

# Un appel « atypique » au SAMU : la détection du syndrome coronarien aigu avec un électrocardiogramme

Nicolas DESSEIGNE<sup>a</sup>, Bruno BONU<sup>b</sup> & Esther GONZÁLEZ MARTÍNEZ<sup>c</sup>

*a) SAMU 42, Saint-Étienne*

*b) Université de Montpellier Paul-Valéry, LHUMAIN*

*c) Université de Fribourg, GRIPS, Suisse*

## Introduction

Dans les cas d'appels d'urgence téléphonique concernant des manifestations de douleurs thoraciques et entraînant la suspicion d'un syndrome coronarien aigu (SCA), le régime de preuve « ultime » implique et exige de manière prioritaire l'électrocardiogramme<sup>1</sup> (ECG). Mais cet examen n'est pratiquement jamais disponible au moment de l'appel au Centre 15. C'est donc un cas unique que nous examinons dans le texte présent ; il relève du corpus mis à disposition par le Service d'aide médicale urgente (SAMU) de Paris<sup>2</sup>. Pendant l'appel, émanant d'une entreprise, le médecin régulateur (MR) reçoit par mail l'ECG que l'infirmière du travail a effectué sur un employé. Ce dernier se plaint de fortes douleurs à la poitrine.

En fait, l'impossibilité matérielle de l'envoi d'une équipe du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) à chaque appel concernant l'expression de la douleur thoracique représente une restriction majeure de projection logistique, puisque le MR doit avoir une gestion avisée de la ressource organisationnelle des moyens d'aide. Il doit en même temps prendre

---

1. Ou encore, de façon plus complémentaire, la prise de sang, pour éliminer un éventuel processus atypique.

2. Les données ont été fournies par le professeur Lionel Lamehaut et le docteur Alice Huttin, du SAMU de Paris dans le cadre du projet : « Interaction et médecine : les catégories dans la sous-détection des infarctus » (Im-CASDI) financé par le RnMSH 2020 (Réseau national des Maisons de sciences de l'homme) ; voir BONU (à paraître).

en compte les contraintes temporelles, d'une part pour parer une éventuelle dégradation aiguë de la victime, d'autre part pour prévoir le délai de la réalisation à la désobstruction coronarienne hospitalière, si nécessaire.

Dans une perspective englobante qui tend à apprendre aussi bien de l'observation de la régularité des collections que d'un « cas déviant » en analyse de conversation (« AC », Schegloff, 1967), notre analyse portera donc sur un appel où l'ECG est rendu disponible pendant l'échange avec le MR. Cette disponibilité facilite la prise de décision du régulateur sur l'envoi des secours, mais n'empêche pas pour autant la continuation de l'appel. Cet article examine alors l'interaction lors de la perturbation conversationnelle produite par l'objectivation du danger de vie pour le patient. Nous mettons ainsi en évidence les pratiques d'action déployées par les participants à l'interaction pour gérer au mieux le temps d'attente des secours, compte tenu de l'état cardiaque du patient attesté dans l'échange.

## 1 Méthodologie

L'enquête clinique téléphonique des praticiens se déploie dans l'interaction tout comme la douleur des victimes se manifeste au cours de l'échange. L'interaction est le terrain où se mettent en œuvre les attentes, les connaissances, ainsi que les pratiques professionnelles et profanes, toutes socialement acquises. Les appels d'urgence se constituent au fil des actions produites dans le tour de parole entendu comme l'intervention continue d'un seul locuteur<sup>3</sup>.

C'est le terrain de recherche de l'AC : la parole en interaction (« *Talk-in-Interaction* ») entre deux (ou plusieurs) individus est considérée la forme de base de toute vie sociale. Les éléments qui constituent la « niche organisationnelle immédiate » (Schegloff, 1996, p. 2) sont d'une part l'organisation du tour de parole entendu comme l'intervention continue d'un seul locuteur, et d'autre part les principes, simples mais puissants (Sacks *et al.*, 1978), permettant l'alternance des locuteurs (sélection, auto-sélection et continuation). Les tours sont aussi configurés les uns avec les autres au sein de séquences où se déploient des relations fortes et locales (la paire adjacente, principe cognitif de base qui explique la relation forte entre deux actions, par exemple : demande d'aide et envoi des secours). En fait, le locuteur en action configure des pratiques, en coordination avec son (ou ses) interlocuteur(s). Il choisit les éléments du lexique, élabore la « syntaxe pour le tour »,

---

3. Ce déroulement est rendu par l'enregistrement et la transcription. Les conventions de transcription utilisées ici sont disponibles sur <https://upvdrive.univ-montp3.fr/s/HAAgS-dKQgYHGgJw> (consulté le 20 juin 2025).

conjointement avec la production vocalique (Selting, 2001) et sélectionne ainsi les éléments constitutifs du tour selon le développement temporel et l'agencement des séquences dans l'interaction. Mais ce travail conjoint disparaît par la suite. Ainsi dans les comptes rendus des professionnels, dans les entretiens de recherche comme dans les échanges entre les auxiliaires de régulation médicale (ARM) et le MR, les contributions du professionnel sont souvent escamotées. Les propos du requérant sont retenus en priorité. Notre intérêt d'analystes est alors de prendre en compte les pratiques utilisées pour construire les actions par l'ensemble des participants et non seulement les conséquences des actions, comme le font les participants (Robinson, 2007, p. 68).

Cette étude de l'expression coordonnée de la douleur thoracique et de son traitement par le SAMU s'appuie sur le développement de plusieurs domaines de recherche en AC, non seulement en référence aux recherches sur les appels d'urgence (Bloch et Leydon, 2019), mais aussi à celles sur certaines formes spécifiques de l'interaction médecin-patient (notamment sur les consultations de crise, « *Acute care* » en premier entretien, Heritage et Clayman, 2010, p. 104 *sqq*). Quels sont les mécanismes interactionnels à l'œuvre ? Répondre à cette question implique alors une analyse détaillée, esquissée plus bas, de l'ensemble des relations entretenues par les attentes, les pratiques et les connaissances professionnelles et profanes manifestées dans le travail interactionnel coordonné des participants.

## 2 Éléments analytiques<sup>4</sup>

Après avoir interrogé la victime, le médecin reprend l'échange avec l'infirmière du travail qui a envoyé l'ECG par courrier électronique au SAMU. Ainsi à la reprise de l'appel, l'infirmière (TIN) questionne (l. 123) directement son interlocuteur sur la réception de cet examen (fig. 1, page suivante).

Le MR non seulement l'a reçu, mais il émet un diagnostic défavorable pour le patient qu'il manifeste avec une évaluation négative (l. 124-5) : « ouais et l'électro est très très (.) franchement (.) ↓pathologique↓ [hhh] & ». Par ailleurs, cette prémisse donne la base de la connaissance pour l'évidence, l'ECG (Pomerantz, 1984, p. 624) : « Le locuteur peut signaler les sources ou les fondements des affirmations pour étayer la position selon laquelle les affirmations sont valables (*c'est comme ça que je sais*) ».

---

4. Il nous est impossible de déployer une analyse complète étant donné la limitation de l'espace alloué aux contributions.

120.		MR:	allo	
121.		TIN:	>oui<	
122.		MR:	ouais [bonjour]	
123.		TIN:	[↑>vous avez reçu<↑]	
124.	→	MR:	ouais et l'électro est <u>très très</u> (.) franchement (.)	Prémisse du Diagnostic Évaluation
125.			↓pathologique↓ [hhh]&	
126.		TIN:	[ouais]	
127.	→	MR:	& eh:m bah >ce monsieur est en train de faire un	Diagnostic sous la forme d'une formulation Décision
128.	→		infarctus< (.) donc >on vous envoie immédiatement une équipe<=	

**A2 S1**

Fig. 1 — Séquence 1 : diagnostic et envoi de l'aide.

Cette évaluation est produite avec des éléments vocaux qui travaillent pour une mise en évidence de l'élément saillant. Ce dernier est accompagné d'une intonation décidément descendante (l. 125). Elle est reçue par une affirmation de la part de TIN, en superposition de la fin de l'unité évaluative.

Le diagnostic est si négatif que les secours sont envoyés de manière franche : « donc >on vous envoie immédiatement une équipe<= » (l. 128). En fait, la partie qui précède l'annonce de la décision : « & eh:m bah >ce monsieur est en train de faire un infarctus< (.) » (l. 127-8) produit ce que Garfinkel et Sacks (1986) appellent une formulation. Elle représente « une propriété de la conversation pour les participants. Nous dirons qu'effectuer une formulation est une pratique des participants consistant à “dire en tant de mots ce que nous sommes en train de faire” ». Plus spécifiquement, Heritage et Watson (1979) montrent que les formulations sont utilisées par les agents institutionnels comme moyen pour transformer les « *accounts* » (descriptions, observations ou comptes rendus) des « profanes » (usagers, clients, etc.) en accord avec les pertinences institutionnelles, comme arriver au diagnostic, focaliser sur des aspects pertinents de la thérapie, faciliter l'accord dans des réunions, etc. Les formulations représentent pour ces auteurs des moyens rhétoriques puissants, des façons de résumer la conversation et des perspectives pour l'action coordonnée à venir.

De manière très explicite, le médecin évoque ainsi l'une des principales raisons d'envoi de moyens de réanimation dans les cas de douleurs thoraciques, l'infarctus. La décision de dispenser de l'aide répond ainsi à la première annonce de la douleur thoracique adressée à l'ARM, « & il se plaint d'avoir une douleur à la ↓poitrine↓ (-) depuis hier (-) [>soir< (.)] & », qui

143.	→		yyy >on est en communication tous les deux-là< ↑c'est ça↑=	
144.		TIN:	=>tout^à fait<	
145.		MR:	il m'entends pas le ↓monsieur↓ [non]	
146.	→	TIN:	[>non<]	
147.		MR:	>d'accord< (.) >bon< là >il fait un infarctus< en phase	Conséquences graves +
148.			↓aigue↓ il est quème:: (.) il est quème (.) très	
149.			à risque (.) de troubles du ↓rythme↓ (.)>d'accord<	
150.		TIN:	oui,	
151.	→	MR:	>voilà< (-) eh:m >je peux vous parler normalement là< ↓ah↓	
152.		TIN:	>oui oui oui< sans [problème]	
153.		MR:	[voilà] il faut le ↓rassurer↓ (-) le garder	
154.			assis ↓d'accord↓(.) >les secours vont être là< ↓rapidement↓=	
155.		TIN:	=d'accord	Conséquences graves ++
156.		MR:	emh l'évolution la plus défavorable c'est qu'il fasse ce qu'on	
157.			appelle une mort subite (.)↓d'accord↓ &	
158.		TIN:	[d'accord]	

A2 S2

Fig. 2 — Séquence 2 : les conséquences du diagnostic.

accomplit des multiples fonctions interactionnelles : à la fois thème (unique des deux appels), motif, enjeu, mais aussi requête implicite de l'infirmière en tout début d'appel (appel 1, l. 49-50, non reproduit dans cet article).

La focalisation thématique de MR dans la séquence suivante (S2) porte sur plusieurs points saillants concernant la victime : cette dernière doit être à la fois apaisée (Heritage, 2011) et laissée au repos (l. 153-4). Pour ce faire, il ne doit pas entendre les énoncés du médecin qui expriment les conséquences (S2) des dimensions potentiellement catastrophiques du diagnostic exposé dans la séquence précédente, à l'intention de l'infirmière.

MR consacre trois séquences (l. 143-4, 145-6 et 151-2, flèches) au contrôle de l'échange avec l'infirmière comme exclusif. En fait, la victime ne doit pas accéder aux informations échangées entre les professionnels de santé. En termes goffmaniens, le patient n'est pas un auditeur ratifié des propos produits par le médecin : il n'a pas le droit d'entendre les paroles prononcées (Goffman, 1987). Cela se justifie par la communication des issues possibles de l'état du patient. Ces conséquences (encadrées) sont organisées de manière à les présenter dans une perspective aggravante (« infarctus en phase aigüe... troubles du rythme », l. 147-9) dont la plus défavorable est évoquée en l. 156-7 : « une mort subite ». Cette option justifie rétrospectivement les consignes de comportement données à l'infirmière en séquence 2 (l. 153-4), avec le rappel de l'arrivée prochaine des secours, comme « optimistic projection » (Jefferson, 1988).

La disponibilité de l'ECG, concluant à la pathologie, ne dispense pas MR de continuer l'échange avec l'infirmière pour assurer le maintien de la victime au repos dans l'attente des secours. Pour exister et être efficace, la technologie médicale a donc besoin d'être déployée et soutenue par un travail interactionnel entre les acteurs de la chaîne des activités de secours.

## Bibliographie

- BLOCH Stephen et LEYDON Geraldine, « Conversation analysis and telephone helplines for health and illness: a narrative review », *Research on Language and Social Interaction*, n° 52, août 2019, p. 193-211, <https://doi.org/10.1080/08351813.2019.1631035>.
- GARFINKEL Harold et SACKS Harvey, « On formal structures of practical actions », dans Harold GARFINKEL (dir.), *Ethnomethodological studies of work*, Londres, Routledge, 1986, p. 165-198.
- GOFFMAN Erving, « La position », dans *Façons de Parler*, Paris, Minuit, 1987.
- HERITAGE John, « Territories of knowledge, territories of experience: Empathic moments in interaction », dans Tanya STIVERS, Lorenza MONDADA et Jakob STEENSIG (dir.), *The morality of knowledge in conversation*, Cambridge University Press, 2011, p. 159-183.
- HERITAGE John et CLAYMAN Stephen, *Talk in action: Interactions, identities, and institutions*, Hoboken, John Wiley & Sons, 2010.
- HERITAGE John et WATSON D. Rod, « Formulations as conversational objects », dans George PSATHAS (dir.), *Everyday language: Studies in ethnomethodology*, New York, Irvington Publishers, 1979, p. 123-162.
- JEFFERSON Gail, « On the sequential organization of troubles-talk in ordinary conversation », *Social problems*, n° 35, octobre 1988, p. 418-441.
- POMERANTZ Anita « Giving a source or basis: The practice in conversation of telling “how I know” », *Journal of pragmatics*, n° 8, décembre 1984, p. 607-625.
- ROBINSON Jeffrey D., « The role of numbers and statistics within conversation analysis », *Communication methods and measures*, n° 1-1, 2007, p. 65-75.
- SACKS Harvey, SCHEGLOFF Emanuel A. et JEFFERSON Gail, « A simplest systematics for the organization of turn taking for conversation », dans Jim SCHENKEN (dir.), *Studies in the organization of conversational interaction*, New York, Academic Press, 1978, p. 7-55.

SCHEGLOFF Emanuel A., *The first five seconds: The order of conversational opening* Berkeley, University of California, 1967.

SCHEGLOFF Emanuel A., « Turn organization: one intersection of grammar and interaction », dans Elinor OCHS, Emanuel A. SCHEGLOFF et Sandra THOMPSON (dir.), *Interaction and grammar*, Cambridge University Press, 1996, p. 52-133.

SELTING Margret, « Fragments of units as deviant cases of unit production in conversational talk », dans Margret SELTING et Elizabeth COUPER-KUHLEN (dir.), *Studies in interactional linguistics*, Amsterdam, John Benjamins Publishing Company, 2001, p. 229-258.

# Pour une approche intégrative de la santé

*Perspectives croisées en SHS*  
*Actes du 1<sup>er</sup> colloque international ICARES*

Sous la direction de  
Céline PAGANELLI & Valérie LÉPINE

2025

PRESSES UNIVERSITAIRES DE LA MÉDITERRANÉE