

Esther González-Martínez et Claudia Zanini

Une pratique de gestion de la critique en pédiatrie

Communiquer à travers le bébé

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Esther González-Martínez et Claudia Zanini, « Une pratique de gestion de la critique en pédiatrie », *SociologieS* [En ligne], Expériences de recherche, Champs de recherche et enjeux de terrain, mis en ligne le 13 juillet 2011. URL : <http://sociologies.revues.org/index3564.html>

DOI : en cours d'attribution

Éditeur : Association internationale des sociologues de langue française (AISLF)

<http://sociologies.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://sociologies.revues.org/index3564.html>

Document généré automatiquement le 16 août 2011.

Esther González-Martínez et Claudia Zanini

Une pratique de gestion de la critique en pédiatrie

Communiquer à travers le bébé

- 1 La perspective ethnométhodologique de Harold Garfinkel (2007) propose l'étude de l'accomplissement pratique, en situation, des entités de la vie sociale, dont des activités, des identités ou des relations typiques et reconnaissables. Parmi d'autres approches, elle a généré l'analyse conversationnelle multimodale (Goodwin, 1981 ; Heath, 1986) concentrée sur l'articulation de la parole, des gestes et des mouvements qui participent à la production séquentielle, par les participants, des cours d'action. Dans cet article, nous présenterons une pratique « parler au bébé pour critiquer la mère » que nous avons identifiée en mobilisant cette approche analytique ¹. Notre matériel empirique est constitué d'enregistrements vidéo de consultations en pédiatrie auxquelles la mère amène son bébé pour qu'une infirmière suive son développement et discute avec elle des soins à lui prodiguer ². Avant de décrire dans le détail notre phénomène, nous présenterons quelques éléments qui nous permettront de cadrer la situation étudiée.

L'organisation interactionnelle des consultations en pédiatrie

- 2 Tout en parcourant une grande diversité de situations, la littérature sur l'organisation interactionnelle des consultations en pédiatrie coïncide à affirmer que celles-ci demandent de concilier des contraintes inter-liées d'ordre médical, interactionnel et relationnel (Gill & Maynard, 1995 ; Silverman, 1987 ; Stivers, 2007 ; Strong, 1979). Le soignant – médecin, infirmière ou autre – réalise des actions répondant à des pertinences médicales : il examine le dossier de l'enfant, s'enquiert de sa santé, l'examine physiquement, formule un diagnostic ou lui administre des soins. La production de ces actions, loin d'être l'œuvre du seul soignant, demande la coopération de l'enfant et des personnes qui l'accompagnent. Les participants à la consultation s'orientent ainsi les uns par rapport aux autres et coordonnent leurs actions pour réaliser ensemble différentes activités (Hydén & Baggens, 2004). Les participants à la rencontre, surtout les adultes, sont également engagés dans un travail relationnel important pour produire et se faire reconnaître des identités favorables et maintenir un échange cordial (Plumridge, Goodyear-Smith & Ross, 2008). À ce niveau, les consultations en pédiatrie posent des défis particuliers du fait que les soignants se prononcent sur des questions – le soin et le bien-être de l'enfant – dont le parent est l'expert « naturel » (Heritage & Sefi, 1992). Elles doivent également répondre à l'appel actuel à produire des consultations orientées vers les pertinences et attentes de l'enfant et de ses parents et vers la proximité de leur relation avec les soignants (Mead & Bower, 2000).
- 3 Jusqu'à présent, la recherche sur l'organisation interactionnelle des consultations en pédiatrie s'est concentrée sur des rencontres avec des enfants en âge scolaire (5 ans ou plus). Les études sur des consultations avec des bébés sont encore très rares ; les travaux de John Heritage et de ses collègues sur les visites des *Health Visitors* anglaises à des parents qui viennent d'avoir un bébé (Heritage & Lindström, 1998 ; Heritage & Sefi, 1992) en sont une exception notoire. Ces visites ont une forte dimension de contrôle : les parents sont obligés d'accepter à leur domicile la visite de l'infirmière, dont la date/heure n'est pas annoncée à l'avance. La mère agit envers l'infirmière comme si celle-ci était une professionnelle du soin du bébé plutôt qu'une personne de confiance et c'est en tant qu'experte que l'infirmière agit également. Les visites sont traversées par un « conflit souterrain de compétences » entre la mère et l'infirmière, en ce qui concerne la meilleure façon de prendre soin du bébé. John Heritage et ses collègues exposent diverses pratiques conversationnelles qui permettent aux participants de traiter des soins à apporter au bébé – sans avoir à produire/gérer ouvertement des conseils ou des critiques – tout en tissant une relation cordiale.

- 4 Par ailleurs, malgré l'appel à centrer les consultations sur les patients, la recherche indique qu'un nombre important de consultations médicales en pédiatrie continue à se dérouler essentiellement comme une interaction dyadique entre le médecin et le parent (Tates & Meeuwesen, 2001). Le médecin accepte que le parent parle à la place de l'enfant qui est rarement invité à intervenir et dont les propos sont rarement pris en considération. Toutefois, il arrive que le médecin adresse à l'enfant, sur un ton affectueux ou humoristique, des consignes ou des recommandations ; il les fait ainsi entendre aux parents tout en protégeant la relation avec eux (Aronsson & Rundström, 1989 ; Tannen & Wallat, 1983) ³.

Les consultations *Genitori-bambini*

- 5 Cet article présente des analyses issues d'une recherche sur l'organisation interactionnelle de consultations infirmières en pédiatrie au Tessin (Suisse italienne). Ces consultations font partie des activités d'un service – le *Consultorio genitori-bambini* (dispensaire parents-enfants) – qui offre également des visites à domicile. Les consultations sont conduites par une infirmière dont le titre formel est *Infermiere consulenti materno pediatriche* (infirmière conseillère en maternité et pédiatrie). Libres et gratuites, elles offrent un suivi régulier du développement physique et cognitif de l'enfant entre l'âge de 0 à 36 mois. Elles se veulent également un espace où les parents peuvent discuter de manière informelle avec l'infirmière, qui ne porte ni uniforme ni badge, de toutes les questions qu'ils se posent sur les soins à donner à leur enfant. Les visites se déroulent dans le bureau de l'infirmière qui comprend un espace consacré à l'examen du bébé sur une table à langer.
- 6 Notre corpus est formé d'enregistrements vidéo de seize visites, réalisés directement par l'infirmière en charge avec l'accord des parents et des responsables du dispensaire. Chaque visite réunit une infirmière, une mère et son bébé âgé de 2 à 24 mois. Les enregistrements captent les consultations de trois infirmières différentes ; la mère et le bébé sont différents à chaque fois. Pour toutes les consultations, la mère avait pris rendez-vous à l'avance et avait amené le bébé au dispensaire au moins une autre fois auparavant. Les visites durent entre 13 et 45 minutes et se déroulent principalement en italien.
- 7 Les visites enregistrées ont toutes un déroulement similaire. Après une phase d'ouverture, l'enfant est déshabillé et déposé sur la table à langer où il est pesé et mesuré. Ensuite, l'infirmière observe, en jouant avec l'enfant, de nombreux aspects de son développement, par exemple s'il arrive à rester assis, s'il réussit à tenir des objets ou s'il a des dents. En parallèle, l'infirmière fait part de ses observations à la mère, consulte régulièrement le cahier de santé de l'enfant et y introduit de nouvelles informations. Pendant cet examen, l'infirmière et la mère discutent par ailleurs d'autres aspects en rapport avec le soin de l'enfant et même de questions sans lien direct avec lui. L'examen de l'enfant finit lorsqu'il est rhabillé et retiré de la table à langer. Puis vient la phase de clôture où l'infirmière et la mère discutent des prochains rendez-vous médicaux de l'enfant et concluent la visite.
- 8 Nous avons transcrit les conversations de notre corpus selon les conventions de Jefferson (2004) et réalisé une analyse conversationnelle multimodale afin d'identifier les pratiques d'organisation interactionnelle des consultations (Goodwin, 2000 ; Heath, 1986). Nous nous sommes particulièrement intéressées à l'articulation de la parole, des gestes et des mouvements à travers lesquelles les participants produisent interactivement, séquentiellement et *in situ* la consultation.

Une pratique de gestion de la critique : communiquer à travers le bébé

- 9 Dans les consultations de notre corpus, la mère et l'infirmière passent plus de la moitié du temps à parler au bébé. À ces moments, l'adulte s'oriente physiquement vers l'enfant, le regarde et s'adresse à lui en utilisant régulièrement le « parler bébé » (Ferguson, 1964). Ce registre est caractérisé par une vitesse d'élocution plus lente, des intonations plus aiguës et/ou chantantes, des énoncés courts, des diminutifs et des expressions affectueuses et/ou l'imitation des sons produits par le bébé. Le fait de parler au bébé contribue à le maintenir engagé dans l'interaction avec la mère et l'infirmière. En parlant à l'enfant, la mère et l'infirmière attirent son attention,

le calment et l'engagent dans diverses activités (se laisser déshabiller, peser et mesurer) qui sont constitutives de la visite. Ainsi, elles produisent une visite centrée sur le bébé et lui manifestent – et se manifestent réciproquement – le soin et même l'affection qu'elles mettent dans leur rapport avec lui.

10 Il est également très fréquent que les adultes communiquent entre eux et se cordonnent en parlant au bébé. Par exemple, en disant à l'enfant « maman va te rhabiller », l'infirmière donne une instruction à la mère et indique la manière de faire avancer la visite. Nous avons identifié différentes formes de ce type de communication, qui advient également lorsque, par exemple, l'infirmière pose au bébé une question à laquelle seule la mère peut répondre ou bien lorsque l'infirmière demande au bébé de dire quelque chose à la mère.

11 Dans cet article, nous nous concentrerons sur des séquences où l'infirmière parle au bébé pour critiquer la mère. À ces moments, l'infirmière produit un énoncé qui réproouve un comportement en rapport avec le soin du bébé dont la mère apparaît, tout du moins partiellement, comme responsable. Une analyse de ces séquences en termes de statuts de participation (Goffman, 1987) identifie la mère et le bébé comme des auditeurs ratifiés des propos de l'infirmière, par opposition à des tiers qui y auraient accès par hasard, secrètement ou en tant que simples observateurs. L'orientation corporelle de l'infirmière au moment de prononcer son énoncé, son regard concentré sur le bébé, le fait qu'elle utilise le parler bébé identifient l'enfant comme l'auditeur désigné. Tout en s'adressant au bébé, l'infirmière formule toutefois des propos avec un sens critique « évident mais niabile, sens adressé à une cible plus qu'à un destinataire » (Goffman, 1987, p. 144) ; cette cible est la mère, auditrice non désignée. La réponse de la mère ratifie l'énoncé de l'infirmière comme une critique dirigée vers elle. La mère cherche à empêcher la critique, en montrant par exemple son mécontentement dès que l'infirmière commence à la formuler, la rejette verbalement, l'ignore ostensiblement et/ou modifie le comportement critiqué.

12 Critiquer la mère en parlant au bébé est une pratique qui sollicite à chaque fois une organisation extrêmement fine de l'interaction. La spécificité de notre analyse est de montrer comment elle se déploie de manière séquentielle et multimodale. Dans cet article, nous allons le faire de manière détaillée pour une séquence de notre corpus dont la relative simplicité permettait son traitement dans l'espace à disposition. Dans la section de discussion, nous mettrons en rapport la séquence retenue avec d'autres extraits de notre matériau.

13 La séquence en question est tirée d'une consultation à laquelle participent une infirmière, une mère et son bébé de cinq mois. Elle se situe au début de la phase centrale de la consultation – où l'enfant est examiné – que l'infirmière initie en demandant au bébé s'il est toujours un bon garçon. La mère répond de façon positive et un échange s'ensuit entre les deux femmes sur le bon développement du bébé. Toujours en parlant au bébé, l'infirmière lui indique ensuite qu'elle a préparé la table à langer et l'invite à voir s'il a grandi.

14 La séquence analysée – extrait n° 1 – correspond à la suite de l'interaction. Notre texte reproduit la transcription de l'extrait découpée en quatre segments – 1a, 1b, 1c, 1d – accompagnés d'images tirées de l'enregistrement vidéo de l'extrait. Avant d'initier la lecture de l'analyse, qui avance segment par segment, nous invitons le lecteur à lire d'un trait l'ensemble de la transcription afin d'acquérir une vue d'ensemble de l'extrait⁴.

« Quelque chose qui ne plaît pas beaucoup à l'infirmière »

15 Au début de l'extrait n° 1a ci-dessous, ligne 1, l'infirmière invite la mère à procéder à l'examen du bébé, la pressant de le placer sur la table à langer en tapant sur celle-ci (I1). L'infirmière avance ensuite dans la préparation de l'examen en demandant à la mère le cahier de santé où sont annotées les mensurations du bébé. La mère l'ayant laissé à la maison, l'infirmière se tourne alors vers son ordinateur.

Extrait n° 1a: lignes 1-7

1 I: e vediamo adesso
eh regardons maintenant

2 (1.7)

3 I: tu ↑ce (l')hai il libretto?
est-ce que tu l'as le livret

4 M: (e:) lu lasà a cà=
eh je l'ai laissé à la maison

5 B: =gua::

6 I: °l'hai lasciato a ca[sa?]
tu l'as laissé à la maison

7 M: [(m:)]l'ho lasciato a casa
m je l'ai laissé à la maison

Extrait n° 1a: images 1-3



Image-1

1-I: vediamo/regardons

Image-2

6-I: °l'hai/tu-l'as



Image-3

7-M: l'ho/je-l'ai

- 16 Entre-temps, la mère s'est placée contre la table à langer et tient son enfant verticalement, face à elle, ses mains sous les bras du bébé. Alors que les pieds du bébé frôlent le bord de la table, la mère tire son enfant en avant pour l'asseoir (I2). Toutefois, le bébé appuie avec force ses pieds sur la table et se met debout, les bras ouverts (I3). La mère soutient la position debout du bébé en le soulevant légèrement et en le déplaçant vers l'intérieur du matelas où ses pieds sont à plat.
- 17 La mère invite alors l'infirmière à regarder ce que fait le bébé. Elle utilise une forme de communication ventriloque (Tannen, 2003) pour représenter le bébé en train de dire à l'infirmière : « regarde ce que je fais » (extrait n° 1b ci-dessous, ligne 8).

Extrait n° 1b: lignes 8-17

8 M: ↑gua::rda (PI...) cosa [faccio]
regarde (PI...) ce que je fais

9 I: [°allora] andiamo a vede-
alors allons regar

10 I: eh[::!]
hé

11 M: [(stai)]
reste

12 I: .hhh

13 (0.5)

14 B: °gu°

15 I: <questo però é un lavo[ro che]=
ça par contre est quelque chose qui

16 B: [gua]=
à la (PI...) plaît peu

17 I: =alla (PI...), (0.2) piace (.) poco>. (.)
à la (PI...) plaît peu

Extrait n° 1b: images 4-6



Image-4
9-I: andiamo/allons



Image-5
9-I: vede-/regar



Image-6
11-M: [(stai)]/reste

- 18 L'infirmière vient juste de redémarrer l'ordinateur et a commencé à se retourner vers la mère. L'examen détaillé des données montre qu'à ce moment l'infirmière est en train de se réorienter vers l'examen du bébé plus qu'elle ne répondrait à l'invitation de la mère. Avec « alors allons regarder (9), elle reprend très doucement l'expression du début de l'extrait (« regardons maintenant » (1)), en parlant pour elle-même et avant même que la mère ait fini de formuler son invitation. Alors qu'elle est encore en train de se retourner, l'infirmière voit l'enfant se tenant debout, soutenu par sa mère. Tout d'abord, elle le regarde avec une expression sérieuse (14). Puis elle interrompt son énoncé et sourit à l'enfant qui, à son tour, la regarde en souriant ; la mère semble ravie (15). Ensuite, l'infirmière recule, produit une exclamation et imite le geste de celui incapable de parler ou se retenant de le faire. Le bébé est enchanté et la mère, encore plus ravie, l'invite à garder sa posture (16). Les images et l'analyse ci-dessous correspondent à la suite de l'extrait n° 1b où se produit un revirement de la situation.

Extrait n° 1b: images 7-9



Image-7
12-I: hhh



Image-8
15-I: però/par-contre



Image-9
17-I: poco>/peu

- 19 L'infirmière inspire profondément et s'approche de la mère, l'index de sa main droite tendu en direction du bébé, le regard fixé déjà sur ses pieds (17). Sans remarquer ce mouvement, la mère, dont le ravissement augmente de pair avec celui de son fils, favorise l'agitation du bébé en le serrant moins étroitement⁵. L'infirmière initie alors une critique de la position debout : « ça par contre est quelque chose qui » (15). Dès qu'elle entend « par contre », la mère regarde les pieds du bébé et arrête de sourire (18) ; puis elle commence à soulever son enfant pour l'asseoir. L'infirmière poursuit son énoncé critique (« à la (prénom de l'infirmière) plaît peu » (17)) en utilisant le « parler bébé » et en regardant l'enfant dans les yeux. À ce point, il est important de noter que l'infirmière fait référence à la position debout du bébé avec un déictique, sans nommer l'action critiquée. Par ailleurs, elle prend de la distance envers la critique en parlant d'elle-même à la troisième personne. En plus, elle mitige sa réprobation en utilisant la formulation « plaît peu » (*piace poco*). Enfin, elle émet son énoncé critique de manière ludique, y introduisant des pauses de façon à faire correspondre chaque élément avec un des mouvements – soulever le bébé, le faire descendre, l'asseoir – que la mère fait pour installer son bébé sur le matelas (19).
- 20 Après avoir critiqué la position debout du bébé, dont la mère est la principale responsable, l'infirmière laisse entendre ses raisons (extrait n° 1c ci-dessous). Son auditeur désigné est toujours l'enfant vers lequel elle reste orientée physiquement et auquel elle s'adresse toujours avec le parler bébé.

Extrait n° 1c: lignes 18-26

18 I: <perché prima bisogna <imparare a fare>?
parce que d'abord il est nécessaire d'apprendre à faire
19 (1.0)
20 I: e tutte [le altre ↑co:]se!
et toutes les autres choses
21 M: [je je je]
heh heh heh
22 (0.4)
23 M: eh!=
hé
24 I: =eh:? (.) tutte=
hein toutes
25 M: =[eh:!]]
hé
26 I: =[le altre] co:se bisogna imparare a fare
les autres choses il est nécessaire d'apprendre à faire

Extrait n° 1c: images 10-12



Image-10
18 I: a fare>?!à faire



Image-11
19:...(1.0)



Image-12
19:...(1.0)

- 21 En donnant à son énoncé une intonation interrogative, l'infirmière demande à l'enfant ce qu'il aurait besoin d'apprendre à faire avant de commencer à se tenir debout (18, I10). Les yeux dans les siens, elle invite même le bébé à intervenir d'un petit mouvement ascendant de la tête. Il s'ensuit un silence pendant lequel l'enfant réalise un mouvement de rotation des bras qui gagne de l'ampleur lorsque la mère relâche la pression de sa main droite qui tient le bébé (I11). L'enfant part un peu vers l'arrière et sa main gauche retombe sur le matelas en y tapant avec force (I12). L'infirmière transforme ce geste en une réponse à sa question sur ce que le bébé doit apprendre à faire avant de se tenir debout. Comme si le bébé avait dit « à apprendre à taper avec les mains », elle ajoute « et toutes les autres choses » (20). La mère rit de cette représentation d'un dialogue entre l'infirmière et le bébé à la production duquel elle a activement participé en amplifiant le mouvement de bras de son enfant.
- 22 L'infirmière répète ce qui est à la fois une explication de sa critique et un conseil : « toutes les autres choses il est nécessaire d'apprendre à faire » (24-26). De son côté, la mère cherche à attirer, sans succès, l'attention du bébé ; ce mouvement initie la clôture de l'échange avec/ à travers l'enfant (extrait n° 1d ci-dessous).

Extrait n° 1d: lignes 27-29

27 M: curio:so [guarda qui!]
curieux regarde ici
28 I: [>allora<] °siccome (.) (ne::) non abbiamo
alors comme un nous n'avons pas
29 qua la cartella, (0.3) vado a cercarlo qua sopra,
ici le cahier je vais le chercher ici

Extrait n° 1d: images 16-18



Image-16
27-M: curio:so/curieux



Image-17
28-I: [>allora<]alors



Image-18
28-I: (ne:)/un

23 La mère traite le bébé, qui regarde toujours vers l'infirmière, de « curieux » (27, I16) et essaie d'attirer son attention vers le mobile en dessous de la table à langer. Pour toucher le mobile, la mère lâche le bébé du côté droit. L'enfant n'arrivant pas à tenir sans aide vient d'abord se mettre en face de la mère (I17) pour tomber ensuite vers la droite. Le bébé perd ainsi l'orientation visuelle vers l'infirmière. Entre-temps, l'infirmière s'est réorientée vers la mère et reprend la question du cahier de santé (28-29) traitée au tout début de l'extrait ; ceci la reconduit vers l'ordinateur (I18). L'infirmière ferme ainsi, elle aussi, l'épisode de communication avec/ à travers le bébé et reprend la préparation de l'examen du bébé.

24 Dans à peine trente secondes, la mère et l'infirmière ont produit un échange d'une extraordinaire complexité interactionnelle mise en évidence par l'analyse séquentielle multimodale. La mère initie l'épisode de communication à travers le bébé en invitant l'infirmière à le regarder se tenir debout. L'infirmière prend le temps de moduler sa réponse puis critique ce que la mère est en train de faire, tenir l'enfant debout, en poursuivant la communication à travers l'enfant. La mère réagit en tant qu'auditrice non désignée mais visée par la critique : sans dire un mot, elle assied le bébé, se servant encore de lui pour communiquer. Alors que l'infirmière explique sa critique, la mère anime l'enfant de manière à poursuivre la représentation d'un dialogue ludique avec l'infirmière. La mère ferme l'épisode en déplaçant le bébé en dehors de l'interaction avec l'infirmière qui la suit dans ce mouvement de clôture.

La gestion de la critique comme pratique collective

25 L'interaction avec l'enfant est centrale dans l'organisation des consultations infirmières de notre corpus. Les adultes sont en permanence en train de gérer l'enfant que ce soit physiquement – le tenir, le déplacer, l'empêcher de prendre des objets – ou au niveau de son engagement dans l'interaction, pour éviter notamment qu'il empêche l'avancement de la visite. L'interaction avec l'enfant fait également partie du contrôle de son développement, tout au long de la consultation et non pas exclusivement lors des moments consacrés à son examen. Ainsi, dans l'extrait n° 1 analysé dans ces pages, l'infirmière observe attentivement le bébé suivre du regard les mouvements qu'elle fait avec la main alors qu'elle (lui) répète ses raisons pour critiquer la position debout.

26 Notre analyse indique que l'interaction avec le bébé, en plus de servir à le maintenir engagé dans l'interaction et à évaluer son développement, est une ressource des adultes pour communiquer entre eux ⁶. Dans l'extrait n° 1, la mère se sert du bébé comme d'une poupée de ventriloque pour attirer l'attention de l'infirmière sur sa posture. Dans un autre extrait de notre corpus, l'infirmière fait avec le bébé des jeux « que sa maman fera aussi », lui dit-elle. Dans un troisième extrait, elle charge le bébé de transmettre un message à sa mère. Il serait intéressant d'examiner si au fur et à mesure que l'enfant acquiert une autonomie verbale et corporelle, les adultes cessent de s'en servir pour organiser leur interaction, jusqu'à atteindre la participation minimale des enfants en âge scolaire décrite par la littérature sur les interactions médicales (Cahill, 2010).

27 Les interactions en pédiatrie sont traversées par un conflit souterrain de compétences entre le soignant et le parent au sujet des soins à apporter à l'enfant (Heritage & Lindström, 1998 ; Heritage & Sefi, 1992). La compétence « naturelle » des parents est remise en question par l'intervention du soignant qui est indispensable pourtant aux objectifs médicaux de la consultation. À cause des risques qu'elle pose pour la relation soignant-parent et *in fine* pour la

réussite médicale de la consultation, la critique des actions des parents est évitée ou bien elle passe par des pratiques qui la mitigent, dont sa communication à travers l'enfant (Aronsson & Rundström, 1989 ; Tannen & Wallat, 1983). Un objectif institutionnel des consultations de notre corpus est spécifiquement de favoriser un échange informel entre l'infirmière et les parents afin que ceux-ci communiquent librement sur leur enfant sans crainte d'être évalués. L'examen de notre matériau montre que l'infirmière se sert de l'interaction avec l'enfant pour communiquer à la mère des critiques de son comportement. Cette pratique interactive sert à mitiger la critique et l'identifie, par le même mouvement, comme une action délicate, à éviter ou à gérer avec soin ⁷. L'examen détaillé de l'extrait n° 1 montre que l'infirmière module sa réaction lorsqu'elle découvre l'enfant debout : elle change son expression initiale, sérieuse, en un sourire adressé à l'enfant. Puis, elle fait semblant d'être trop impressionnée pour pouvoir parler. Lorsqu'elle prend la parole, elle communique sa critique à travers l'enfant. Dans un autre extrait de notre corpus, où la mère raconte que le bébé a voyagé en voiture assis sur le siège du passager, l'infirmière produit d'abord un ricanement désapprobateur. La mère réagit immédiatement et l'infirmière formule alors sa critique en communiquant à travers le bébé. Dans ces situations, le comportement de l'infirmière accomplit le caractère délicat de la critique, la manifeste comme une activité à éviter ou à produire en prenant des précautions particulières.

28 Formuler la critique en parlant à l'enfant donne à l'occasion une dimension pédagogique. L'utilisation du parler bébé, avec ses expressions simples et répétitives, facilite la répétition de la critique et/ou du conseil et leur explication. L'utilité de critiquer la mère en parlant au bébé repose également dans le cadre de participation (Goffman, 1979 ; Goodwin, 2007) que cette pratique instaure. L'infirmière critique la mère tout en s'orientation vers l'enfant : elle lui parle, le regarde, lui tend ou lui retire des objets. L'infirmière ne sollicite pas de réponse verbale de la mère à la critique qu'elle formule. Au niveau conversationnel, la mère n'a pas à manifester son accord ou désaccord avec la critique, même pas la réception de celle-ci. Dans l'extrait n° 1 analysé dans ces pages, la mère réagit à la critique de l'infirmière en asseyant son enfant. Elle soutient ensuite le dialogue entre l'infirmière et le bébé et sa dimension ludique, en animant son bébé et en y répondant avec des rires. Plus tard, elle initie la clôture de la séquence en cherchant à récupérer l'attention du bébé. En évitant de solliciter et de produire une réponse verbale à la critique, la mère et l'infirmière évitent des situations où, par exemple, l'infirmière serait obligée de réfuter la défense de la mère. Si la critique est rejetée, continuer à communiquer avec l'enfant procure à l'infirmière un moyen sûr pour reconnaître la pertinence des arguments de la mère ou les rejeter à son tour. Dans un extrait de notre corpus où la mère rejette la critique de l'infirmière, celle-ci poursuit l'échange en expliquant à l'enfant le point de vue de la mère. Elle s'aligne ainsi sur les arguments de la mère sans toutefois initier un échange avec elle sur le comportement critiqué ou la pertinence de sa propre critique.

29 Critiquer la mère à travers l'enfant est bien plus qu'un procédé communicationnel ou une pratique professionnelle de l'infirmière. Cette action s'intègre dans une pratique de gestion de la critique à laquelle la mère participe autant que l'infirmière. Alors que l'énoncé critique indirect ressort à la simple écoute de l'échange langagier, notre recherche met en évidence la dimension interactionnelle de la pratique grâce à l'examen détaillé de l'organisation séquentielle de l'échange. Celui-ci permet de saisir comment la mère participe à la mise en place, au maintien et à la clôture de la communication à travers l'enfant, notamment à travers la manipulation de son corps, alors qu'elle reste très souvent silencieuse. Dans l'extrait n° 1, lorsque l'infirmière critique la position debout de l'enfant, la mère l'assied sans répliquer. Ensuite, elle maintient la représentation d'un dialogue entre l'infirmière et le bébé lorsqu'elle anime le corps de son enfant pour qu'il réponde à l'infirmière et lorsqu'elle en rit. Elle sort de l'épisode de critique à travers le bébé en attirant vers elle l'attention de son enfant. Tout au long de la consultation, elle est orientée à la fois vers sa dimension médicale, qui demande à l'infirmière de réagir à un comportement de soins incorrect et vers le maintien d'une relation cordiale avec elle qui demande une gestion subtile de la critique. Nous pourrions même avancer que la gestion de la critique à travers la communication avec l'enfant est parfois déjà préfigurée dans les actions mêmes de la mère qui suscitent la réaction de l'infirmière. Ainsi, dans l'extrait n° 1, la mère utilise déjà la communication à travers le bébé pour attirer l'attention de l'infirmière

sur la position debout. Elle attribue au bébé le geste de se tenir debout et sa responsabilité, appelle à une réponse dirigée à celui-ci et donne à l'épisode une dimension ludique. La mère se protège ainsi d'une critique largement prévisible en raison de l'âge de l'enfant et de sa situation médicale, évoqué plus tard dans la visite. Nous pourrions même faire l'hypothèse que le conflit de compétences entre l'infirmière et la mère se traduit dans des sortes de tests, dont l'extrait n° 1 serait un exemple, où la mère met à l'épreuve l'engagement de l'infirmière dans un échange non évaluatif.

30 L'enfant contribue également à l'organisation interactionnelle des séquences de critique, même si les tenants et les aboutissants de la communication entre l'infirmière et la mère lui échappent largement. Il est à la fois l'objet de la consultation et la ressource centrale pour la produire. Prêter la même attention aux actions de la professionnelle, de la mère et de l'enfant requiert l'examen attentif des enregistrements vidéo et permet de saisir à quel point et surtout comment, pratiquement, la gestion des critiques à travers le bébé mobilise l'ensemble des participants à la consultation.

Conclusion

31 La reconnaissance des compétences, ainsi que de son corrélat, le droit à critiquer, est une ressource pour (s')attribuer des identités et définir des relations sociales (Raymond & Heritage, 2006). La gestion de la critique à travers la communication avec l'enfant contribue à produire ce que la mère et l'infirmière deviennent lors de la consultation. Elle est une reconnaissance à la fois des droits et des compétences de l'infirmière en tant que professionnelle du soin de l'enfant et de la susceptibilité de la mère face à une remise en question de son expertise « naturelle ». La mère et l'infirmière trouvent dans cette pratique un moyen de définir leurs identités et leur relation – où ce qui les distingue doit être reconnu sans les opposer – et à les maintenir. De son côté, le bébé apparaît comme un être plein d'énergie, au point d'être l'acteur (et l'interlocuteur) central de la consultation, le centre de l'attention et de la sollicitude de la mère et de l'infirmière⁸. Critiquer la mère en parlant au bébé contribue également à la production même des activités auxquelles la visite est vouée – suivre le développement de l'enfant et corriger, si nécessaire, les soins qu'il reçoit – ainsi qu'à sa spécificité institutionnelle. Rappelons qu'il s'agit de visites libres, régulières et gratuites, qui se veulent un espace où les parents peuvent discuter informellement avec l'infirmière, qui ne porte ni uniforme ni badge, de toutes les questions qu'ils se poseraient sur les soins de l'enfant. La gestion de la critique à travers la communication avec le bébé répond à cette spécificité institutionnelle et l'actualise. Elle donne à voir les contraintes médicales, interactionnelles et relationnelles des consultations tout en les conciliant.

Bibliographie

- ARONSSON K. & B. RUNDSTRÖM (1989), « Cats, Dogs and Sweets in the Clinical Negotiation of Reality. On Politeness and Coherence in Pediatric Discourse », *Language in society*, vol. 18, n° 4, pp. 483-504.
- BULLOWA M. (dir.) (1979), *Before Speech. The Beginning of Interpersonal Communication*, Cambridge, Cambridge University Press.
- CAHILL P. (2010), « Children's Participation in their Primary Care Consultations », dans GARDNER H. & M. FORRESTER (dir.), *Analysing Interaction in Childhood. Insights from Conversation Analysis*, Chichester, Wiley-Blackwell Editions, pp. 128-145.
- FERGUSON C. A. (1964), « Baby Talk in Six Languages », *American anthropologist*, vol. 66, n° 6, pp. 103-114.
- GARFINKEL H. (2007[1967]), *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, Presses universitaires de France.
- GILL V. T. & D. W. MAYNARD (1995), « On "Labeling" in Actual Interaction. Delivering and Receiving Diagnoses of Developmental Disabilities », *Social problems*, vol. 42, n° 1, pp. 11-37.
- GOFFMAN E. (1987[1981]), *Façons de parler*, Paris, Éditions de Minuit.
- GOODWIN C. (1981), *Conversational Organization. Interaction Between Speakers and Hearers*, New-York, Academic press.

- GOODWIN C. (2000), « Action and Embodiment within Situated Human Interaction », *Journal of Pragmatics*, vol. 32, n° 10, pp. 1489-1522.
- GOODWIN C. (2007), « Interactive Footing », dans HOLT E. & R. CLIFT (dir.), *Reporting Talk. Reported Speech in Interaction*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 16-46.
- HAAKANA M. (2001), « Laughter as a Patient's Resource. Dealing with Delicate Aspects of Medical Interaction », *Text*, vol. 21, n° 1-2, pp. 187-219.
- HEATH C. (1986), *Body Movement and Speech in Medical Interaction*, Cambridge, Cambridge University Press.
- HERITAGE J. & A. LINDSTRÖM (1998), « Motherhood, Medicine and Morality. Scenes from a Medical Encounter », *Research on Language and Social Interaction*, vol. 31, n° 3-4, pp. 397-438.
- HERITAGE J. & S. SEFI (1992), « Dilemmas of Advice. Aspects of the Delivery and Reception of Advice in Interactions Between Health Visitors and First-Time Mothers », dans Drew P. & J. Heritage (dir.), *Talk at Work. Interaction in Institutional Settings*, New-York, Cambridge University Press, pp. 359-416.
- HYDÉN L.-C. & C. BAGGENS (2004), « Joint Working Relationships. Children, Parents and Child Healthcare Nurses at Work », *Communication and Medicine*, vol. 1, n° 1, pp. 71-83.
- JEFFERSON G. (2004), « Glossary of Transcript Symbols with an Introduction », dans LERNER G. H. (dir.), *Conversation Analysis. Studies from the First Generation*, Amsterdam, John Benjamins Editions, pp. 13-31.
- MEAD N. & P. BOWER (2000), « Patient-Centredness. A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature », *Social science and medicine*, vol. 51, n° 7, pp. 1087-1110.
- MITCHELL R. W. (2001), « Americans' Talk to Dogs. Similarities and Differences with Talk to Infants », *Research on Language and Social Interaction*, vol. 34, n° 2, pp. 183-210.
- PLUMRIDGE E., GOODYEAR-SMITH F. A. & J. ROSS (2008), « Parents and Nurses during the Immunization of Children - Where is the Power? A Conversation Analysis », *Family Practice*, vol. 25, n° 1, pp. 14-19.
- RAYMOND G. & J. HERITAGE (2006), « The Epistemics of Social Relations. Owing Grandchildren », *Language in society*, vol. 35, n° 5, pp. 677-705.
- ROBERTS F. (2004), « Speaking to and for Animals in a Veterinary Clinic », *Research on Language and Social Interaction*, vol. 37, n° 4, pp. 421-446.
- SILVERMAN D. (1987), *Communication and Medical Practice. Social Relations in the Clinic*, London, Sage Editions.
- STIVERS T. (2007), *Prescribing under Pressure. Parent-Physician Conversations and Antibiotics*, Oxford, Oxford University Press.
- STRONG P. M. (1979), *The Ceremonial Order of the Clinic. Patients, Doctors and Medical Bureaucracies*, London, Routledge and Kegan Paul Editions.
- TANNEN D. (2003), « Power Maneuvers or Connection Maneuvers? Ventriloquizing in Family Interaction », dans TANNEN D. & J. E. ALATIS (dir.), *Linguistics, Language and the Real World. Discourse and Beyond*, Washington, Georgetown University Press, pp. 50-62.
- TANNEN D. & C. WALLAT (1983), « Doctor/Mother/Child Communication. Linguistic Analysis of a Pediatric Interaction », dans FISHER S. & A. D. TODD (dir.), *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*, Washington, Center for applied linguistics, pp. 203-219.
- TATES K. & L. MEEUWESSEN (2001), « Doctor-Parent-Child Communication. A (Re)view of the Literature », *Social Science and Medicine*, vol. 52, n° 6, pp. 839-851.
- TREVARTHEN C. & K. AITKEN (2003/4), « Intersubjectivité chez le nourrisson. Recherche, théorie et application clinique », *Devenir*, n° 34, pp. 309-428.

Annexe

Conventions de transcription⁹

I infirmière

M mère

B bébé

= enchaînement

[début du chevauchement

] fin du chevauchement

(3.4) silence (absence de parole), durée indiquée en secondes et dixièmes de seconde
 (.) silence (absence de parole) d'une durée inférieure à deux dixièmes de seconde
 . intonation descendante
 ? intonation montante
 , intonation progressive
 ! intonation exclamative
 : allongement
 regar- auto-interruption
 bien appui
 °c'est commence plus doucement
 °ouais° énoncé plus doucement
 ↑ le ton de la voix augmente
 >alors< énoncé plus rapidement
 <parce que> énoncé plus lentement
 . h inspiration
 (PL...) prénom de l'infirmière, non transcrit pour des raisons de confidentialité
 (maison) transcrit de façon incomplète ou peu sûre

Notes

- 1 Une première version de ce texte a été présentée dans le cadre de l'École doctorale d'été RéDOC 2010. Nous remercions les participants à notre atelier de leurs commentaires. Nous remercions également nos sujets et nos partenaires de terrain sans lesquels notre recherche n'aurait pas été possible.
- 2 Les enregistrements de notre corpus ont recueilli exclusivement des consultations entre des infirmières et des mères sans que ceci corresponde à un choix méthodologique. Dans cet article, nous utilisons la forme masculine pour faire référence aux participants aux consultations en pédiatrie, à l'exception des infirmières. Ceci reflète l'identité exclusivement féminine du personnel infirmier participant à notre étude ainsi que l'investissement traditionnel des femmes dans cette activité professionnelle.
- 3 Des situations où une personne s'adresse à une deuxième en lui parlant par le biais d'un enfant, ou d'un animal, pour mitiger des critiques ou des ordres ont également été observées en dehors du monde médical (Roberts, 2004 ; Tannen, 2003).
- 4 Le lecteur trouvera en annexe la liste des conventions de transcription utilisées. Dans la suite du texte, les numéros entre parenthèses font référence aux lignes de l'extrait. Les renvois aux images sont également indiqués entre parenthèses, avec l'abréviation I suivie du numéro de l'image en question. Notre traduction de l'extrait reste proche de l'organisation sémantique et syntactique de l'expression originelle italienne au prix de formulations en français qui manquent sciemment de naturel.
- 5 Sur le monitoring réciproque et multimodal dans la communication mère-enfant, et les comportements « miroir » et « écho » (Trevarthen & Aitken, 2003/4).
- 6 Robert W. Mitchell considère que l'utilité interactionnelle de la communication à travers les bébés, et les animaux, repose sur le fait qu'elle les maintient engagés dans l'interaction, puisqu'ils réagissent au langage, sans pour autant courir le risque de provoquer une réponse orale (Mitchell, 2001) ; voir aussi Roberts (2004).
- 7 Sur la production et la gestion d'activités délicates lors d'interactions médicales (Haakana, 2001).
- 8 L'analyse de l'interaction dans laquelle la mère et l'infirmière engagent le bébé nous donne un aperçu des mécanismes de production et manifestation interactionnelle de la subjectivité du bébé et de son système de communication interpersonnelle (Bullowa, 1979).
- 9 Conventions adaptées du système développé par Jefferson (2004).

Pour citer cet article

Référence électronique
 Esther González-Martínez et Claudia Zanini, « Une pratique de gestion de la critique en pédiatrie », *SociologieS* [En ligne], Expériences de recherche, Champs de recherche et enjeux de terrain, mis en ligne le 13 juillet 2011. URL : <http://sociologies.revues.org/index3564.html>

À propos des auteurs

Esther González-Martínez

Université de Fribourg & Haute école spécialisée de Suisse Occidentale, Fribourg, Suisse -
esther.gonzalezmartinez@unifr.ch

Claudia Zanini

Université de Lugano, Suisse - claudia.zanini@usi.ch

Résumé / Abstract / Resumen

Notre recherche sur l'organisation interactionnelle des consultations infirmières en pédiatrie nous a permis d'identifier une pratique qui consiste pour l'infirmière à parler au bébé pour critiquer un comportement de la mère. Mobilisant une approche conversationnelle multimodale, cet article montre que l'infirmière et la mère se coordonnent subtilement dans le déploiement séquentiel de cette pratique faisant du bébé l'instrument de leur communication. Il met également en rapport ce comportement avec la diversité de contraintes médicales, interactionnelles et relationnelles que les participants à la consultation se manifestent et cherchent à concilier.

Mots clés : interaction, consultation infirmière, pédiatrie, critique, analyse conversationnelle multimodale

A practice of criticism's management in pediatric nursing consultations

Our research on the interactional organization of pediatric nursing consultations allowed us to identify a practice that consist in the nurse talking to that baby in order to criticize behavior of the mother. Mobilizing a multimodal conversational approach, this paper shows that the nurse and the mother subtly coordinate themselves to a sequential deployment of this practice that makes the baby an instrument of their communication. It also compares this behavior with the diversity of the medical, interactional and relational constraints that participants in the consultation talk about and seek to reconcile.

Un modo de organizar la crítica en la pediatría: comunicar por medio del bebé

Nuestra investigación sobre la organización interactiva de las consultas de enfermeras pediátricas nos ha permitido identificar una práctica que consiste en que la enfermera hable al bebé para criticar el comportamiento de la madre. Utilizando una aproximación multimodal, este artículo describe como la enfermera y la madre se pone sutilmente de acuerdo durante la consulta en la que el bebé es el instrumento mediatizado de la comunicación entre dos adultos. Pone igualmente en relación este comportamiento con la diversidad de dificultades de índole médica, interactivas y relacionales que los participantes de la consulta intentan resolver.