 4 S i would s:- say that if you cut/ [euh
- 5 R [a little bit [yeah
- 6 S [on the: left cross/
- 7 it will be [euh removed easily
- 8 R [a better vision of my left cross . okay\

Dans ces extraits, R et S co-produisent la description de l'action, voire de sa généralisation à des fins didactiques. De cette façon ils se projettent ensemble dans le même espace d'action et de pertinences. Il est particulièrement intéressant d'examiner la façon dont cela est accompli dans le dernier extrait (18): R doit prendre une décision concernant la dissection d'un morceau de graisse qui le gêne (l. 2) qu'il indique avec sa pince; il demande à S de prendre la décision («what do you think about .. yes/ no/» l. 3) pendant qu'il suspend momentanément son action. La réponse de S ne lui appartient pas en propre ni uniquement: elle est en effet d'abord énoncée sur un ton incertain, avec des hésitations et un hypothétique, qui tranche avec d'autres réponses d'expert; elle est ensuite relayée par R qui co-produit ainsi plusieurs de ses fragments. La co-production a un effet de symétrisation, en mettant les

deux collègues (et non plus l'expert et son consulté) sur le même plan. Suite à cette co-élaboration de la décision, R commencera à disséquer la partie indiquée. On peut dire qu'il y a là une prise de décision collective, faisant que S participe pleinement à la co-opération.

5. Interagir avec le public en tant qu'expert et chairman

S produit donc activement et de façon située son positionnement face à l'équipe avec laquelle il collabore. D'autre part, il interagit aussi avec le public, qui se trouve comme lui dans un amphithéâtre. Nous allons examiner les ressources que S exploite pour produire la spécificité et l'unicité de sa position, en soulignant l'importance des pronoms qu'il utilise (5.1) pour construire deux espaces distincts où il s'inscrit et où s'inscrit l'audience, face à laquelle il est moins un expert qu'un chairman (5.2) et pour laquelle il construit l'accès à la parole tout en ne le confondant jamais avec ses propres modes d'intervention (5.3).

5.1 *Les pronoms comme ressources pour délimiter des espaces énonciatifs*

5.1.1 Du chirurgien comme interlocuteur au chirurgien comme objet («you»/«he»)

S n'accompagne pas uniquement les prises de décision du chirurgien, mais prend aussi son relais en tant que commentateur de ses faits et gestes. Dans le passage de l'un à l'autre de ces positionnements, il est moins un «expert» ou un «collègue» qu'un «co-enseignant», un médiateur entre le chirurgien et l'audience, se détachant ainsi de l'espace de l'équipe qui opère. Les variations pronominales sont de ce point de vue révélatrices:

Extrait 19 (1006/p74/3989)

- 1 D ouais mais vous ne passez pas l'anneau/ . my problem is that
- 2 S tu dois ouvrir l'anneau complètement hein
- 3 (2s)
- 4 D non on passe pas\ . on passe pas il est trop . voilà tirez
- 5 bien/ . tirez/ O:ké\ . ça y est\
- 6 S you see how he is obliged to stretch . the stomach to to put
- 7 the banding/

Extrait 20 (1106/p14/567)

- 1 S you are in the leicester sack/ . ri[ght/
- 2 D [i think so\ .. i think so you
- 3 see here . now/ . . . you can see the (leicester) sack/ . so this is

- 4 the yellow way .. and it is enough\ okay/
 5 S nice\
 6 D so .. the next step/ . is the dissection . of the
 7 (phreno-gastric) ligament
 8 S so the posterior tunnel is done/ and . he has to find the OTher
 9 end . . . on the left cross
 10 (10s)
 11 D oh i understand . okay . j'ai compris xxx
 12 S look at the way he puts euh the liver retractor/ he use it also
 13 to retract the oesophagus/ so that he will see the ankle of xxx/ .
 14 small trick VERY useful

Ces deux extraits présentent l'intérêt de manifester clairement la transition d'un destinataire à un autre: S collabore avec le chirurgien D (l. 2-3, extr. 19; l. 1, extr. 20) en s'adressant à lui à la deuxième personne («you»), dans le premier cas en français et dans le deuxième en anglais; ensuite S modifie son positionnement, en se référant à ce que fait le chirurgien à la troisième personne («how he is obliged to stretch» l. 6, extr. 19; «he has to find the OTher end» l. 8-9, extr. 20) et utilisant la deuxième personne pour s'adresser au public («you see» l. 6, extr. 19; «look» l. 12, extr. 20). Ces deux extraits manifestent ainsi la mobilité de S dans l'espace interlocutif, ainsi que les activités spécifiques qu'il effectue dans chacun de ces espaces.

5.1.2 Distanciations et identifications de S vis-à-vis du public («they»/«we»)

Bien que S partage le même lieu géographique que l'audience, il produit soigneusement la distinction entre son espace énonciatif et celui du public. Il ne le fait pas uniquement en se projetant dans l'espace de l'équipe avec laquelle il collabore, mais aussi en construisant un espace qui lui est spécifique, notamment par distanciation vis-à-vis de l'audience. Il le fait notamment en s'adressant à elle à la troisième personne:

Extrait 21

- S perhaps the audience has not noticed that the forceps which was holding the stomach has changed its place/ so that the stomach ROLLS progressively . and the posterior part appears more and more superficial

Extrait 22

- S i don't know if the audience has noticed that to remove this part of the tubing he had put the articulator in the straight position first . and not in the angle position\ okay\

Extrait 23

- S so for the audience as you can see euh . doctor D is making a a channel a CHANnel where the banding is placed/ and the stomach is NOT sTRETched . on the banding/ .

because if you tie too euh too tightly ((léger rire)) it will euh perhaps . euh favor migration of the banding inside the stomach\ .. so he just approximate

Extrait 24

S for the audience/ i think you have noticed how important is the role of the assistant/ . the position of euh holding the stomach is really euh mandatory

Une façon de situer l'audience dans un espace distinct consiste à la nommer explicitement et à la troisième personne, quitte à enchaîner ensuite à la deuxième (extr. 23, extr. 24). Une asymétrie est donc produite dans les modes d'adresse au chirurgien (2e personne et prénom) et au public (3e personne et catégorie: «the audience»). Cette façon de marquer explicitement le destinataire au début du tour permet d'une part de manifester le type d'activité qu'est en train d'accomplir S et d'autre part de maintenir une distance entre lui et l'audience, de façon à ne pas se confondre avec elle.

Il est toutefois intéressant de remarquer qu'il y a dans le corpus quelques (rares) occurrences d'un pronom de deuxième personne pluriel par lequel S se fond momentanément avec elle:

Extrait 25 (p49/2003)

1 S could you show us the Limit between the balloon and the central part/
 2 R what do you:/
 3 S could you show us . with the forceps/ . the limit . the inferior limit
 4 of the balloon/
 5 R yes\
 6 S it's because you can FEEL it/ and we can't see it clearly
 7 R yes yes just one second . i put euh i put my . HOOck/ . fine\ oui c'est
 8 parfait\ . so that's the limit of my ballo[on\
 9 S [okay

Extrait 26 (p66-7/2693)

1 D okay/ la: . la vue endoscopique/ . vous avez une bonne image/
 2 S très bonne
 3 (6s)
 4 D t'es sûr là/
 5 (2s)
 6 S attends nous autres on a pas de vue interne là pour le moment
 7 D c'est exact\ on peut pas utiliser la: la même optique que celle:
 8 de toute à l'heure/

Extrait 27 (p15/600)

1 S daniel/
 2 D yes/
 3 S could you show us the First short gastric vessel/ [so that the
 4 D [yes
 5 S &audience [can . imagine/

- 6 D [yes yes .. i create the window . here/ and the first
 7 short vessels is here\ .. you see/
 8 S so it is as high as possible/. [right/
 9 D [yes as high as possible and this is
 10 the left cross

Ce qui rend possible l'utilisation de la première personne plurielle est une relation spécifique à l'image, propre à l'ancrage local des participants: dans le premier cas, cette image est insuffisante par rapport à un phénomène qui requiert une perception non seulement visuelle mais aussi tactile – accessible uniquement au chirurgien qui manipule les instruments –, dans le second cas, l'image est indisponible à cause de problèmes de régie et de transmission. Cette relation à l'image construit la spécificité de la localisation en salle d'opération, et son accès privilégié aux phénomènes sur lesquels se focalise l'attention commune. Dans le troisième cas aussi, S demande au chirurgien de rendre accessible visuellement un vaisseau, cette visibilité étant accomplie par un mouvement de la caméra dans l'espace anatomique; toutefois S se distancie du reste des présents en adoptant immédiatement après la troisième personne («so that the audience can . imagine/» l. 3, 5), qui lui permet aussi de situer dans cette autre sphère l'activité cognitive attribuée en propre à cette audience.

De cette façon, S accomplit activement et systématiquement l'inscription de lui-même et du public dans des espaces distincts. Cette distinction est accomplie par le jeu des pronoms, ainsi que par la façon dont les droits et obligations relatifs aux prises de parole sont distribués. C'est la dernière dimension que nous soulignerons dans notre analyse.

5.2 *L'organisation de différentes façons d'intervenir*

Le travail de différenciation des espaces d'action et de participation effectué par les différents interlocuteurs, accomplissant l'intelligibilité des différentes actions en train de se faire dans une situation aussi complexe que celle-ci, entraîne des asymétries quant aux modes d'accessibilité à la parole.

Les extraits que nous avons cités jusqu'ici permettent de caractériser la position de S comme une position de «proximité» par rapport à l'espace de l'action chirurgicale: par cette caractérisation nous renvoyons au fait que l'expert peut intervenir avec un ton de voix aussi fort et aussi ferme que le chirurgien, ou bien aussi bas et aussi murmuré que lui quand il définit un espace interne à la salle d'opération, qu'il peut s'intégrer sans problèmes de coordination ou de retard dans un échange dans la salle d'opération – ce que suppose qu'il garde

son micro ouvert –, qu'il produit notamment des acquiescements et des rires marquant son affiliation à l'action en cours.

En revanche, les interventions du public sont marquées par de nombreuses difficultés de prise de parole, ainsi que l'atteste cet extrait:

Extrait 28

- 1 R SO/ . well/ let's start . écarteur de foie . parfait . [xxxx . °non
 2 celui-ci c'est xxx oui . réducteur . non il faut pas de réducteur xxx°
 3 S [okay no question
 4 about that/ .. position/ . pressure/ . size of the trocar/
 5 [everything is clear
 6 R [so we're going to put away a little bit the fat
 7 A what is the size of the first tro[car/ . what size is the first trocar/
 8 R [°xxxx xxxx xxx° ((à la salle d'op))
 9 S euh robert/
 10 R yes/
 11 S a question from the audience/ what size is the Flrst trocar/ could
 12 you euh [remind us
 13 R [the first trocar/ .. so the first trocar here is so a a
 14 ten milimeter trocar for my optical system/ . this is a five milimeter
 15 trocar/ . euh i put here my my . my hook here/ ((continue))

Il existe des positions séquentielles particulières où les questions sont prévues par S: ici par exemple il s'agit d'un moment de transition entre la préparation du champ opératoire et le début de l'opération proprement dite. S crée ainsi une place aménagée pour une intervention du public, qui facilite son travail d'identification des lieux séquentiels où il est adéquat de prendre la parole. Reste que même dans ce cas les membres du public ont le problème de savoir quand prendre exactement la parole: A intervient après que R ait déjà repris la parole, en chevauchant partiellement l'espace aménagé par S pour le public (lui-même initié en chevauchement avec R, l.3), et donc lorsque la prochaine action prévue est déjà entamée (l. 6). C'est ainsi que sa question n'est pas entendue par R, aux prises avec son équipe (l. 8). C'est S qui attire son attention (l. 9) – avec le même *attention getting device* que dans ses interactions avec le chirurgien, en l'appelant par son prénom - et qui, l'ayant obtenue, ne repasse pas la parole à A mais pose lui-même la question, en indiquant clairement que l'audience en est l'énonciateur sinon le locuteur. S fonctionne ici non plus comme expert mais comme porte-parole de l'audience.

Extrait 29

- 1 R okay\
 2 A °°excuse-me°°
 3 R so/ external vie[w/ so i put some landmarks you see here there is a &
 4 L [yes/ a que- a question in the xxx
 5 R &xxx x[xx xyphoid appendix
 6 L [no\ push on the button mic

- 7 R yes/
8 A euh . pardon me is the patient in a xxxal position/ . with the
9 deflxxxx legs . or the legs are standed
10 R i i i don't didn't hear hear [the question
11 L [comment euh sont posées les les jambes/
12 est-ce qu'il y a une flexion des jambes ou est-ce qu'elles sont&
13 S [est-ce qu'elles sont droites/ ou pas
14 L &droites/ en extension/ [ecartées/
15 R [yes the legs in fact are in extension here/ but
16 you can put them in flexion there is no problem/

Ce deuxième extrait montre, comme le précédent, la difficulté de l'auditeur à prendre la parole. La question de l'accès au *floor* – y compris dans ses détails techniques (il faut appuyer sur un bouton pour allumer le micro) – est encore une fois thématisée et médiatisée par L, un chairman-expert qui fonctionne en parallèle avec S. Cette fois, contrairement à l'extrait précédent, l'auditeur pose lui-même sa question; toutefois là encore il y a une difficulté de communication (l. 10) et S et L interviennent pour reformuler collaborativement la question pour R (l. 11-14).

Ces deux extraits montrent ainsi que les auditeurs n'arrivent pas à s'auto-sélectionner du premier coup, devant recourir à la médiation du chairman. Les tours des auditeurs, médiés ou non, sont de durée limitée, assez brève, et de forme circonscrite, ne se prolongeant pas dans des tours successifs. De même, les auditeurs ne reprennent que rarement la parole après que le chirurgien leur ait répondu, sauf éventuellement pour remercier. De cette façon, par l'intervention à la fois facilitante et médiatisante du chairman, et par les problèmes techniques, l'accès au *floor* des auditeurs est de fait limité. S ou L, devenu ici chairman, intervient ainsi dans la configuration de cet espace de participation, maintenant activement sa spécificité. Les difficultés, les contraintes, les barrières techniques sont autant de ressources contribuant à configurer cet espace participatif particulier.

6. Conclusion

Par une série de ressources à la fois langagières et interactionnelles, S produit une position unique et mobile qui lui est spécifique. Selon les activités en cours, il peut ainsi se présenter comme un «expert» qui conseille le chirurgien sur l'action en cours, comme un «collègue» qui collabore à l'opération, comme un «co-enseignant» qui relaie le discours didactique du chirurgien, comme un «chairman» qui modère et module la parole du public. Sa mobilité est intéressante en ce qu'elle montre la variété des positionnements énonciatifs dans l'interaction, qui vont de pair avec des

façons de (se) catégoriser en relation avec les activités en cours et avec les façons de participer de l'ensemble des interlocuteurs.

Cette variabilité des positions permet de réfléchir plus généralement à l'organisation de situations professionnelles où il s'agit de définir le rôle de l'expert: l'expertise relève moins de compétences individuelles inscrites dans une personne et se manifestant à travers son discours, que de l'organisation des modes de participation permettant l'émergence située d'apports identifiés et reconnus comme experts par les interlocuteurs. Ceci permet d'envisager une analyse de la constitution située de l'expertise et ses effets sur l'action en cours, ses trajectoires et ses décisions marquantes.

Par ailleurs ces questions prennent place dans une réflexion plus générale sur le travail collaboratif, ses conditions de possibilité et les formes interactionnelles diverses auxquelles il peut donner lieu. L'approche que nous avons proposée revisite la notion de participation par une analyse à la fois énonciative, séquentielle et catégorielle. Elle montre comment s'accomplit un dispositif mobile, plastique, adaptatif, où l'espace de l'action et de la parole est découpé et redécoupé par les actions et les prises de parole des participants à toutes fins pratiques, produisant des groupes, des cohortes, des fronts qui rendent pertinents différentes catégories d'appartenance et différentes façons de parler.

Conventions de transcription

[	chevauchements	. ..	pauses
(2 s)	pauses en secondes	xxx	segment inaudible
/ \	intonation montante/ descendante\	exTRA	segment accentué
((rire))	phénomènes non transcrits	:	allongement vocalique
< >	délimitation des phénomènes entre (())	par-	truncation
&	continuation du tour de parole	=	enchaînement rapide
^	liaison	(h)	aspiration
(il va)	essai de transcription	°bon°	murmuré

BIBLIOGRAPHIE

- Aanestad, M., & Hanseth, O. (2000). Implementing open network technologies in complex work practices: A case from telemedicine. In *Organizational and social perspectives on information technology*. (pp. 355-369). Dordrecht: Kluwer.
- Antaki, C., Díaz, F., & Collins, A. F. (1996). Keeping your footing: Conversational sentence-completion in three-part sequences. *Journal of Pragmatics*, 25, 151-171.
- Atkinson, P. (1995). *Medical Talk and Medical Work*. London: Sage.

- Auer, J. C. P. (1984). *Bilingual Conversation*. Amsterdam: Benjamins.
- Berg, M. (1997). *Rationalizing Medical Work. Decision-Support Techniques and Medical Practices*. Cambridge: MIT Press.
- Cicourel, A. (1994). La connaissance distribuée dans le diagnostic médical. *Sociologie du travail*, 36(4), 427-449.
- Cicourel, A. V. (1990). The integration of distributed knowledge in collaborative medical diagnosis. In J. Galegher, R. E. Kraut & C. Egido (Eds.), *Intellectual Teamwork. Social and Intellectual Foundations of Cooperative Work*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Fox, N. J. (1992). *The Social Meaning of Surgery*. Milton Keynes: Open University Press.
- Goffman, E. (1981). *Footing*. In *Forms of Talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- (1967). The operating room: A study of role distance. In D. H. Wrong & H. L. Gracey (Eds.), *Readings in Introductory Sociology*. (pp. 117-127). New York: Macmillan.
- Goodwin, C. (1981). *Conversational Organization: Interaction Between Speakers and Hearers*. New York: Academic Press.
- (1986). Between and within: alternative treatments of continuers and assessments. *Human Studies*, 9, 205-217.
- (1987). Forgetfulness as an interactive resource. *Social Psychology Quarterly*, 50-2, 115-130.
- Goodwin, M. H. (1990). *He-Said-She-Said: Talk as Social Organization among Black Children*. Bloomington: Indiana University Press.
- (1993). Tactical uses of stories: participation frameworks within girls' and boys' disputes. In D. Tannen (Ed.), *Gender and Conversational Interaction*. New York: Oxford University Press.
- Goodwin, M. H., & Goodwin, C. (1986). Gesture and coparticipation in the activity of searching for a word. *Semiotica*, 62(1-2), 51-75.
- Grommes, P., & Dietrich, R. (à paraître). Coherence in OR team and cockpit communication. A psycholinguistic contribution to applied linguistics. In *Proceedings of the Georgetown University Round Table, Linguistics, Language and the Professions: Education, Journalism, Law, Medicine and Technology*. Washington: Georgetown University Press.
- Grosjean, M., & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris: PUF.
- Heath, C. (1986). *Body Movement and Speech in Medical Interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heath, C., & Luff, P. (2000). *Technology in action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jeanneret, T. (1999). *La coénonciation en français. Approches discursive, conversationnelle et syntaxique*. Bern: Lang.
- Katz, P. (1981). Ritual in the operating room. *Ethnology*, 20, 335-350.
- Lerner, G. H. (1991). On the syntax of sentence-in-progress. *Language in Society*, 20, 441-458.
- Mondada, L. (1999a). L'accomplissement de l'«étrangéité» dans et par l'interaction: procédures de catégorisation des locuteurs. *Langages*, 134, 20-34.
- (1999b). L'organisation séquentielle des ressources linguistiques dans l'élaboration collective des descriptions. *Langage et société*, 89, 9-36.
- (à paraître a). Processi di categorizzazione e organizzazione sequenziale. A proposito di un'interazione professionale tramite videoconferenza. In G. Klein & I. Paoletti (Eds.), *IN & OUT. Procedure conversazionali e strategie di inclusione e di esclusione*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.
- (à paraître b). Opérer collectivement à distance: Les enjeux interactionnels de la diffusion d'une opération chirurgicale par visioconférence, *Sciences Sociales et Santé*.

- (à paraître c). Operating together through videoconference: members' procedures accomplishing a common space of action, Proceedings of the IEMCA Conference «Orders of ordinary action» – Manchester, 9-11.7.2001.
 - (à paraître d). Agir et décrire l'action dans une situation de téléenseignement en chirurgie laparoscopique, *Raisons pratiques*, no spécial «Connaissances, dispositions, habitudes», dirigé par A. Ogien et L. Quéré.
- Moreira, T. (ici-même). Involvement and Constraint in a Surgical Consultation Room.
- Peneff, J. (1997). Le travail du chirurgien: les opérations à coeur ouvert. *Sociologie du travail*, 39(3), 265-296.
- Pilnick, A., & Hindmarsh, J. (1999). «When you wake up it'll be over»: Communication in the anaesthetic room. *Symbolic Interaction*, 22(4), 345-360.
- Relieu, M. (1994). Les catégories dans l'action. L'apprentissage des traversées de rue par des non-voyants. *Raisons pratiques*, 5, 185-218.
- Sacks, H. (1972). An Initial Investigation of the Usability of Conversational Materials for Doing Sociology. In D. Sudnow (Ed.), *Studies in Social Interaction*. (pp. 31-74). New York: Free Press.
- (1992). *Lectures on Conversation*. 2 vol. London: Blackwell.
- Sacks, H., & Schegloff, E. A. (1979). Two Preferences in the Organization of Reference to Persons and Their Interaction. In G. Psathas (Ed.), *Everyday Language: Studies in Ethnomethodology*. (pp. 15-21). New York: Irvington Publishers.
- Schegloff, E. A. (1986). The routine as achievement. *Human Studies*, 9, 111-151.