



HAL
open science

La compétence d'interaction des soignants en psychiatrie : analyse comparative de séquences de discours représenté dans des conversations entre pairs

Louis Maritaud

► To cite this version:

Louis Maritaud. La compétence d'interaction des soignants en psychiatrie : analyse comparative de séquences de discours représenté dans des conversations entre pairs. Linguistique. Université de Lyon, 2022. Français. NNT : 2022LYSE2041 . tel-04031885

HAL Id: tel-04031885

<https://theses.hal.science/tel-04031885v1>

Submitted on 16 Mar 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



N° d'ordre NNT : 2022LYSE2041

THÈSE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

Opérée au sein de

L'UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2

École Doctorale : ED 484

Lettres, Langues, Linguistique, Arts

Discipline : Sciences du langage

Soutenue publiquement le 23 juin 2022, par :

Louis MARITAUD

**La compétence d'interaction des soignants en
psychiatrie.**

*Analyse comparative des séquences de discours représenté
dans des conversations entre pairs.*

Devant le jury composé de :

Laurent FILLIETTAZ, Professeur des Universités, Université de Genève, Président

Simona PEKAREK DOEHLER, Professeure des Universités, Université de Neuchâtel, Rapporteur

Elwys DE STEFANI, Professeur ordinaire, Universität Heidelberg, Rapporteur

Renata GALATOLO, Professeure Agrégée, Université de Bologne, Examinatrice

Christophe BENZITOUN, Maître de conférences, Université de Lorraine, Examineur

Sandra TESTON-BONNARD, Maîtresse de conférences HDR, Université Lumière Lyon 2, Co-Directrice de thèse

Isabelle COLON DE CARJAVAL, Maîtresse de conférences, École Nationale Supérieure de Lyon, Co-Directrice de thèse

Contrat de diffusion

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « [Paternité – pas d'utilisation commerciale - pas de modification](#) » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.



— université
— lumière
— LYON 2

Thèse de doctorat de l'Université de Lyon

Opérée au sein de
L'Université Lumière Lyon 2

École doctorale : ED 484

Lettres, Langues, Linguistique et Arts

Discipline : Sciences du Langage

Soutenue publiquement le 23 juin 2022, par :

LOUIS MARITAUD

La compétence d'interaction des soignants en psychiatrie

*Analyse comparative de séquences de discours représenté dans
des conversations entre pairs*

Sous la direction de Sandra Teston Bonnard et Isabel Colón de Carvajal

Devant un jury composé de :

Elwys DE STEFANI, Professeur, Universität Heidelberg, Rapporteur

Simona PEKAREK DOEHLER, Professeure ordinaire, Université de Neuchâtel, Rapporteur

Renata GALATOLO, Professeure associée confirmée, Università di Bologna

Laurent FILLIETTAZ, Professeur ordinaire, Université de Genève

Christophe BENZITOUN, Maître de Conférences, Université de Lorraine

Sandra TESTON-BONNARD, Maître de Conférences, Université Lumière Lyon 2, Directrice de thèse

Isabel COLÓN DE CARVAJAL, Maître de Conférences, ENS de Lyon, Co-directrice de thèse

RÉSUMÉ

La pratique du soin en psychiatrie est plurielle et organisée selon un rythme régulier de réunions entre professionnels. Ces moments particuliers ont plusieurs objectifs : transmettre l'actualité clinique des patients de la structure afin d'assurer une continuité du soin, mais également discuter du projet de soin, conçu selon la pathologie du patient dont il est question. Lors de ces entrevues pluriprofessionnelles, les soignants utilisent de nombreuses séquences de discours représenté (« X a dit Y »). Nous proposons dans ce travail d'étudier, au regard de l'analyse conversationnelle, des séquences rapportées afin de déterminer de quelques pratiques linguistiques et professionnelles des soignants en psychiatrie. Pour ce faire, nous avons enregistré 15 heures 30 de réunion dans une unité de soins de la région lyonnaise. À partir de ces données, nous avons mené quelques analyses quantitatives afin de déterminer certaines tendances dans les usages des discours rapportés, puis nous avons réalisé des analyses qualitatives portant sur les manifestations de ces séquences dans la conversation, leurs fonctions, et à partir de ces éléments nous avons proposé une redéfinition de ce qu'est la relève infirmière en psychiatrie. Dans les pratiques des soignants enregistrés, les deux objectifs précédemment mentionnés ne sont effectivement pas les seuls en jeu : nous avons distingué trois « types » de transmission, le « faire-savoir », qui vise à donner à entendre aux collègues l'actualité clinique des patients ; le « faire-apprendre », qui tend à actualiser des savoirs portant sur les pratiques du soin, et enfin le « faire-connaître », qui correspond à la mutualisation des vécus et des émotions des participants aux réunions.

Mots clés : analyse conversationnelle, relève infirmière, discours rapporté, psychiatrie

ABSTRACT

The psychiatric care is plural and organized according to a regular rhythm of meetings between professionals. These particular moments have several objectives: to transmit the clinical news of the patients in order to ensure a continuity of care, but also to discuss the care project, designed specifically for each patient. During these multi-professional gatherings, the caregivers use numerous sequences of reported speech ("X said Y"). In this work, we propose to study, with regard to conversational analysis, represented speeches in order to determine some linguistic and professional practices of psychiatric caregivers. To do so, we recorded 15 hours and 30 minutes of meetings in a psychiatric care unit in France. From these data, we conducted some quantitative analyses in order to determine certain tendencies in the uses of the reported speeches, then we carried out qualitative analyses concerning the manifestations of these sequences in the conversation, their functions, and from these elements we proposed a redefinition of what is the nursing handover in psychiatry. Within the practices of the caregivers recorded, the two objectives mentioned above are not the only ones at stake: we have distinguished three "types" of transmission, the first aims to give colleagues an understanding of the patients' clinical situation; the second tends to update knowledge about care practices, and finally the last is about sharing of the experiences and emotions of the caregivers during the meetings.

Keywords: conversation analysis, nurses' handovers, reported speech, psychiatry

REMERCIEMENTS

En tout premier lieu, mes remerciements vont bien sûr à mes deux directrices de thèse, Isabel Colón de Carvajal et Sandra Teston-Bonnard. J'ai eu énormément de chance de croiser votre route, et malgré des conditions particulièrement difficiles de travail pendant mes années de thèse, vous avez toujours su être patientes, bienveillantes, et votre encadrement était exactement ce dont j'avais besoin. Il est d'usage de placer la direction en tête des remerciements, mais je le fais avec une grande sincérité. Par ailleurs, je remercie d'autant plus Isabel, qui m'aura entièrement formé à l'analyse conversationnelle, et aura (très activement) participé à ouvrir toutes les portes qui m'ont fait adopter le chemin que j'ai jusqu'à présent parcouru, et que j'aurai la chance de poursuivre à présent. Je crois que j'ai passé un très bon doctorat, et c'est en très grande partie grâce à vous.

Je remercie également les membres de mon jury, qui ont accepté de lire et critiquer mon travail, à savoir Christophe Benzitoun, Laurent Fillietaz, Renata Galatolo, Simona Pekarek Doehler et Elwys de Stefani.

Aux soignants de la structure que j'ai regardé discuter durant ces dernières années, et avec qui j'ai eu la chance de discuter de leur travail, j'adresse également mes remerciements les plus sincères. La posture que l'on adopte lorsque l'on regarde autant des données est particulière, puisque de facto asymétrique. Vous avez accepté de vous dévoiler dans vos pratiques, de laisser une trace et de permettre à des chercheurs et doctorant (donc moi), de vous analyser. Ce n'est pas facile, j'en ai conscience, et pour cette raison et tout le travail que vous avez réalisé pendant les 5 semaines d'enregistrement, que j'aurai été amené à discuter par l'usage de vos discours rapporté, je vous remercie sincèrement.

Je veux également remercier Harry, dont le prénom restera anonyme dans l'ensemble de ma thèse, mais qui se reconnaîtra. Tu verras, si tu choisis de lire quelques passages de mon travail, que je ne me suis pas servi de beaucoup de moments de notre entretien, mais je t'assure que c'est bien l'ensemble qui m'a aidé à

construire bon nombre de mes analyses. Tu as été le lien entre deux mondes, celui qui s'affichait sur mon écran toutes ces années, et le mien qui, dans la solitude inhérente à la posture qu'on assume en recherche, nous fait décortiquer les éléments pour les comprendre. Notre relation aura évolué à mesure de ces discussions, et je suis très heureux de la tournure qu'elle a pris. J'espère qu'elle continuera à évoluer dans ce sens.

Je remercie également Benoît Chalancon, sans qui cette thèse n'aurait pas existé. C'était bien une première rencontre destinale ! Je te suis vraiment très reconnaissant d'avoir accepté que je fasse partie de l'aventure CIPSY.

Mes remerciements vont également à Justine Lascar, ingénieure en traitement et analyses de données du laboratoire ICAR. On a souvent ri ensemble, et crois moi qu'au delà de tout ce que tu auras pu m'apporter dans la recherche, j'étais toujours très heureux de te voir présente les jours où j'étais là. Je le suis d'autant plus de savoir qu'on va pouvoir collaborer ensemble, même après ma thèse et CIPSY !

Parmi les membres du laboratoire, je tiens également à remercier chaleureusement toute la Com'Doc, et plus particulièrement certains collègues : Louise, dont les conversations au téléphone en fin de rédaction m'ont clairement fait sortir la tête de l'eau, et avec qui les idioties dont nous parlions étaient toujours les plus drôles ; Lydia, avec qui j'ai eu la chance de partager un bureau (et une chorale !), et qui a toujours su trouver un mot gentil et être une oreille attentive à mes (trop) nombreux moments de monologue ; Jean-Philippe (aka Barbaba), qui est arrivé un peu plus tard sur mon parcours, mais qui a eu la patience de m'expliquer plein de choses sur la politique, la mécanique quantique et la philosophie pendant des heures sur la passerelle du bâtiment recherche ; Moa, avec qui j'ai pu retrouver quelques notions en Suédois, et partager un super donut végétarien un certain dimanche où nous chantions du Roxette ; Fanguang, avec qui la relation s'est faite un peu tard mais qui aura toujours répondu à mes questions bêtes sur la syntaxe et la grammaire du français, et avec qui il aura toujours été agréable de discuter ; Alice, qui aura su prendre le temps de me parler de beaucoup de choses, du patin à glace aux langages de programmation.

Je remercie également les deux assistants communication du LabEx ASLAN que j'ai eu la chance de côtoyer, Héroïse Therrat et Rémi Léger. J'ai pris énormément de plaisir à discuter avec vous de tout et de rien, à chanter des bêtises, et à rire de ce qui nous ennuyait dans nos vies. Nos discussions étaient une forme d'échappatoire pour moi, et c'étaient de belles échappées.

J'en profite également pour remercier les autres membres du laboratoire ICAR, qui par leur présence, leurs mots gentils en me voyant fatigué le soir, ont su me redonner l'élan là où le courage me manquait. Je pense tout particulièrement à Lucie Bujon, Audrey Mazur, Magali Ollagnier-Beldame, Émilie Jouin, Thomas Franco-Pinto, Félix Danos, Sofiane Doulfaquar, Lola Fanget, et j'en oublie sûrement beaucoup.

Je tiens aussi à remercier Clément Nicolle, mon ami doctorant, avec qui j'ai eu la chance et le plaisir de partager beaucoup de moments incroyables, entre les excursions parisiennes, les moments à Lyon (je ne détaille pas, mais je sais que tu penseras sûrement aux mêmes que moi). Tu as été un vrai modèle pour moi en ce qui concerne la recherche, tu as toujours été patient pour me réexpliquer les notions de base d'histoire, de géographie, de politique et de sociologie. J'en suis intimement convaincu, tu rendras une thèse brillante, et tu seras un super chercheur.

Je remercie également les membres de l'association dont j'ai pu faire partie pendant mon doctorat, Un Peu de Bon Science, et en particulier Laura. Nos conversations animées sur le féminisme, et tous les moments d'échanges plus personnels entre nous auront aussi été des reprises de souffle dans ce travail si long et fastidieux pour moi.

Je veux également remercier les « linguistes de twitter », et tout particulièrement Albin Wagener pour son investissement qui m'a redonné foi en un milieu compliqué et Sandrine Graf qui est passée du statut de virtuel à réel à l'occasion du colloque ICODOC 2021.

Je veux aussi te remercier, Alejo, pour tous les moments compliqués qu'on a pu avoir. J'étais fatigué tout le temps, on ne sortait plus beaucoup sur la fin, mais tu as toujours su faire face et me redonner le sourire dans des moments difficiles.

Je ne peux pas ne pas remercier ma famille, pour avoir compris, sans que je n'en parle trop, que la thèse est un exercice difficile, et que je ne pouvais pas être aussi présent que je le souhaitais. Je remercie plus particulièrement ma mère qui, en sa qualité de cadre infirmière en psychiatrie, aura su discuter avec moi de mes résultats, et me donner à voir des éléments de réponses que je ne comprenais pas dans le soin.

Je remercie enfin mes autres amis, pour avoir supporté mon absence, en particulier Cécile, Camille et d'autant plus Andréa. J'ai pas été l'ami du siècle ces dernières années, à toujours décaler tout, et à n'avoir de cesse de vous dire non. Mais je suis sûr et certain que je vais me rattraper, dans les prochaines années je devrais avoir un peu plus de temps !

Et je remercie également tous ceux que j'oublie, qui sauront qu'ils ont été présents sur mon parcours durant ce long travail.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
ABSTRACT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIÈRES	VII
AVANT-PROPOS	1
PARTIE I	5
CADRE THÉORIQUE, MÉTHODOLOGIE ET CORPUS ÉTUDIÉ	5
INTRODUCTION DE PARTIE	6
CHAPITRE 1 – LE DISCOURS RAPPORTÉ	7
1.1. Un événement syntaxique	8
1.1.1. Le discours direct	9
1.1.2. Le discours indirect	11
1.1.3. Le discours narrativisé	11
1.1.4. Formes problématiques	12
1.2. Un événement balisé	13
1.2.1. Un balisage grammatical	14
1.2.2. Un balisage multimodal	15
1.2.3. Un balisage contextuel	17
1.3. Un événement conversationnel	18
1.3.1. Le récit	19
1.3.2. La prise en charge énonciative	22
1.3.3. L'argumentation	24
1.3.4. La question du discours <i>représenté</i>	26
Conclusion de chapitre	26
CHAPITRE 2 – LA CONVERSATION EN SITUATION PROFESSIONNELLE	28
2.1. L'analyse conversationnelle	28
2.1.1. Le DR en AC	33
2.1.2. (Re)formulations, réparations, répétitions	38
2.1.3. Les émotions et la conversation	42
2.2. Les participations asymétriques	46
2.2.1. Des statuts différents, des postures différentes	46
2.2.2. L'asymétrie dans les relèves : des statuts pérennes aux statuts ponctuels	49
2.2.3. La relation soignant-soigné : entre distance et proximité	51
CHAPITRE 3 – PRÉSENTATION DU CORPUS	54
3.1. Les réunions de relèves infirmières	55
3.1.1. Un cadre spécifique	55
3.1.2. Présentation de l'unité	57
3.1.3. Considérations sur la relève	59
3.2. Dispositif et données	66
3.2.1. Présentation du dispositif de captation	66

3.2.2. Outils de transcription.....	70
3.2.3. Grille de codage.....	72
PARTIE II	85
ANALYSES QUANTITATIVES	85
INTRODUCTION DE PARTIE	86
CHAPITRE 4 – CHIFFRES BRUTS	88
4.1. Types de DR	94
4.1.1. <i>Quid de l'inquit ?</i>	96
4.1.2. Discours directs, discours indirects.....	99
4.2. Locuteur représentant, énonciateur représenté et adressage	102
4.2.1. Énonciateurs représentés	102
4.2.2. Locuteurs représentants.....	104
4.2.3. Adressage	106
4.3. Contenu sémantique et lexical des séquences	108
4.3.1. Portée émotive	109
4.3.2. Type d'information.....	110
Conclusion de chapitre	111
CHAPITRE 5 – ÉLÉMENTS DE CORRÉLATION	113
5.1. Évolution du patient, émotion et DR	113
5.2. Statuts de participation et DR	117
5.3. Type d'information et changement de locuteur	121
Conclusion de chapitre	123
PARTIE III	125
ANALYSES QUALITATIVES	125
INTRODUCTION DE PARTIE	126
CHAPITRE 6 – LES MANIFESTATIONS DU DISCOURS RAPPORTÉ	129
6.1. Contextes d'apparition des séquences de discours rapporté	129
6.1.1. Un balisage particulier.....	130
6.1.1.1. Des verbes de dire propres au contexte	130
6.1.1.2. Les inspirations comme modalités de balisage ?.....	134
6.1.1.3. « et cetera », un marqueur de fin de séquence ?	143
6.1.2. La séquentialité du discours rapporté dans les relèves infirmières	151
6.1.2.1. Discours rapportés et <i>transition relevance places</i>	152
6.1.2.2. Des « méso séquences » rapportées ?.....	160
6.2. La narration du vécu par le biais du discours rapporté	167
6.2.1. La narration de son propre vécu par les soignants.....	168
6.2.2. Le <i>positioning</i> du patient face au soignant.....	176
6.2.3. Le discours rapporté dans la narration comme outil privilégié de cohésion professionnelle.....	182
6.3. Le dialogue représenté dans les relèves	184
6.3.1. La formulation d'un discours rapporté comme ouverture.....	188
6.3.2. La variation des formes de discours rapporté dans les dialogues représentés	192
6.3.3. Les dialogues représentés par l'alternance de discours rapportés directs.....	200
Conclusion de chapitre	210

CHAPITRE 7 – LES FONCTIONS DU DISCOURS RAPPORTÉ DANS LES RELÈVES INFIRMIÈRES	214
7.1. Fonctions argumentatives	214
7.1.1. Argumentation unilatérale	215
7.1.2. Argumentation bilatérale	219
7.2. Fonctions émotives	236
7.2.1. Un auditoire étendu pour l'émotion du patient.....	237
7.2.2. L'expression de l'émotion des soignants.....	245
7.2.3. L'expression des émotions comme un moment de cohésion sociale.....	256
7.3. Fonctions professionnelles	263
7.3.1. Le discours rapporté comme facteur de prise de décisions collaboratives	263
7.3.2. Une anamnèse à distance ?	279
7.3.3. La relève et les séquences de DR comme outils de travail fondamentaux	286
Conclusion de chapitre	294
CHAPITRE 8 – VERS UNE REDÉFINITION DE LA RELÈVE AU PRISME DU DISCOURS RAPPORTÉ ?	298
8.1. Un balancement épistémique résolu par l'utilisation de discours rapporté	298
8.1.1. Dans les connaissances professionnelles	299
8.1.2. Dans la connaissance du patient	303
8.1.3. Vers un effacement des frontières épistémiques.....	308
8.2. Un moment de cohésion	318
8.2.1. Le discours rapporté comme outil de mutualisation d'informations	319
8.2.2. Le discours rapporté comme outil d'émulation	322
8.2.3. Une mutualisation d'informations ou de vécu ?.....	326
8.3. Vers une redéfinition de la relève infirmière	331
8.3.1. La tension institutionnelle	332
8.3.2. L'asymétrie intrinsèque au cadre interactionnel comme point d'appui	333
8.3.3. La réalité de la relève en psychiatrie.....	336
Conclusion de chapitre	338
CONCLUSION GÉNÉRALE	341
BIBLIOGRAPHIE	347
ANNEXES	358
Conventions de transcription	358
Tableau récapitulatif des professionnels	359
LEXIQUE	360
INDEX DES EXTRAITS ANALYSÉS	374

AVANT-PROPOS

Le soin infirmier en psychiatrie est mouvant. Selon la recherche, les avancées techniques et scientifiques, les différentes lois qui régissent le cadre du soin, et les différents acteurs au service des patients, les pratiques des professionnels varient beaucoup. Au centre de ce dispositif se trouve cependant un invariable : le patient, qui est amené à suivre une thérapie pour pallier des problèmes mentaux. Nous traiterons dans ce travail du discours rapporté dans la relève en psychiatrie, en nous concentrant particulièrement sur les aspects relatifs aux infirmiers. En France, l'existence de moments de transmissions, cristallisés (en partie) dans des réunions inter-équipes, est légiféré depuis le 4 mars 2002, dans le sens où une transmission d'informations est décrite comme une nécessité légale.

La transmission d'informations fait également partie de la formation des infirmiers, et relève de deux compétences particulières, spécifiées dans le Bulletin Officiel Santé – Protection sociale – Solidarités n°2009/7 du 15 août 2009. Dans la compétence 2 « concevoir et conduire un projet de soins infirmier », nous trouvons :

« argumenter le projet de soins et la démarche clinique lors de réunions professionnelles et inter-professionnelles (**transmission, staff professionnel...**) » (267, notre emphase).

Une partie des pratiques de relève est donc nécessaire et attendu pour l'obtention du diplôme d'infirmier d'état. À la page 269 de ce même BO, nous trouvons, sous la compétence 4 « mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique » :

« **Synthétiser** les informations afin d'en assurer la **traçabilité** sur les différents outils appropriés (dossier de soins, résumé de soins, comptes rendus infirmiers, **transmissions...**) » (269, notre emphase)

D'après ces deux citations, nous envisageons que la relève, dans les textes officiels, est un moment où les soignants se réunissent pour argumenter (citation 1), en synthétisant les informations importantes, et ainsi assurer une traçabilité et une bonne continuité des soins (citation 2).

Au regard de ces textes, nous sommes allés discuter de la relève avec un jeune infirmier diplômé d'état, actuellement en poste. Il est important de spécifier que les cours en IFSI (institut de formation en soins infirmiers) sont transversaux, et qu'il n'y a pas en tant que telle de spécialisation en France. Harry¹, avec qui nous nous sommes entretenus, a 25 ans, est infirmier depuis un peu plus de 6 mois et travaille de nuit dans un service de chirurgie orthopédique. Il nous a apporté des éléments sur les distinctions entre les « staff professionnels », et les « transmissions ». Concernant les staffs professionnels, il dit :

« c'est vrai que c'est souvent un moment où on va pouvoir échanger sur ce qu'on va pouvoir faire pour le patient à l'avenir. Comment on peut améliorer les choses pour les futurs cas similaires. C'est un moment d'échange avec tous les corps de métiers en fait ».

En parlant des transmissions, il nous indique :

« c'est à chaque prise de poste, pour exposer ce qu'il s'est passé les jours précédents. Pourquoi le patient est là, depuis combien de temps, ce qu'il a subi, les traitements qu'on lui apporte et comment. L'objectif des relèves, c'est de connaître le patient ».

Les deux modalités de réunion (que nous avons enregistrées) ont donc des objectifs différents selon ce professionnel. Le staff concerne plutôt l'argumentation du parcours de soins, là où la relève est plus orientée dans la transmission des informations. Dès lors, les compétences en jeu sont différentes, ce que nous voyons par ailleurs dans le BO précédemment cité. En parlant des compétences des

¹ Le nom est anonymisé

professionnels liées à la relève, et de leur acquisition, Harry nous a expliqué qu'il s'agissait de pratiques acquises sur le terrain, lors des stages pratiques :

« en cours on va rarement voir la relève. On a beaucoup d'apprentissages théoriques, mais ce qui relève de la pratique, l'IFSI nous dit qu'on le verra en stage ».

Le fait que ces savoirs soient acquis lors de stages implique une assez grande variabilité dans les pratiques futures des soignants. Dans ce travail, nous n'avons pas vocation à décrire la relève de façon globale, mais bien ancrée dans l'unité dans laquelle nous avons procédé aux captations, et selon les soignants qui étaient présents lors des réunions.

Au regard de ces quelques éléments, les réunions de transmission d'informations et les staffs professionnels, qui sont notre contexte d'étude, sont donc pluriels, et toujours relatifs au patient. Qu'il s'agisse de le connaître ou de discuter de son parcours de soin, c'est toujours autour du bénéficiaire du soin que les conversations seront orientées. Cependant, une constante est également repérable lors des réunions de relèves et des staffs : le patient n'est jamais présent.

Sachant que le soin en psychiatrie est marqué par le soin relationnel, et qu'une grande partie de la pose du diagnostic et de l'appréciation de l'état du patient se fait par la parole, et particulièrement ce que le patient peut dire, il nous semble alors tout à fait pertinent de se questionner sur la question des discours rapportés. En effet, il s'agit d'une modalité permettant à un locuteur d'introduire dans son propre discours celui d'un tiers énonciatif, résolvant ainsi l'absence de ce dernier et donnant à entendre aux autres participants ses propos. Nous tenterons donc, dans ce travail, de décrire les usages du discours rapporté dans le cadre des réunions de relève en psychiatrie, dans l'optique de voir comment ces séquences se manifestent, quels usages les soignants en ont, et enfin à partir de ces analyses nous essayerons de produire une forme de redéfinition de la relève qui, selon nous, ne se borne pas à la simple argumentation ou la discussion de l'actualité clinique de la patientèle présente dans les unités à l'instant où la réunion se déroule. Pour ce faire, nous utiliserons les outils et théories de l'analyse conversationnelle d'inspiration ethnométhodologique, dans un

souci de caractérisation rigoureuse de ce qui se joue socialement lors de ces conversations professionnelles.

Nous verrons dans une première partie les méthodologies et théories que nous emploierons tout au long de ce travail, en commençant par le discours rapporté en tant que tel, avant d'aller vers une description de ce qu'est l'analyse conversationnelle et pourquoi il nous semble judicieux et pertinent de la mobiliser dans ce cadre, puis nous présenterons notre corpus, en donnant des précisions sur ce qu'est la relève, le dispositif de captation mis en place et le traitement des données. Dans une deuxième partie, nous proposerons quelques analyses quantitatives menées sur des annotations réalisées sur un corpus plus large que celui que nous mobiliserons dans des analyses plus fines et qualitatives, qui constitueront notre troisième partie. Dans celle-ci, nous verrons les manifestations des différentes séquences rapportées, selon leurs contextes d'apparition, et nous nous concentrerons sur une modalité particulière de rapport de discours, à savoir le dialogue représenté, après avoir décrit la narration du vécu par le biais de l'intégration d'un discours tiers. Nous verrons ensuite quelques fonctions dans les usages des séquences rapportées, que nous distinguerons selon qu'elles sont argumentatives, émotives ou professionnelles. Enfin, dans un dernier chapitre, nous proposerons de redéfinir la relève infirmière en psychiatrie selon trois aspects : l'épistémie, la cohésion, et l'institution.

PARTIE I

*Cadre théorique, méthodologie et corpus
étudié*

INTRODUCTION DE PARTIE

Dans cette première partie, nous aborderons les trois principaux points qui constituent la base de notre travail.

Dans un premier temps, nous verrons plus en détail ce qu'est un DR, comment les auteurs le considèrent et les effets qui ont d'ores et déjà été analysés dans la littérature. Le DR est un phénomène largement étudié, principalement à l'écrit (Apothéloz, 2004 ; Dendale, 2011 ; Desoutter & Mellet, 2013 ; Maingueneau, 1981 ; Perrin, 1996 ; Rabatel, 2003 ; Rosier, 1999, 2008 ; Wikström, 2014, *inter alia*) mais également depuis quelques décennies à l'oral (Galatolo, 2006 ; Günthner, 1999 ; Holt, 2000 ; Klewitz & Couper-Kuhlen, 1999 ; Leudar & Antaki, 1996 ; Stokoe & Edwards, 2007, *inter alia*). Il est caractérisé par la présence d'un discours cité dans un discours citant, et produit tout une série d'effets dans l'interaction.

Par la suite, nous considérerons de façon plus fine les données dans lesquelles nous avons isolé nos séquences rapportées. Pour ce faire, nous questionnerons d'abord ce qu'est une conversation en situation professionnelle, ainsi que les outils et méthodologies dont nous nous servons pour pouvoir analyser de tels contextes de production.

Enfin, nous passerons en revue les points les plus importants en ce qui concerne nos données, et expliciterons plus particulièrement le fonctionnement de la structure de soins dans laquelle nous avons capté des réunions constituant notre corpus, ainsi que le dispositif qui a été mobilisé pour ce faire.

CHAPITRE 1

LE DISCOURS RAPPORTÉ

Le Discours Rapporté (désormais DR), est le point d'ancrage de notre travail. Il s'agit d'un événement syntaxique et énonciatif qui consiste à intégrer dans son propre discours celui d'un tiers énonciatif différent du « je » *hic et nunc*. Ainsi, on considère comme séquence de DR toute énonciation présentant une hétérogénéité énonciative, au sein de laquelle plusieurs instances ayant pris part à la construction peuvent se distinguer. Dans les cinq exemples² suivants, extraits de notre corpus, nous observons ces différentes instances :

- (1) il a dit qu'il a eu: pas mal d'angoisses là dans: la nuit chez lui/: avec des idées de mort imminen/:te (S1_6H)³
- (2) elle dit je sais pas si j'vais avoir la force de m'battre (S1_6H)
- (3) ben oui j'me suis demandé c'que c'était l'autre jour (S1_6H)
- (4) ça a même pas été discuté avec elle (S1_6H)
- (5) et il insiste\ (.) OUI MAIS J` VEUX VOUS DIRE (S1_9H)

Nous pouvons dire que ces exemples se distinguent à plusieurs niveaux. Premièrement, l'instance énonciative à l'origine des propos rapportés n'est pas systématiquement claire ou exprimée (exemple 4). En effet, le DR n'implique pas de façon nécessaire un appariement entre propos rapportés et énonciateur qui en est à l'origine. Ensuite, le DR peut être une auto-citation (exemple 3), au sein de laquelle le locuteur représente ses propres propos, ou ses pensées (auquel cas les auteurs parlent de pensée rapportée). Nous constatons également que le DR peut entraîner une saillance perceptuelle des propos rapportés (exemple 5). Enfin, différents types

² Pour les conventions de transcription, voir les conventions ICOR (Groupe ICOR, 2013) en annexe.

³ Les exemples tirés de notre corpus utilisés dans la première partie sont suivis de la semaine d'enregistrement « Sx » ainsi que de l'heure de relève « xH » dans cette partie. Par la suite, lorsque nous analysons des séquences, nous numérotions les extraits et spécifions quel patient est concerné.

de DR sont différenciables. On parle, selon l'existence ou non de variations des déictiques et des temps verbaux de discours rapporté direct (désormais DRD, exemples 2 et 5), indirect (désormais DRI, exemples 1 et 3) ou narrativisé (désormais DRN, exemple 5). Au vu de cette hétérogénéité non exhaustive, nous allons dans ce chapitre définir notre conception de ce qu'est une séquence de DR, quelles en sont les caractéristiques syntaxiques, pragmatiques et prosodiques, et quelle typologie nous utiliserons.

1.1. UN ÉVÉNEMENT SYNTAXIQUE

Dans cette section, nous nous pencherons sur l'aspect syntaxique du DR. En effet, pour introduire les propos d'un tiers dans son propre discours, des manipulations syntaxiques peuvent se réaliser. Nous discuterons tout d'abord des variations syntaxiques repérables dans les formes de discours direct, indirect ou narrativisé ; puis de l'introduction grammaticale du DR, l'*inquit*. Enfin, nous aborderons la question de la pseudo-mimétique inhérente aux choix syntaxiques opérés pour la construction des séquences de DR.

Commençons par faire un état des lieux des recherches actuelles. Nous distinguerons les courants francophones des courants anglophones. En effet, si l'aspect grammatical construit de façon indéniable du sens, la distinction entre certains DR dits *libres* et d'autres ne l'étant pas n'est pas représentée dans la littérature anglophone. Dans la littérature francophone, nous pensons à Authier-Revuz, dont les travaux ont grandement fait avancer les connaissances sur les séquences rapportées, Roulet ou encore Rosier. De nombreux auteurs ont en outre proposé de nouvelles typologies, allant vers une complexification assez intense du phénomène de rapport de propos. Nous pensons à Wilmet qui, dans sa grammaire (2010), propose 6 types de DR qui n'ont rien de « direct » ou « d'indirect », mais sont plutôt « entravé », « encouragé », « suggéré », « absorbé » ou encore « ébauché » ; à Rosier (2008) qui propose une typologie comprenant 8 DR différents, tant basés sur des phénomènes

syntaxiques que mimétiques ; à Caillat (2016) qui associe la production du DR aux courants de dialogisme et polyphonie, pour discriminer les DR locutifs, délocutifs et interlocutifs ; à Vincent et Dubois (1997) qui proposent quant à elles un système de classement des DR selon leur degré de reproduction de l'énoncé originel ; ou encore à Authiez-Revuz qui nous parle de « représentation de discours autre » (2020). Dans tous les cas, il s'agit d'aller vers le plus fin dans la description des phénomènes, pour saisir au mieux son hétérogénéité. Nous n'adopterons pas cette approche.

En effet, nous n'avons pas la prétention dans ce travail d'affiner encore les acceptions du DR, ni vocation à produire une nouvelle typologie. À l'inverse, nous irons vers des classements plus traditionnels, bien que critiqués par les auteurs francophones. Nous ne considérerons ainsi que trois modalités de rapport de discours dans ce travail : le discours rapporté direct, le discours rapporté indirect, et le discours narrativisé. La question, selon nous, n'est pas de savoir si des formes mixtes ou différentes existent, mais de parvenir à saisir la réalité de la représentation de propos dans les interactions, et les liens qui se font entre DR et conversation. Ainsi, nous nous situons plus dans une veine anglophone (qui distingue habituellement les modalités directes et indirectes, seulement). Il est important de souligner que les différences entre les trois types de DR que nous allons traiter sont majoritairement syntaxiques, mais que la gestuelle des participants, ainsi que la prosodie, sont à tenir en compte. Nous allons donc décrire dans les prochaines sous-sections ce que nous entendons par « discours rapporté direct », « discours rapporté indirect » et « discours narrativisé ».

1.1.1. LE DISCOURS DIRECT

Le DRD est traditionnellement décrit comme la forme dans laquelle on n'observe pas de variations des déictiques ni des temps verbaux. À l'écrit, le DRD est également considéré selon des critères graphosyntaxiques, à savoir la présence de deux-points et de guillemets, balisant la citation. Bien évidemment, à l'oral ces critères se perdent,

mais l'aspect de conservation de certains déictiques de l'énoncé d'origine persiste. On attribue au locuteur tiers les propos que l'on cite, de façon textuelle, c'est-à-dire sans variation, ayant pour origine le sujet parlant visible. On ne retrouve pas de conjonction de subordination entre les propos citants et les propos cités⁴.

Exemple : « elle dit je sais pas si j'vais avoir la force de m'battre » (S1_6H)

La littérature traditionnelle sur le DR distingue plusieurs catégories de DRD. On parle de discours rapporté direct libre, en opposition au DRD. La différence tient dans l'absence de marques formelles, la distinction entre discours citant et discours cité se faisant grâce au contexte. « Le discours direct est libre parce qu'il n'est pas introduit par un verbe, ni marqué typographiquement, mais il est contextuellement signalé » (Rosier, 1999 : 295-296). À l'oral, la distinction tient donc dans la présence ou non d'un verbe introducteur, comme « dire ». Dans ce travail, nous ne tiendrons pas compte de cette dichotomie, et considérerons donc comme relevant du DRD le discours direct libre. Par ailleurs, dans le cadre de co-constructions de séquences rapportées, il est complexe de postuler de l'existence ou non d'un verbe introducteur, dans le sens où il peut être énoncé par un autre participant, comme dans la transcription suivante :

```
PAT    si le côté fermé euh (0.6) est-ce que euh lui di:re au/ moins par
       [défaut un           ] [temps] en ch:ambre
GAL    [.tsk un temps en cham] [bre  ]
```

Dans ce cas, GAL co-construit la portée (c'est-à-dire le *contenu* originellement produit, ici en bleu) du DR initié par PAT. Nous ne saurions dire s'il s'agit d'une forme libre ou non, la conversation étant une situation complexe, où la seule parole d'un participant n'a de sens que dans la globalité de la situation, les réactions des interlocuteurs, etc. Nous soulignons également que si nous concevons le chevauchement de GAL comme étant effectivement du DR, selon les acceptions que l'on a du phénomène, les avis divergent. Il serait parfaitement légitime de considérer

⁴ Nous suivrons le même code couleur tout au long de ce travail : l'introduction grammaticale du DR sera en orange, et les propos représentés en bleu.

ce propos comme n'étant qu'une intervention de GAL, sans être pour autant une séquence rapportée, puisqu'il n'y a justement pas de phénomènes propres aux DR qui permettent de le baliser. Nous traiterons de nouveau cet extrait en 1.2.3., pour expliciter en quoi nous le considérons comme appartenant au DR, et plus spécifiquement au DRD (étant donné qu'il n'y a ni déictique ni verbe conjugué, on pourrait tout à fait dire de cet extrait qu'il s'agit d'un DRI).

1.1.2. LE DISCOURS INDIRECT

Dans le DRI, la présence d'un subordonnant et des variations des déictiques et temps verbaux sont notables. Ainsi, les propos ne sont plus prêtés textuellement au locuteur tiers. Les modifications apportées par le locuteur sont visibles, et montrées.

Exemple : « **il a dit qu'il a eu: pas mal d'angoisses là dans: la nuit chez lui/:**
avec des idées de mort imminen/:te » (S1_6H)

Nous pouvons une nouvelle fois spécifier une distinction entre DRI et DRI dit libre. Tout comme dans le DRD libre, la différence tient dans la présence d'une marque de subordination. Ainsi, un exemple de DRI libre pourrait être « il a dit il a eu pas mal d'angoisses là dans la nuit chez lui avec des idées de mort imminentes ». Contrairement au DRD libre, nous nous intéresserons à cette distinction, mais seulement dans nos analyses quantitatives. En effet, nous ne sommes pas soumis dans ce cas aux difficultés précédemment introduites vis à vis de l'interaction. Puisque ce qui distingue le DRI du DRIL est le subordonnant, nous pouvons, dans une certaine mesure, discriminer les deux formes.

1.1.3. LE DISCOURS NARRATIVISÉ

Le DRN est la forme de DR la moins visible dans l'oral. En effet, il s'agit d'introduire le DR par des éléments contextuels, sans représenter les propos tenus en

première instance. La réalisation concrète de ce type de DR consiste à représenter un acte de parole plus que des propos. Il a été introduit par Genette en 1972. Il le qualifie comme étant « traité comme un événement parmi d'autres et assumé comme tel par le narrateur lui-même » (1972 : 190). Concrètement, et en dehors des études littéraires, la plupart du temps il se manifeste par la présence d'un verbe de parole sans que l'on trouve les propos qui ont été (potentiellement) tenus. Dans notre corpus, nous trouvons

« ça a même pas été discuté avec elle » (S1_6H)

Dans cette séquence de DRN, nous observons deux particularités. Premièrement, nous ne pouvons considérer cet extrait comme étant rapporté que grâce à la présence du verbe de parole « discuter ». Il n'y a pas de représentation à proprement parler des propos en question. Deuxièmement, cette absence vient justement de la négation, « ça n'a pas été discuté avec elle ». Nous faisons le choix de tenir compte des négations de DR dans notre travail. Rapporter un discours implique pour les participants de produire une représentation d'un cadre interactionnel. Représenter l'absence consiste selon nous à produire une dynamique similaire. Par ailleurs, comme nous le verrons dans la suite de ce travail, la question de la présence ou non de la parole est prise en compte par les soignants. Rapporter une absence de discours peut être perçu comme une sollicitation à tenir ce discours dans le futur.

1.1.4. FORMES PROBLÉMATIQUES

Nous avons déjà abordé en 1.1.1. que certaines formes rapportées peuvent être problématiques en ce qui concerne leur catégorisation en tant que DRD ou DRDL. Il en va de même pour la discrimination entre DRI et DRD. Ainsi, pour déterminer si une séquence est directe, nous nous appuyerons sur plusieurs éléments. D'une part, les variations en termes de déictiques et temps verbaux : en considérant que ce qui distingue fondamentalement les types de DR est le continuum de pseudo-mimétique en jeu, alors les séquences qui sont présentées comme une redite d'un discours

antérieur sont considérées comme directes. L'aspect le plus saillant dans ce caractère de réduplication est selon nous la variation de référence dans les déictiques et les changements de tiroirs verbaux. D'autre part, pour les séquences *sans* déictiques ou verbes conjugués, nous réfléchissons par la négation, en deux étapes :

- S'il y a un verbe de parole :
 - En l'absence de subordonnant, il s'agit d'un discours *direct*. Par exemple « elle dit oui/ » (S3_9H)
 - En présence d'un subordonnant, il s'agit d'un discours *indirect*. Par exemple « il dit que tout va bien dans le meilleur des mondes » (S3_9H)
- S'il n'y a pas de verbe de parole :
 - Si la parole représentée est produite de telle sorte qu'elle subit une forme de pseudo-mimétique, alors on ne saurait la considérer comme étant indirecte. Nous nous intéresserons alors aux variations prosodiques et gestuelles principalement. Nous considérons l'exemple suivant comme relevant du DRD : « faut pas la déranger\ (.) faut pas la déranger\ » (S1_21h). L'infirmière, en produisant le DR, modifie son débit et son timbre, ce qui nous amène à penser qu'il s'agit d'un DRD.
 - Dans le cas où le DR ne subit pas de pseudo-mimétique fortement manifestée, nous considérons la séquence comme indirecte.

1.2. UN ÉVÉNEMENT BALISÉ

Reconnaître une séquence de DR, que l'on soit dans une posture d'analyste ou de participant à une conversation, revient à percevoir ce qui la balise. L'inclusion dans un énoncé citant des propos cités ne se fait pas sans éléments qui montrent ce décrochement énonciatif. Dans cette section, nous aborderons quelques éléments qui

manifestent ce balisage, en tenant compte des aspects grammaticaux, multimodaux et contextuels.

1.2.1. UN BALISAGE GRAMMATICAL

L'*inquit* se définit comme la structure grammaticale introduisant un discours rapporté. La plupart du temps, il s'agit de « il dit », traduction du terme latin. Seulement, si *dire* reste le verbe de parole majoritaire dans les DR, il en existe d'autres, tels que *décrire*, *expliquer*, etc. Ces verbes ne font pas l'objet d'une liste spécifique, mais sont déterminés la plupart du temps par le contexte, le cotexte, et la pragmatique de l'énoncé en question, dans un mouvement intuitif. Ainsi, pour reprendre l'exemple de Anscombe (2015 : 106), *démontrer* n'est au sens strict un verbe de parole que dans certains énoncés. Il différencie « ces événements ont démontré le danger du nucléaire » de « Max a démontré le théorème de Fermat », selon que le sujet du deuxième exemple est un locuteur humain, tandis que dans le premier exemple, il s'agit d'un « ON-Locuteur ». Cette distinction sera par la suite dépassée pour faire état d'une classe (quasi-)stable de Verbes d'Activités de Parole ([VAP], selon la terminologie de Anscombe). Il propose quelques tests permettant de déterminer si les occurrences sont effectivement des [VAP]s ou non, d'ordre pragmatique, syntaxique et morphosyntaxiques. Si l'intérêt de son propos n'est pas à débattre, au sein de notre travail il ne nous paraît pas pertinent : les locuteurs sélectionnent spontanément certains verbes, qui sont par ailleurs parfois admis comme pouvant introduire du DR, sans qu'il ne s'agisse pour autant de [VAP]s. C'est le cas de « être » :

« son entrée en matière moi euh c'est euh vous vous appelez comment »
(S1_9h)

Bien entendu, il ne s'agit pas d'un verbe de parole, « être » fonctionne dans cet extrait comme copule, il lie le premier GN avec la proposition, qui prend alors une fonction syntaxique d'attribut. Cependant, il introduit une forme de DR, ici direct. Ce verbe est accepté par la plupart des auteurs comme pouvant introduire une séquence

rapportée. Puisque nous trouvons dans notre corpus des *inquits* particuliers, comme nous allons en discuter maintenant, nous nous attacherons à qualifier les *pratiques* des participants, et n'adopterons pas une démarche de tests en particulier pour déterminer si oui ou non un verbe est qualifiable de verbe de parole. Pour plus de commodité, nous analyserons donc tous les verbes introducteurs de séquences rapportées comme appartenant à un *inquit*. Soulignons cependant que face à cette considération, Sylvie Hanote propose la dénomination d'*indices de frayage*, en précisant par ailleurs que « c'est l'énoncé de discours rapporté lui-même qui permet la construction de l'occurrence de parole dans le récit » (2004 : 548), ce qui nous situe dans la veine de sa démarche.

Certains verbes ne font pas débat dans la communauté linguistique quant à la description des verbes de parole. C'est évidemment le cas de dire, verbe par excellence, qui représente la majeure partie de notre corpus (52% des occurrences), et qui est décrit comme « un des verbes les plus utilisés du français » par Anscombe (*ibid.* : 103). Les réunions de relèves infirmières étant des moments professionnels spécifiques, il n'est pas surprenant de voir apparaître des verbes de parole qui leur sont spécifiques. C'est le cas de solliciter (0,006% de notre corpus), reprendre (0,007%% de notre corpus) ou encore poser (0,002% de notre corpus).

Il est très fréquent qu'aucun verbe ne soit utilisé par les locuteurs pour introduire une séquence rapportée. Dans ce cas, ce sont d'autres éléments de balisage que la présence d'un verbe ou d'une subordonnée qui permettent de discriminer ce qui est cité du discours citant. Une partie de ces indices sont d'ordre multimodaux, et nous allons à présent en discuter.

1.2.2. UN BALISAGE MULTIMODAL

Le balisage des séquences de DR à l'oral peut se faire grâce à un balisage mobilisant plusieurs modalités de façon simultanées, entre autres les gestes, le verbal

et la prosodie. En effet, Caillat (2013) observait des regards changeants lors des productions de séquences rapportées, Morel (1996) constatait des variations prosodiques sur la portée et l'*inquit*, Couper-Kuhlen et Klewitz se sont également intéressées à la prosodie et au balisage des séquences de DR (Couper-Kuhlen, 1998; Klewitz & Couper-Kuhlen, 1999), entre autres, et globalement une pluralité d'indices sont disponibles aux participants pour comprendre et faire comprendre aux interlocuteurs qu'ils rapportent un discours. Nous aborderons très rapidement des aspects prosodiques et gestuels qui se sont révélés importants pour notre travail, tant dans les analyses que dans notre propre discrimination de ce qui relevait d'un discours citant de ce qui était un propos cité.

La prosodie, de façon très fréquente et spontanée, se trouve modifiée par l'usage de DR. L'élément le plus saillant est une hausse de la fréquence intonative du locuteur au moment où il rapporte les propos d'un tiers. Cependant, il ne s'agit pas là de la seule variation observable en ce qui concerne la qualité de la voix d'un locuteur produisant une séquence de DR. En effet, les participants peuvent également faire varier leur timbre de voix, leurs accents, le débit de parole, etc. (voir par exemple Couper-Kuhlen, 1996). Certains de ces fonctionnements peuvent être de l'ordre du pseudo-mimétique (où le locuteur représente à la fois le discours et la manière de produire ce dernier), ou simplement d'ordre balisant (e.g. aux DR dont l'énonciateur rapporté est fictif). Rosier nous indique à ce propos :

« imiter un interlocuteur à l'oral s'appuie généralement sur des traits stéréotypés et sur une exagération de certaines particularités phonatoires (reprendre le roulement de *rrr*, un zozotement, un accent marqué) » (2008 : 21)

Un autre élément à souligner est la gestuelle adoptée par le locuteur rapportant. En effet, nous trouvons des variations dans sa gestuelle, et de façon plus générale dans ses postures, mimiques, etc. Une nouvelle fois, ces variations sont de l'ordre de la pseudo-mimétique, ou non. Dans tous les cas, cette différence *peut* exister, et il s'agit

d'un outil relativement performant pour montrer aux autres participants que l'on représente un propos.

Cependant, comme l'indique Caillat (2013), il s'agit là d'éléments qui fonctionnent en réseau, et pour lesquels l'activation n'est pas systématique. Il existe même des séquences qui ne sont pas balisées à proprement parler, et où les participants doivent inférer de ce qui constitue le DR au sein de la conversation. Pour parvenir à discriminer les propos rapportés des propos rapportant, les interactants sont alors amenés à s'appuyer sur le *contexte* plus que sur le *cotexte*, et plus particulièrement sur les aspects pragmatiques et sémantiques des discours tenus.

1.2.3. UN BALISAGE CONTEXTUEL

Sans variation gestuelle, prosodique ou grammaticale, les participants peuvent s'appuyer sur ce qui entoure le propos, et leurs propres savoirs et inférences. Voyons quelques extraits de notre corpus où c'est le cas.

« j'ai envie d` fumer un GROS pétard là maintenant » (S3_14H)

Dans cet extrait, le soignant rapporte les propos du patient, sans qu'il n'y ait d'indication particulière aux niveaux syntaxiques, gestuels et prosodiques. En effet, il s'agit d'une séquence de rires (que nous analyserons par ailleurs en 8.2.3.), lors de laquelle le locuteur rapporte les propos d'un patient. Les inférences produites par les autres participants viennent justement du contenu sémantique du propos : il paraît évident qu'en réunion professionnelle, un participant n'indique pas de la sorte une réelle envie de fumer du cannabis. Dès lors, puisqu'il est question dans la séquence complète des envies de psychotropes du patient dont il est question, alors les autres interactants peuvent eux-mêmes reconstruire le caractère rapporté du discours de leur collègue.

« et euh:: oui un peu: j'entends du bruit oui c'est normal » (S3_6H)

Une nouvelle fois, l'aspect pragmatique et sémantique des propos rapportés permettent de considérer cette séquence comme étant rapportée. Nous trouvons deux DR, avec deux énonciateurs rapportés différents dans cet exemple : la séparation entre les deux n'est marquée ni gestuellement, ni prosodiquement, ni syntaxiquement, mais bien par l'usage du « oui », et de la logique conversationnelle. La soignante est en train de décrire le fait qu'un patient a entendu une alarme incendie durant la nuit, elle représente donc à sa collègue une partie de leur conversation. Le caractère rapporté du propos est de nouveau reconstruit par inférence sur le contexte, plutôt que sur d'autres aspects.

Le balisage des séquences rapportées est donc profondément multifactoriel. Nous nous sommes attachés dans ce travail à traiter chacun de ces aspects, afin de pouvoir au mieux saisir la réalité des DR dans notre corpus, et les étudier de façon rigoureuse. Cependant, nous nous situons dans une perspective conversationnaliste. Dès lors, c'est bien au caractère interactionnel de l'usage de DR que nous nous intéressons, et c'est à présent ce que nous allons décrire.

1.3. UN ÉVÉNEMENT CONVERSATIONNEL

Plus qu'un événement syntaxique, le DR joue un rôle dans la conversation. Rapporter les propos d'un tiers, c'est lui donner une voix, et donner une place, un rôle à ces propos étrangers au cadre interactionnel. Nous aborderons quelques points en lien avec la conversation dans cette sous-section, en l'occurrence le rapport qu'entretiennent les séquences de DR avec les récits en interactions, puis nous nous pencherons sur la prise en charge énonciative inhérente à ce genre de format, avant de discuter des portées argumentatives que peuvent avoir les propos rapportés dans la conversation. Dans le cadre de notre travail, ces trois aspects seront assez longuement discutés, dans le sens où les soignants produisent de nombreux récits appuyés par des DR, gèrent les différents énonciateurs qu'ils rapportent selon les

orientations qu'ils leur donnent en ce qui concerne la prise en charge énonciative, et argumentent de façon très régulière en représentant le discours d'un tiers énonciatif.

1.3.1. LE RÉCIT

Le récit dans l'interaction a été théorisé par Labov (1972), qui le définit comme une succession de propositions syntaxiques qui suivent le même déroulé que l'événement raconté :

« *we define narrative as one method of recapitulating past experience by matching a verbal sequence of clauses to the sequence of events which (it is inferred) actually occurred* »
(*ibid.* : 359-360).

À partir de cette définition minimale, nous pouvons signifier un lien étroit entre DR et récit. En effet, puisqu'une activité narrative consiste à raconter une expérience vécue en suivant une logique temporelle similaire entre l'événement raconté et le discours qui le représente, alors le DR est, *de facto*, un récit, la plupart du temps. Comme nous l'avons vu dans la section précédente, le DR est un événement balisé, et selon ce balisage, la succession des propositions pourra bel et bien suivre un déroulé logique correspondant à la situation dans laquelle le discours d'origine a été tenu.

En ce qui concerne le balisage contextuel, les participants pourront expliciter la situation dans laquelle ils étaient au moment de la formulation du discours d'origine, comme dans l'extrait suivant (les différences propositions principales sont séparées par le symbole suivant « || », les propositions subordonnées sont quant à elles distinguées par « | ») :

EXTRAIT 1 (LEBRUN S1 6 HEURES)

1 COU euh monsieur lebrun euh:: qui a pas mal déambulé hier après-midi:/
2 (0.4) || et puis après il est venu là dans le bureau s'installer
3 pour discuter: euh:: || il disait | que (0.5) qu'il avait assez

Analysis, édité par de Fina et Georgakopoulou (2015), présentant un état des lieux très construit dans les recherches autour du récit. Ses liens avec le DR, notamment dans une perspective conversationnaliste, ont également été abordés de façon conséquente. Par exemple, Griswold (2016) a montré comment, dans le cadre d'un récit, l'usage de DRD tendait à mettre une emphase sur le locuteur représenté, et celui du DRI sur l'action ou l'événement corrélé au discours tenu en première instance. Galatolo (2006), et Galatolo et Mizzau (2005) ont déterminé que l'usage du DRD, dans la construction d'une narration pour fournir un témoignage auprès de la justice, représentait une manière de souligner le point de vue du locuteur rapportant d'un point de vue multimodal. Holt (1996 : 236) précise également que le DRD représente un outil à la fois économique et efficace dans la construction d'une narration, du fait qu'il évite aux participants de résumer ou d'explicitier certains aspects, et par conséquent de donner une forme d'objectivité aux discours rapportés dans le cadre d'un récit. Holt et Clift (2007 : 2) ont également montré que les DR se produisaient souvent au *climax* de la narration, c'est-à-dire son point culminant.

Dans notre travail, nous nous intéresserons aux liens entre narration et formes de DR, ainsi qu'aux effets de plainte qui ont déjà été montrés par le passé (Heinemann & Traverso, 2009 ; Stokoe & Edwards, 2007), que nous rapprocherons du *positioning*, c'est-à-dire la construction active d'une identité au travers du discours (Bamberg, 1997a, 1997b ; Deppermann, 2015, *inter alia*). En effet, les participants relatant des récits par le biais du DR positionnent également les individus dont ils rapportent les propos. Cette notion fait également écho aux savoirs manifestés en interaction, dont nous parlerons plus longuement en 2.2. Ainsi, en analysant le lien entre narration et DR, en spécifiant les positions que font assumer les participants aux locuteurs rapportés, nous tenterons d'explicitier l'usage de cette forme syntaxique dans les relèves en psychiatrie, et comment, par ses formes et fonctions, les différents soignants se construisent une identité individuelle, distinguée de celle des patients, et également une identité collective d'équipe de soins au service de sa patientèle.

1.3.2. LA PRISE EN CHARGE ÉNONCIATIVE

En rapportant les propos d'un tiers, un locuteur fait émerger une forme de prise en charge énonciative. En effet, le sujet parlant donne de la voix aux énonciateurs qu'il rapporte, mais la responsabilité de la primo formulation incombe à ces derniers. La prise en charge peut être considérée selon deux aspects. D'une part, le locuteur prend en charge le rapport des paroles de l'énonciateur : il est responsable de leur restitution, plus ou moins fidèle. D'autre part (et c'est ce qui nous intéresse le plus), ce même locuteur peut faire assumer à l'énonciateur rapporté les propos qu'il lui attribue.

Cette responsabilité relative est à envisager comme un *continuum* : certains invariants sont présents (e.g. le fait que le locuteur soit responsable du rapport des propos), mais dans un degré différent, comme lorsque le propos est signalé comme n'étant pas précis. C'est le cas dans :

GIL *il a- il disait à l'équipe de nuit* alors\ l'équipe de nuit le trouvait pas forcément authentique/ mais que en gros *s'ils lui donnaient pas le salon:/ il pou- il serait capab` de faire une connerie/ et de se foutre en l'air* (S1_9h)

GIL produit une séquence de DRI qu'elle attribue à « l'équipe de nuit ». Il s'agit d'un DR avec une pseudo-mimétique peu marquée, et ce fait est appuyé par le commentaire qu'en fait GIL à la ligne 2 : « en gros ». Ce faisant, elle se déresponsabilise de la juste reproduction des propos, mais spécifie qu'elle en retire les informations importantes. Elle réduit donc sa part de responsabilité, et attribue à l'énonciateur représenté une double responsabilité : de représenter justement les propos du patient, et de tenir ceux qu'elle-même rapporte en substance.

Nous trouvons également la dynamique inverse dans l'exemple suivant, où PAC accentue la responsabilité qui lui incombe quant au bon rapport des propos initialement tenus :

PAC *il m'a dit qu'il fallait à tout/ prix faire quelqu` chose pour: monsieur moreno* parce que *je cite il allait l'éclater* (S1_9h)

Dans cet exemple, PAC signale de façon très claire qu'elle cite les mots du patient (« je cite il allait l'éclater »). Cependant, nous avons une séquence de DRI. Nous sommes donc là à un point de tension entre les différentes responsabilités en jeu. L'infirmière, par l'usage d'une modalité indirecte, ne prend pas en charge une pseudo-mimétique forte, jusqu'à ce qu'elle précise qu'il s'agit des mots du soigné. Alors, elle lui fait porter la responsabilité de l'usage du verbe « éclater », et se responsabilise de la bonne reproduction de ce dernier. Bien entendu, nous observons un lien fort entre format grammatical des DR et responsabilité : plus le DR sera pseudo-mimétique, plus le locuteur représentant est responsable de la véridiction des propos, et de leur adéquation entre le DR et le discours formulé initialement.

Certains auteurs apportent un aspect supplémentaire à la responsabilité dans les DR, à savoir le *droit de rapporter (entitlement)*. En l'occurrence, il s'agit plus ou moins de la responsabilité critiquable du locuteur rapportant quant à sa légitimité à rapporter des propos. Par exemple, Shuman, en étudiant des conversations entre adolescents, a vu et montré en quoi la dimension expérientielle était valorisée dans le cadre de l'usage du DR : « *entitlement concerns ownership of experiences and the right to represent those experiences* » (Shuman, 1993 : 156-157). Cet aspect relatif à l'expérience sera particulièrement représenté dans nos données.

Nous garderons à l'esprit, concernant la prise en charge énonciative, que plusieurs enjeux sont repérables. Premièrement, le locuteur prend en charge la restitution du propos, et la gestion des modifications qui sont appliquées. Il négocie également la part de responsabilité de l'énonciateur qu'il représente, notamment dans les formats de DR utilisés (le contenu d'un DRD sera produit comme étant pris en charge par l'énonciateur rapporté). Enfin, une notion d'expérience est à garder à l'esprit : prendre la responsabilité de rapporter un discours équivaut à faire valoir son droit à le faire, et donc mettre potentiellement en valeur sa présence au moment de la formulation en première instance.

1.3.3. L'ARGUMENTATION

Pour parler d'argumentation en tant que telle, nous devons nous orienter vers une approche dite énonciative, appliquée à nos données écologiques. Beaucoup d'auteurs définissent l'argumentation comme une forme de réponse à des désaccords ou des conflits (Doury, 2004, 2016 ; Jacquin, 2015, 2017 ; Mondada, 2004 ; Traverso, 2004, *inter alia*), en précisant parfois même qu'il s'agit là d'une façon d'appréhender l'argumentation dans des conversations ordinaires. Cependant, nous choisissons de ne pas nous inscrire dans cette approche. En effet, nous revenons aux origines des procédés argumentatifs, de l'ordre de la rhétorique, qui nous amènent à penser l'argumentation comme un procédé mené pour convaincre ou persuader. En effet, dans nos données le désaccord n'est pas forcément montré par les participants, et nous n'avons pas les compétences en terme de santé pour juger de l'existence d'un potentiel désaccord ou non. L'argumentation, pour les soignants, consistera la plupart du temps à étayer leur discours pour en appuyer le poids.

Dès lors, le lien avec le DR se fait naturellement. Comme l'indiquent certains auteurs travaillant sur des phénomènes de narration, de reconstitution conversationnelle de séquences passés, ou de DR (Holt, 1996 ; Sidnell, 2006), une corrélation existe entre argumentation par « preuve » et pseudo-mimétique. Puisqu'un effet d'objectivité est produit lorsqu'un participant utilise une séquence de DRD, alors ce même effet peut être sélectionné par le locuteur pour appuyer son propos d'origine, tout comme les aspects mimo-posturo-gestuels ou prosodiques propres à la situation décrite et représentée. En s'intéressant de plus près aux aspects de reproduction de phénomènes para verbaux dans le cadre de l'usage du DR (qu'il s'agisse de manifestations prosodiques, gestuelles, etc.), nous pouvons également lier les séquences rapportées à la contextualisation. Plus qu'une recontextualisation verbale, les locuteurs rapportant des propos donnent souvent à voir aux autres participants toute une situation. Gumperz, en travaillant sur la contextualisation, explique par ailleurs que contextualiser en conversation « repose sur des indices opérant sur les niveaux suivant de la production de la parole : 1. Prosodie [...] 2. Signes

paralinguistiques de tempo, pauses et hésitations [...] 3. Choix de code [...] 4. Choix de formes lexicales ou de locutions » (1991 : 231). Or, comme nous l'avons déjà vu, l'intégralité des indices dont parle l'auteur peuvent être mobilisés dans le cadre d'une séquence de DR. Concernant la prosodie, les travaux de Morel ou Couper-Kuhlen en attestent, entre autres (Couper-Kuhlen, 1998, 2015 ; Klewitz & Couper-Kuhlen, 1999 ; Morel, 1996 ; Morel & Danon-Boileau, 1998). Les autres indices sont quant à eux mobilisés dans des situations où les locuteurs tendent vers une pseudo-mimétique forte (ils pourront alors mimer les tempo, pauses, hésitations, reprendre des variations de code, ou imiter des particularités lexicales repérées dans l'usage de l'énonciateur qu'ils rapportent).

Il s'avère que Gumperz traite la contextualisation comme intrinsèquement liée à l'interprétation des propos. Ainsi, s'il est déjà évident que l'interprétation par la contextualisation d'un DR concerne la reconnaissance de cette séquence comme étant rapportée, comme d'autres l'auteurs l'ont montré (Günthner, 1999, par exemple) les indices (dont parle Gumperz) liés aux usages des DR peuvent également faire montre d'un positionnement de la part du locuteur qui rapporte vis-à-vis des propos tenus en première instance. L'interprétation étant donc plurielle, nous sommes à même de postuler que l'usage d'un DR peut faire office d'argument, tant dans la relation que montre le locuteur avec les propos qu'il rapporte que dans le contenu sémantique et pragmatique du DR. Un dernier aspect nous intéressant dans ces questions d'argumentation est la séquentialité. En effet, il n'est pas rare dans nos données de trouver des propos qui sont étayés par une ou plusieurs séquences rapportées. Un étayage est alors une forme d'argument appuyant le propos initial, et peut se trouver dans la contextualisation de la séquence toute une série d'indices sur la position du locuteur par rapport aux propos, dont les autres participants peuvent se saisir afin d'inférer sur la logique conversationnelle du locuteur représentant.

1.3.4. LA QUESTION DU DISCOURS *REPRÉSENTÉ*

Nous écrivons, depuis le début de ce travail, « discours rapporté ». Or, notre titre de thèse contient bien le syntagme « discours *représenté* ». Quelle est donc la différence entre les deux postures et théories ?

Dans l'absolu, l'émergence du discours dit représenté, en opposition au traditionnel discours rapporté, vient du fait que les séquences décrites comme relevant du DR ne sont pas nécessairement rapportées. Par là, nous entendons que d'une part elles n'ont pas forcément été produites en première instance (ce qui rend inadéquat le fait de les rapporter au sens strict du terme, puisqu'ils sont formulés pour la première fois). Nous empruntons la dénomination à Fairclough (1988), reprise notamment par Nølke et Olsen (2000), puis par Rabatel (2003) et de très nombreux auteurs francophones. Dans ce travail, nous ne considérerons la distinction entre discours rapporté et représenté que dans nos analyses quantitatives. Une nouvelle fois, nous faisons le choix d'aller vers une conception plus large en ce qui concerne les typologies que nous manipulons, afin de nous concentrer au mieux sur les aspects conversationnels. Nous étudions le discours représenté, mais dans la conversation. L'idée n'est pas de décrire les productions rapportées en tant que telles, mais bien le lien qui existe entre ce format particulier et l'activité de mutualisation en cours dans nos données.

CONCLUSION DE CHAPITRE

Pour résumer, nous nous intéressons à des formes d'hétérogénéité énonciative dans les interactions, et leurs implications dans l'activité sociale qui se déroule. Notre volonté est de distinguer deux modalités d'analyse des occurrences de DR. Une première, dans une perspective quantitative, appréhendera le phénomène dans une granularité assez fine : nous discriminerons alors DRD, DRI, DRIL, DRDL et DN en ce qui concerne la syntaxe des séquences, ainsi que l'acception dudit DR comme étant

rapporté ou représenté. Une deuxième, dans une perspective qualitative, consistera en une forme allégée des typologies qui tendent à se diversifier dans la littérature francophone, pour ne conserver que trois grandes catégories : les discours rapportés *directs* et *indirects*, qui sont par ailleurs représentés dans la littérature anglophone, et le *discours narrativisé*, dont l'origine est certes inscrite dans une dimension plus littéraire qu'orale, mais qui se trouve être dans une dynamique similaires aux phénomènes de DR plus traditionnellement étudiés dans une perspective interactionniste.

Nous considérerons autant les aspects syntaxiques (c'est-à-dire la présence ou non de subordonnant, de variations en termes de déictiques et en temps verbaux) que des aspects de balisage (qui se révèlent être, comme nous l'avons vu, profondément multifactoriels et multimodaux) et des aspects conversationnels, tels que la production de récits dans la conversation, la prise en charge énonciative qui découle de la représentation de propos d'un tiers, et enfin les différentes modalités argumentatives qui peuvent se jouer dans l'usage de DR. Cependant, nous n'analyserons pas l'objet que constituent les séquences rapportées en tant que telles.

Enfin, en ce qui concerne les aspects qualitatifs de notre travail, nous utiliserons de façon synonymique les termes de discours rapportés et représentés. En effet, lorsque le DR sera effectivement représenté, nous nous pencherons de façon détaillée sur les causes qui le font entrer dans cette catégorie, et non pas sur la conséquence (l'appartenance en tant que telle à la classification).

CHAPITRE 2

LA CONVERSATION EN SITUATION PROFESSIONNELLE

Les situations d'énonciation influencent grandement le déroulement des conversations, notamment dans leur cadre participatif (Goffman, 1973). Nous pouvons considérer des aspects propres à la conversation ordinaire, tout comme des aspects spécifiques à certains contextes. Dans notre cas, puisque le corpus d'étude est constitué de réunions professionnelles, nous allons dans ce chapitre nous attarder sur quelques points clés relevant de ce type de format énonciatif, notamment les courants théoriques utiles à son analyse et dans lesquels nous nous inscrivons, les particularités de notre objet d'étude (le DR) au regard de l'analyse conversationnelle, et nous porterons finalement un regard détaillé sur les manifestations de la subjectivité et l'intersubjectivité dans les conversations en situation professionnelle.

2.1. L'ANALYSE CONVERSATIONNELLE

Issue de l'ethnométhodologie (désormais EM) et des travaux de Garfinkel, le point d'ancrage de ce courant est de considérer le langage – et de façon plus située les conversations – comme une manifestation d'une situation sociale donnée. Ainsi, l'analyse conversationnelle (désormais AC) reprend la démarche de l'EM, en cherchant à étudier l'action sociale. Qu'elle soit langagière ou non, il s'agit de décrire et d'analyser l'émergence, le déroulement et la performance d'une action donnée. L'AC peut ainsi être décrite de façon englobante par « *What do we do when we talk?* » (Hutchby & Wooffitt, 1998 : 1).

L'analyse des données *in situ* est un des points clés de l'AC. En effet, elle se distingue d'autres disciplines dans l'importance capitale accordée à des données le plus écologiques possibles, c'est-à-dire qui pourraient advenir naturellement, sans un apport quelconque d'un chercheur. L'importance du corpus, qui est transversale aux sciences humaines et sociales (Benzitoun & Rebuschi, 2021), est ici fondamentale. Dans ses débuts, la recherche en AC se faisait à l'aide d'enregistrements audios, et la technologie évoluant et permettant d'installer des caméras à moindre coût (humain et financier) tout en perturbant moins les personnes enregistrées (les caméras ayant grandement diminué en taille), les analyses se produisent aujourd'hui sur des données audiovisuelles.

Si cette considération sur les données paraît aujourd'hui aller de soi, ce n'était pas le cas il y a quelques décennies. « On est passé des exemples notés à la volée, sans aucun enregistrement et donc sans aucune garantie quant à la précision de la notation, à des enregistrements » (Mondada, 2008 : 884). Le travail sur enregistrements a également amené les chercheurs en AC à développer de nouveaux modes de transcription, afin de « figer » sur le papier des éléments se déroulant temporellement : “*the preparation of data for analysis involves detailed transcription in order to facilitate the analysis of the details of turns and sequences*” (Sidnell & Stivers, 2012 : 2). Ainsi, les accélérations, chevauchements, baisses du volume de la voix ont été pris en compte dès les premières conventions de transcriptions de Jefferson (Hepburn & Bolden, 2012 ; Jefferson, 2004), puis plus tard les gestes, regards, et postures ont été ajoutés aux modalités transcrites, notamment par les conventions de Mondada (2018). L'ensemble de ces éléments sont finalement devenus accessibles à la recherche par le biais des récoltes de données vidéo, puis des transcriptions, qui vont toujours aujourd'hui vers une granularité de plus en plus fine, afin d'aborder le cadre complet de l'interaction et de pouvoir l'analyser. Notons cependant que, comme le spécifie de Stefani (2007), l'intérêt pour les gestes et regards était préalable aux enregistrements. Cependant, avec les progrès technologiques, nous observons une accentuation des analyses multimodales.

Certains concepts de l'AC sont directement repris de l'EM, comme pour les notions d'*indexicalité*, d'*accountability* ou encore d'*intersubjectivité*. Nous aborderons plus en détail les deux derniers concepts en 2.3., mais de façon globale et rapide il s'agit pour les participants de rendre leurs actions intelligibles, compréhensibles et faisant partie d'un ensemble plus grand. En ce qui concerne l'indexicalité, on considère que les diverses actions des participants ne sont compréhensibles qu'au travers d'une situation donnée, selon un degré plus ou moins important. Par exemple, le référent des déictiques varie selon le lieu, le locuteur, la temporalité (« je » *hic et nunc* est fondamentalement différent de « je » dans un autre cadre). Dans notre cas, l'indexicalité revêt au moins deux intérêts : d'une part on peut observer une variation référentielle des déictiques dans les séquences de DR, et comme nous le verrons dans le troisième chapitre, la séquentialité des relèves infirmières donne aux conversations une indexicalité très forte.

L'apparition de l'AC en tant que champ émerge dans les cours de Harvey Sacks à l'université de Californie, puis dans une étude poussée de la séquentialité des conversations, de Sacks Schegloff et Jefferson (1974). Les auteurs ont ainsi considéré en quoi les diverses prises de paroles étaient régies par un mode de production donné, qui est le suivant :

- Les différentes prises de paroles sont caractérisées selon un système de *turns* (*tours de parole*).
- Locuteur 1 a la parole. Ses productions verbales sont séquençables en *Turn-Construction Units* (TCU), qui peuvent se finir par un *Transition-Relevant Place* (TRP).
- Lorsque le discours de Locuteur 1 atteint un TRP, les autres participants à la conversation peuvent prendre la parole, qu'ils s'auto-désignent ou soient

hétéro-désignés, c'est-à-dire que la parole leur soit donnée par locuteur 1, de façon verbale ou gestuelle (notamment via les regards).

- Si personne ne prend la parole, ou si les productions relèvent de continueurs du discours, Locuteur 1 reprend, et produit d'autres TCU.

Nous trouvons dans notre corpus :

EXTRAIT 3 (CÉSAR S4 9 HEURES)

1 IVA c`qu'on f`sait à chaque fois c'est qu'à sept heures on lui donnait
2 son traitement et on venait après sept heures et demie pour le: pour
3 le p`tit dej\
4 (0.3)
5 LIM d'accord
6 IVA bon finalement ça permettait de se poser

Dans cet extrait, IVA a la parole lignes 1-3 et produit un TCU. A la fin de son tour, on peut noter la présence d'un TRP, par la présence de la pause ainsi que l'intonation descendante (Selting, 2000). LIM produit alors un continueur ligne 5, et IVA poursuit avec un autre tour ligne 6.

Cette *machinerie des tours de parole*, montre une forme d'organisation sociale sous-jacente à la conversation : une suite de micro-événements (potentiellement multimodaux) entraîne une *action sociale* donnée, celle de coconstruire une interaction, qui est considérable comme faisant partie d'un tout plus englobant, celui de la conversation. À l'image de la machinerie, d'autres éléments fondamentaux de l'AC sont mobilisés en quasi-permanence dans les analyses. On peut penser aux paires adjacentes, lors desquels un locuteur 1, en produisant un certain type d'énoncé, en appellera un second. Si la plupart de ces paires sont constituées de questions-réponses, ce n'est pas toujours le cas. On peut penser aux co-constructions d'énoncés, aux requêtes ou aux offres. Dans notre corpus, on peut trouver :

EXTRAIT 4 (CÉSAR S2 9 HEURES)

GAL ah i` refuse/ —————> Première partie de paire adjacente : *question*
 (0.3)
LIM oui i` refusait\ —————> Deuxième partie de paire adjacente : *réponse*

Bien évidemment, beaucoup de chemin a été parcouru depuis les travaux de Sacks, Schegloff et Jefferson. Aujourd'hui, un grand nombre de phénomènes sociaux sont pris en compte dans l'AC, comme pour les dimensions multimodales, c'est-à-dire lorsque l'action sociale ne se définit plus comme relevant d'une seule modalité, mais comme une combinatoire de plusieurs. De façon prototypique, on parlera de multimodalité lors des analyses couplant verbal et gestuel, mais également lorsqu'en complément du verbal sera pris en compte n'importe quelle autre modalité de production de l'action sociale.

Ainsi, nous pensons aux travaux sur les artefacts et objets mobilisés en interaction, comme avec les écrans (Ursi & Baldauf-Quilliatre, 2021), aux études sur les phénomènes de pointages (Kendon, 2004 ; Kita, 2003 ; Mondada, 2014), de regards (Kendon, 1967 ; Kendon & Cook, 1969), de postures (Goodwin, 2007), ou encore aux manifestations prosodiques (Couper-Kuhlen, 2015). Dans notre corpus, ces différents phénomènes et artefacts sont représentés, les relèves pouvant s'appuyer sur une vidéo-projection.

L'AC a donc un ancrage très fort situé entre les sciences du langage et la sociologie. Dans notre cas, ces concepts nous paraissent éminemment intéressants pour aborder un corpus enregistré dans un cadre professionnel, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une profession aussi particulière que celle des soignants en psychiatrie. En effet, l'aspect social du soin en santé mentale est caractérisé par beaucoup de facteurs, le plus probant étant sûrement celui du soin relationnel. Puisque la démarche soignante se veut basée sur la relation thérapeute-patient, mais que ce lien se veut majoritairement unilatéral (du soignant vers le patient), la relève infirmière, qui constitue notre corpus, est à la croisée entre le soin et l'humanité des soignants, dans

le sens où on peut trouver des occurrences d'émulation émotionnelle ou de décompensation au contact des dires du patient, représentés sous forme de DR.

2.1.1. LE DR EN AC

Traditionnellement parlant, à l'image de beaucoup de travaux en linguistique, le DR a été analysé sur la base de l'écrit, ou par des procédés d'élicitation (voir chapitre 1). Le DR, considéré comme une action énonciative se produisant dans des contextes naturels, a également été étudié dans le champ de l'AC. Certains travaux ont porté sur les réalisations prosodiques (Couper-Kuhlen, 1998, 2015 ; Klewitz & Couper-Kuhlen, 1999), lorsque d'autres se sont attachés à décrire la gestualité ou les regards concomitants aux séquences de DR (Sidnell, 2006), ou encore la séquentialité et la formation des structures (Holt & Clift, 2007).

Holt et Clift déterminent que les travaux se concentrent sur trois points concernant le DR : ses formes, son authenticité et ses fonctions.

“it is nonetheless possible to identify three central concerns in the literature: that with forms of reported speech; with its authenticity, and with what it does” (ibid. : 3)

Si le premier et le dernier point sont importants dans notre travail, nous ne considérerons pas l'authenticité des formes : les différents profils de soignants présents aux réunions ne sont pas nécessairement en mesure de déterminer l'authenticité des propos rapportés, selon qu'ils aient été présents au moment de leur énonciation ou non. Dès lors, nous postulons que chaque DR produit est authentique lorsque sa forme le sous-entend (c'est-à-dire lorsque l'utilisation du DR ne relève pas d'un procédé comique, et que le cotexte tend vers la véracité des propos rapportés).

En ce qui concerne les formes du DR, nous avons déjà abordé notre orientation théorique dans le premier chapitre. Les fonctions, quant-à-elles, nous intéressent concernant de multiples aspects. Tout d'abord parce que nous partons du principe que

la fonction d'une forme est liée à son contexte d'apparition, ce qui la précède et ce qui la suit (Sacks *et al.*, 1974). Tenir compte de la fonction d'une séquence de DR, c'est donc également porter un regard sur la séquentialité des conversations, tout comme leurs contextes de productions sociaux. Les travaux menés en AC montrent également une très forte diversité des situations dans lesquelles le DR peut être produit. On peut noter des travaux analysant des séquences de DR dans un cadre juridique (Galatolo, 2006, 2015 ; Stokoe & Edwards, 2007), dans les conversations ordinaires (Berger & Pekarek Doehler, 2015), dans la réhabilitation (Juhila *et al.*, 2014) ou encore dans les productions télévisées (Hutchby, 2019). Ces contextes pluriels montrent que l'utilisation de propos rapportés est un phénomène courant et multilingue (Betz, 2013 ; Kim, 2015 ; Nguyen, 2015 ; Wu, 2016). Le DR se veut alors être un phénomène usuel et complexe, adoptant des formes variées, avec des objectifs multiples, mais au cœur duquel se situe toujours la pluralité énonciative, et l'existence au sein d'un discours plusieurs voix.

Cette pluralité des voix a par ailleurs été étudiée depuis de nombreuses années, bien avant l'origine de l'AC. Nous pouvons discuter de l'émergence des courants polyphoniques et dialogiques, introduits par Bakhtine (1970), et repris respectivement par Ducrot (1984), ou la scapoline (Nølke *et al.*, 2005) en ce qui concerne la polyphonie ; et par la praxématique pour le dialogisme (Bres & Verine, 2002). Ce qui nous intéresse dans cette démarche est la considération de l'existence d'un feuilleté énonciatif, dans lequel plusieurs voix se superposent au sein d'un même discours. En AC, cette pluralité des voix a été traitée, notamment en se questionnant sur les rôles interactionnels propres aux participants qui produisent une séquence de DR, et aux locuteurs dont le discours est rapporté. Cependant, comme le souligne Holt (2007), il ne s'agit pas là d'un facteur réellement pris en compte par les interlocuteurs. Dès lors, si nous distinguons bien locuteur citant du locuteur cité, nous n'entrerons pas dans des considérations aussi pointues que dans les démarches polyphoniques ou dialogiques.

L'AC, en étudiant le DR, a tendance à prendre en compte plutôt d'autres facteurs : l'influence des propos rapportés sur la séquentialité (Holt, 2017 ; Johansson, 2002 ; Siromaa, 2005), la construction de l'action grâce aux séquences de DR

(Benwell, 2012 ; Furukawa, 2015 ; Speer, 2011), ou encore les différentes formes d'*accountability* et d'*enactments* que l'on peut repérer (Good, 2015), entre autres. En effet, puisque le DR fait partie d'un ensemble conversationnel, on peut observer des mécaniques similaires aux autres formes de discours. Considérer un objet conversationnel particulier au regard de la conversation en tant que telle étant une démarche très régulière en AC, nous nous attacherons à en étudier la séquentialité, les phénomènes d'alignements et désalignements, les accords et désaccords et le rapport entre TCU et DR. Nous trouvons dans notre corpus :

EXTRAIT 5 (CÉSAR S3 9 HEURES)

1 LIM ah mais il est contenu fois quatre en c i/
2 PAC contenu fois quatre\ et puis c'est bien nécessaire/ hein\
3 (0.4)
4 LIM °d'accord°
5 (1.1)
6 PAC euh:: là ce matin alors lui i` dit que tout va bien dans le meilleur
7 des mon:des euh:::

Dans cet extrait, nous observons un dialogue entre deux soignantes, LIM et PAC. Ligne 1, LIM demande confirmation à PAC d'une information précédemment introduite (hors extrait), à savoir le fait que le patient est contenu en chambre d'isolement « fois quatre ». Ligne 2, PAC confirme, et ajoute une information. S'en suivent des pauses (lignes 3 et 5) entrecoupées d'un continueur de la part de LIM, ayant obtenu confirmation ligne 2. Les lignes 3 à 5 relèvent ainsi de mécaniques séquentielles, étant donné la prosodie de la fin de tour de PAC ligne 2 et les pauses (Selting, 2000). Puisque LIM ne produit qu'un continueur et qu'une pause longue est présente ligne 5, PAC reprend la parole en produisant une séquence de DR (en bleu, lignes 6-7). Séquentiellement parlant, nous constatons donc que ces formats de productions peuvent être utiles en cas de nouveau tour d'un locuteur suite à un TRP sans sélection d'un autre participant. En ce qui concerne les phénomènes de désaccord, nous trouvons :

n'était pas au courant d'événements indésirables graves qui s'étaient produits dans l'unité en rapport avec lui. LIM réagit ligne 5, en demandant confirmation, ce à quoi PAC répond par l'affirmation ligne 6. A partir des lignes 8-9, la situation se complexifie : PAC se désaligne de la requête de LIM ligne 2, en chevauchement avec FAL qui, pour sa part, répond à la demande de LIM. Comme nous l'observons dans la suite de l'extrait, PAC poursuit de rapporter la discussion qu'elle a eu avec la mère du patient (« ben moi elle m'a dit » ligne 11 et suivantes), alors que FAL précise qu'il a eu la mère au téléphone le vendredi (et qu'il l'a donc mise au courant de la tournure des événements « je l'ai eue au téléphone vendredi soir » lignes 12-13). Par ailleurs, ce désalignement est d'autant plus manifesté par un réel schisme : PAC poursuit ses explications ligne 14, et en chevauchement, LIM demande confirmation à FAL (« vendredi soir ? » ligne 15). Deux cadres interactionnels sont alors simultanés, l'un entre FAL et LIM, et l'autre dans lequel s'inscrit PAC. Ce qui nous intéresse vis à vis du DR, c'est la production d'un *inquit* juste avant le chevauchement qui introduit le schisme, et caractérise le désalignement : nous verrons dans nos analyses que les DR sont traités par les soignants comme des ressources informationnelles importantes, et pourtant la transmission de l'information à la mère prend le dessus sur la conversation qu'elle a eu avec PAC.

Certains travaux ont déjà abordé le sujet du DR dans le cadre des réunions de relèves dans les soins (Bangerter *et al.*, 2011). Les auteurs ont ainsi étudié l'usage du DRD dans le cadre de séquences de narrations, notamment du point de vue du contenu rapporté, et des sources citées. Ce faisant, plusieurs conclusions ont été tirées : le DRD, dans ces situations de production particulières, démontre une pluralité des contenus. La relève n'est plus seulement de la transmission d'informations pures, mais également une forme de mutualisation par la narration. Selon les personnes dont le discours est rapporté, la fonction du DRD sera différente. Par exemple, en s'auto-citant, les soignants peuvent montrer un degré de professionnalisme accru, notamment en ce qui concerne la patience envers les patients parfois difficiles (*ibid.* : 27). Les auteurs ont également porté un regard sur la multimodalité des

séquences de DRD, ce qui leur a permis de discriminer des fonctions différentes selon le locuteur cité. Pour résumer, une étude des séquences de DRD dans le cadre de relèves en utilisant les outils de l'AC permet à la fois de traiter les fonctions multiples du DR, tout comme ses impacts conversationnels, et amène à réfléchir sur le contexte et ses objectifs.

Certains phénomènes conversationnels, proches du DR, nous intéressent particulièrement dans notre étude. En effet, le DR n'est pas le seul phénomène intégrant un discours tiers à sa propre énonciation, et établissant des liens entre les deux instances. Nous pensons notamment aux formulations, répétitions et réparations, et nous allons dès à présent les expliciter.

2.1.2. (RE)FORMULATIONS, RÉPARATIONS, RÉPÉTITIONS

Il convient en premier lieu de désambigüiser les concepts de formulations, reformulations et répétitions. En effet, selon la discipline dans laquelle ces termes s'inscrivent, leur signification diffère, et peut parfois se superposer. Un même élément pourra être analysé comme une reformulation du point de vue de l'analyse du discours et de l'analyse conversationnelle francophones, mais comme une réparation dans une perspective conversationnelle anglophone. Dans notre travail, nous considérerons les réparations et les formulations dans leur acception anglophone, et les répétitions, que nous allons désormais décrire.

Ces phénomènes sont courants dans notre corpus. En ce qui concerne la répétition, il s'agit de redire quelque chose qui a déjà été énoncé, selon un *continuum* de reproduction. Une répétition pourra subir quelques modifications, on parlera alors de répétitions partielles : « les formes de répétitions partielles peuvent se distinguer sur le plan lexical, morphologique et/ou syntaxique » (Ursi *et al.*, 2018). En analyse conversationnelle francophone et en analyse du discours, on envisage qu'une répétition partielle, avec modification, constitue une reformulation.

La formulation, quant-à-elle, correspond à une forme d'explicitation d'un discours pré-énoncé. Garfinkel et Sacks, à l'origine du concept, la décrivent ainsi (1970 : 350) :

“an occasion to describe that conversation, to explain it, or characterize it, or explicate, or translate, or summarize, or furnish the gist of it, or take note of its accordance with rule, or remark on its departure from rules”

Selon les auteurs, il s'agit donc d'un moyen de garantir une certaine intelligibilité dans la conversation, et une forme d'*accountability*. Par la suite, cette notion a été redéfinie par Heritage et Watson, en soulignant trois propriétés intrinsèques au phénomène : préservation, suppression et transformation (1979 : 129). Deppermann en propose une définition basée sur cinq critères : les formulations sont sélectives et aspectuelles ; contingentes ; sont prétendument pertinentes ; riches d'inférences . constructives (2011 : 118, notre traduction). Chernyshova (2018 : 58) envisage la formulation comme une transition du statut implicite vers un statut explicite. Nous pouvons exemplifier ce phénomène dans notre corpus avec l'extrait qui suit :

EXTRAIT 8 (CÉSAR S4 9 HEURES)

PAC la maman n'a pu apporter qu'une **cartouche de cigarettes** parce que
elle expliquait que **c'était hors de prix**
GRI ben quatre-vingts euros euh: la cartouche euh

PAC introduit le coût important d'une cartouche de cigarettes, qui est ensuite explicité par GRI. Il ne s'agit pas d'une réparation du tour précédent, dans la mesure où GRI s'aligne, « hors de prix » étant alors équivalent à « quatre-vingts euros ». Nous concevons les formulations selon ces différents critères définitoires, en conservant l'idée d'une relation entre énoncé pré-formulation et formulation.

Enfin, les réparations nous viennent des travaux de Sacks, Schegloff et Jefferson (1977). Il s'agit de remarquer qu'au cours des conversations, un élément peut être amené à devoir être réparé, afin de réguler un trouble dans l'interaction, et que le processus de réparation relève d'un paradigme donné, constitué de mécaniques

conversationnelles à la disposition des participants. On considère comme réparable toute problématique liée à la conversation, dans ses dimensions de production, de réception et de compréhension. Il s'agit donc d'un ensemble de ressources que les participants ont à leur portée pour s'assurer du bon déroulé de l'interaction, notamment dans une dimension d'*accountability*.

Les répétitions, formulations et réparations sont des phénomènes locaux, c'est-à-dire se produisant dans une temporalité courte, et s'appuyant sur le cotexte proche (en ce qui concerne les formulations, voir Heritage & Watson, 1979 : 159). Enfin, on pourra catégoriser ces phénomènes selon qu'ils sont *initiés* par le locuteur introduisant les propos réparés (auto-initiés) ou par un locuteur tiers (hétéro-initiés). De la même façon, nous distinguons les réparations, répétitions, et formulations selon qu'ils sont *réalisés* par le locuteur introduisant les propos (auto-réparation/formulation/répétition) ou par un locuteur tiers (hétéro-réparation/formulation/répétition). Les répétitions, réparations et formulations sont très courantes dans la conversation, et dans notre cas, peuvent prendre la forme d'un DR. Nous trouvons dans nos données :

EXTRAIT 9 (HORS CORPUS S1 9 HEURES)

CHA où elle a parlé de: (.) beaucoup/ d` choses (0.6) 'fin entamé
 beaucoup d` choses (S1_9h)

CHA produit une auto-réparation auto-initiée. Dans la première partie de tour, antérieure à la pause de 0,6 secondes, elle utilise le verbe « dire », puis suite à cette même pause, elle modifie ses propos en utilisant le terme « entamer ». En l'occurrence, les deux parties de tour sont du DR, les verbes étant – en contexte – des verbes du dire.

Dans certains cas, une réparation pourra entraîner la production d'une séquence de DR. C'est le cas dans :

EXTRAIT 10 (CÉSAR S2 9 HEURES)

GIL elle a tout racheté hein elle a-
 elle me dit j'ai tout acheté mais bon faites attention quand même

Dans cet extrait, nous observons une auto-réparation auto-initiée. En effet, GIL produit à la première ligne « elle a tout racheté » ligne, avant de tronquer son énoncé, puis le réparer en ajoutant une forme de DR, « elle me dit j'ai tout acheté ». Plusieurs éléments distinctifs sont notables : les variations entre DR et discours direct et la présence d'informations complémentaires à la fin de l'extrait « faites attention quand même ». Il est important de signifier ces distinctions dans la mesure où la responsabilité de la véracité des propos n'incombe plus à GIL en ce qui concerne le rachat en lui-même, et la filiation de la requête est clairement établie (« faites attention » provenant de la mère du patient, et non pas de la soignante). Dans l'exemple suivant, nous observons une auto-réparation hétéro-initiée, une hétéro-réparation hétéro-initiée, et une répétition, dans des séquences de DR.

EXTRAIT 11 (CÉSAR S3 9 HEURES)

1 PAC j'ai fait vingt pom:[pes:]
2 BER [des abdos] °j` crois (inaud.)°
3 PAC de quoi/
4 BER des abdos
5 (0.4)
6 PAC euh oui des abdos pardon j'ai fait des abdos: euh

Ligne 1, on trouve la portée d'une séquence de DR produite par PAC, « je » réfère au patient dont les propos sont rapportés. Ligne 2, BER produit une hétéro-réparation hétéro-initiée en chevauchement de l'activité réalisée par le patient, et rapportée par PAC. Ligne 3, à la suite de la réparation ligne 2 de BER, PAC initie une nouvelle réparation en demandant à BER de répéter (« quoi/ »), qui est hétéro-réalisée par cette dernière ligne 4. Ligne 6, PAC effectue à son tour une auto-réparation hétéro-initiée par BER ligne 2 en reprenant son discours, : « ah oui des abdos pardon ». Enfin, PAC produit à cette même ligne une répétition partielle de son discours originel, en remplaçant l'activité premièrement rapportée par celle proposée par BER, suite à quoi l'interaction peut reprendre son cours.

Il convient cependant de préciser que nous n'envisageons pas toutes les répétitions, formulations et réparations comme des séquences de DR : si dans l'absolu

les concepts sont proches (puisque dans les deux cas, un discours pré-énoncé est intégré à un discours actuel), nous portons une considération accrue à l'aspect temporel de l'activité, ainsi qu'à ce qui fait sens pour les participants : une répétition par exemple sera toujours une forme de DR, mais produite et reçue comme répétition avant tout.

2.1.3. LES ÉMOTIONS ET LA CONVERSATION

La question des émotions est épineuse en linguistique, et a été sujette à de nombreux questionnements. En effet, il paraît compliqué de parvenir à aborder le sujet sans tomber dans une forme d'interprétation de la part du chercheur. Par ailleurs, la question des émotions a par le passé été évincée des préoccupations des linguistes, notamment par Sapir (1921 : 40, notre emphase)

*"Desire, purpose, emotion are the personal color of the objective world; they are applied privately by the individual soul and are of relatively little importance to the neighboring one. All this does not mean that volition and emotion are not expressed. They are, strictly speaking, never absent from normal speech, but **their expression is not of a truly linguistic nature.**"*

Nous nous plaçons à l'encontre de ce positionnement, comme la plupart de nos pairs contemporains. Dans certains champs linguistiques, l'analyse des émotions passe par la considération d'un lexique des émotions, et donc des listes, originellement proposées par les philosophes de l'antiquité (Plantin, 2011 : 18). Ces listes permettent de chercher dans les productions des marqueurs d'émotions, mais nous voyons plusieurs problèmes : d'une part, le contexte de production n'est pas à proprement parler pris en compte. Une même forme, selon ce qui précède et ce qui suit, n'aura pas la même signification pour les participants (d'après les principes de l'AC, voir Sacks *et al.*, 1974). Il convient également de dire qu'une multitude d'aspects constituent le langage oral, et les termes employés n'en sont qu'une partie. Chercher

des occurrences lexicales, c'est ne pas tenir compte du contexte, du cotexte ni des manifestations multimodales comme la gestuelle, les regards ou la prosodie.

Goodwin et Goodwin proposent d'examiner les émotions selon l'organisation de l'action sociale. Il s'agit d'une façon, pour le chercheur, d'éviter les problèmes d'interprétation :

*“because participants in conversation display their analysis of prior talk, the sequential organization of conversation provides rigorous, empirical ways of understanding how participants themselves make sense of the talk they are engaged in”
(2000 : 240)*

En analysant des interactions entre enfants, et dans un cadre familial, les auteurs montrent la complémentarité de facteurs multimodaux dans l'analyse des émotions dans la conversation : il s'agit de retrouver ce qui fait sens pour les participants, et de l'associer avec des paramètres verbaux, prosodiques ou gestuels. Les émotions ne sont alors plus perçues comme un phénomène individuel, mais comme un phénomène social (*ibid.* : 253). Dans nos données, nous trouvons :

EXTRAIT 12 (HORS CORPUS S3 9 HEURES)

COU elle voulait: e- elle avait dit ah j'aimerais bien prendre quelque chose euh m'endormir pendant six mois et p`is m` réveiller que tout soit: derrière moi:

Cet exemple est particulièrement intéressant pour comprendre l'intérêt de la démarche conversationnaliste dans l'analyse des émotions. Dans cet extrait, nous ne trouvons pas de lexique émotionnel. Dès lors, en nous contentant d'une analyse lexicale, nous ne pouvons pas postuler qu'il existe un contenu émotif, bien qu'en contexte, on puisse discerner une forme d'émotion dans le DR. Cependant, en considérant les autres facteurs abordés par Goodwin et Goodwin, nous pouvons regarder le cotexte, et les éléments multimodaux pour déterminer ce qu'il se produit ici. En étendant un peu

l'extrait, et en prenant la première partie de la relève concernant cette patiente nous avons :

EXTRAIT 13 (HORS CORPUS S1 6 HEURES)

1 COU madame collin euh::: qu` était en permission hie:r
 2 (2.1)
 3 COU ah: bah c'était compliqué elle a dû aller chez: une amie j` crois
 4 pa`ce que son mari i` f`sait la fête donc elle était pas la
 5 bienvenue chez elle
 6 PAC [oh la la]
 7 TAG [hm (.) i` faisait un] [barbecue]
 8 PAT [ah mais: c'] [était (terrible) H]
 9 PAC [(respire bruyamment)]
 10 GIL ouais=
 11 PAT =(j` veux dire) rester là:: [êt`] super mal à déverser:
 12 TAG [.H]
 13 COU °la pauvre quand même°
 14 (0.2)
 15 PAT [franchement euh:\]
 16 TAG °[ben là ouais: c' est::] doit êt` dur pour elle (xx)°
 17 PAT elle dit je sais pas si j` vais avoir la force de m` battre
 18 (0.4)
 19 GIL ah bah:::
 20 (0.3)
 21 COU hm\ (.) elle voulait: e- elle avait dit ah j'aimerais bien prendre
 22 quelque chose euh m'endormir pendant six mois et p`is m` réveiller
 23 que tout soit: derr[ière moi:] [euh:\]
 24 TAG [ouais\]
 25 GIL [ouais]
 26 (2.0)
 27 GIL .tsk °elle est inquiétante quand même elle hein/°

Même sans prendre en compte les facteurs multimodaux, le contenu émotionnel est très clair : on trouve beaucoup de marqueurs d'émotions, qu'il s'agisse de lexique à proprement parler ou d'évaluations par les soignants (« c'était compliqué » ligne 3, « oh la la » ligne 6, « c'était terrible » ligne 8, « être super mal » ligne 11, « la pauvre » ligne 13, « ça doit être dur pour elle » ligne 16, la séquence de DR ligne 17, et la mention de l'inquiétude des soignants ligne 27). On peut aussi repérer les respirations bruyantes ligne 9, ainsi que l'expiration marquée ligne 8, comme pouvant appuyer le contenu émotionnel, en réaction à l'information donnée ligne 1 à 5.

Nous distinguons dès lors deux sources d'émotions distinctes dans cet extrait. Celle de la patiente, au travers des séquences de DR, qui se révèle principalement par l'usage d'un lexique donné (et la forme du DRD, qui entraîne une pseudo-

mimétique des propos rapportés et donne donc la responsabilité des propos tenus à la patiente et non pas aux soignants) ainsi que la séquentialité (les séquences de DR adviennent après l'introduction de l'information, plutôt neutre, et rendent compréhensibles à l'auditoire étendu les réactions de la patiente à la situation en question). Nous pouvons aussi voir une émotion de la part des soignants, qui se montre au travers de tous les facteurs donnés par Goodwin et Goodwin : des éléments séquentiels (sous forme de réactions des soignants lignes 6 à 13) à l'information mutualisée lignes 1 à 5), multimodaux (dans les expirations ou les chuchotements), et verbaux (dans le lexique employé par les soignants).

Dans notre étude, cette posture est par conséquent particulièrement intéressante : puisque nous nous intéressons au DR, l'émotion peut provenir de la personne citée, de la personne citant, ou des interlocuteurs. Considérer l'émotion comme relevant du social nous permet donc de lui attribuer une valeur interactionnelle : il ne s'agit plus seulement pour les participants d'exprimer un état interne (leur appartenant ou non), mais de *construire une action sociale* grâce à l'expression de ces émotions. Nous tenterons alors d'adopter la posture visant à analyser les émotions non pas du point de vue verbal, mais du point de vue conversationnel, en portant un regard à la fois sur le lexique employé et les autres indices interactionnels fonctionnant en réseau.

Comme nous le verrons dans la prochaine section, les émotions sont au cœur du travail des soignants en psychiatrie, qu'il s'agisse de la prise en compte et de la gestion de ses propres états d'âme, de ceux des pairs, ou encore de ceux des patients. En plus de ces questions, un autre facteur est à prendre en compte par l'analyste en voulant étudier nos données : celui des différentes asymétries que l'on peut retrouver dans notre corpus.

2.2. LES PARTICIPATIONS ASYMÉTRIQUES

Dans les conversations en situation professionnelle, il est plutôt fréquent d'observer des asymétries de participation, comme c'est le cas entre supérieurs hiérarchiques et employés. C'est d'autant plus fréquent lorsque les différents participants possèdent des connaissances différentes : *“perhaps, then, unequal distributions of knowledge are a more general source of asymetry in almost all institutional settings”* (Drew, 1991 : 22). La relève en psychiatrie n'est pas exempte de ces asymétries, bien au contraire. Nous trouvons trois types de distinctions entre participants (et par extension, entre participations), qu'elles soient dues à la fonction des soignants (c'est-à-dire leur poste au sein de l'unité), aux connaissances qu'ils peuvent avoir accumulées, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du service ; et, puisque nous nous intéressons aux séquences de DR, une asymétrie peut également être observable dans les propos rapportés. Selon qu'il s'agit de propos d'un patient ou d'un soignant par exemple, la situation diffèrera, et une certaine forme de distinction pourra se révéler. Nous porterons premièrement un regard sur les asymétries entre professionnels, dues aux différences de fonctions, puis aborderons les questions de connaissances se manifestant de façon pérenne ou ponctuelle, pour enfin discuter de la posture soignante face au patient, et de ses retombées dans les relèves infirmières.

2.2.1. DES STATUTS DIFFÉRENTS, DES POSTURES DIFFÉRENTES

Notre corpus est riche de professions. Nous en reparlerons plus en détail en 3.1.3., mais il convient de préciser dès à présent que dans nos relèves, 40 soignants sont présents, occupant 13 postes différents. Une première catégorisation est possible, celle des soignants médicaux *versus* les soignants non-médicaux (désormais SNM). On considère en effet différemment les soignants ayant un diplôme de médecine des soignants n'en ayant pas. Premièrement pour la possibilité d'établir une prescription pour les médecins et pas pour les autres : se situant au cœur du travail

hospitalier, la médication est un des piliers du parcours de soins, et les négociations autour de la prescription sont nombreuses dans nos données. Deuxièmement, les SNM sont beaucoup plus proches des patients, en termes de temps et de disponibilité : si les soignants médicaux font un tour du service hebdomadaire et peuvent recevoir les patients en consultation, les SNM sont virtuellement⁵ à la disposition du patient. En dehors des relèves et des soins prodigués à d'autres, un patient pourra en effet se tourner vers des SNM afin de parler, de demander un traitement si besoin, et ce à toute heure de la journée et de la nuit. De plus, ce sont les infirmiers qui dispensent les médicaments. Une distinction forte est donc visible entre profils de soignants, selon leur degré de proximité et de contact avec le patient.

Dans les relèves, ces différences sont également repérables : les soignants médicaux ont une expertise dans le domaine médical, les diagnostics et les prescriptions, mais les SNM ont une meilleure connaissance du patient dans son quotidien. Dès lors, les conversations sont globalement organisées sous forme de diffusion active de l'expertise du patient depuis les SNM vers les soignants médicaux, et de l'expertise médicale des soignants médicaux vers les SNM.

Par ailleurs, selon une enquête menée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques en 2003, les différents profils de soignants ne se considèrent pas comme étant responsables d'autres de façon équitable selon leur profession. En effet, la 21^{ème} question était « Avez-vous un ou plusieurs salariés sous vos ordres ou votre autorité ? », et ses résultats sont compilés ci-dessous (Le Lan, 2006 : 72).

⁵ Par virtuellement, nous entendons qu'il s'agit d'un potentiel pouvant s'actualiser dans la réalité, c'est à dire un que les soignants sont disponibles pour les patients, sans pour autant être à leur contact en permanence.

	Oui
Médecins salariés	50,4%
Médecins libéraux	69,6%
Cadres de direction	63,3%
Infirmières	29,8%
Autres professions intermédiaires	17,5%
Aides Soignantes	3,4%
Agents de services	3,0%
Autres employés	4,9%
Ouvriers	16,3%

Source : Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des établissements de santé 2003 – DREES

D'après le tableau ci-dessus, nous constatons que la majorité des soignants médicaux répondent avoir des responsabilités hiérarchiques, contre moins d'un tiers pour les soignants non-médicaux, à l'exclusion des cadres de direction, dont les responsabilités sont évidentes. Cette distinction est d'après nous fondamentale dans l'organisation des relèves infirmières, puisque de nombreux écrits ont déjà mis en valeur des particularités dans les interactions asymétriques, notamment dans le cas où une différence hiérarchique est notable. Ainsi, en plus des différences d'expertises propres à chacun que nous avons déjà abordé, les diverses fonctions des soignants vont amener des postures différentes.

Un des concepts très utilisés en AC est la notion de *politeness*, dérivée des travaux de Goffman par Brown et Levinson (1987). La *politeness theory* se définit par l'existence de faces propres à chaque interlocuteur, matérialisées dans le discours à travers un système de gestion de l'autre (*ibid.* : 70). Concrètement, dans chaque interaction, les divers interlocuteurs devraient généralement prêter une attention particulière à l'autre, afin de ne pas commettre d'offense, à savoir d'acte langagier portant atteinte à la face de l'autre (Goffman & Kihm, 1974). Une des variables déterminées par Brown et Levinson dans la politesse linguistique est d'ordre sociologique, et touche à la « distance », au « pouvoir », ou encore au « rang » culturel des interactants, ou du moins à la présomption de ces notions par les participants à la conversation (Brown & Levinson, 1987 : 319-320). Dès lors, les comportements langagiers différeront selon la relative asymétrie que nous avons souligné précédemment, concernant les fonctions des soignants, tant dans leurs expertises que dans leur considération hiérarchique.

2.2.2. L'ASYMÉTRIE DANS LES RELÈVES : DES STATUTS PÉRENNES AUX STATUTS PONCTUELS

En plus des différents statuts stables liés aux fonctions des soignants, un autre élément d'asymétrie concernant les professionnels est à prendre en compte dans l'analyse des relèves. En effet, puisque les relèves ont pour objectif de mutualiser certaines informations aux équipes, alors il est logique de postuler qu'il existe, de façon ponctuelle, un *continuum* de savoirs au sein des réunions : certains professionnels sont présents dans l'unité et d'autres sont absents lorsque les événements qui sont mutualisés se produisent. Il s'agit, pour un des soignants présents à l'horaire précédent, d'animer la réunion et de présenter chaque patient de l'unité, en spécifiant ses actualités cliniques. L'existence même au sein de la relève d'un rôle particulier relatif aux savoirs accumulés dans l'unité montre l'importance des asymétries dynamiques entre soignants. Le soignant désigné l'est à la fois dans un rôle interactionnel, mais également dans une forme de rôle épistémique : le super-locuteur *sait* ce qui doit être mutualisé.

Ce *continuum* d'expertise, dynamique et relatif au vécu et horaires des soignants a été étudié par Heritage. Il distingue les postures épistémiques des statuts épistémiques, selon qu'il soient pérennes ou ponctuels (2012). De la même manière, il différencie les statuts *montrés* par les participants dans leurs productions verbales (notamment en ce qui concerne les questions, requêtes etc.) des statuts *intrinsèques* aux participants, connus et reconnus par tous dans l'interaction. Il considère que les participants, selon leurs statuts et productions, peuvent donc être définis comme allant du sachant ("K+") au non-sachant ("K-") (*ibid.* : 4). La distribution des savoirs dans l'interaction relève donc de mécanismes pluriels et se superposant, pouvant évoluer avec le temps et selon les domaines. Par exemple, dans le cadre du soin, un psychiatre est envisagé comme sachant en ce qui concerne la médecine, puisque cette dernière appartient à son domaine d'expertise, mais non sachant en ce qui concerne les patients, cette partie de l'expertise étant réservée aux soignants se trouvant plus en contact avec les résidents de l'unité.

Il convient également de proposer que les différents degrés d'expertise des participants peuvent se heurter les uns aux autres, et leurs statuts de K+/K- entrer en compétition. C'est notamment le cas dans les manifestations de postures épistémiques, qui relèvent du ponctuel, et se concrétisent dans l'interaction "*epistemic stance [...] concerns the moment-by-moment expression of these relationships, as managed through the design of turns at talk*" (*ibid.* : 6). Dans les relèves, la pluralité des fonctions des soignants entraîne une différence dans la possession des savoirs techniques et professionnels (2.2.1.), qui entre en contact avec une répartition inégale de savoirs ponctuels. Cette distinction nous intéresse particulièrement, dans le sens où les médecins font figure d'autorité et ont le pouvoir décisionnaire sur la prescription et le parcours de soins du patient, mais doivent nécessairement s'appuyer sur l'expertise humaine, au contact, des infirmiers et autres SNM pour pouvoir correctement soigner le patient dans l'unité. Heritage propose une lecture de ces asymétries de savoirs au travers de marqueurs morphosyntaxiques et multimodaux, en conservant l'aspect pré-interactionnel des statuts épistémiques, qu'il juge prédominants "*relative epistemic status dominates morphosyntax and intonation in shaping whether utterances are to be understood as requesting or conveying information*" (*ibid.* : 24).

Le cadre de la relève en soins psychiatrique se veut donc riche de compétences variées, et de savoirs en confrontation. Dans nos analyses, nous verrons comment, à travers l'usage du DR, les participants peuvent gérer cette asymétrie de savoirs et compétences, afin de mutualiser l'information dans un but précis : fournir aux soignants médicaux les clés pour pouvoir adapter le parcours de soins à chaque profil. Nous avons vu les différents degrés d'asymétrie entre professionnels, mais qu'en est-il du patient dont les propos peuvent être cités ?

2.2.3. LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ : ENTRE DISTANCE ET PROXIMITÉ

La relation soignant-soigné est complexe, dans sa réalisation active et dans sa conception, selon les rôles attribués aux patients et aux soignants. Parsons définit le rôle du patient comme étant passif face à sa maladie, voire inadéquat dans ses actions : *“The sick person is not, of course competent to help himself, or what he can do is [...] inadequate”* (1951). Le soignant quant à lui est considéré comme compétent face aux problématiques du patient. Dès lors, la relation de soin dans le modèle Parsonien est unilatérale, va du soignant vers le patient, mais pas l'inverse, il « donne la pleine autorité au médecin, caractérisant la relation thérapeutique par une asymétrie de savoir et de pouvoir entre les deux protagonistes » (Hagyard, 2017 : 2). Freidson remet en cause cette unilatéralité, et plus précisément la légitimité du patient dans la connaissance de sa pathologie. En effet, en prenant pour exemple les maladies chroniques ou bénignes, il explique que les patients montent en compétence à l'épreuve de leur propre vécu : *“these two do not maintain legitimacy by seeking competent help: they gain legitimacy by having been defined as chronic”* (Freidson, 1970 : 237). Les maladies mentales peuvent être catégorisées comme chroniques, sous certaines conditions. C'est le cas de certains troubles de la personnalité *“antisocial personality disorder has a chronic course”* (American Psychiatric Association, 2013 : 661). Nous avons pris cet exemple par commodité, mais des critères de durée communs aux pathologies psychiatriques et somatiques permettent de caractériser l'attribut chronique d'une maladie, et de nombreuses problématiques en psychiatrie peuvent être considérées comme telles.

Indépendamment de la conception des compétences du patient face à celles du praticien, la relation soignant-soigné implique une forme de retenue de la part du soignant : « la maîtrise des émotions [...] s'intègre dans un véritable travail émotionnel qui permet au soignant d'atteindre un niveau professionnel dans la relation thérapeutique, caractérisée par la neutralité » (Mercadier, 2017 : 205). Il convient de mentionner deux éléments contre-productifs à une relation trop proche entre soignant

et soigné. D'une part, la thérapie peut être altérée (Nasielski, 2012 : 14), et d'autre part, le soignant peut en être impacté personnellement, comme c'est le cas dans des situations de deuil. En psychiatrie, il n'est malheureusement pas rare que les équipes fassent face à un suicide par exemple, qu'il est nécessaire de pouvoir gérer par la suite. Selon Cotton *et al.* (1983), "*One of the most difficult tasks a psychiatric inpatient unit must face is to cope with the suicide of one of its patients*".

Si la culpabilité, le sentiment d'échec ou encore la crainte d'un nouveau suicide peuvent faire face après un décès volontaire, la douleur vécue par les soignants n'est que plus forte lorsque le lien avec le patient en question est prolongé, et lorsqu'il est intense "*emotional closeness with the patient and perceived responsibility toward the patient had a significant effect on emotional response and global traumatic impact*" (Dransart *et al.*, 2014 : 319).

La posture de soignant en psychiatrie se doit donc d'être, dans une certaine mesure, unilatérale, du soignant vers le patient et non pas l'inverse. Cette nécessité d'unilatéralité est notamment visible dans les concepts de transfert et contre-transfert, théorisés par Freud, et toujours d'actualité de nos jours dans cette unité. En effet, ces phénomènes sont encore envisagés dans des dimensions psychanalytiques, mais assez peu en dehors de ce champ. Freud définit le concept de transfert en 1905 (la citation ci-dessous correspondant à une traduction de 1954) :

« Que sont ces *transferts* ? Ce sont de nouvelles éditions, des copies des tendances et des fantasmes devant être éveillés et rendus conscients par les progrès de l'analyse, et dont le trait caractéristique est de remplacer une personne antérieurement connue par la personne du médecin » (Freud, 1954 : 87)

Dès l'introduction du concept, il est spécifié qu'il faut s'en détacher le plus possible : « on se rend à l'évidence qu'on ne peut éviter le transfert par aucun moyen et qu'il faut combattre cette nouvelle création de la maladie comme toutes les précédentes » (*ibid.* : 88). Le contre-transfert relève alors des résultantes du transfert sur le praticien, et ses propres projections sur le patient. Un des moyens d'aller à

l'encontre de ces phénomènes est de respecter une position relativement figée de la part du soignant, qui réduit alors la possibilité pour le patient de projeter son vécu sur lui et inversement. Cette posture nous intéresse particulièrement, exprimée comme nécessaire au bon déroulement du soin. En dehors de la psychanalyse, on pourra parler d'alliance thérapeutique, de proxémie, ou encore de distance comme postures à adopter au bénéfice de la relation de soins. Un des points clés de tous ces concepts est la nécessité pour le soignant de se détacher du patient du point de vue émotionnel et humain, afin de pouvoir lui offrir une meilleure qualité de service.

La gestion de la relation soignant-soigné est donc un élément crucial à prendre en compte dans les soins, notamment en psychiatrie. Dès lors, on peut considérer une forme supplémentaire d'asymétrie entre soignant et patient, dans le sens où en plus de fournir au patient le soin dont il a besoin, le soignant doit conserver une posture professionnelle particulière et relativement figée, là où le patient se doit d'être dans une forme de compliance et d'adéquation au cadre de soins. Dans nos données et questionnements, cette asymétrie sera également visible, notamment lors de séquences de DR dont les propos originels sont attribués aux patients, ou encore dans les questionnements relatifs à l'adéquation du patient au cadre de soins, et le bon maintien de la distance thérapeutique.

CHAPITRE 3

PRÉSENTATION DU CORPUS

Pour donner suite à une demande de soignants, une étude pilote a été menée au sein du Centre Hospitalier le Vinatier à Bron (69500), afin de déterminer les répertoires langagiers mobilisés dans les relèves infirmières orales et écrites. Ce projet, nommé la Compétence d'Interaction des Infirmiers en PSYchiatry (CIPSY), nous a permis d'obtenir des données pour traiter du DR dans les relèves infirmières. Porté par Sandra Teston-Bonnard et Benoit Chalancon, il s'agissait à l'origine de mener une étude comparative entre les modalités de productions différentes dans les relèves infirmières.

La production de données s'est faite en deux temps : durant 5 lundis consécutifs, nous nous sommes mobilisés pour aller enregistrer des corpus audiovisuels des relèves infirmières et de réunions pluriprofessionnelles d'une unité du Centre Hospitalier le Vinatier (nous traiterons cette partie plus en détail en 3.2.). D'autre part, une extraction des dossiers informatisés des patients a été faite par l'hôpital, afin de nous fournir l'ensemble des observations écrites saisies les jours de tournage par les divers soignants concernant les patients dans l'unité. Le projet CIPSY comprend un corpus large, constitué d'environ 15 heures 30 d'enregistrement vidéo et de 300 notes écrites. Dans le cadre de notre travail de thèse, nous n'avons utilisé que les enregistrements vidéo, le DR à l'écrit correspondant moins à nos questionnements.

Dans ce chapitre, nous présentons tout d'abord l'unité dans laquelle nous avons enregistré notre corpus ainsi que ses spécificités, puis nous aborderons le contexte particulier de la relève dans la continuité des soins psychiatriques. Par la suite, nous porterons un regard précis sur notre dispositif de captation, les différents traitements consécutifs pour en faire un corpus d'étude, puis nos méthodologies de transcription, codage et sélection des occurrences à analyser dans une perspective qualitative.

3.1. LES RÉUNIONS DE RELÈVES INFIRMIÈRES

La relève infirmière « fait partie intégrante de la psychiatrie au même titre que la distribution de médicaments » (Poirier, 2003, p. 44), et est par extension un moment au cœur de la pratique des soignants. Depuis la loi du 2 mars 2002, les transmissions infirmières sont devenues obligatoires dans le travail des infirmiers, afin de transmettre les informations du service aux soignants prenant leur poste. Nous avons donc enregistré ces réunions se déroulant à 6 heures, 9 heures, 14 heures et 21 heures dans l'unité.

3.1.1. UN CADRE SPÉCIFIQUE

Dans ce que nous appelons « relève infirmière » se trouvent en réalité deux dispositifs particuliers. D'une part, la réunion de transmission d'information, à destination des infirmiers et des aides-soignants (se déroulant à 6, 14 et 21 heures), et d'autre part la réunion de « staff hebdomadaire » (à 9 heures), à destination de l'ensemble des soignants pouvant intervenir au sein de l'unité. Ces deux dispositifs n'ont pas exactement la même fonction, et divergent sur plusieurs plans. D'une part, nous avons constaté qu'en terme de durée, le « staff hebdomadaire » était significativement plus long que les réunions de transmissions et d'autre part que les discussions n'étaient pas exactement similaires. Sur le graphique suivant, les données temporelles sont affichées en secondes pour avoir une meilleure lisibilité. Les points représentent les données réelles, les rectangles colorés s'étendent du premier quartile au troisième (représentant donc 50% des données), et les lignes verticales au dessus et en dessous de ces derniers représentent respectivement le premier et le dernier quartiles (représentant 25% des données chacun). Nous avons donc, dans ce graphique, cinq réunions de relève par horaire, à l'exception de 6 heures. En effet, lors de S2_6h, une soignante s'est opposée à l'enregistrement, et en conséquence nous n'avons pas conservé ni traité les données correspondantes.

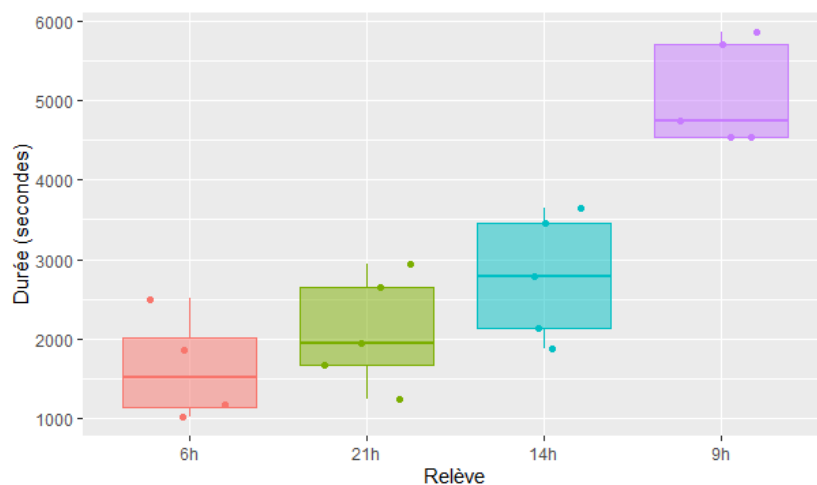


Figure 1 : Durée des réunions en secondes selon leur horaire

Sur cette figure, nous constatons que les réunions de 6 heures et de 21 heures, destinées à la transmission des informations entre équipe de jour et équipe de nuit sont plus courtes que celle de 14 heures. Nous pouvons expliquer ce phénomène par plusieurs facteurs. D'une part, la transmission nuit-jour (à 6 heures) comprend majoritairement un état des lieux de la nuit des patients présents dans l'unité, réduisant drastiquement le nombre d'informations à transmettre. En ce qui concerne la relève jour-nuit (21 heures), il s'agit la plupart du temps pour les soignants de parler des événements majeurs dans l'unité, et des différents médicaments qui ont été distribués aux patients. Lors de la réunion de 14 heures, d'autres points sont abordés, comme les permissions autorisées pour les patients, leur état actuel dans l'unité, les décisions prises au cours de la journée (notamment lors du staff hebdomadaire de 9 heures), ainsi que quelques questions quant à la pratique infirmière en elle-même. Enfin, les réunions de 14 heures accueillant plus de soignants que celles de 6 et 9 heures, cette question de durée plus grande peut s'expliquer. Il est également important de noter qu'en plus des questions pratiques des relèves, leurs durées sont règlementées par la structure hospitalière. Dès lors, les soignants sont soumis à un agenda serré, et se doivent de « faire au plus vite ».

Lors du staff hebdomadaire (9 heures), accueillant plus de diversité de profils professionnels, les discussions sont plus diverses que lors des transmissions infirmières. Puisqu'au moins un psychiatre est présent lors de cette réunion, la question de la prescription est souvent abordée, avec parfois des discussions entre

médecins. Dans l'unité, les psychiatres sont moins au contact des patients que les infirmiers ou aides-soignants. Ainsi, on peut constater que lors de ces réunions particulières, les psychiatres peuvent s'abreuver de la connaissance accrue des soignants non-médicaux en ce qui concerne les profils des patients, leurs comportements, leurs réactions aux médicaments, etc. Ces moments sont par conséquent très importants dans la pratique des soignants, la poursuite du cadre de soins auprès des patients et la cohésion d'équipe. En plus de ces particularités, l'actualité clinique des patients est également abordée. L'unité dans laquelle les enregistrements ont été réalisés, en plus de ces généralités sur les relèves orales, possède quelques spécificités que nous allons désormais discuter.

3.1.2. PRÉSENTATION DE L'UNITÉ

Pour des raisons d'anonymat évidentes, nous nous contenterons de décrire l'unité de soins dans laquelle nous avons enregistré les relèves sans la nommer. Il s'agit d'un service à l'origine conçu pour accueillir des patients sur de courtes périodes, comprenant une vingtaine de lits ainsi qu'un Espace Psychiatrique de Soins Intensif (désormais ESPI). Il s'agit d'une chambre isolée des autres, fermée et sécurisée, pour les patients justifiant d'une prise en charge accrue et temporaire.

Puisque l'unité a vocation à recevoir des patients sur de courtes durées, les modalités de prise en charge sont différentes d'autres structures. On peut penser, lors des relèves, aux moments de présentation du profil du patient aux autres soignants, ou aux décisions prises pour les fins d'hospitalisation. En effet, puisque les hospitalisations dans cette structure ne sont pas censées être longues, nous avons isolé beaucoup de moments de présentation de patients aux équipes, ou de préparation à la sortie de l'unité. Durant les 5 semaines d'enregistrement de notre corpus 38 patients ont été pris en charge. Parmi eux, 13 patients sont stables et ne bougent pas de l'unité, et on peut remarquer 14 sorties et 14 admissions, compilées dans le tableau ci-dessous, référençant l'intégralité des patients et leurs mouvements d'entrée, de sortie, et leur éventuelle mise en ESPI.

PARTIE I – Cadre théorique, méthodologie et corpus étudié

Nom anonymisé	Prénom anonymisé	S1	S2	S3	S4	S5
BEL	Laurent	X	X	X	X	X
BESSON	Carla	X	S			
BORALI	Martin	S				
BOUCHER	Tara	X	X	X	X	X
CESAR	Eliot		E	I	I	
CHEVALLIER	Roger	X	X	X	S	
COLLIN	Gaëlle	S				
CORDIER	Louisa					E
COUTURIER	Iris		E	X	X	X
DELATTRE	Emma	X	X	X	X	X
DOULE	Claudine	X	X	X	X	X
DUBREUIL	Yvan	E			R	X
DURAMEL	Evan		E	X	X	X
FERONETI	Pierre-Yves	X	X	X	X	X
FRAMO	Houcine				E	X
GAU	Frédéric	S				
GERARDINON	Enora	X	X	X	X	X
GOMEZ	Adrien	I	I	S		
GUILLON	Amélie		E	X	X	X
HUMBERT	Ilona			E	X	X
JACOB	Nelson			E	X	X
JOUBERT	Pierre-Marie	S				
LABAT	Idina		R			
LEBRUN	Basile	X	X	S		
LECHATRIER	Rémi	S				
LEFORT	Loris	X	X	X	X	X
LEGOFF	Angela	X	X	X	X	X
LEGROS	Corine			E	X	X
MALLET	Sylvie	X	X	X	X	X
MALOUT	Kamel	S				
MANOUKIAN	Julie					E / I
MARECHAL	Fanny	X	X	X	X	X
MORAMEDIMI	Yanis	X	S			
MORENO	Elias		E	X	X	X
SARRAZINO	Célia	X	X	X	X	X
SEVANOU	Ahmed		E	X	X	X
TEVIANA	Ava	X	X	X	X	X
TOUVENIN	Jean	X	X	X	X	X

Tableau 1 : Mouvements des patients dans l'unité

Légende :

X	Patient présent dans l'unité durant tous les enregistrements
X	Patient présent dans l'unité
S	Sortie d'un patient dans l'unité
R	Retour d'un patient dans l'unité après une sortie
E	Entrée d'un patient dans l'unité
I	Isolement d'un patient durant la semaine d'enregistrement
E/I	Isolement d'un patient concomitant à son admission dans le service
	Patient absent de l'unité

Par ailleurs, si cette unité a une volonté forte d'axer les transmissions d'informations sur une modalité orale, ce n'est pas nécessairement le cas. Dans d'autres structures, la transmission se fait majoritairement par le biais de l'écrit, bien que les relèves orales se produisent également. Dans les résultats du projet CIPSY, nous avons en effet constaté que la majorité des informations passaient par le canal oral, là où seules certaines étaient sélectionnées par les soignants pour figurer dans leur dossier écrit (Chalancon *et al.*, 2022). Cette spécificité est en réalité une aubaine pour notre travail de thèse, le nombre d'informations transmises étant par conséquent très élevé, et prenant souvent la forme de DR.

3.1.3. CONSIDÉRATIONS SUR LA RELÈVE

Dans notre corpus, les relèves sont toutes organisées selon le même principe. Un soignant est désigné au préalable (ou s'auto-désigne) pour coordonner et animer la réunion, et suit une feuille de relève retraçant toutes les informations disponibles dans l'unité pour chacun des patients. Sur ces feuilles sont disposés les patients selon leur numéro de chambre, permettant ainsi au meneur de la relève de passer en revue toute la patientèle présente.

La colonne de gauche comprend le nom du patient, son numéro de chambre, son médecin ou psychiatre référent, ainsi que ses autorisations ou restrictions, notamment en ce qui concerne la sortie de l'unité pour aller dans le parc du centre hospitalier. Sur l'exemple ci-dessous, nous avons retiré tous les noms et initiales des soignants et des patients, et la colonne de droite a été remplie par une infirmière lors de la réunion, selon les propos tenus par les autres soignants, en particulier ceux de la meneuse de la relève en question. Il est cependant important de souligner qu'on peut constater une grande variabilité de prise de notes dans les feuilles de relève que nous avons récupérées lors de nos captations, tous les soignants n'adoptent pas le même système de notation, et tous ne notent pas les mêmes informations.

PARTIE I – Cadre théorique, méthodologie et corpus étudié

Accompagnements Imprimé le vendredi 08 juin 2018 à 14:01:56

▲ : interdiction - Δ : limitations - P : parc - V : vêtements personnels

1. Mme 2141 L G30 Ψ Dr	→ CE SR
2. M. 2120 D L G30 Ψ Dr	→ CE SR.
3. M. 2121 DT ▲P → L.Laura Dr	Récroche ttt (Δ) Noziman gouttes. fume en chbre.
4. CA M. 2122 D L G30 Dr	SERI. Si besoin sr 2 nuit. Rires incohérents+++ Evalue++ discours diffusant.
5. M. 2123 DT G30 Mme	cadre.
6. Mme 2124 L G30 Dr Dr	ett 16 ^H en syst.
7. M. 2125 DT G30 X4 Mme	Doit → 3 ^H . Se déplace ac ses ex-procurer la porte. seul OK.
8. M. 2126 L G32 Mme Mme	/
9. Mme 2127 D DT G30 Ψ Dr	P demain.
10. Mme 2128 D L Tosq. Dr	lessive hier. Constipation?
11. M. 2129 L G32 Dr	/
12. Mme 2130 DT ΔP G30 Dr	→ CE SR
13. Mme 2131 DRE G30 Dr	Inadaptée.
14. Mme 2132 DT G32 Ψ Dr	triste. Jeu?
15. M. 2133 DT G30 Ψ Dr	Récroche - déri - si besoin → discret.
16 F. Mme 2142 DT → G30 Dr	Tecian en syst. Et marc
16 P. Mme 2134 DT G30 Mme	Ef vend.
17. Mme 2135 DT ΔP → G30 Dr	Perdu - Axagmatique -
18 F. M. 2136 DT ΔP G32 Dr	Bas coton ⁹ . Tilleux.
18 P. M. 2143 L → G30 Dr	Epopille ++.
19. M. 2137 DRE G30 Dr	Dst 1JA/2. →
20. M. 2138 DT G30 Dr	Ex self.
21. Mme 2139 L ▲P G30 Mme	JH? TI = BO au repos.
22. Mme 2140 DT G32 Dr Dr	→ CE SR
ESPI	Repas + cig. ext. Demande si besoin cō pr supporter chbre.

Détresse vitale : SAMU 015 Sécurité 5123 IDG *3984 Coordination 14 Renforts 14 Incendie 5123

Figure 2 : Exemple de feuille de relève remplie par une infirmière assistant à une réunion

En plus de la gestion des séquences concernant les patients, le soignant menant la relève rendra audible aux participants les actualités de chacune des personnes

soignées au moment de la réunion. Suite à cette présentation, les autres pourront prendre la parole pour ajouter des informations. Nous nommerons désormais le participant menant la relève le « super-locuteur », en accord avec les autres publications du projet CIPSY (Chalancon *et al.*, 2022; Colón de Carvajal *et al.*, 2020; Maritaud & Teston-Bonnard, 2022), et les autres participants « locuteurs lambdas », pour mieux pouvoir distinguer les soignants selon leur participation active à la réunion, et leur gestion éventuelle de son déroulé.

En plus de cette distinction entre super-locuteur et locuteurs lambdas, nous pouvons parler de la grande variabilité des profils professionnels représentés selon les relèves. En effet, ces réunions sont très organisées, tant dans l'aspect des informations transmises que dans le choix des professionnels pouvant y assister. La figure ci-dessous recense toutes les fonctions représentées lors des relèves que nous avons enregistré et analysé.

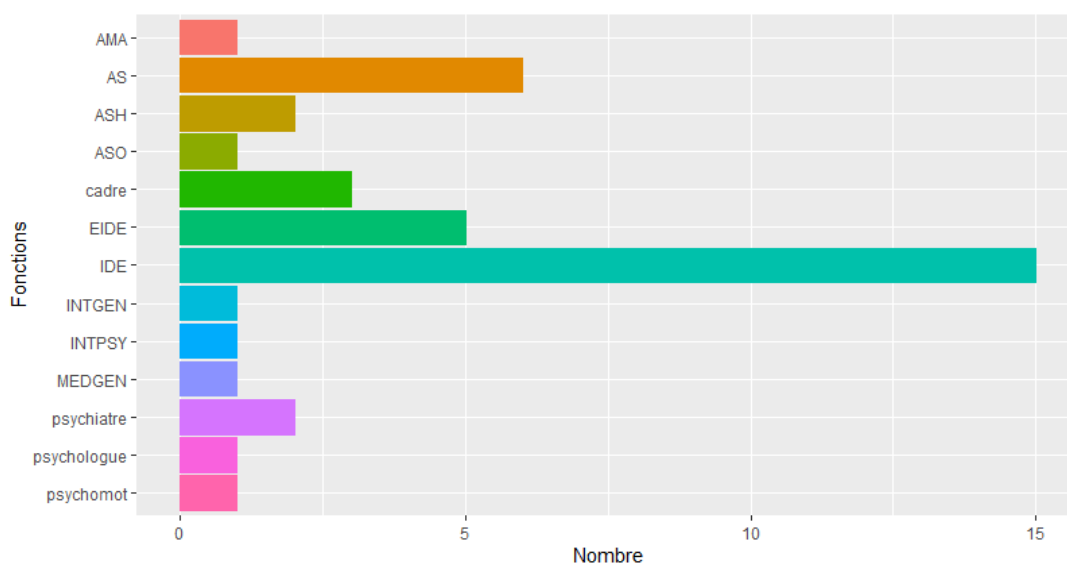


Figure 3 : fonctions des soignants présents lors des relèves

La grande majorité des soignants enregistrés occupe une fonction d'infirmier (IDE, Infirmiers Diplômés d'État, n=15), d'étudiant en soins infirmiers (EIDE, n=5) ou d'aide-soignant (AS, n=6). Cependant, nous constatons qu'à moindre échelle, beaucoup d'autres professions assistent aux réunions de relève. C'est le cas de deux Agents de Service Hospitalier (ASH), d'une psychomotricienne (psychomot), de deux

psychiatres, de trois cadres, d'une psychologue, d'une médecin généraliste (MEDGEN), d'une interne en médecine générale (INTGEN), d'une interne en psychiatrie (INTPSY), d'une assistante sociale (ASO) et enfin d'une Aide Médico-Administrative (AMA). Nous avons enregistré 40 professionnels sur ces cinq semaines de relèves, occupant treize postes différents. Cependant, tous ces profils ne sont pas répartis équitablement selon les semaines d'enregistrement, ni selon les heures de relève. La figure ci-dessous recense les fonctions des professionnels présents pour chacun de nos enregistrements.

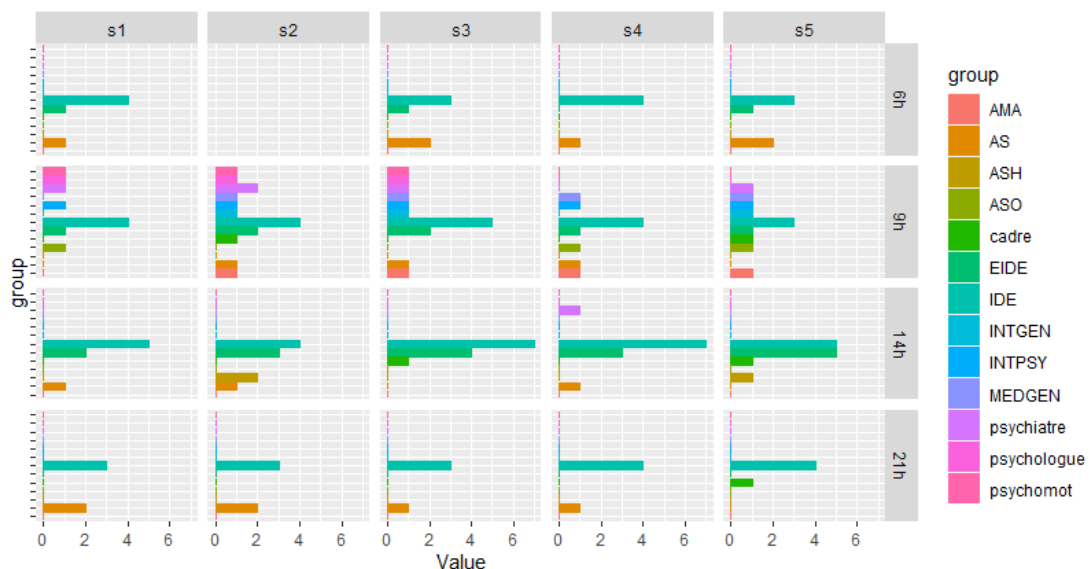


Figure 4 : Fonctions des soignants présents à chaque relève

Nous constatons sur ces diagrammes en barres groupés par heure (axe vertical) et par date (axe horizontal) que les profils de professionnels changent radicalement d'une relève à l'autre. En effet, à 6 heures et 21 heures dans nos données on peut observer la présence unique d'infirmiers (IDE), d'étudiants en soins infirmiers (EIDE) et d'aides-soignants (AS). Une exception est visible en S5-21 heures, un cadre étant passé lors de la relève pour discuter avec l'équipe de recherche du projet, et faire un point sur l'avancement au terme de la récolte des données.

La situation est assez différente pour les relèves de 14 heures. Si la majorité des fonctions des participants relève des soins infirmiers (IDE, EIDE) ou des aides-soignants, les Agents de Service Hospitalier (ASH) sont également conviés à participer à ces réunions. Nous notons aussi la présence à deux reprises du cadre de l'unité, en

semaines 3 et 5. Une nouvelle exception est visible : en semaine 4, la psychiatre est venue à la relève de 14 heures. Cependant, on peut noter son absence au staff de 9 heures : étant prise par un rendez-vous professionnel, elle a préféré se présenter à la réunion de 14 heures.

La plus grande diversité de fonctions est notable lors des staffs hebdomadaires. On peut observer de façon systématique (en dehors de la semaine 4) la présence d'au moins un des psychiatres de l'unité (semaines 1, 3 et 5), voire des deux (semaine 2). De plus, la psychomotricienne (psychomot), le médecin généraliste (MEDGEN), l'interne en médecine générale (INTGEN) et l'interne en psychiatrie (INTPSY), tout comme l'assistante sociale (ASO) et enfin l'Aide Médico-Administrative (AMA) peuvent y participer. La seule fonction non représentée lors de ces réunions dans notre corpus est l'ASH.

Nous constatons également sur ces graphiques que les réunions n'affichent pas le même nombre de participants, et nous avons vu au préalable que selon l'horaire, les relèves prenaient plus ou moins de temps. Voyons, à l'aide des graphiques suivants, si nous pouvons faire une corrélation entre durée de relève et nombre de présents.

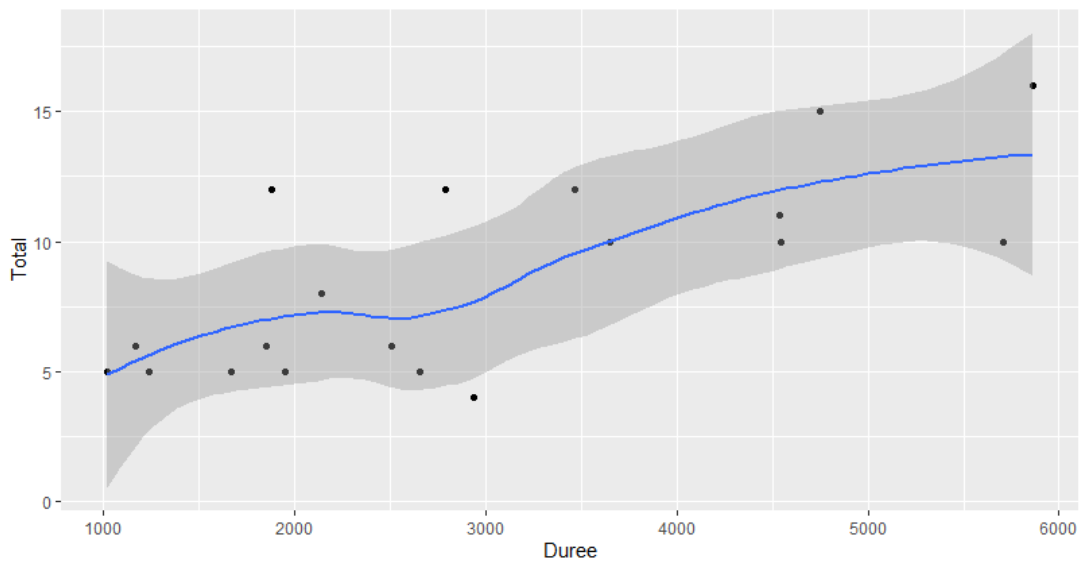


Figure 5 : Nombre de professionnels présents selon la durée des relèves

Les points représentent les correspondances réelles entre durée de relève et total de professionnels présents, la ligne bleue indique la tendance dans les données, et la partie grisée l'intervalle de confiance. Il semble donc qu'une corrélation entre total de soignants et durée de relève soit faisable, la courbe suivant une tendance assez définie, allant vers des relèves plus longues lorsque les soignants sont plus nombreux. Seulement, en séparant les courbes selon l'heure de relève, nous obtenons la figure suivante :

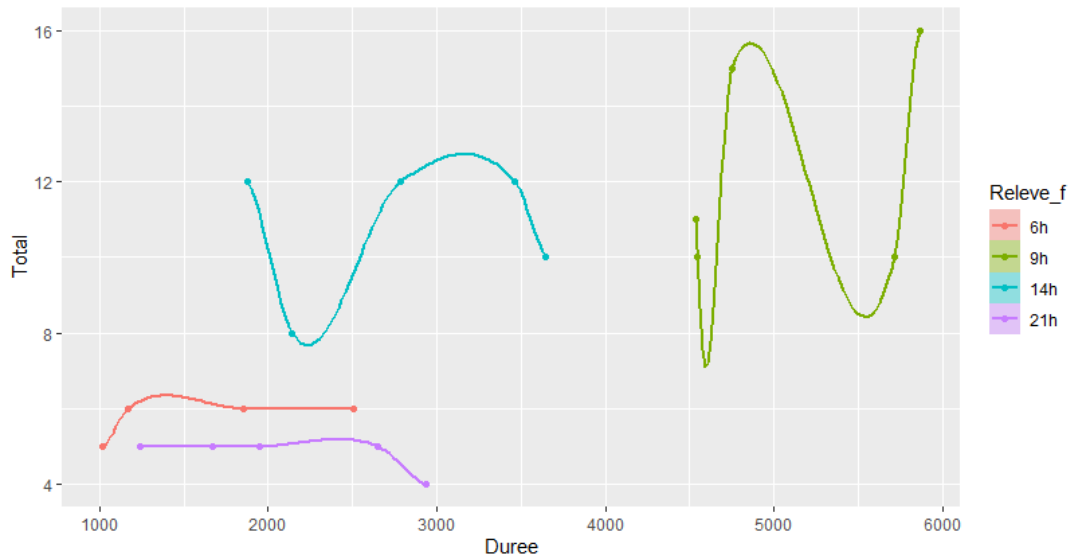


Figure 6 : durée de relève selon le nombre de professionnels présents, par heure de réunion

Le constat est moins affirmé qu'au-dessus. En effet, si l'on se penche sur les différentes courbes affichées, nous constatons que deux modalités de réunion différentes émergent de nouveau, c'est-à-dire le couple 6 heures - 21 heures *versus* le couple 14 heures - 21 heures. Ainsi, nous n'observons pas en tant que telle une corrélation forte entre durée des relèves et nombre de participants, mais nous postulons que les diverses modalités de transmissions d'informations, les fonctions des soignants présents, la durée des relèves ainsi que leurs réalisations pratiques peuvent appuyer l'argument selon lequel deux sous-ensembles de réunions de transmission existent, à savoir celles du soir et du matin, et celles de la journée. Dès lors, dans nos analyses, nous nous attacherons à discriminer ces deux cadres différents dans la transmission des informations pour les soignants.

Par ailleurs, il est également important de souligner que dans notre corpus, les moments de relève oraux ne sont pas uniquement des moments de transmissions de l'actualité clinique du patient et de discussion de son parcours de soins. En effet, nous avons montré l'émergence au sein de ces réunions de moments de « faire apprendre », lors desquels les soignants vont être amenés à discuter de leurs pratiques et se faire mutuellement évoluer en compétence (Colón de Carvajal *et al.*, 2020). La fonction émotive et cohésive des relèves infirmières a également été

abordée, tant dans des champs cliniques (Hopkinson, 2002 ; Parker *et al.*, 1992) que dans le domaine des sciences du langage : « Dans certains contextes, on voit également surgir des séquences conversationnelles qui ont vraisemblablement pour effet de relâcher la pression par le partage des émotions » (Grosjean, 2001 : 75).

Les réunions de transmissions d'informations sont donc des moments dans la pratique des soignants qui ont des fonctions très variées, font appel à une grande pluralité de profils, et qui sont essentiels au bon fonctionnement des unités, que ce soit pour le suivi des dossiers patients, la cohésion d'équipe ou le travail émotionnel des soignants. Voyons désormais plus en détail le corpus que nous avons recueilli, nous permettant d'aborder de façon rigoureuse ces moments si particuliers dans le fonctionnement des unités de soins.

3.2. DISPOSITIF ET DONNÉES

Nous avons conçu avec la Cellule Corpus Complexes du laboratoire ICAR⁶ (UMR 5191 ; Interactions, Corpus, Apprentissages, Représentations) un dispositif de captation, pour procéder d'une part à l'enregistrement de réunions de relèves infirmières durant 5 semaines consécutives, mais également à l'export des notes écrites, constituant le dossier patient. Nous ne traiterons dans ce travail que des données orales, pour lesquelles nous allons à présent décrire le dispositif en détail, ainsi que les outils de transcription que nous avons utilisés, pour enfin terminer sur les grilles de codage que nous avons appliquées aux données transcrites.

3.2.1. PRÉSENTATION DU DISPOSITIF DE CAPTATION

Les enregistrements ont été faits en suivant le rythme de la structure hospitalière afin de perturber le moins possible les soignants dans leur travail. Pour pouvoir enregistrer et traiter les données, une convention CIL a été établie, ainsi que des

⁶ En particulier Justine Lascar, Ingénieure d'études CNRS en production et analyse de données, que nous remercions pour ce travail méticuleux et les formations qu'elle nous a données.

accords entre les différentes institutions, pour garantir l'anonymat et la protection des patients dont il est sujet lors des réunions. Ces moments de mutualisation de l'information se déroulaient dans deux salles, c'est-à-dire le bureau infirmier, une petite salle polyvalente, permettant aux personnels paramédicaux de saisir des notes informatiques, parfois de s'isoler avec un patient dans le besoin de parler, ou encore de faire deux relèves dans la journée, soit celle de 6 heures et celle de 21 heures.



Dispositif CIPSY
6 heures – 21 heures

Image 1 : dispositif bureau infirmier

Une deuxième salle plus grande, attenante à la première, permet, du fait de sa plus grande capacité d'accueil, de procéder aux réunions de 14 heures, mobilisant plus de soignants. Elle sert également aux staffs hebdomadaires, c'est-à-dire des réunions dans lesquelles tous types de soignants peuvent être présents, ayant lieu à 9 heures. Dans nos données, on observe une très grande variabilité de profils à cette réunion, allant de l'assistante sociale au psychiatre.



Image 2 : Dispositif grande salle

Les enregistrements se faisaient selon le déroulé des réunions, qui est le suivant :

- 6 heures 30 : première réunion de relève. Il s'agit, pour l'équipe de nuit, de transmettre les diverses informations relayées par les autres équipes ainsi que de tenir au courant les équipes du matin de ce qui a pu se produire durant la nuit. Ces réunions sont plutôt courtes, en comité assez restreint (parfois seulement deux soignants sont présents). Les discussions ne portent que très rarement sur les permissions ou les prescriptions. Par ailleurs, il est important de noter que durant cette réunion de transmission, deux soignants procèdent à un « tour », durant lequel ils iront de chambre en chambre voir les différents patients, et créer ce qui est censé être leur premier contact de la journée.
- 9 heures : il s'agit du staff hebdomadaire. Dans la grande salle de réunion se réunissent une grande variété de soignants, avec de façon systématique le ou la psychiatre de l'unité. Plus qu'un moment de transmission active de ce qu'il a pu se produire dans l'unité, il s'agit d'une réunion projective sur ce qui doit être fait vis-à-vis des patients, dans quelle mesure leur parcours de soins actuel leur convient ou non, et de passer en revue les événements marquants relatifs aux patients ou à l'unité dans une plus grande ampleur temporelle. Il

n'est pas rare de constater qu'au sein de ces moments d'échanges la discussion tourne autour de la semaine d'un patient.

- 14 heures : Ce moment de transmission, originellement à destination des infirmiers dans nos données, fait se rencontrer infirmiers et cadre (S5-14h) ainsi que psychiatre (S4-14h). La présence de la psychiatre à cette transmission lors de la quatrième semaine s'explique par son absence au staff hebdomadaire. Lors de cette réunion, de façon systématique, beaucoup de soignants sont présents. Les éléments discutés lors du staff hebdomadaire sont repris, transmis, ainsi que les actualités cliniques des patients présents dans l'unité. Ce caractère relativement hybride sur le plan du nombre de participants, leurs statuts et la durée de la relève en font un moment particulièrement intéressant dans nos données.
- 21 heures : La relève de l'équipe du soir à l'équipe de nuit ne comprend que quelques soignants, à l'image de celle du matin. Les informations transmises relèvent plus de l'état psychologique actuel des patients, des modifications apportées aux prescriptions ou encore aux médicaments déjà dispensés (en particulier les si besoin, c'est-à-dire les médicaments dont la prescription n'est pas faite en systématique, mais seulement à la demande du patient).

L'aspect technique de nos enregistrements impliquait l'utilisation de trois caméras, et de 5 micros (un micro 4 pistes et un micro d'ambiance, posés sur les tables ou bureaux des salles de réunions). Sur les images ci-dessous, les caméras et micros sont mis en valeur en situation dans les deux salles de réunion.



Image 3 : position des micros (en rouge) et caméras (en vert) dans la petite salle

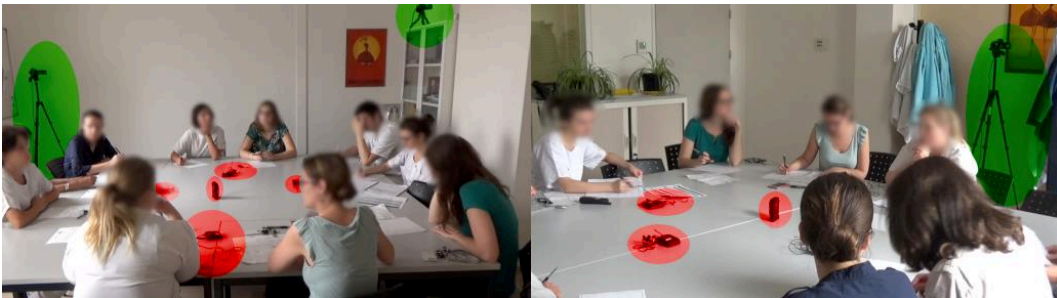


Image 4 : position des micros (en rouge) et caméras (en vert) dans la petite salle

Nous avons pu, grâce à ces dispositifs, enregistrer 15 heures, 31 minutes et 14 secondes de vidéo, sous trois angles de caméra, ainsi que 5 pistes audio indépendantes des micros intégrés aux caméras. Par la suite, nous avons dû synchroniser les pistes, couper les fichiers puis les transcrire et enfin les annoter.

3.2.2. OUTILS DE TRANSCRIPTION

Après avoir enregistré les données, avec l'équipe de la Cellule Corpus Complexes du laboratoire ICAR nous avons mis en forme les données, c'est-à-dire synchronisé les différentes vues et captations audio à l'aide du logiciel Final Cut, puis coupé les données afin de ne conserver que la durée de la relève en elle-même. Le corpus final est donc constitué de 15 heures, 38 minutes et 27 secondes de vidéo, sous trois angles de caméra, ainsi que 5 pistes audio.

Suite à ce travail considérable, nous avons entrepris le travail de transcription, en suivant les conventions ICOR, présentées en annexes (Groupe ICOR, 2013), et en

utilisant le logiciel ELAN⁷ (Wittenburg *et al.*, 2006). Cet outil permet de produire des transcriptions alignées temporellement aux signaux audio et vidéo, et de dédier des tiers particuliers au codage des données, en plus des tiers assignés aux différents locuteurs. Les transcriptions et codages des séquences de DR ont entièrement été réalisés par nos soins, et des assistantes ingénieures⁸ ont été recrutées pour transcrire l'intégralité des relèves concernant certains patients.

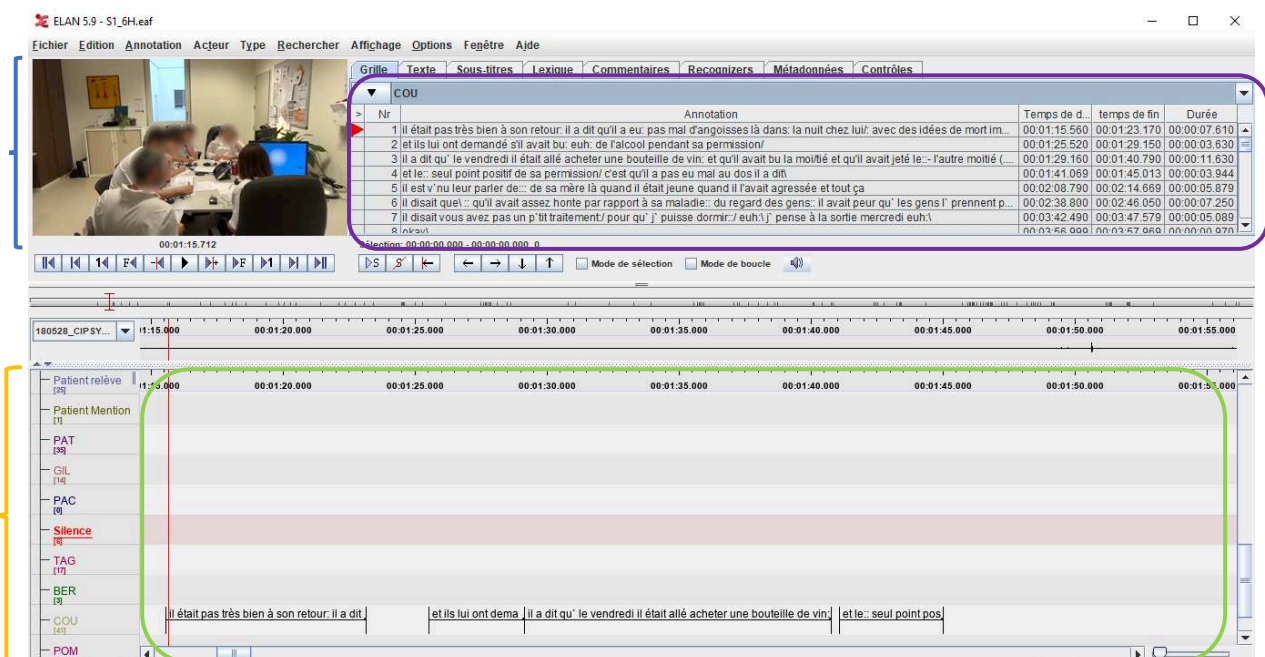


Image 5 : Capture du logiciel ELAN

Sur cette capture d'écran du logiciel, nous pouvons voir à gauche les lignes d'acteurs classées par pseudos (PAT, GIL, PAC...), une ligne de silence ainsi que deux éléments de codage auxquels nous reviendrons en 3.2.3 (accolade orange). En haut à gauche, la vidéo transcrite est visible et jouable (accolade bleue), en bas au centre, sur chaque ligne d'acteur (désormais tier) se trouve la transcription alignée dans le temps (cercle vert). Enfin, en haut à droite, nous observons les différentes

⁷ ELAN Linguistic Annotator, © Max Planck Institute for Psycholinguistics, The Language Archive, Nijmegen, The Netherlands. <https://archive.mpi.nl/ta/elan>

⁸ Nous remercions à cette occasion le travail remarquable de Elizaveta Chernyshova, Lydia Heiden ainsi que celui de Laurie Boyer. Sans elles, le projet CIPSY aurait été impossible à mener.

transcriptions réalisées pour la soignante COU, accompagnées de leurs time codes respectifs (cercle violet).

Les annotations peuvent être de deux types dans ce logiciel. En effet, il est possible d'associer à une ligne de codage un vocabulaire contrôlé, permettant de paramétrer une série de variables correspondant à la ligne en question. Pour nos annotations, la plupart de nos lignes ont été conçues avec un vocabulaire contrôlé, facilitant par la suite les analyses statistiques.

Le logiciel utilisé permet d'exporter à la fois en fichier texte les transcriptions, que nous avons ensuite « nettoyées » afin de les rendre lisibles, mais également en fichier tabulé (.csv), exploitable dans un tableur Excel ou dans le logiciel R, les différents codages que nous avons réalisé sur nos données. Nous avons produit pour notre travail de thèse le codage des données suivant 22 paramètres, que nous allons désormais décrire.

3.2.3. GRILLE DE CODAGE

Nous avons choisi d'annoter nos données selon plusieurs paramètres, balayant à la fois des aspects syntaxiques, sémantiques, conversationnels et pragmatiques. Certaines de nos annotations avaient vocation à être utiles pour des analyses statistiques, d'autres pour simplement isoler des séquences, et permettre de les retrouver plus facilement pour mener des analyses micros selon des facteurs précis. Notre grille de codage des données était comme suit :

– **Discours rapporté/représenté :**

Dans cette ligne, nous catégorisons les séquences comme relevant du discours rapporté ou du discours représenté. Ainsi, nous avons fait la distinction entre discours formulé en première instance ou non formulé en première instance (e.g. pour des pensées rapportées, ou des discours fictifs).

– **Types de DR :**

Nous nous sommes intéressés au caractère direct, indirect ou narrativisé de nos séquences (que nous avons déjà expliqué dans le premier chapitre). Nous discriminions donc dans notre codage les discours directs, directs libres, indirects, indirects libres, et les discours narrativisés.

– **Inquit :**

Cette ligne nous a servi à créer deux catégories de DR, ceux avec et ceux sans *inquit*. Cette catégorie était fermée, les possibilités de codages étaient binaires (oui/non).

– **Verbe introducteur :**

Nous avons spécifié quel était le verbe de l'*inquit*, et si besoin, spécifier qu'il n'y en avait aucun. Une liste des verbes de notre corpus est disponible en annexe. Nous considérons le verbe propre à la séquence de DR. Ainsi, pour un verbe se poursuivant sur plusieurs séquences de DR, nous codions pour la première séquence de DR le verbe, pour les autres non. En cas de reformulation du verbe, alors nous considérons le verbe une fois la reformulation effectuée. Par exemple, dans S1_9h, nous trouvons : « moi il m'a dit que euh:: (..) il avait- il est- il me parle de son EX copine » . Nous avons observé plusieurs reformulations verbales (« dire », « avoir », « être » puis finalement « parler »). Pour coder le verbe introducteur de cet extrait, nous avons repéré le dernier verbe utilisé, en l'occurrence « parler ».

– **Émotion :**

Dans cet aspect du codage, nous séparions les DR qui comprenaient dans leur portée un contenu émotionnel marqué des séquences qui n'en comportaient pas.

– **TdP DR :**

Il s'agissait de transcrire la séquence de DR en tant que telle, en suivant les conventions ICOR, et en excluant les chevauchements potentiels. Ainsi, nous nous retrouvions avec une transcription de la séquence de DR isolée. Nous avons considéré nécessaire de transcrire une séquence complète, formant une unité finie et autonome. Pour les séquences de DR sous forme de propositions subordonnées, nous avons donc intégré les propositions principales.

– **Locuteur principal :**

Nous avons décidé dans cette catégorie de spécifier la fonction du locuteur principal au sein de l'unité. Ainsi, nous avons paramétré le vocabulaire contrôlé pour renvoyer aux profils professionnels des soignants enregistrés.

– **Locuteur représenté :**

L'objectif de cette annotation était de rendre visible le locuteur à qui était attribué le DR lors de son éventuelle formulation en première instance. Ainsi, nous pouvions coder que le DR était attribué à plusieurs instances énonciatives, qui sont les suivantes :

- « *Patient* », lorsque le DR était constitué de propos rapportés du patient.

Exemple : « il disait que::\ qu'il avait assez honte par rapport à sa maladie:: du regard des gens:: il avait peur qu` les gens l` prennent pour un fou:: », *S1_6h*.

- « *Patients-collectifs* », lorsque les propos étaient attribués à un groupe de patients ou à tous les patients de l'unité.

Exemple : « ils s'en plaignent beaucoup/ hein\ », *S1_9h*.

« Ils » réfère à tous les patients de l'unité se plaignant d'un autre.

- « *Personnel Médical* », lorsque le DR était lié à des soignants non nommés.

Exemple : « il entend pas du tout c` qu'on peut lui renvoyer/ »,
S1_6h.

- « *Personnel Médical - mentionné* », lorsque la filiation du DR était mentionnée et claire.

Exemple : « Carine est r`venue un p`tit peu sur sa consommation d'alcool », *S1_6h*.

- « *Proche patient* », lorsque le DR était attribué à un ou une proche d'un patient.

Exemple : « elle lui a même dit mais euh: regarde toi on dirait qu't'es un légume tout ça enfin », *S4_6h*.

Les propos de la sœur d'un patient sont rapportés.

- « *Proche patient - collectif* » désignait un ensemble de proches du patient dont les propos étaient rapportés.

Exemple : « ils ont dit bah allez la: ((rires)) la retrouver au spectacle », *S3_6h*.

Dans cet extrait sont rapportés les propos de proches d'un patient parlant aux soignants.

- « *Soignant - auto-citation* » désignait les séquences d'auto-citation des soignants de l'unité présents à la relève.

Exemple : « j` lui avais dit qu` le (frère) était passé/ », *S1_6h*.

Une soignante rapporte dans cet exemple ses propres propos, adressés originellement à un patient.

– **Reformulation :**

Ce paramètre nous a permis de signaler les séquences lors desquelles les soignants produisant une séquence de DR reformulaient ladite séquence, soit pour créer du DR, soit pour passer d'un DR indirect à un DR direct. Les reformulations dans notre corpus ne forment cependant pas un groupe homogène. Dans ce paramètre se trouvent, en plus des

reformulations syntaxiques relatives au DR, des phénomènes d'expansion, de modification de contenu, ou encore de paraphrases.

– Locuteur Adressé 1 :

Nous voulions signaler à qui étaient adressés les propos en première instance. Ainsi, nous pouvions coder les variables suivantes :

- « *Personnel médical* » lorsque le DR était originellement adressé à un ou des soignants non mentionnés.

Exemple : « il disait oh mais j`ris tout seul j`pense à des choses qui m`font rire », *S1_6h*.

Dans cet extrait, l'adressage originel n'est pas spécifié, mais est reconstituable grâce au contexte, sans pour autant pouvoir désigner un ou plusieurs soignants en particulier.

- « *Personnel médical - mentionné* » était utile lorsque le récepteur était un soignant et que son identité était spécifiée.

Exemple : « là il a commencé à m`dire euh là je::\- j'ai l'impression qu`j` s- qu` j` passe pour un fou aux yeux d` tout l` monde », *S1_9h*.

- « *Collectif* » lorsque l'adressage en première instance était collectif.

Exemple : « il nous a::(.) à tous raconté:/ euh\ en tord et en travers toute l'après midi:/ euh\ l'histoire de l'origine de l'humanité », *S4_21h*

- « *Patient* » nous a permis d'isoler les séquences adressées aux patients.

Exemple : « ils lui ont demandé s'il avait bu: euh: de l'alcool pendant sa permission/ », *S1_6h*.

- « *Pensée* » nous a permis d'isoler les nombreuses séquences de pensées rapportées. Elles n'avaient pas d'adressage à proprement parler, c'est pourquoi créer une catégorie nous a paru utile.

Exemple : « j`pense qu'elle arrive même pas à identifier son angoisse en fait\ », *S1_9h*.

- « *Proche du patient* », quand le récepteur originel de la séquence rapportée était un proche du patient.

Exemple : « après ce serait bien d` préciser/ avec la fille/ que ce soit dans l' nouvel appart\ », *S1_9h*.

- « *Auto-adressage* », lorsque le DR était auto-adressé en première instance. Cette catégorie a été très peu remplie, puisque nous n'avons pas pris en compte les pensées rapportées dans cet adressage. Dans l'exemple ci-dessous, la soignante spécifie l'aspect dit de son DR, d'une part en adoptant une pseudo-mimétique forte du point de vue prosodique, mais également en faisant varier lexicalement ses propos. Elle enchaîne en effet trois séquences de DR, la première ayant pour verbe « se dire », correspondant à une pensée rapportée, les deux dernières étant introduites par « dire ». Il nous a paru important de distinguer un auto-adressage verbalisé d'une pensée rapportée.

Exemple : « j` dis mais putain j` cherche sur l` VIDAL j` trouve\ pas/ », *S1_6h*.

- « *Autre* », lorsque l'adressage en première instance ne correspondait à aucune des catégories précédentes.

Exemple : «donc moi faut qu' j' appelle c` matin là le::- (.) son assistante sociale du c c a s pour voir si on peut:: bidouiller une aide financière/ », *S1_9h*

– **Locuteur adressé 2 :**

Cette ligne nous permettait de signaler l'adressage actif des séquences de DR. Ainsi, nous codions selon deux variables, puisque toutes nos données proviennent de réunions de transmission.

- « *Sous-équipe* », lorsque le DR était adressé à l'ensemble des participants

Exemple : « sinon/ ils (nous;vous) ont marqué dans le:- la gazette/ euh\ (.) ils ont pas eu l'temps hier de vérifier tous les euh rendez vous pour la semaine tout ça si tous les courriers et cætera c'était fait/ euh:\ », *S3_6h*.

La locutrice, qui travaille de nuit, dit de façon implicite à l'équipe du matin qu'il doivent réaliser une tâche.

- « *Soignant* » permettait de signaler que le DR était adressé à un soignant en particulier présent à la réunion.

Exemple : « tu dis qu'il a perdu ses clés et tu fais marcher son assurance habitation/ », *S1_6h*.

– **Contexte :**

Dans cette tier, en suivant Selting (2000), nous discriminions les séquences de DR précédées ou non d'un *Transition Relevant Place* (désormais TRP). Le codage était donc binaire, « Sans TRP » *versus* « Avec TRP ».

– **Contenu :**

Cette ligne était plus sémantique et pragmatique que les autres. En effet, nous avons déterminé si l'information en jeu dans la séquence de DR relevait des catégories suivantes :

- « *Nouvelle information* » nous a permis de coder l'émergence d'une nouvelle information sous forme de DR.

Exemple : « et le:: seul point positif de sa permission/ c'est qu'il a pas eu mal au dos il a dit\ », *S1_6h*.

- « *Développement récent* » était codé lorsque l'information avait été introduite moins de deux tours de parole auparavant, puis développée sous forme de DR.

Exemple : « il est v`nu leur parler de::: de sa mère là quand il était jeune quand il l'avait agressée et tout ça », *S1_6h*.

L'activité de parole du patient auprès des soignants avait déjà été

introduite au tour de parole précédent, puis l'information a été développée sous forme de DR.

- « *Développement ancien* » nous a permis d'isoler des séquences dont le développement sous forme de DR se produisait plus de deux tours de parole après son introduction.

Exemple : « i:l a pu dire quand même à son retour de perm que le seul point positif c'est qu'il a pas eu de douleur dorsale de toute sa permission\ », S1_9h.

Le fait que le patient n'ait pas eu de douleur pendant la permission avait déjà été introduit au début de la relève. La soignante avait ajouté en fin de relève le fait qu'il s'agissait de douleurs dorsales.

- « *Modification récente* » était codé lorsque l'information introduite à moins de deux tours de paroles avant la séquence de DR était négociée sous forme de DR.

Exemple : « NON moi c` que j` lui avais dit c'est euh::: peut être que:\ comme vous avez quitté rapidement l'entretien p` tête que vous pourriez euh\ r` tourner voir le docteur gaLORD pour euh:\ vous excuser/ et pis reparler d` ça/ », S1_9h.

Auparavant, une soignante avait mentionné que la locutrice avait dit au patient de ne pas se présenter à un nouvel entretien. Suite à cela, elle négocie l'information sous forme de DR, ce qui est visible avec le « non » saillant en début de séquence.

- « *Modification ancienne* » permettait d'isoler les modifications sous forme de DR d'une information introduite plus de deux tours de parole auparavant.

Exemple : « alors elle reconnaît:/ qu'elle avait quand même/ euh:\ des accès/ de:\ colère », S5_21h

Dans cet exemple, les soignants ont produit une incise plutôt longue avant de modifier un discours préalable qui mentionnait l'incapacité de la patiente à reconnaître ses troubles.

- « *Réintroduction* » était utile pour signaler une répétition d'information introduite plus de deux tours de parole auparavant.
Exemple : « enfin j` me dis dans sa tête/ (.) il doit être ÉPUISE quoi », *S1_9h*.
Une soignante réintroduit l'épuisement psychologique d'un patient après une incise autour de son manque d'organisation durant plus de deux tours de parole.
- « *Répétition* » signifiait qu'une information introduite à moins de deux tours de parole était répétée sous forme de DR.
Exemple : « ouais j'ai fini ma nuit hein il te dit », *S4_6h*.
Au tour précédent, une soignante signalait qu'un patient avait « fini sa nuit ». Sous forme de DR, une autre a répété les mêmes informations.
- « *Savoir partagé* » nous permettait de considérer les informations transmises sous forme de DR qui appartenaient au savoir partagé par tous les soignants de l'unité.
Exemple : « ah oui alors on lui dit alors vous aurez pas d'ouverture de cadre tant qu` l'on a pas fait l'entretien avec le: familial/ », *S1_6h*.
Cet extrait met en valeur une information déjà partagée par l'ensemble du personnel de l'unité, puisqu'elle a déjà été discutée auparavant, et qu'elle apparaît dans le dossier patient de cette personne.

– **Continuité locuteur :**

Dans ce paramètre nous codions en réalité deux variables, étant 1- le DR est-il produit par le super-locuteur et 2- le DR est-il concomitant à un changement de locuteur ? Pour ce faire, nous avons quatre codages possibles :

- « *Oui LL* », lorsque le locuteur ne change pas lors de la production de séquence de DR et qu'il s'agit d'un locuteur lambda.

- « *Oui SL* », lorsque le locuteur ne change pas lors de la production de la séquence de DR et qu'il s'agit du super-locuteur.
- « *Non LL* », lorsque le locuteur change à l'occasion de la production de DR et que ce dernier est produit par un locuteur lambda.
- « *Non SL* », lorsque le locuteur change à l'occasion de la production d'une séquence de DR et que cette dernière est produite par le super-locuteur.

– Évolution patient :

Nous cherchions à connaître l'évolution de l'état psychique du patient grâce à ce codage. Pour ce faire, nous avons six variables disponibles, à savoir :

- « *Positif* », lorsque l'évolution du patient est caractérisée comme étant positive par les soignants lors de la relève.
- « *Stable* », lorsque l'évolution du patient est caractérisée comme étant positive par les soignants lors de la relève.
- « *Négatif* », lorsque l'évolution du patient est caractérisée comme étant négative par les soignants lors de la relève.
- « *Neutre* », lorsqu'il n'est pas question d'une évolution quelconque du patient lors de la relève.
- « *Mention* », lorsque les soignants produisent une séquence de DR lors d'une incise concernant un patient autre que celui de la relève en cours.
- « *Pas Patient* », lorsque le DR n'a pas de rapport avec les patients de l'unité.

Par ailleurs, nous distinguons l'évolution des symptômes de la pathologie du patient de son évolution globale au sein du service. Par exemple, dans S4_6h, monsieur Malout est décrit comme étant sédaté, mais sans contenu informationnel propre à sa pathologie. La sédation étant une

résultante de la prise de médicaments (« les collègues se demandaient si il fallait pas modifier/ la répartition/ ou: diminuer/ bon\ »), l'évolution de ce patient est alors « neutre », car l'aspect pathologique n'est pas décrit dans la relève. L'intérêt de cette ligne de codage est de pouvoir mettre en parallèle l'évolution pathologique des patients, et les discours rapportés produits par les soignants. Cependant, nous considérons tout de même les évolutions somatiques des patients. Ainsi, dans S4_6h, lorsqu'il est question de la fièvre de monsieur Moreno, l'évolution du patient sera qualifiée de négative. Ainsi, nous avons annoté dans ces codages les problématiques directement liées aux pathologies des patients.

Par ailleurs, nous avons décidé de coder cette évolution même si le DR n'est pas attribué au patient, pour pouvoir mesurer un éventuel rapport entre nombre de séquences de DR et situation du patient dont il est question. Les DR peuvent concerner les patients sans pour autant être produits par eux en première instance, comme lors d'un DR attribué à un proche ou à un soignant. L'exclusion faite dans le codage ne concernaient que les incises, dans lesquelles les soignants s'éloignaient de la présentation du patient pour aborder des questions différentes, majoritairement administratives ou relevant de la pratique infirmière globale (codage « pas patient »), ou pour parler d'un autre patient, ce qui aurait perturbé nos analyses statistiques (codage « mention »).

Enfin, nous avons fait le choix de coder comme « neutre » les relèves consécutives à l'admission d'un patient, la temporalité de prise en charge ne permettant pas de distinguer une évolution quelconque au sein de l'unité.

– Imbriqué :

Parfois, les locuteurs sont amenés à produire des séquences de DR imbriquées dans d'autres séquences de DR. Nous pouvons citer « en tout cas la mère disait que::: (0.7) la patiente lui aurait dit (.) qu'elle se sentait quand même (.) vulnérable/ à l'extérieur/ », S1_21h

Cette ligne nous permet notamment de restreindre les séquences à prendre en compte dans le calcul des durées, puisque deux séquences imbriquées se chevauchent temporellement parlant.

– **Négation DR :**

Il s'agit de signaler les séquences qui sont syntaxiquement du DR, mais qui concernent des non-dits.

Exemple : « il a pas::: rapporté de consommation d'alcool/ », *S3_6h*.

Cette séquence est analysable comme du DR du point de vue syntaxique mais avec l'absence de la production de propos à l'origine (« il a **pas** rapporté »).

– **Commentaire :**

Cette ligne, en saisie libre, nous permettait d'aborder des points qui n'étaient pas présents dans le codage, comme signaler des dialogues rapportés, ou préciser certains codages dans les catégories expliquées au-dessus.

À ces annotations manuelles s'ajoutent la durée de chaque séquence de DR, calculée automatiquement par le logiciel. Nous avons également considéré de quel patient il était question à l'instant de la production du DR, qu'il s'agisse du moment de transmission qui lui est dédié, ou d'une mention au cours de la présentation de l'actualité clinique d'un autre patient. Ces deux derniers indicateurs ont été réalisés par l'ensemble de l'équipe du projet CISPY sous forme de *time codes*, que nous avons ensuite importés dans le logiciel ELAN. Enfin, à posteriori du traitement sur le logiciel et de l'export en fichier tabulé, nous avons spécifié dans quelle relève se trouvaient les extraits annotés, afin d'obtenir des tableaux comprenant 22 colonnes pour chaque séquence de DR isolée et codée.

Dans le premier chapitre, nous avons déterminé notre cadre théorique autour de la notion de DR ; puis nous avons délimité le champ de l'analyse conversationnelle dans lequel nous nous inscrivons (chapitre 2). Ci-dessus, nous avons donc vu en détail la réunion de relève, notre dispositif de captation, ainsi que nos méthodes et outils de

codage (chapitre 3). Démarrons à présent les analyses de notre corpus, en commençant par l'utilisation des codages que nous venons de décrire.

PARTIE II

Analyses quantitatives

INTRODUCTION DE PARTIE

L'analyse conversationnelle est une discipline profondément qualitative. En analysant avec minutie des interactions, l'analyste est amené à approfondir sa connaissance (et celles des autres) en ce qui concerne les logiques sociales dans le langage, et ses utilisations. Bien que nous nous placions dans la démarche de cette discipline, nous proposons dans cette thèse quelques analyses quantitatives, pour plusieurs raisons que nous allons décrire.

Premièrement, il s'agit d'un moyen d'accéder à toutes les occurrences de DR de notre corpus. En effet, nous n'allons produire d'analyses qualitatives que sur les productions qui concernent « seulement » huit patients, sur trente-neuf. De façon temporelle, l'ensemble des transcriptions que nous avons réalisées représentent 4 heures, 3 minutes et 45 secondes sur 15 heures, 38 minutes et 27 secondes d'enregistrements, soit environ 26% des vidéos. Nous avons sélectionné les patients dont les relèves ont été transcrites intégralement de telle sorte que l'on trouve tous les « profils » possible, concernant les mouvements d'entrée et de sortie, ainsi que la mise en isolement thérapeutique (voir tableau récapitulatif en 3.1.2.). Cependant, au vu des 74% restants, nous trouvions dommageable de ne pas nous y intéresser. Dès lors, puisqu'il n'aurait pas été envisageable, pour une thèse de doctorat, de mener des analyses qualitatives sur l'intégralité des réunions enregistrées, nous avons fait le choix d'annoter un peu moins de la moitié des séquences de DR (40%, soit 1175 séquences) selon les paramètres décrits dans la partie précédente, et de présenter les résultats de quelques analyses quantitatives.

Il s'agit pour nous de nous orienter dans une démarche moins conversationnelle, mais plus descriptive des séquences que nous avons annotées. Ainsi, nous commencerons par présenter quelques chiffres « bruts ». Nous trouverons le nombre de séquences rapportées par relève, des données sur les types de DR utilisés par les soignants, les différents statuts d'énonciateurs rapportés ou de locuteurs rapportants (c'est-à-dire, dans le premier cas, s'il s'agit d'un patient, un proche, un soignant, etc. et dans le second la profession du soignant qui produit le DR). Nous nous pencherons

également sur le contenu sémantique des DR, à savoir si nous avons trouvé quelque trace d'émotion, ou encore s'il s'agissait d'une information dite nouvelle ou non. Suite à ces quelques chiffres, nous tenterons de déterminer si certains paramètres sont corrélés ou non, au moyen d'ANOVAs⁹.

⁹ Les ANOVAs, au moyen de calculs statistiques, permettent de déterminer à partir d'une valeur (p) si un groupe composé de valeurs discrètes a un effet sur des valeurs continues, par rapport à un deuxième groupe dit « contrôle ». Traditionnellement, on considère que si la valeur p est inférieure à 0,05, c'est que le groupe « test » a effectivement un effet sur les données testées.

CHAPITRE 4

CHIFFRES BRUTS

En premier lieu, nous proposons de baliser notre corpus au regard des séquences de DR qu'il contient. Pour ce faire, nous avons procédé en deux étapes. Premièrement, à l'aide du logiciel ELAN, nous avons segmenté la totalité de nos données, nous permettant ainsi d'accéder aux nombres de séquences rapportées composant chacune des réunions enregistrées. Par la suite, nous avons sélectionné 9 d'entre elles, afin de les annoter selon les paramètres décrits en 3.2.3. Pour être le plus représentatif de notre corpus, nous avons choisi de coder les réunions selon le tableau suivant :

	S1	S2	S3	S4	S5	Total par heure
6 heures	Oui		Oui	Oui		3
9 heures	Oui					1
14 heures	Oui				Oui	2
21 heures	Oui			Oui	Oui	3
Total par semaine	4	0	1	2	2	

Tableau 2 : Référencement des réunions annotées

Comme nous pouvons le constater à la lecture de ce tableau, l'objectif était de considérer *a minima* 2 relèves infirmières par horaire de réunion et un staff pluriprofessionnel. La première semaine a été intégralement annotée pour pouvoir effectuer des comparaisons de façon transversale : les éléments qui constituent les relèves sont censés être rapportés dans chacune d'entre elles.

Nous présenterons nos résultats en deux temps. Tout d'abord, nous nous attacherons à voir, de façon globale et sur l'intégralité de nos données, quelques chiffres pouvant être des indicateurs de ce qui constitue le lien entre DR et réunion de soignants en psychiatrie. Par la suite, nous nous concentrerons sur les séquences annotées, afin de regarder dans une perspective plus fine quelques éléments inhérents aux usages des DR que font les participants.

Nous nous interrogeons en premier lieu sur les rapports entre représentation de discours et semaines d'enregistrement. La figure ci-dessous illustre ce point.

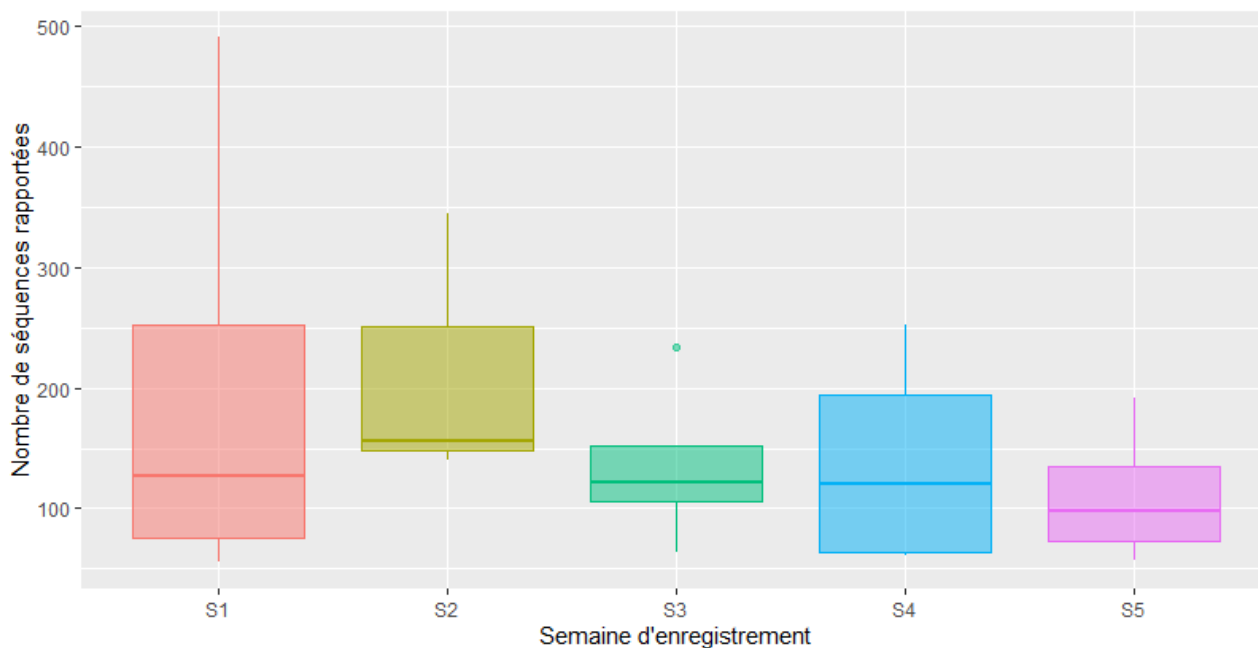


Figure 7 : Nombre de séquences rapportées par semaine d'enregistrement

Nous remarquons d'emblée une variabilité assez importante entre les différentes semaines. En effet, si les médianes, représentées par les traits horizontaux à l'intérieur des boîtes à moustaches, sont assez proches, il n'en demeure pas moins que les quartiles, minimums et maximums sont relativement éparés. Rappelons tout de même que pour chaque semaine (en dehors de la deuxième, pour laquelle la prise de donnée a été empêchée pour la relève de 6 heures) ne contient que 4 enregistrements, soit 4 chiffres à représenter. Seule la représentation de la médiane nécessite un calcul. Les mêmes données, sous forme de tableau, sont présentées ci-dessous.

PARTIE II – Analyses quantitatives

Semaine d'enregistrement	S1				S2			S3				S4				S5			
Heure de relève	6h	9h	14h	21h	9h	14h	21h	6h	9h	14h	21h	6h	9h	14h	21h	6h	9h	14h	21h
Nombre de DR	55	491	172	72	345	156	140	64	234	119	124	61	253	175	65	57	191	78	117
Total par semaine	790				641			541				554				443			

Tableau 3 : Nombre de DR par semaine et par relève

La variabilité relative à la semaine d'enregistrement est d'autant plus visible dans la troisième ligne de ce tableau, qui présente le cumul du nombre de DR repérés par semaine. Nous pouvons par exemple observer qu'entre les semaines 1 et 5, le rapport entre le nombre de séquences rapportées est quasiment de 1 pour 2. Notons également que malgré l'absence d'une relève en deuxième semaine, elle se situe en deuxième position en ce qui concerne le nombre total de séquences rapportées relevées. En ce qui concerne les écarts-types, nous trouvons :

Semaine d'enregistrement	S1	S2	S3	S4	S5
Écart-type	202,36	114,02	71,22	92,83	58,99

Tableau 4 : Écarts-types du nombre de DR par semaine

La dispersion a également une forte variabilité à l'intérieur des semaines, puisque nous trouvons un rapport tendant vers 1 pour 4 entre les semaines 1 et 5. Nous considérons cet indicateur, au vu de ce que nous avons pu décrire précédemment, comme étant une manifestation du fait que si les usages de DR sont intrinsèquement liés aux événements se déroulant dans l'unité, il n'en demeure pas moins qu'un aspect relatif aux heures de réunions semble persister. La forte variabilité de dispersion serait alors due à une combinatoire entre faits à mutualiser, et objectifs des soignants lors des transmissions.

Nous nous sommes par conséquent interrogé sur l'horaire de réunion et DR, ce que nous représentons dans la figure ci-après.

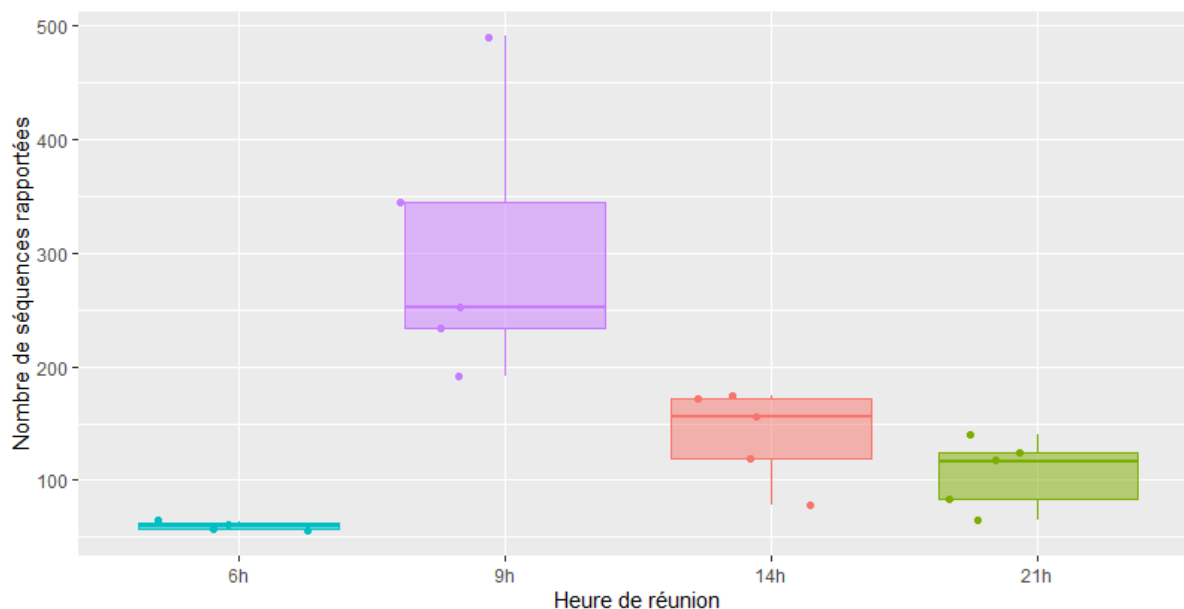


Figure 8 : Nombre de séquences rapportées par heure de réunion

La variabilité est ici manifeste, particulièrement en ce qui concerne le staff médical et les autres moments d'échanges. En effet, nous voyons bien ici que la valeur minimum du nombre de DR par réunion de 9 heures est supérieure au nombre maximum de séquences rapportées dans les autres modalités de mutualisation. Si nous nous intéressons aux écarts-types, nous trouvons :

Heure de réunion	6 heures	9 heures	14 heures	21 heures
Écart-type	4,03	119,28	41,2	33,2

Tableau 5 : Écarts-types du nombre de DR par heure de réunion

C'est une nouvelle fois la relève de 9 heures pour laquelle on observe la plus grande dispersion des données, avec un écart-type de 119,82. Nous pouvons également souligner la très forte stabilité du nombre de DR dans les relèves de 6 heures, avec un écart-type très faible de 4. Nous considérons que ces chiffres corroborent notre idée selon laquelle une forme de régularité se trouve dans les heures de réunions, mais qu'elle est également perturbée par les événements se produisant dans la structure. La relève du matin, du fait de son horaire, est dispensée par des soignants de nuit, à des soignants de jour. En principe, les patients dorment durant la nuit, ce qui tend à réduire les conversations que les professionnels peuvent rapporter au moment de la transmission matinale.

Un autre facteur qu'il nous semble intéressant d'explorer est celui du nombre de DR selon la durée de la réunion. En effet, nous avons déjà pu établir en 3.1.1. que le staff médical était plus long que les autres modalités de transmissions. Nous proposons donc de représenter le rapport entre durée de réunion et nombre de DR par la courbe ci-dessous.

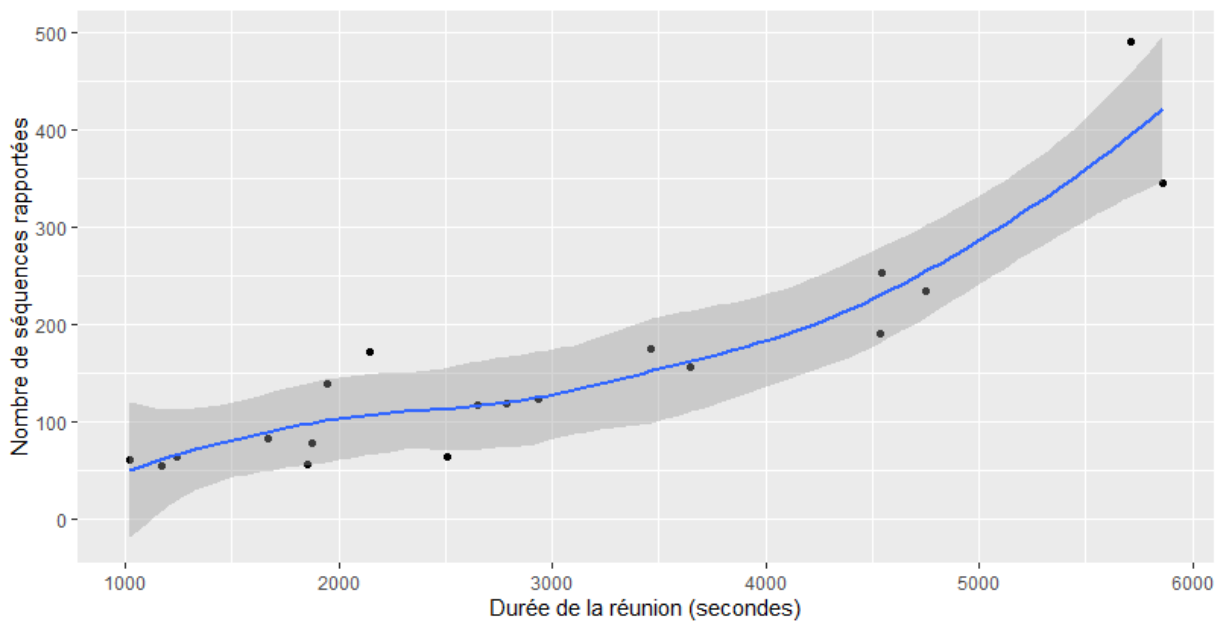


Figure 9 : Nombre de DR selon la durée de la réunion

Comme nous le constatons, puisque la courbe est croissante, il existe une tendance qui veut que plus la réunion dure, plus elle comportera de séquences rapportées. En distinguant cette fois les différents horaires de réunion sur cette même courbe, nous obtenons la figure suivante :

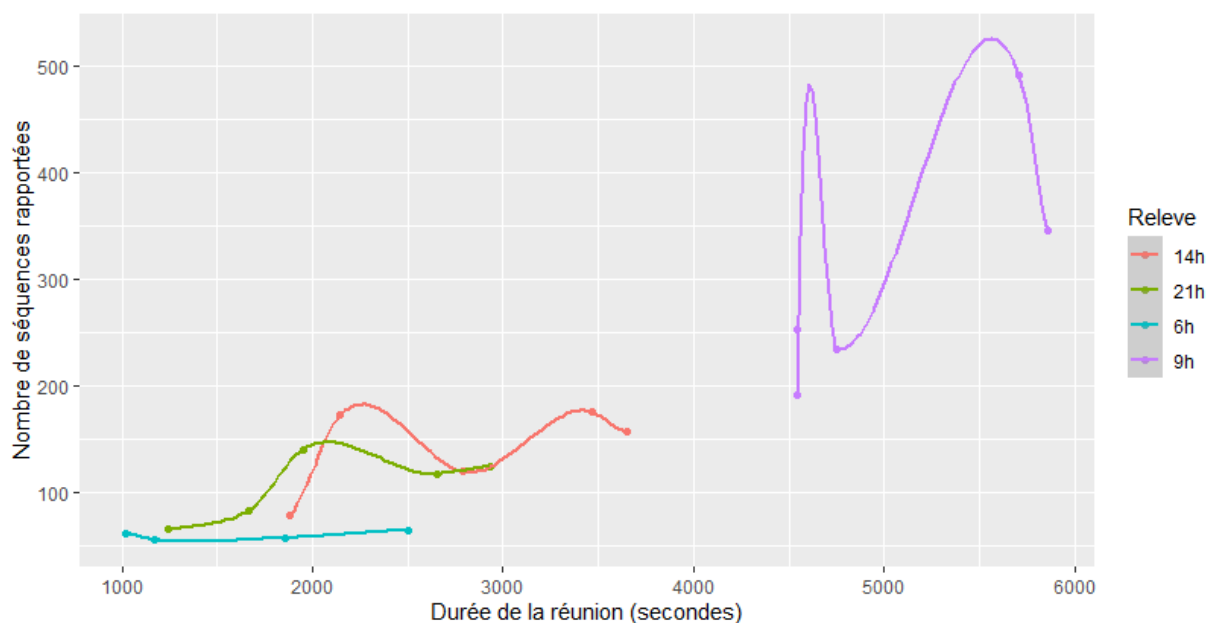


Figure 10 : Nombre de DR selon la durée de la réunion et son heure de déroulé

La tendance dont nous parlions ci-dessus n'est donc qu'un effet de la durée des réunions de 9 heures. Nous voyons ici que les courbes en rouge, vert et bleu, correspondant respectivement aux relèves de 14 heures, 21 heures et 6 heures ne montrent pas une corrélation entre durée et nombre de DR. Ainsi, ce serait plus la modalité de transmission qui impacterait le nombre de séquences rapportées utilisées. Nous rapprochons cette conclusion de l'objectif même du staff : tous les profils de soignants y sont présents, et il permet de discuter du parcours de soins en présence d'un psychiatre. Dès lors, l'usage du DR permettrait aux soignants non-médicaux de présenter des situations vécues aux soignants médicaux, afin de mieux appréhender la réalité de l'hospitalisation des patients. Afin de vérifier l'influence de l'heure de relève sur le nombre de DR produits, nous avons fait l'ANOVA suivante :

ANOVA - Nombre de DR					
Cases	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Heure	159060.176	3	53020.059	11.771	< .001
Residuals	67562.350	15	4504.157		

Note. Type III Sum of Squares

Tableau 6 : ANOVA testant l'effet de l'heure sur le nombre de DR produits

La valeur p étant inférieure à .001, nous pouvons affirmer qu'il y a un effet de l'heure de réunion sur le nombre de DR produits.

Pour résumer ces quelques chiffres, avant de passer à des analyses plus fines sur nos annotations, nous pouvons dire qu'il existe un rapport entre « type » de réunion et nombre de DR. Plus qu'un effet temporel, le staff hebdomadaire se veut un lieu de représentation de propos sous forme rapportée, tout en présentant la plus grande variabilité de notre échantillon. Nous allons désormais entrer dans le cœur de notre travail d'annotation, et porter notre regard sur des éléments propres aux séquences rapportées en elles-mêmes.

4.1. TYPES DE DR

En premier lieu, à partir de nos annotations, nous allons nous intéresser à des facteurs formels des séquences de DR. Dans cette section, nous allons décrire trois aspects concernant la représentation des propos, à savoir la forme syntaxique utilisée, la présence ou non d'un *inquit* et enfin, dans une perspective plus large, nous verrons les distinctions d'usages entre discours *rapportés* et *représentés*. La première figure ci-dessous représente les modes d'intégration syntaxique que les soignants utilisent pour représenter des propos lors des réunions.

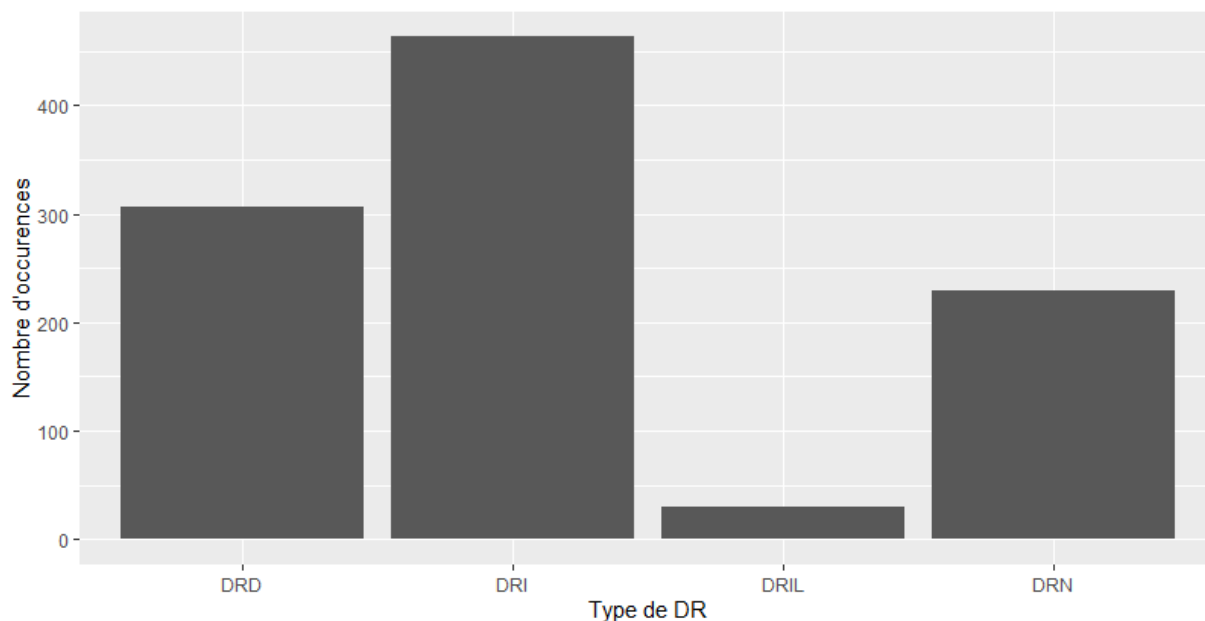


Figure 11 : Diagramme en barres des types de DR utilisés

Sans surprise, nous observons que le DRI est la forme la plus utilisée par les soignants. Notons cependant l'utilisation assez représentée de DRD. La répartition des formes de DR utilisées est présentée dans le tableau suivant :

DRI	DRD	DRN	DRIL
44,9 %	29,9%	22,3 %	2,9 %

Tableau 7 : Répartition des formes de DR dans notre corpus annoté

Le discours indirect libre est une forme considérée comme plus littéraire, nous ne nous attarderons pas sur sa présence dans nos analyses. Cependant, s'il est évident que nous traiterons le DRD et le DRI, nous sommes également intéressé par la forte présence du DRN. En effet, ce dernier, en tant que forme présentant un discours sans donner à entendre son contenu, peut potentiellement fonctionner de façon séquentielle dans l'interaction (où les soignants représenteraient une activité de parole puis, par une reformulation, produiraient une séquence de DRD ou de DRI), ou être utilisé afin de spécifier qu'une discussion a été menée.

4.1.1. QUID DE L'INQUIT ?

Concernant l'introduction verbale des séquences rapportées, nous trouvons qu'une extrême majorité des séquences sont liées à un verbe de parole, comme le montre la figure ci-dessous :

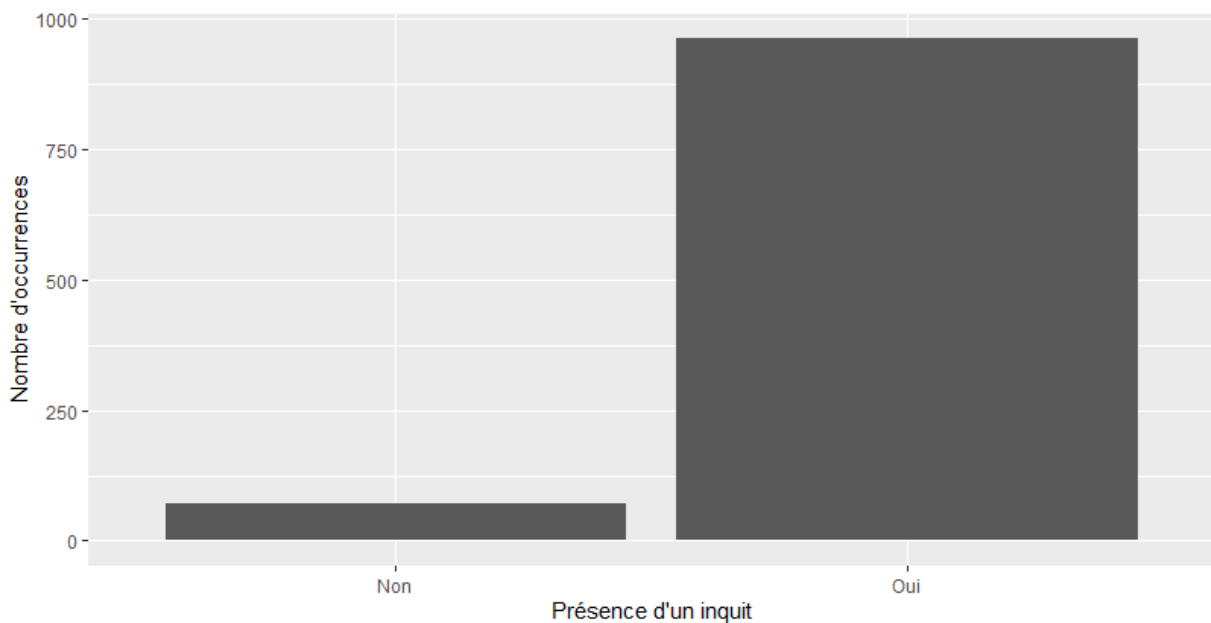


Figure 12 : Diagramme en barres représentant la présence d'un verbe introducteur

Cependant, en nous penchant de plus près sur celles qui ne le sont pas, nous pouvons produire le graphique suivant, qui distingue, dans l'absence d'un *inquit*, les différentes modalités de représentation de propos ayant pour origine un tiers énonciatif.

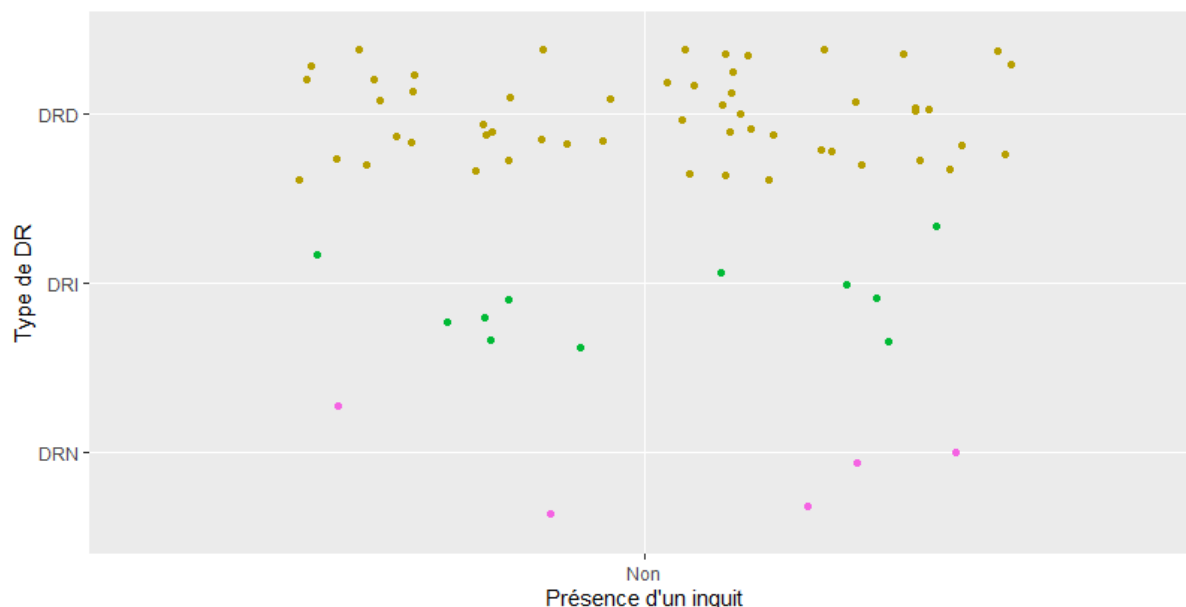


Figure 13 : types de DR en l'absence d'une introduction verbale

La majorité des séquences rapportées qui n'ont pas de verbe introducteur sont produites dans un format direct. Sachant qu'il s'agit d'une forme ne présentant pas de variation au niveau des déictiques et temps verbaux, l'intégration du discours cité au discours citant fonctionnerait vraisemblablement grâce à des aspects pragmatiques et phonétiques (présentés en 1.2.). En cela, il nous paraît important de considérer que la pseudo-mimétique de ces séquences est d'autant plus forte : en l'absence d'un verbe introducteur et dans un style direct, les DR ne sont en tant que tels pas présentés comme étant rapportés du point de vue lexical. Nous devons cependant ici souligner que par *inquit* nous n'entendons que les verbes, et que les séquences rapportées peuvent également être présentées par une forme de périphrase qui n'entre pas en compte dans notre décompte. Ce fait explique notamment la présence de DRN dans le graphique ci-dessus.

Concernant les séquences pour lesquelles nous trouvons un *inquit*, nous trouvons parmi les 10 verbes les plus représentés de notre corpus ceux dans le graphique ci-dessous :

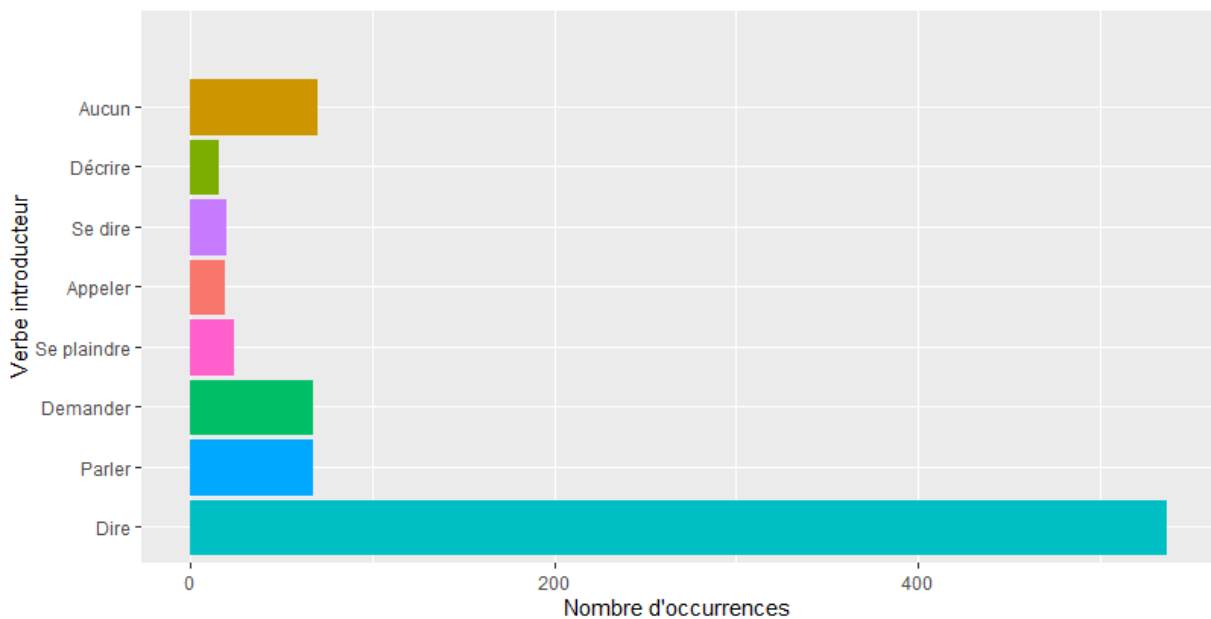


Figure 14 : Répartition des 10 verbes les plus représentés

Comme c'est toujours le cas, « dire » arrive en tête de façon très marquée. Cependant, nous remarquons par exemple l'apparition de « se plaindre », qui est un des verbes de notre corpus qui est selon nous à mettre en relation avec la pratique du soin. Dans les données, les soignants présentent de façon régulière les plaintes des patients en ce qui concerne d'éventuelles douleurs, une sédation ou encore d'autres usagers de la structure. De la même manière, « décrire » est un verbe qui est utilisé pour représenter une forme de transmission, la plupart du temps au participe passé : les patients sont présentés comme « décrits » par les pairs dans leurs symptômes et pathologies.

L'introduction verbale des DR est par conséquent liée à l'activité du soin, et son absence se remarque d'autant plus dans les discours directs. Il s'agira pour nous de regarder, dans une dynamique d'analyse plus fine, d'une part si la pseudo-mimétique est effectivement augmentée en l'absence de verbe ou s'il s'agit seulement de séquences dont l'introduction est périphrastique, et de tenter de considérer les rapports entre profession et DR. Nous allons désormais prendre un peu de recul, et dans une perspective plus anglo-saxonne, considérer les DR selon qu'ils sont indirects ou directs. Concrètement, toutes les séquences qui ne sont pas du DRD sont considérées comme indirectes.

4.1.2. DISCOURS DIRECTS, DISCOURS INDIRECTS

Comme nous le constatons dans le diagramme ci-dessous, la majorité des DR sont produits dans une modalité indirecte.

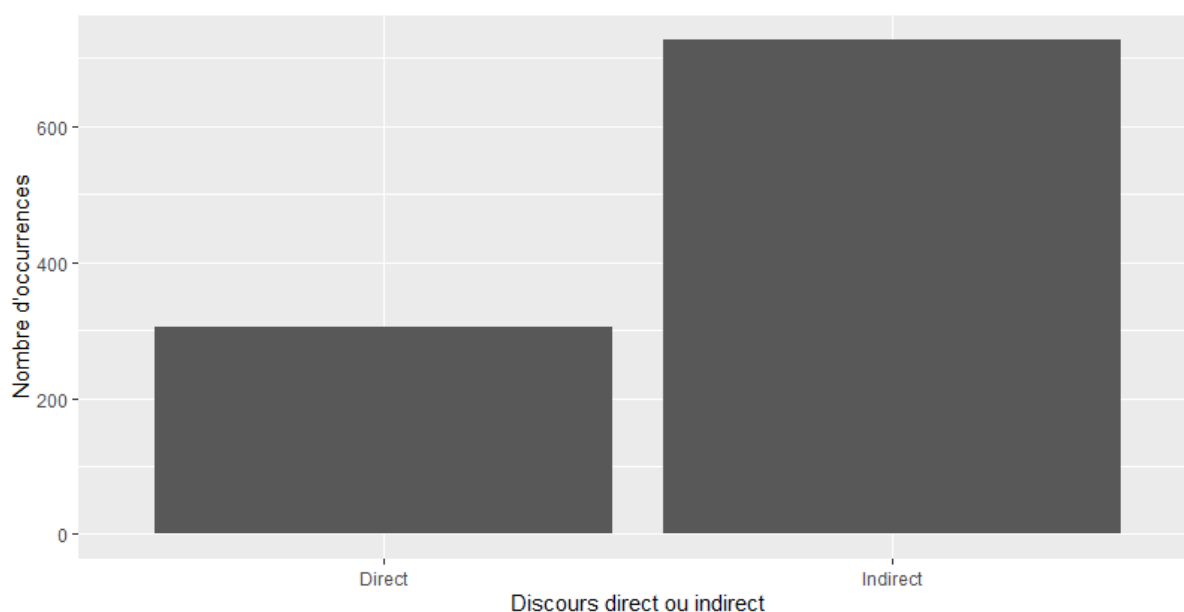


Figure 15 : Répartition des DR en termes de discours direct ou indirect

Une nouvelle fois, cette répartition n'est pas surprenante, le discours indirect étant plus souvent utilisé. Cependant, nous voulons nous intéresser à deux choses quant à ce fait. D'une part, la question de la reformulation, et d'autre part la question de l'émotion contenue dans les séquences. En effet, nous avons pu remarquer lors de l'annotation que certains DRD étaient en soi des reformulations de séquences présentant une pseudo-mimétique moins forte. Concernant ce premier point, nous proposons les tableaux et graphiques suivants :

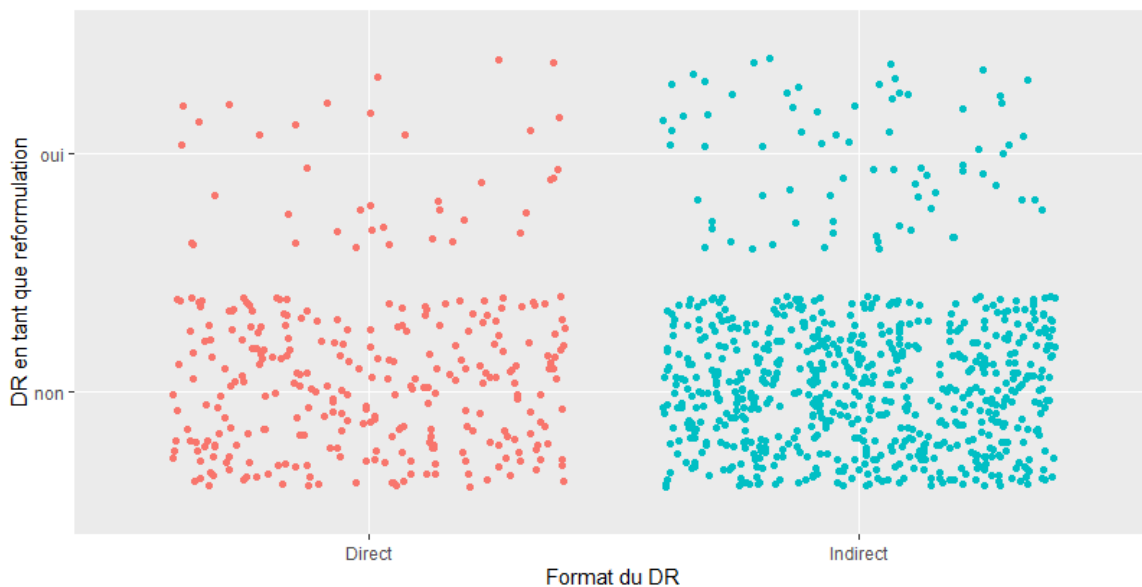


Figure 16 : Représentation des DR selon leur format et une potentielle reformulation

Nous pouvons voir que la répartition en termes de format et de reformulation est assez similaire en ce qui concerne les discours indirects et directs. En termes de pourcentages, nous trouvons le tableau suivant, qui confirme la lecture de ce graphique :

	Direct	Indirect
Reformulé	12,5%	10,4%
Non-reformulé	87,5%	89,6%

Tableau 8 : Répartition des DR selon leur format et une potentielle reformulation

Si le ratio de reformulation est supérieur dans le cadre d'un DRD par rapport à la production d'un DRI, la différence de 2,1% n'est pas en tant que telle significative.

Concernant cette fois l'émotion présente dans les discours directs et indirects, nous trouvons :

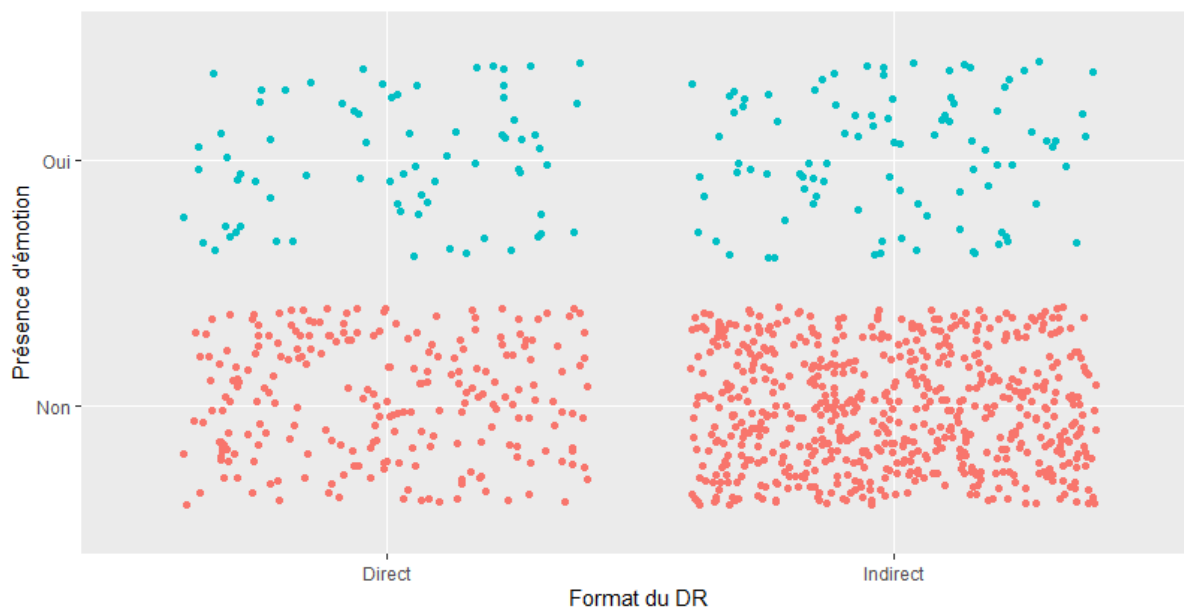


Figure 17 : Représentation des DR selon leur format et la présence d'une émotion

La lecture de ce nuage de points semble plus nuancée. En effet, si dans les discours directs et indirects l'émotion est moins souvent présente qu'absente, il semble tout de même que la répartition est moins franche dans le cadre d'un discours direct qu'un discours indirect, ce que nous confirme le tableau suivant, pour lequel nous avons considéré séparément les formats de production.

	Direct	Indirect
Émotion	23,9%	13,1%
Sans émotion	76,1%	86,9%

Tableau 9 : Répartition des DR selon leur format et la présence d'une émotion

23,9% des discours directs contiennent de l'émotion, là où c'est le cas pour seulement 13,1% des séquences indirectes. Dès lors, nous pourrions considérer une tendance à représenter un discours chargé émotionnellement par une pseudo-mimétique forte. Nous nous intéresserons à ce point dans une perspective plus qualitative dans la suite de ce travail.

4.2. LOCUTEUR REPRÉSENTANT, ÉNONCIATEUR REPRÉSENTÉ ET ADRESSAGE

Le phénomène du DR implique plusieurs énonciateurs et locuteurs. Nous nous intéresserons dans cette section à qui rapporte qui, et à qui les discours sont adressés en première instance tout comme lors de la relève.

4.2.1. ÉNONCIATEURS REPRÉSENTÉS

Par énonciateur représenté, nous entendons le tiers énonciatif dont les propos constituent la portée de la séquence de DR. En représentant sous forme de diagramme en barre cette répartition, nous trouvons :

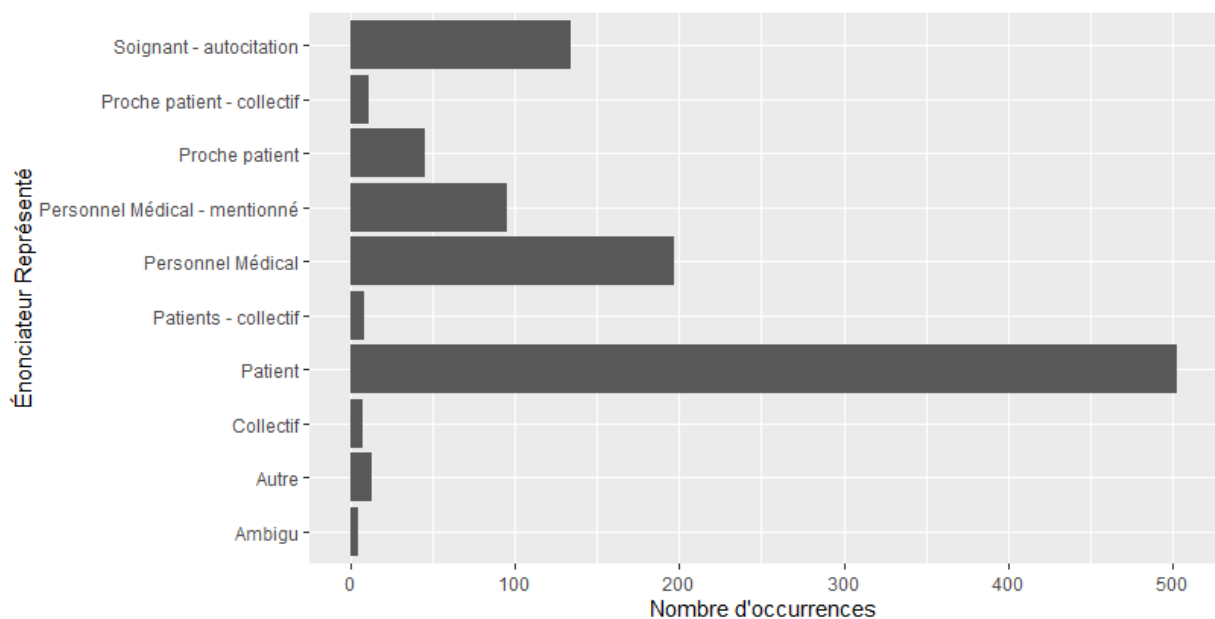


Figure 18 : Répartition des énonciateurs représentés dans notre corpus

Le patient est largement l'énonciateur le plus représenté dans nos données, ce qui ne semble pas surprenant étant donné l'activité de transmission d'informations en cours. Le soin, et d'autant plus le soin relationnel, est orienté vers le patient, ses problématiques et ses besoins. À cela s'ajoute le fait que les différentes poses de

diagnostic se font en grande partie par des situations conversationnelles en psychiatrie.

En distinguant cette fois les énonciateurs représentés par horaire de réunion, nous trouvons la figure ci-dessous :

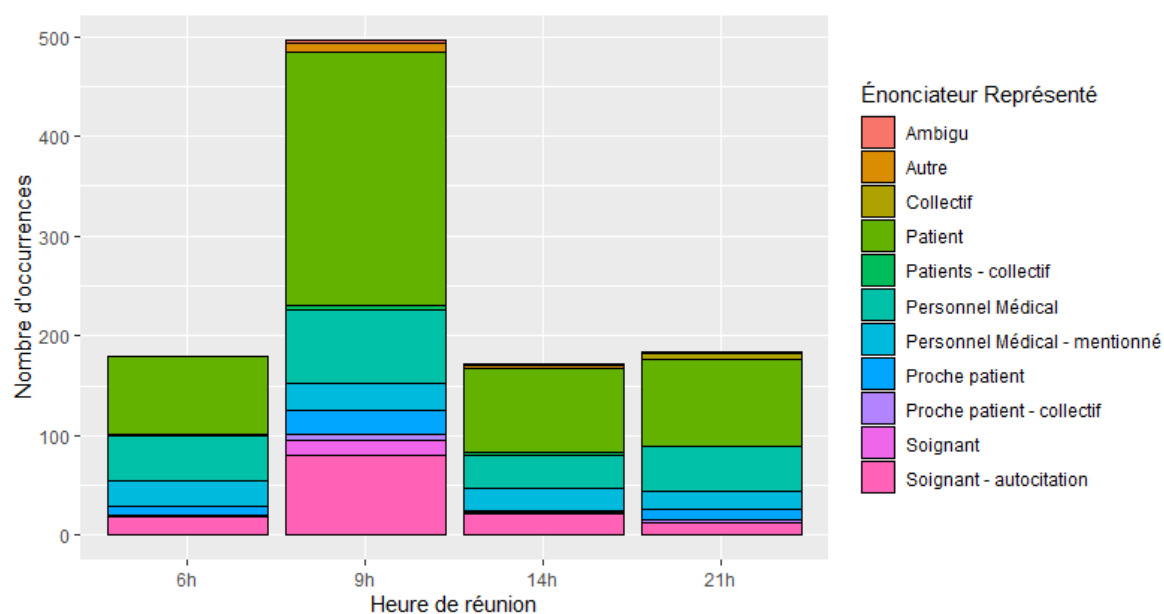


Figure 19 : Répartition des énonciateurs représentés selon l'heure de réunion

La répartition semble être plutôt proche en ce qui concerne les réunions de relève, nous observons trois diagrammes en barres assez similaires. Cependant, il est difficile de juger de l'homogénéité des énonciateurs représentés pour le staff de 9 heures. En considérant les heures de réunions séparément, et en calculant les pourcentages de représentation de chaque énonciateur, nous proposons le tableau suivant :

	6h	9h	14h	21h
Ambigu		0,40%	0,58%	0,54%
Autre		2,02%	1,74%	
Collectif				3,80%
Patient	43,02%	51,21%	49,42%	47,28%
Patients – collectif	1,12%	0,81%	1,16%	
Personnel Médical	25,14%	14,92%	19,19%	24,46%
Personnel Médical – mentionné	14,53%	5,44%	13,95%	9,78%
Proche patient	5,03%	4,84%	0,58%	5,98%
Proches patient - collectif	0,56%	1,21%	0,58%	1,63%
Soignant		2,82%		
Soignant – autocitation	10,61%	16,33%	12,79%	6,52%

Tableau 10 : Répartition des énonciateurs représentés par heure de relève

Le staff hebdomadaire de 9 heures se distingue effectivement des autres modalités de transmission. Par exemple, nous trouvons assez peu de DR attribués à un personnel médical mentionné (5,44% pour 9 heures, entre 9,78% et 14,53% pour les autres horaires), et beaucoup d'auto-citations (16,33% face à une fourchette comprise entre 6,52% et 12,79% en ce qui concerne les relèves de 6 heures, 14 heures et 21 heures).

4.2.2. LOCUTEURS REPRÉSENTANTS

Nous avons également annoté les fonctions des soignants produisant des séquences rapportées. En regardant le diagramme ci-après, nous constatons la très forte représentation des infirmiers et infirmières en ce qui concerne la production de DR. Cependant, il s'agit vraisemblablement d'un effet : la plupart des soignants enregistrés ont cette fonction.

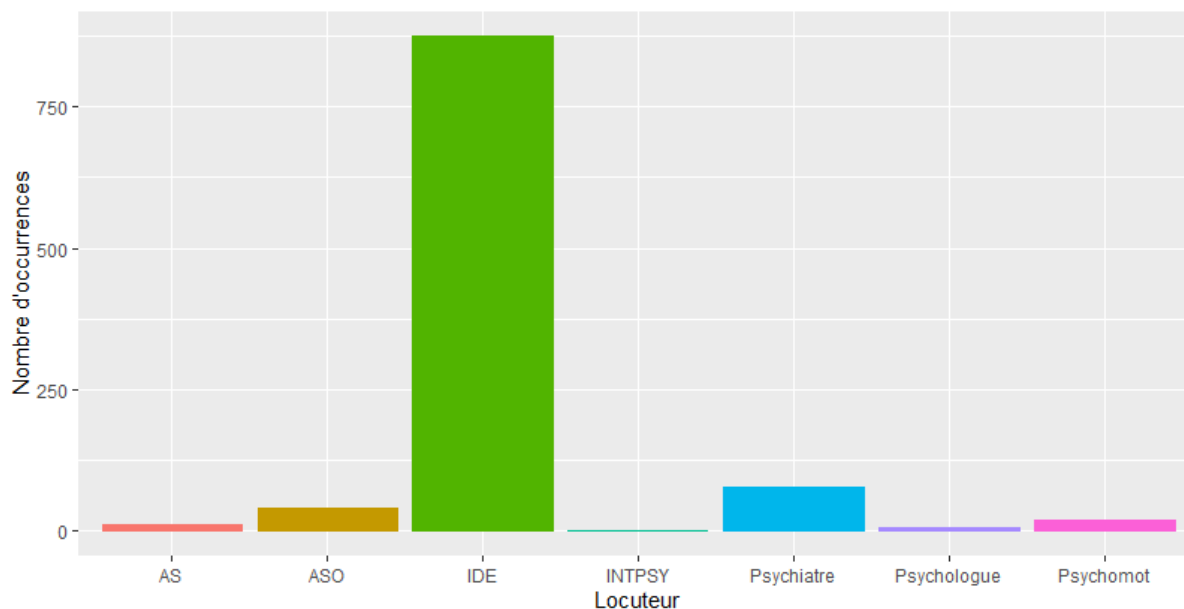


Figure 20 : Nombre de DR par fonction

Pour pallier le problème de sur-représentation des infirmiers, nous proposons ici une moyenne de nombre de DR par profil de soignants, sous forme de tableau. Pour ce faire, nous avons divisé le nombre de DR produits par le nombre de soignants présents à ces réunions.

Fonction	Nombre moyen de DR par type de professionnel présent
Infirmier	17,8
Aide-soignant	1
Psychomotricienne	6,3
Interne en psychiatrie	0,3
Assistante sociale	42
Psychiatre	19,5
Psychologue	2

Tableau 11 : Ratio de DR par fonction

Contrairement à ce que nous pouvons penser à la lecture du graphique précédent, les infirmiers n'arrivent qu'en troisième position (en moyenne 17,8 DR par soignant versus 19,5 pour les psychiatres et le nombre impressionnant de 42 pour l'assistante sociale).

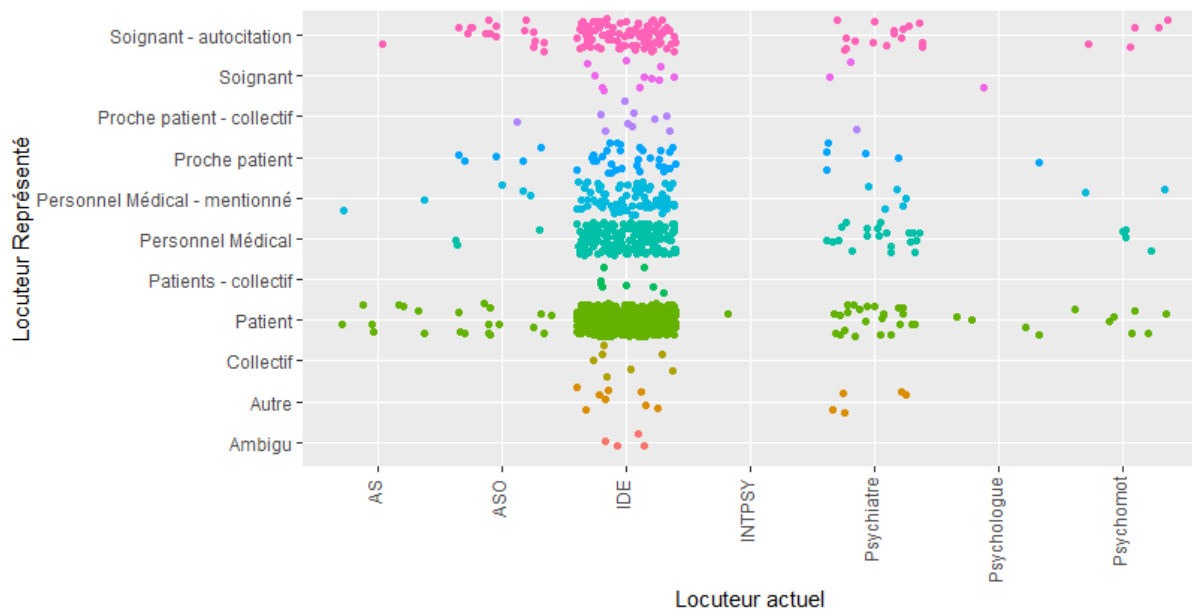


Figure 21 : Représentation du locuteur actuel et du locuteur représenté

Nous pouvons ici voir une distinction entre les différents profils de soignants. En dehors de l'interne en psychiatrie (qui n'a produit qu'une séquence de DR, ce qui rend la prise en compte difficile), nous remarquons la tendance qu'ont les soignants à rapporter des propos qu'ils peuvent avoir entendus. Les aides-soignants, par exemple, sont au contact des patients et des personnels médicaux, mais assez peu des familles et des proches des usagers : ils ne rapportent pas leurs propos.

4.2.3. ADRESSAGE

Nous avons également annoté deux modalités d'adressage, à savoir l'adressage en première instance, et celui lors de la réunion de relève. La plupart du temps, les soignants précisent à qui était adressé le DR qu'ils produisent.

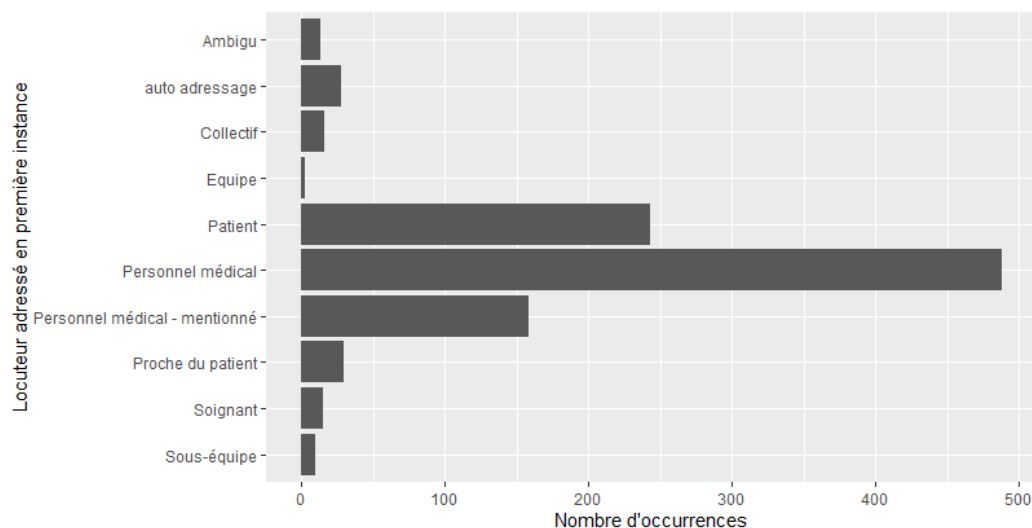


Figure 22 : Répartition de l'adressage en première instance

Comme nous le constatons, la plupart du temps le discours est adressé en première instance à un personnel médical – mentionné ou non – ou à un patient. En ce qui concerne l'adressage du DR en tant que tel, nous trouvons :

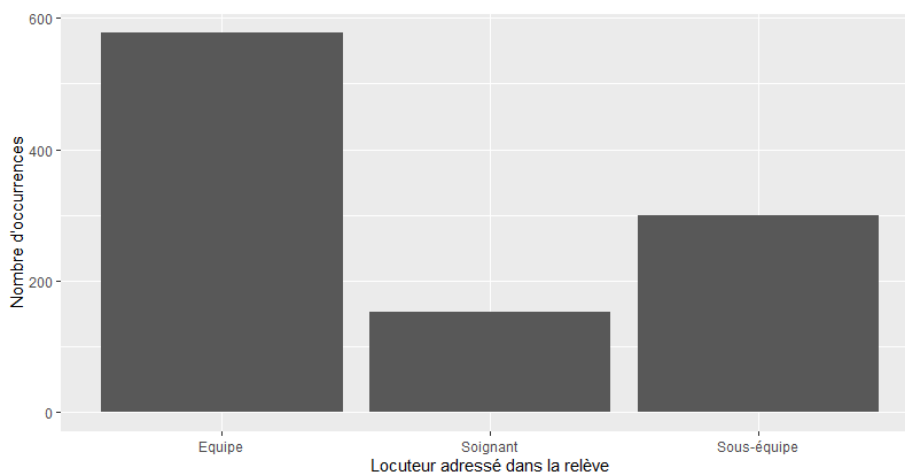


Figure 23 : Répartition de l'adressage des DR

Si la plupart du temps les soignants s'adressent à l'ensemble des participants lors de la production de DR, il arrive qu'ils s'adressent à une sous-équipe ou à un soignant directement. Pour mieux saisir la réalité des conversations représentées sous forme de DR, nous proposons le graphique suivant, qui montre les locuteurs représentés et adressés en première instance. Chaque point signale alors une conversation qui est rapportée.

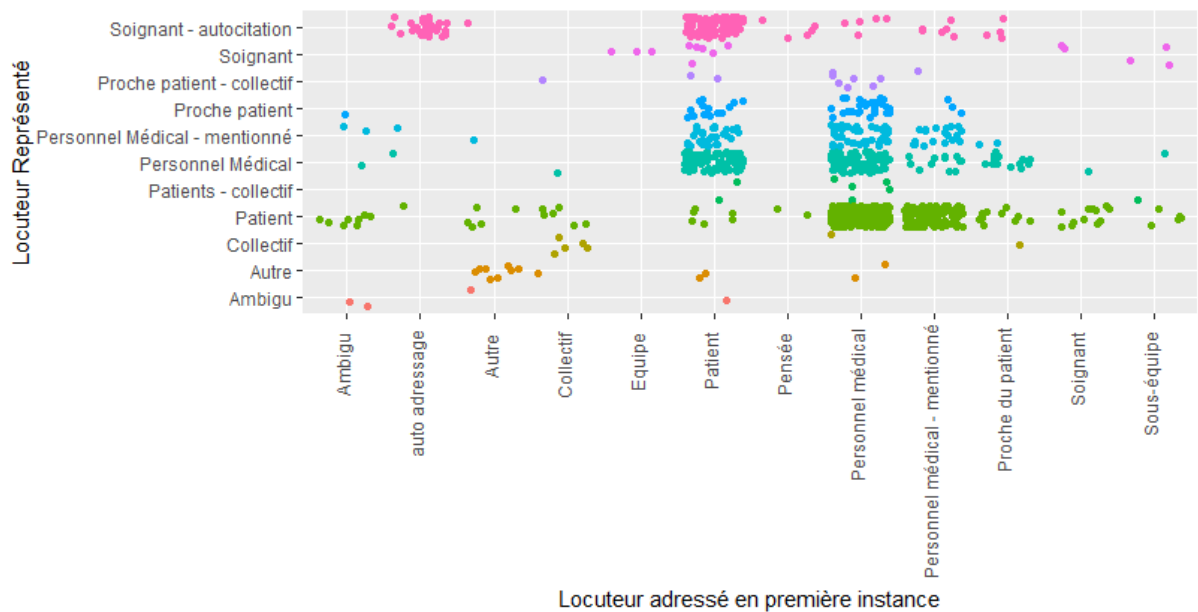


Figure 24 : Représentation des conversations rapportées selon les locuteurs et interlocuteurs

Nous pouvons voir sur ce graphique plusieurs pôles de conversations. Les soignants lors des réunions représentent la plupart du temps des conversations entre patients et personnels médicaux, qu'ils soient spécifiés ou non, ou des conversations entre pairs.

Nous avons donc vu que les soignants représentaient principalement des conversations qu'ils ont ou auraient pu entendre, provenant de cadres conversationnels qui leurs sont familiers. De la même manière, contrairement à ce que nous aurions pu penser, les infirmiers ne sont pas les professionnels produisant le plus de DR par personne, et se trouvent derrière les psychiatres et assistantes sociales. Il pourrait cependant une nouvelle fois s'agir d'un effet : dans les réunions que nous avons enregistrées, tous les participants ne prennent pas la parole, et ne produisent pas de DR. Dans l'unité, au moment des captations, il y avait deux psychiatres, et une assistante sociale, pour douze infirmiers.

4.3. CONTENU SÉMANTIQUE ET LEXICAL DES SÉQUENCES

Un des aspects que nous avons annoté est le contenu émotionnel des DR, ainsi que le type d'information présentée. Nous nous intéresserons ici à ces deux

paramètres, en tant qu'ils sont relatifs au contenu sémantique et lexical des séquences.

4.3.1. PORTÉE ÉMOTIVE

Tout d'abord, comme nous le constatons à la lecture du graphique ci-dessous, la plupart des DR ne sont pas chargés d'émotion.

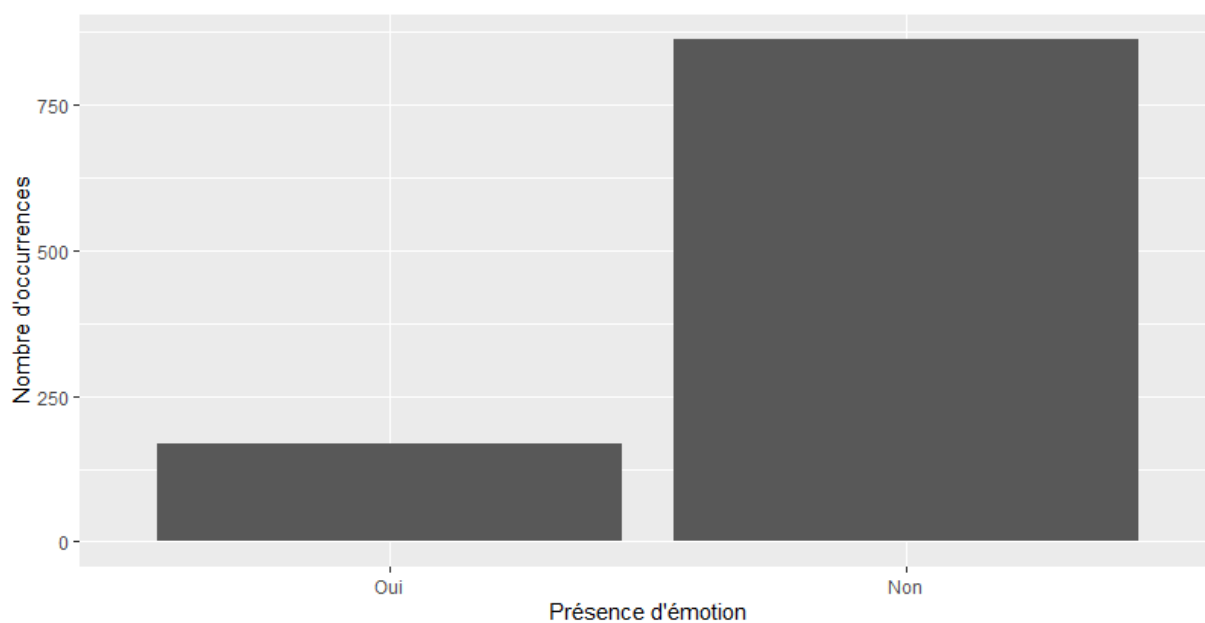


Figure 25 : Répartition des séquences chargées émotionnellement ou non

En distinguant les différents locuteurs représentés, nous trouvons :

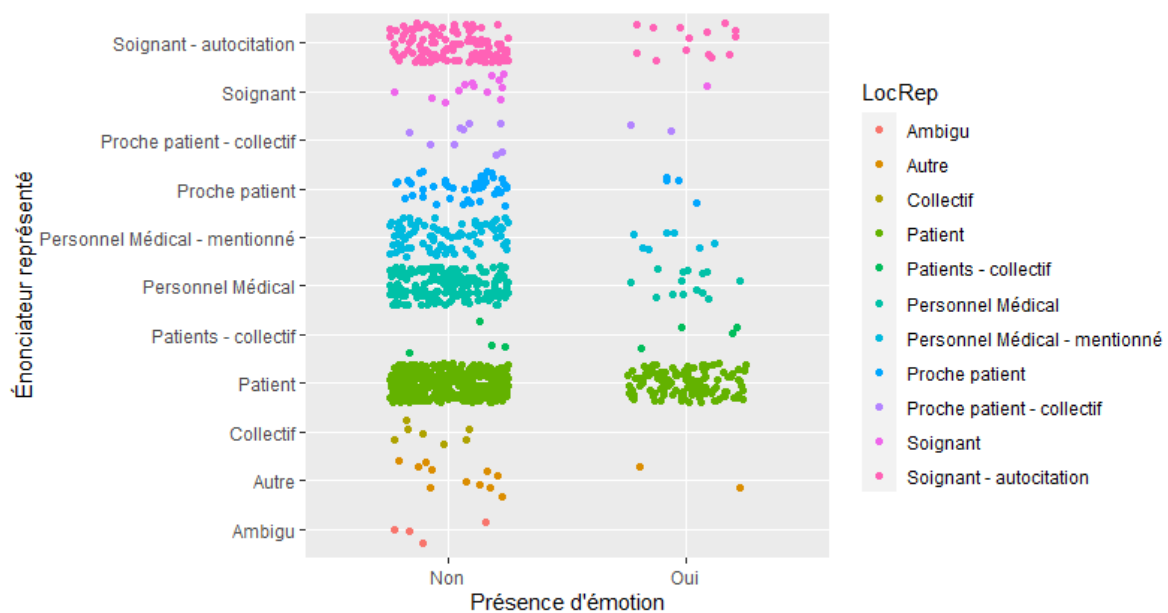


Figure 26 : Représentation d'un potentiel contenu émotionnel selon l'énonciateur représenté

Comme l'indique ce nuage de points, les contenus rapportés chargés émotionnellement proviennent très majoritairement des patients. Cette observation n'est pas surprenante, puisque les réunions sont résolument orientées vers le patient, et que l'émotion de ce dernier fait entièrement partie de la prise en charge thérapeutique. Cependant, nous observons également que les DR provenant de soignants, et des proches du patients peuvent être marqués par une forme d'émotion. Les réunions de professionnels en psychiatrie ne se résumeraient donc pas à l'expression des problématiques du patient, mais s'ouvrirait, dans un cadre plus large, sur les émotions de tous les acteurs du soin et de la vie des usagers des services.

4.3.2. TYPE D'INFORMATION

En considérant l'aspect informationnel des propos rapportés, nous remarquons, comme l'indique le graphique suivant, que la majorité des DR relèvent d'une nouvelle information ou d'un développement récent.

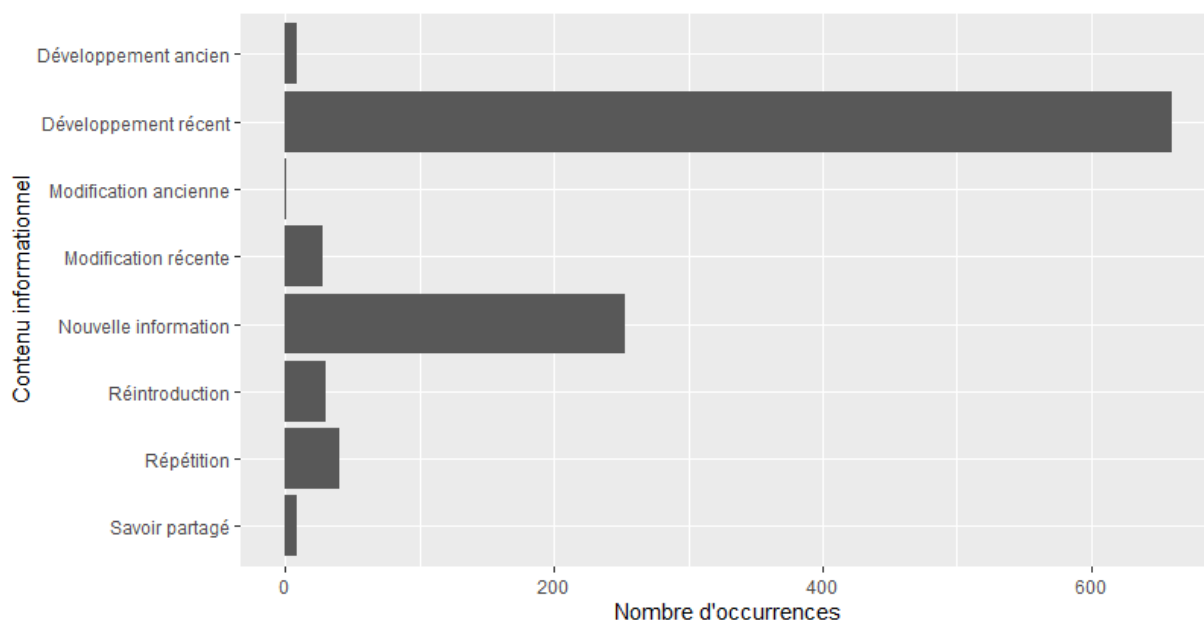


Figure 27 : Contenu informationnel des séquences rapportées

Les professionnels se réunissant lors des réunions de transmission d'informations sont donc à même d'introduire ou de développer une information sous un format rapporté. En ce sens, nous postulons qu'une séquence de DR pourra avoir une portée argumentative : puisqu'il s'agit majoritairement de développements d'informations, alors ces structures particulières peuvent appuyer un propos. Concernant cette fois la production d'une information nouvelle, ou son introduction dans le cadre conversationnel, nous pensons qu'il s'agit du phénomène inverse : plutôt que de développer un contenu préalable, il s'agira de le rendre audible avant de l'étayer. Nous tenterons, dans une perspective plus qualitative, de tenir compte de ce postulat et de le vérifier ou non.

CONCLUSION DE CHAPITRE

Nous avons vu dans ce chapitre quelques tendances et influences de caractéristiques des DR dans notre corpus. En prenant du recul sur nos données, et en produisant des analyses quantitatives, nous avons par exemple déterminé en quoi le staff médical de 9 heures était un moment résolument différent des relèves de 6

heures, 14 heures et 21 heures, tant dans l'objectif de la réunion que dans la production de DR. Nous avons également vu en quoi l'absence d'introduction verbale à la séquence rapportée était principalement visible dans les DRD, ce qui nous amène à penser qu'il peut s'agir d'un effet de pseudo-mimétique accrue, ce que nous explorerons dans une démarche qualitative.

Nous avons également constaté en quoi les séquences chargées émotionnellement étaient préférentiellement produites sous un format direct. Nous voulons rapprocher une nouvelle fois cette tendance de l'effet de pseudo-mimétique, et postulons qu'en représentant une émotion comme étant textuellement produite par un tiers énonciatif, les soignants lui donnent une portée et une profondeur plus importantes aux yeux des autres participants. Par ailleurs, c'est le patient dont l'émotion est la plus représentée, montrant une nouvelle fois l'orientation des réunions profondément axée vers les usagers de la structure.

CHAPITRE 5

ÉLÉMENTS DE CORRÉLATION

5.1. ÉVOLUTION DU PATIENT, ÉMOTION ET DR

Nous avons, à partir des commentaires réalisés par les soignants sur les patients dont la relève est en cours lors de la production des DR, annoté l'évolution de l'état des patients au sein de la structure. Dans le graphique ci-dessous, chaque occurrence représente un DR produit par les soignants et concernant un patient quelconque dont l'évolution a été annotée comme relevant d'une variable, en abscisse.

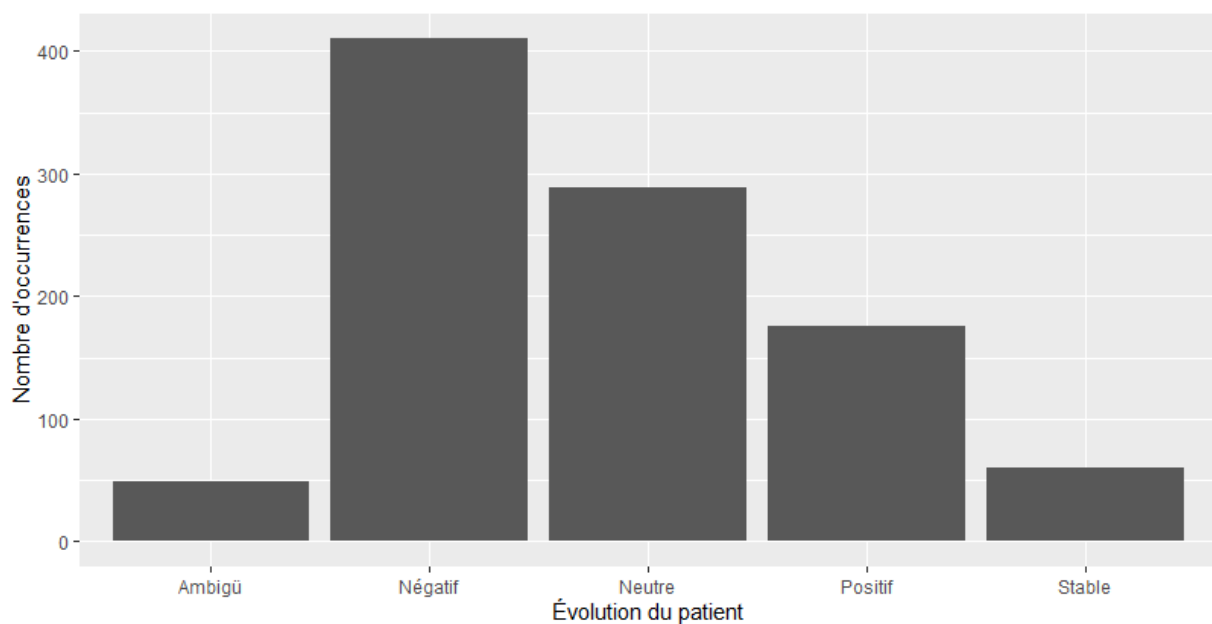


Figure 28 : Évolution du patient

La plupart des DR produits concernent des patients dont l'évolution est présentée comme négative par les soignants. Remarquons également que lorsque l'état de l'utilisateur de la structure est représenté comme suivant une évolution positive ou stable, la tendance à produire des DR sera réduite. Ainsi, ce n'est pas en soi une évolution

qui amène les soignants à produire plus de séquences rapportées, mais bien une évolution négative. En discriminant les modalités directes ou indirectes de représentation de discours, nous trouvons le nuage de points suivant.



Figure 29 : Représentation de l'évolution du patient selon le format du DR

Les représentations sous format direct semblent avoir tendance à être légèrement plus présentes lorsque l'évolution du patient est présentée comme négative. Si nous regardons les distributions de discours directs selon l'évolution du patient, nous trouvons :

Évolution du patient	Négatif	Positif	Stable	Neutre
Pourcentage de discours directs	60,92%	13,03%	6,90%	19,16%

Tableau 12 : Répartition des DRD selon l'évolution du patient

Comme nous le constatons, la plupart des DRD sont utilisés dans le cadre d'une évolution négative. Une nouvelle fois, nous postulons qu'il s'agit pour les soignants de souligner un problème

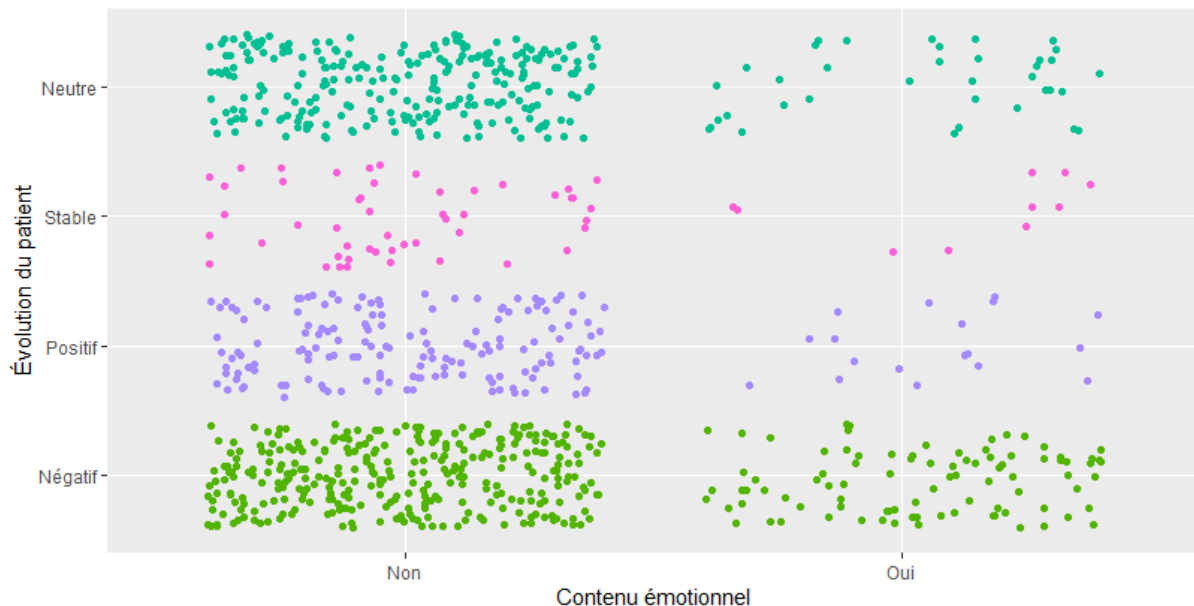


Figure 30 : Représentation de l'évolution du patient au regard d'un contenu émotionnel

Comme nous le remarquons, à l'image de la tendance des DR à être directs dans le cas d'une évolution négative, les séquences rapportées paraissent contenir de l'émotion préférentiellement lorsque le patient est présenté comme se dégradant. En compilant les distributions de séquences contenant une émotion selon l'évolution du patient, nous obtenons le tableau suivant :

	Négatif	Positif	Stable	Neutre
Pourcentage de séquences chargées émotionnellement	58,60%	11,46%	6,37%	23,57%

Tableau 13 : Distribution des séquences chargées émotionnellement selon l'évolution du patient

Comme nous l'avions supposé à la lecture du graphique précédent, la plupart des séquences dont le contenu représente une émotion sont produites lors de la relève d'un patient présenté comme se dégradant. Nous postulons donc qu'il existe un lien entre évolution du patient, émotion représentée, et modalité de représentation de discours.

Enfin, nous nous sommes intéressé au lien entre durée de la séquence rapportée et émotion. Pour le représenter, nous avons utilisé un graphique dit « pirate », qui combine un nuage de points (qui sont les points de couleurs), un diagramme en violon

(qui est la ligne noire autour des points et représente la densité), et une moyenne (correspondant à la ligne horizontale colorée).

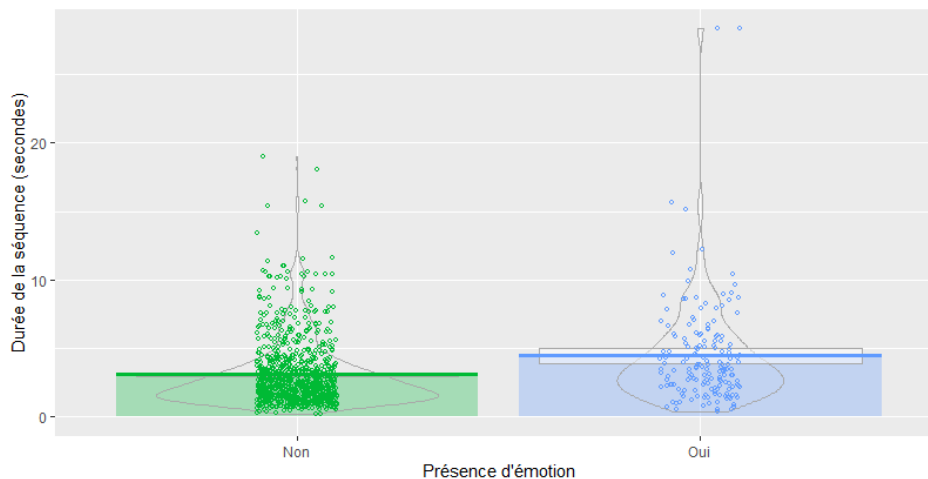


Figure 31 : Représentation de la durée des DR selon l'émotion qu'ils contiennent

Comme nous le constatons à la lecture de ce graphique, les séquences rapportées chargées émotionnellement parlant durent en moyenne plus longtemps. En effet, la moyenne en tant que telle est supérieure, et la densité est moins concentrée en bas du graphique pour ces dernières. Cependant, nous remarquons que seules deux séquences sont particulièrement longues dans le cadre d'un DR chargé d'émotion, comme l'indiquent les deux points isolés en haut à droite du graphique. Pour vérifier l'influence de l'émotion sur la durée des DR, nous avons produit l'ANOVA suivante :

ANOVA - Durée des DR

Cases	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Émotion	261.839	1	261.839	35.722	< .001
Residuals	7542.432	1029	7.330		

Note. Type III Sum of Squares

Tableau 14 : ANOVA testant l'effet de l'émotion sur la durée des DR

La valeur p étant inférieure à .001, nous pouvons confirmer que la portée émotionnelle des DR a un effet significatif sur leur durée.

5.2. STATUTS DE PARTICIPATION ET DR

Nous avons également annoté les statuts conversationnels et la continuité du locuteur lors de la production d'un DR. Ainsi, nous considérons deux facteurs : le locuteur produisant le DR était-il le soignant qui menait la relève (le super-locuteur d'après notre terminologie), et pouvait-on remarquer un changement de locuteur préalable à la production du DR ? Le graphique présenté ci-dessous nous montre la répartition de ces deux paramètres dans notre corpus annoté.

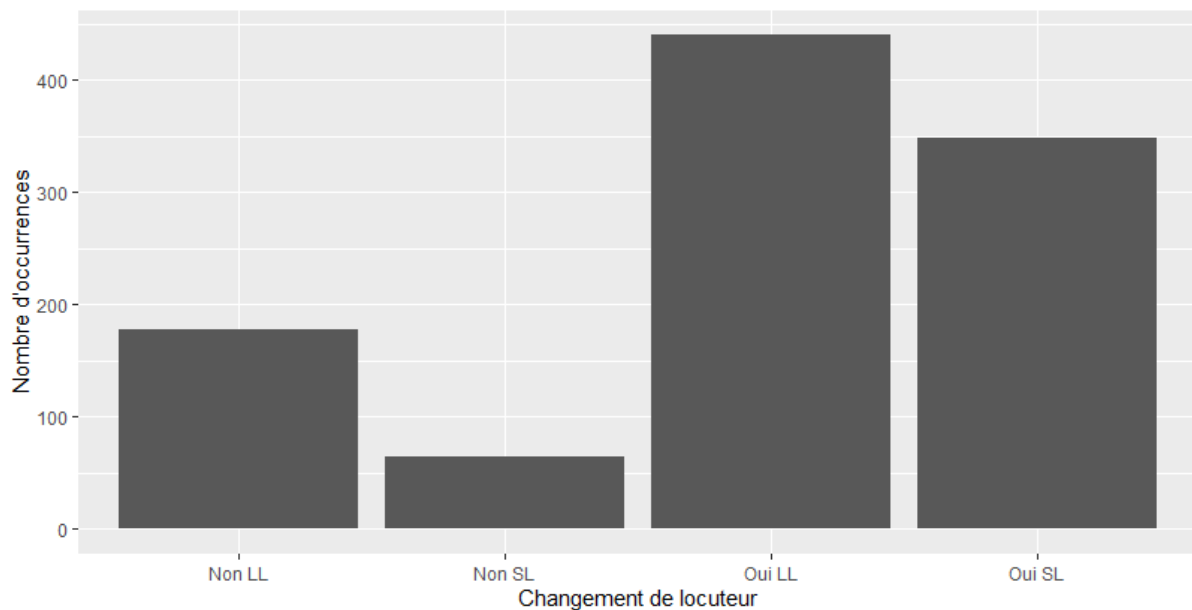


Figure 32 : Changement de locuteur

Comme nous le remarquons, la plupart du temps les séquences rapportées sont produites par des locuteurs dits « lambda », sans changement de locuteur préalable. En deuxième position arrive l'absence de changement de participant et une production par le super-locuteur (« Oui SL »). Il est donc plus fréquent pour les soignants de produire des DR en ayant déjà la parole au préalable. En nous intéressant cette fois au statut des participants qui produisent des DR, nous trouvons :

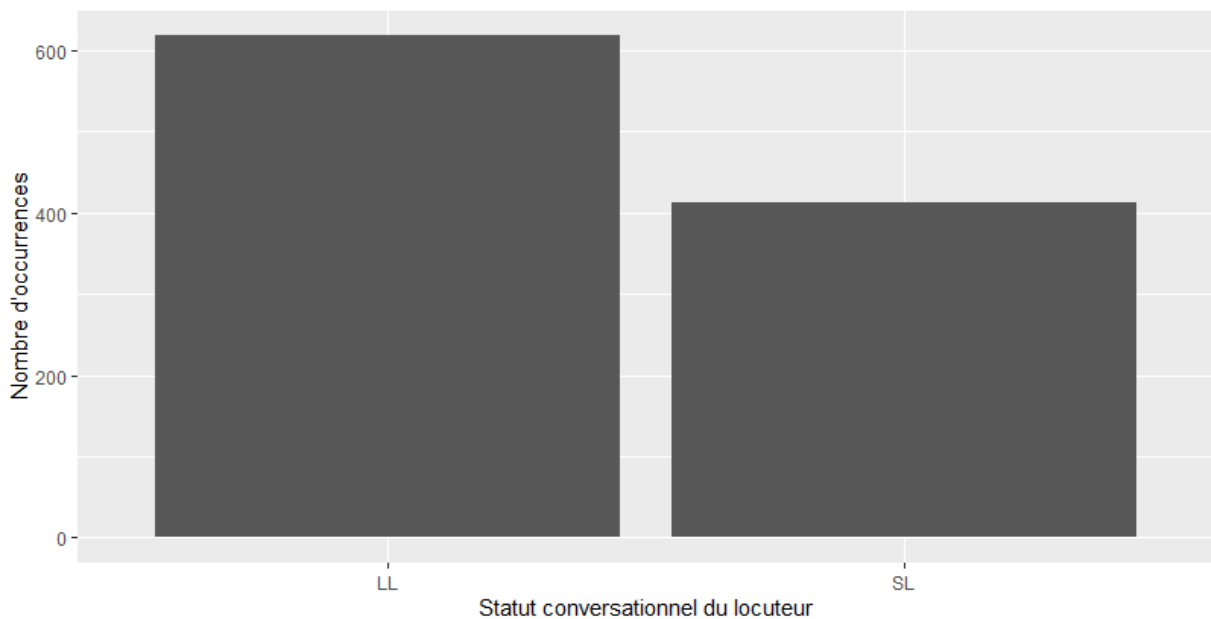


Figure 33 : Représentation du statut du locuteur produisant le DR

Les locuteurs lambda produisent plus de DR que les super-locuteurs. Cependant, rappelons qu'à chaque relève nous trouvons un seul super-locuteur, pour une multitude d'autres participants. Ainsi, en réduisant le nombre de productions au nombre de participants selon le rôle conversationnel, et en faisant la moyenne de toutes les relèves, nous trouvons :

Statut de participation	Super-Locuteur	Locuteur Lambda
Nombre moyen de DR par réunion	59	13,4

Tableau 15 : Nombre moyen de DR par rôle de soignant par réunion

À la lecture de ce tableau, nous pouvons affirmer que les super-locuteurs produisent plus de DR par soignant que les locuteurs lambdas. Ce statut particulier du point de vue de la gestion des tours de paroles notamment est également amené à souvent représenter des propos. Nous pouvons l'expliquer par le fait qu'il s'agit systématiquement du premier participant à prendre la parole pour chaque patient, et se doit de transmettre un maximum d'informations qui le concernent. Dès lors, puisque nous avons pu établir qu'une partie de ces éléments étaient mutualisés par le biais du DR, il paraît logique, en partie pour ce facteur séquentiel et temporel, que les super-locuteurs en produisent plus que les locuteurs lambdas.

Plus que de représenter des propos, les super-locuteurs représentent-ils plus d'émotions que les autres participants aux rôles différents ? Pour répondre à cette question, nous proposons le graphique ci-dessous :

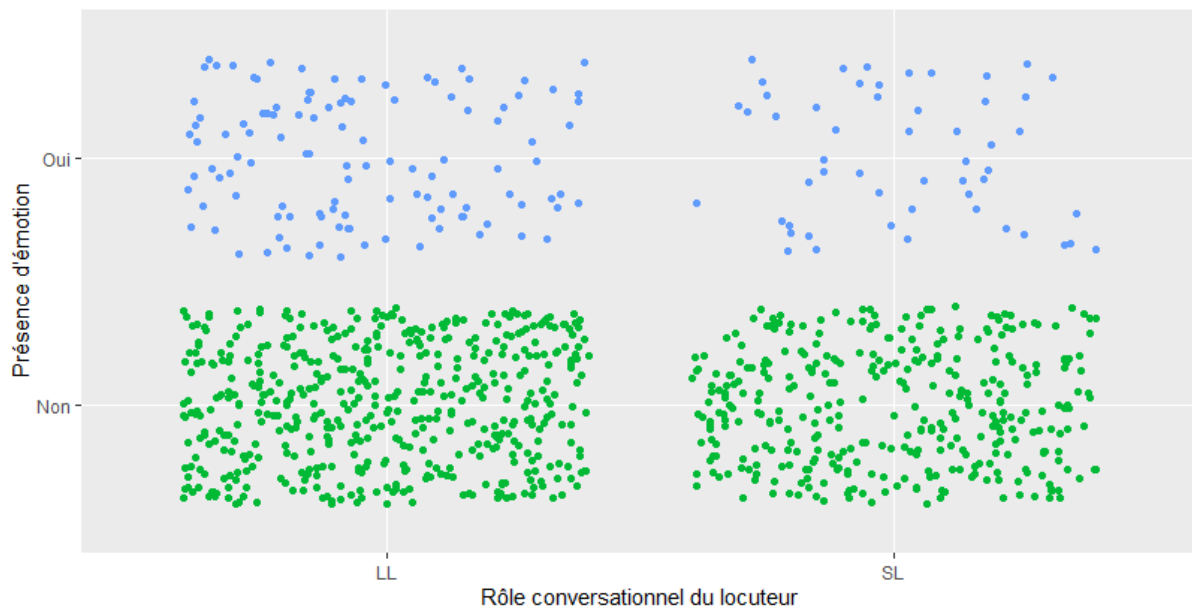


Figure 34 : Représentation du rôle conversationnel du locuteur produisant un DR selon la présence d'une émotion

Les super-locuteurs semblent moins représenter d'émotions que les locuteurs lambdas. Pour confirmer cette hypothèse, nous avons produit le tableau suivant, qui vérifie la distribution selon les statuts des participants.

	SL		LL	
Présence d'émotion	Oui	Non	Oui	Non
Pourcentage de DR	12,83%	87,17%	18,61%	81,39%

Tableau 16 : Distribution des DR selon l'émotion contenue et le statut du locuteur principal

Comme nous le constatons à la lecture du graphique, les super-locuteurs (12,83%) représentent moins fréquemment d'émotion que les locuteurs lambdas (18,61%). Sachant que le statut de super-locuteur correspond à un rôle conversationnel de régulation de la réunion, et de transmission des actualités cliniques globales concernant le patient, nous pouvons penser que la transmission des émotions se fait principalement dans un rôle de locuteur lambda. En effet, la plupart des éléments que les super-locuteurs transmettent relèvent de situations qu'ils n'ont pas vécues

personnellement, ou du moins ne sont pas présentées comme telles. Dès lors, nous pourrions postuler que transmettre une émotion par le biais du DR implique de l'avoir constatée et vécue.

Nous proposons enfin de nous intéresser au type d'information et au rôle conversationnel du locuteur. Le graphique ci-après nous montre les types d'informations mutualisées, selon le statut du locuteur principal.

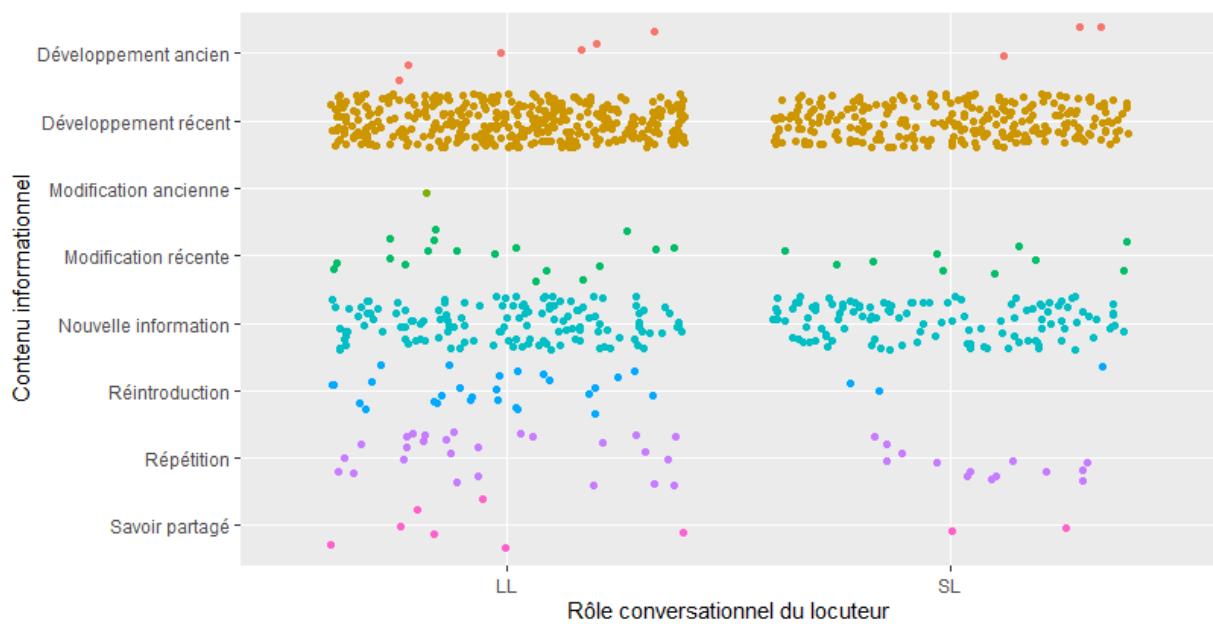


Figure 35 : Représentation des rôles conversationnels selon le type d'information mutualisée

La répartition selon le statut conversationnel semble être assez similaire, en dehors des réintroductions qui paraissent être plus représentées dans les productions des locuteurs lambdas. Nous proposons une nouvelle fois un rapprochement entre le rôle en tant que tel et ce constat : il est admis que le super-locuteur parle durant toute la première partie de la réunion. Ainsi, les autres participants peuvent attendre la fin de cette séquence avant de prendre à leur tour la parole, et potentiellement réintroduire des informations déjà mutualisées.

5.3. TYPE D'INFORMATION ET CHANGEMENT DE LOCUTEUR

Un dernier aspect qui nous aura intéressé est celui qui concerne les changements de locuteurs et le type d'informations présentées par le biais d'un DR. Nous proposons le nuage de point ci-dessous afin de voir s'il existe des manifestations particulières dans ces deux variables.

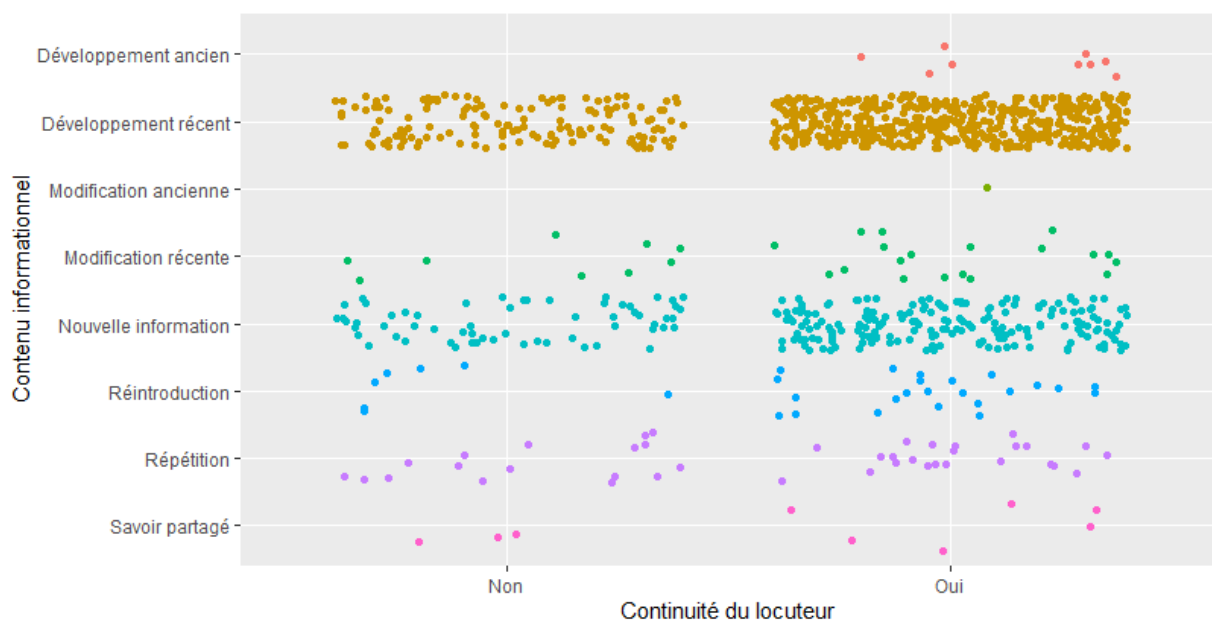


Figure 36 : représentation du contenu informationnel selon la continuité du locuteur

Deux éléments attirent notre attention. Il s'agit, dans le cas d'un changement de locuteur, de l'absence de développement ancien et de la présence de nouvelles informations. En ce qui concerne le premier élément, nous pensons qu'il résulte de l'émergence de *side sequences* : étant donné que nous annotions un développement ancien selon que l'élément développé se situait à plus de 2 TDP antérieurs, alors il est tout à fait probable que le locuteur produise une *side sequence* puis revienne à son propos d'origine, en le développant sous forme de DR.

La présence de nouvelles informations dans le cas d'un changement de locuteur est en soi plus complexe à appréhender : les participants, pour présenter une nouvelle

information, peuvent directement la manifester sous forme de DR. Cet aspect nous paraît intéressant dans la mesure où il peut potentiellement montrer l'importance que les participants accordent à ces formats particuliers. Nous pouvons ajouter aux analyses précédentes la présence ou non d'un TRP antérieur au DR. Nous l'avons représenté par le graphique suivant.

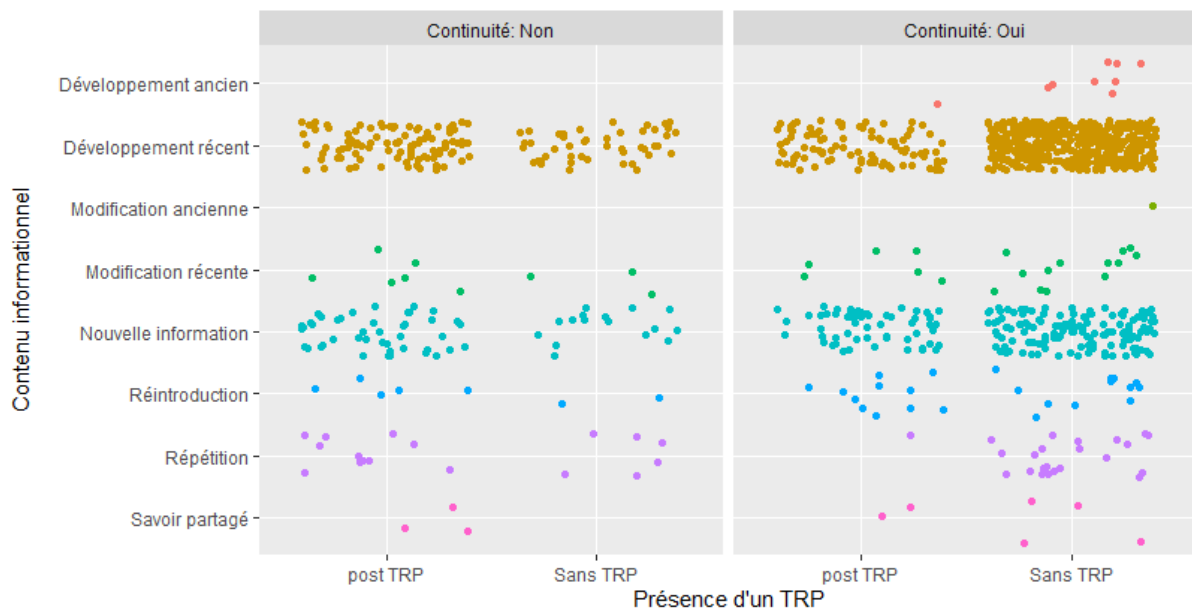


Figure 37 : Représentation du contenu informationnel selon la continuité du locuteur et de la présence d'un TRP antérieur au DR

Remarquons que l'un des constats qui nous avait intéressé auparavant (la présence de nouvelles informations dans le cadre d'un changement de locuteur) se répartit entre les séquences consécutives à un TRP ou non. Concrètement, cela signifie que les locuteurs peuvent s'auto-sélectionner, sans qu'il n'y ait de possibilité manifestée de régulation des tours de parole, et présenter une nouvelle information. Cet aspect attire notre attention dans le sens où une explication plausible, puisqu'il s'agit d'un changement séquentiel, serait que la qualité de l'information transmise surplombe les règles tacites de la conversation, montrant une nouvelle fois l'orientation résolument centrée sur le patient et ses besoins dans ces réunions.

En complément de ce graphique, nous proposons le tableau et le graphique suivants qui indiquent la répartition des DR selon qu'ils sont post-TRP ou non.

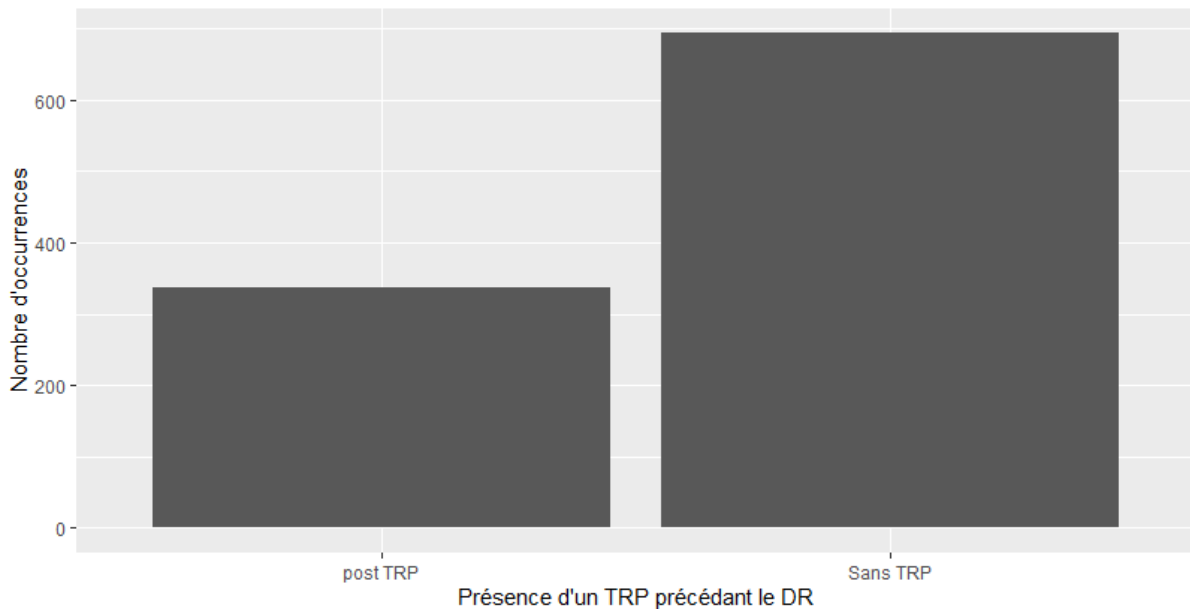


Figure 38 : Représentation de la présence ou de l'absence d'un TRP précédant le DR

Post TRP	Sans TRP
32,72%	67,28%

Tableau 17 : Répartition des DR selon qu'ils succèdent à un TRP

Comme nous pouvons le voir ici, la plupart des séquences de DR ne font pas suite à un TRP. Cette information est à prendre avec prudence : il ne s'agit pas nécessairement de séquences présentant un changement de locuteur, et dès lors il peut tout à fait être concevable que les soignants poursuivent un tour déjà amorcé par l'utilisation d'un DR. Cependant, 32,72% des séquences rapportées sont consécutives à un TRP. Il s'agira pour nous, dans une perspective plus qualitative, de voir s'il existe un lien entre point de transition et DR. Que le locuteur change ou non, il s'agit apparemment d'une stratégie utilisée par les participants aux réunions que nous avons enregistrées pour poursuivre leur tour, ou en entamer un nouveau.

CONCLUSION DE CHAPITRE

Quelques éléments auront su retenir notre attention dans ce chapitre exploratoire. Nous pensons par exemple à la prévalence de l'utilisation de DR dans le

cadre d'une évolution négative pour le patient, qui tend à nous faire croire que le temps accordé pour chaque relève est distribué en prenant en compte ce paramètre. De la même manière, nous avons établi qu'il existait un effet de l'émotion contenue dans le DR et sa durée : statistiquement parlant, les séquences chargées émotionnellement ont tendance à être plus longues.

Nous avons également déterminé un nouvel aspect dans le rôle du super-locuteur : ce dernier semble mutualiser des informations générales sur la poursuite du parcours de soins des patients, et moins s'orienter dans une dimension émotionnelle, et donc vécue. Il ne s'agit donc pas seulement d'un régulateur de tours et de séquences, mais bien d'un rôle interactionnel à part entière, qui se révèle aussi dans les contenus produits.

Enfin, en nous intéressant aux contenus informationnels, aux statuts de participations et aux TRP, nous avons esquissé une forme de primauté donnée à l'information sur le cadre interactionnel. Les soignants ne se réunissent pas dans une perspective de conversation ordinaire : le temps leur est précieux (nous avons par ailleurs deux commentaires de professionnels dans deux réunions spécifiant que les moments d'échanges sont « trop longs »), et la disponibilité qu'ils montrent aux patients est cruciale. Prendre du temps pour discuter revient alors à en faire perdre aux actes prodigués directement auprès de la patientèle.

PARTIE III
Analyses qualitatives

INTRODUCTION DE PARTIE

Maintenant que nous avons déterminé des tendances dans l'usage du DR dans notre corpus, nous allons tenter de mener des analyses qualitatives quant à ce format de production particulier. Rapporter un discours n'est pas un acte anodin, d'autant plus lorsque l'on constate la fréquence avec laquelle les soignants le font lors des réunions entre professionnels. Pour mieux appréhender la réalité intrinsèque à ces productions, nous aborderons trois dimensions relatives au DR dans cette partie : ses manifestations, ses fonctions, puis nous tenterons en dernier lieu de proposer une redéfinition de la relève infirmière en psychiatrie, au regard de nos analyses qualitatives.

Dans un premier temps, nous verrons donc comment le DR se manifeste lors des réunions professionnelles de soignants. Pour ce faire, nous décrirons tout d'abord les différents contextes d'apparition des séquences rapportées. Avant de voir ce qui est *autour* des DR, nous aborderons ce qui le balise, et plus précisément ce qui nous semble lié au corpus, et à l'activité du soin. Ainsi, après un rapide tour d'horizon des verbes introducteurs nous paraissant particuliers, nous nous intéresserons à deux modalités de balisages que nous avons vu apparaître dans nos données : les inspirations marquées, et l'usage de « etcetera ». Après avoir vu les divers phénomènes relatifs au balisage des séquences rapportées, nous nous questionnerons sur ses contextes en tant que tels dans l'interaction. Nous ferons alors un lien entre usages de DR et TRP (Sacks *et al.*, 1974; Selting, 2000), puis aborderons l'idée selon laquelle, séquentiellement parlant, l'usage d'un DR peut en appeler un autre, pour enfin considérer les glissements syntaxico-mimétiques dans les séquences de DR comme ouvertures ou clôtures de séquences. Après avoir fait un tour d'horizon de ce qui caractérise les contextes des DR, tant dans l'aspect de leur balisage que de leur séquentialité, nous analyserons le rapport qu'entretiennent DR et narration, en nous concentrant premièrement sur la narration de leurs propres vécus par des soignants utilisant du DR, avant de nous intéresser au *positionning* que les soignants peuvent montrer des patients en rapportant des propos, puis

nous étendrons la réflexion au lien se faisant entre narration du vécu et cohésion professionnelle entre soignants. Enfin, une dernière section sera consacrée aux dialogues rapportés, selon différentes modalités d'intégration syntaxique des propos rapportés dans le discours citant. Nous verrons que les différentes modalités de reprise de propos antérieurs ne sont pas laissées au hasard par les participants, et tenterons de donner à voir au lecteur en quoi certains choix, notamment concernant l'intégration syntaxique des discours cités dans les discours citants peut être mise en lien avec le caractère professionnel de l'interaction, ou encore la gravité de la situation décrite.

Après avoir analysé les différentes manifestations du DR (en ce qui concerne son balisage, sa séquentialité et l'aspect narratif de certaines séquences), nous proposons d'aborder les questions fonctionnelles de ces formats de productions. En effet, en produisant ce type de discours, les participants ne font pas que reprendre des propos antérieurs. Ils mènent une action, à la fois langagière mais également sociale, dans laquelle le DR occupe plusieurs fonctions. Nous verrons donc les aspects argumentatifs des séquences de DR, des points de vue unilatéral et bilatéral, c'est-à-dire qu'un désaccord soit manifesté ou non. Par la suite, nous questionnerons les aspects émotionnels portés par les propos rapportés, en distinguant trois fonctions principales : la première comme servant à mutualiser des informations, la deuxième comme un moyen d'expression de l'émotion des soignants, et enfin une dernière comme une forme de support de la cohésion sociale entre les participants rapportant des discours. La dernière section portant sur les fonctions du DR concernera quant à elle les fonctions professionnelles. Nous verrons comment l'usage de ces séquences peut amener à prendre une décision collaborative, abaissant par la même occasion les frontières épistémiques entre les différents participants. Nous tenterons ensuite de proposer une fonction d'anamnèse à distance dans l'usage du DR par les soignants en psychiatrie lors des relèves. En effet, comme nous le verrons, rapporter des propos correspond parfois de façon plus moins étroite aux définitions de cette pratique antérieure à la pose du diagnostic médical. Enfin,

nous proposerons de considérer à la fois la relève infirmière et l'usage du DR en son sein comme des outils de travail fondamentaux pour les soignants.

Finalement, à partir des analyses qualitatives menées dans cette partie, nous proposerons une tentative de redéfinition de ce qu'est la relève infirmière en psychiatrie. Pour ce faire, nous aborderons la question des balancements épistémiques dans les interactions qui se déroulent dans ce cadre. Nous distinguerons trois phénomènes en lien avec les savoirs, en l'occurrence la connaissance professionnelle, la connaissance du patient et enfin l'abaissement des frontières épistémiques. Nous tenterons de considérer, d'un point de vue plus large, les phénomènes de cohésion qui se déroulent dans ces réunions, des points de vue de la mutualisation des informations tout comme l'émulation entre pairs, qu'elle soit professionnelle ou sociale. Par la suite, nous proposerons une véritable redéfinition de l'activité que nous avons étudiée tout au long de ce travail, en retournant d'abord au cadre légal qui régit la transmission d'informations dans le soin en France. Suite à ce rappel, nous proposerons une première étape de reconsidération de l'activité au regard de l'asymétrie épistémique distinguant les participants à ces réunions. Enfin, nous proposerons quelques paragraphes ayant vocation à résumer la réalité des pratiques que nous avons analysé tout au long de notre travail.

CHAPITRE 6

LES MANIFESTATIONS DU DISCOURS RAPPORTÉ

Le discours rapporté peut se manifester de multiples façons dans les réunions de relèves infirmières. Parfois de façon saillante, parfois de façon implicite, il s'agit cependant d'un élément majeur de transmission de l'information. En effet, comme nous l'avons déjà vu dans les analyses quantitatives dans la section précédente, il s'agit d'une forme très utilisée par les soignants pour mettre en valeur la parole d'un tiers, qu'il s'agisse des patients, de collègues ou d'autres instances énonciatives. Nous verrons dans cette section des éléments de forme concernant l'utilisation des séquences de DR, avec les différents balisages repérables, les aspects de séquentialité vis-à-vis des occurrences, ainsi que, dans une perspective plus qualitative, les distinctions notables quant à son utilisation selon les profils de patients dont il est question au moment de la production.

6.1. CONTEXTES D'APPARITION DES SÉQUENCES DE DISCOURS RAPPORTÉ

Dans la conversation, les différents éléments apparaissent dans des contextes donnés, selon des paramètres de séquentialité (Couper-Kuhlen, 2004 ; Drew, 1995 ; Jefferson, 1978 ; Sacks, 1989a, 1989b, *inter alia*). Dans l'absolu, puisque les interactions sont régies par des règles implicites, les différentes unités qui les composent peuvent être extraites à l'aide de marqueurs, comme c'est le cas avec les TRP, que nous avons déjà abordés dans la première partie de ce travail. Dans cette section, nous nous intéresserons tout d'abord aux

contextes d'apparitions des séquences de DR selon leur balisage, c'est-à-dire les moyens locaux qui permettent aux interactants de comprendre l'ouverture et la clôture d'une séquence rapportée (e.g. des éléments syntaxiques ou prosodiques). Puis, nous nous intéresserons à la séquentialité de l'apparition des occurrences de DR, c'est-à-dire aux contextes relatifs à l'ensemble conversationnel dans lesquelles elles émergent.

6.1.1. UN BALISAGE PARTICULIER

Le balisage des séquences de DR est pluriel, multifactoriel et complexe. En plus des éléments déjà abordés, nous avons constaté par l'analyse de notre corpus que certains marqueurs particuliers pouvant fonctionner comme des balises de DR émergeaient dans les relèves infirmières. Nous considérerons donc dans cette partie ces éléments. En premier lieu, nous verrons les différents verbes de dire que nous avons repéré, et les mettrons en relation avec leur contexte d'apparition, puis nous tâcherons de postuler sur l'existence des inspirations comme modalité de balisage des DR, avant de nous pencher sur « etcetera », qui semble fonctionner comme un marqueur de clôture de séquence de DR dans notre corpus.

6.1.1.1. Des verbes de dire propres au contexte

À la lecture, certaines occurrences de DR de notre corpus transcrit peuvent sembler ne pas être des séquences rapportées. En effet, si les verbes de dire peuvent être considérés au prisme de listes préexistantes dans la littérature scientifique, nous nous sommes rendu compte au fur et à mesure de notre travail que dans un contexte particulier de santé, il n'était pas pertinent de se borner à des verbes « de dire », catégorisés comme tels par des auteurs. Dans les prochains paragraphes, nous nous pencherons sur certains verbes qu'il nous semble intéressant de souligner, notamment dans leur usage et le potentiel rapport qu'ils entretiennent avec le soin en santé mentale. Étant donné qu'il s'agit

d'un aspect plus phrastique que conversationnel, nous nous bornerons aux séquences à proprement parler de DR, et n'analyserons pas les contextes de production de ces séquences. Un premier verbe qui nous paraît intéressant de mentionner est « faire le lien ». Dans notre corpus qualitatif, nous trouvons quatre séquences de DR introduites par ce syntagme.

Exemples de l'utilisation de « faire le lien » :

MONSIEUR LEBRUN, SEMAINE 1, 6 HEURES :

on faisait un peu le lien avec l'augmentation de l'antidépresseur

MONSIEUR LEBRUN, SEMAINE 1, 9 HEURES :

- a) (on faisait) peut-être le lien avec l'effexor du coup qui avait été augmenté
- b) c'est simon/ qui faisait le lien peut-êt` avec le euh l'augmentation d'antidépresseu:r

MONSIEUR LEBRUN, SEMAINE 1, 21 HEURES :

on faisait (donc) le lien avec le euh: l'augmen:tation de le euh antidé/presseur

Il nous semble pertinent de stipuler que ces quatre occurrences concernent le même patient, dans une temporalité très rapprochée, et sont relatives au même événement. En effet, il s'agit d'une considération de Simon (comme précisé dans le troisième exemple), infirmier, face à l'euphorie manifestée du patient. Dans ce cas précis, nous rapprochons l'utilisation de « faire le lien » avec « être en lien », qui relève de la terminologie médicale. La plupart du temps dans nos données, nous voyons un commentaire quant à la qualité du « lien thérapeutique », qui fait partie des phénomènes d'alliance (Baillargeon *et al.*, 2005) dont nous avons déjà parlé en 2.2.3.

En dehors de l'utilisation d'une terminologie adaptée du lexique médical, il nous paraît important de souligner la reproduction de l'*inquit* dans ces extraits : les trois premières occurrences sont produites par PAT, mais la dernière est formulée par BER, qui se trouve être la super-locutrice de la relève en question (Semaine 1, 21 heures). En regardant la vidéo correspondante, nous pouvons voir que la posture et l'orientation de l'infirmière indiquent clairement qu'elle lit sa feuille de relève. La capture d'écran suivante est prise juste avant le DR.

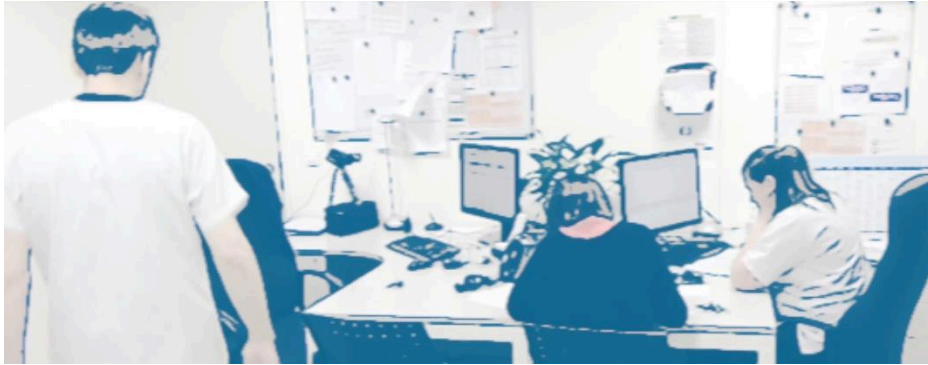


Image 6 : posture et regard de BER

Par ailleurs, notons la présence de Simon, à gauche de l'image et de dos, qui a été mentionné à la relève de 9 heures comme le soignant ayant fait le lien. La réutilisation de l'*inquit* particulier pourrait donc provenir de la prise de note de BER, ou encore la présence de Simon.

Un autre verbe qui nous intéresse est « poser ». En effet, dans certains cas, les soignants peuvent l'utiliser pour rapporter le discours d'un soignant qui « pose le cadre », comme dans l'exemple suivant, qui est la seule occurrence de notre corpus transcrit :

Exemple de l'utilisation de « poser » (Monsieur Borali, Semaine 1, 9 heures) :

échille a posé le cadre

Dans ce cas, il s'agit effectivement d'un VAP dans le sens où l'activité pour le psychiatre de poser le cadre auprès du patient est une activité de parole : il lui explique ce qu'il a le droit ou non de faire. Nous trouvons des variations par rapport au verbe et aux discours sur le cadre de soins, comme rappeler (« elle lui a plutôt bien rappelé le cadre de soins », César, Semaine 2, 9 heures), reprendre (« l'interne de garde hein qui a repris euh (0.3).h qui a repris ça avec lui hein surtout de reprendre au niveau du cadre », César, Semaine 2, 14 heures) ou encore proposer (« c` qu'on pouvait lui proposer/ pour l` cadre\ », Gomez, Semaine 3, 14 heures).

Ce qui nous intéresse dans ces exemples est le rapport qu'entretiennent l'activité du soin et le DR. En effet, « poser » ne devient un verbe introducteur de séquence rapportée qu'en lien avec les tâches des soignants. Ce n'est pas un critère intrinsèque au verbe, contrairement à « dire » ou « parler ». Nous pouvons

citer, dans cette même dynamique, le verbe « renvoyer », que nous trouvons ci-après.

Exemples de l'utilisation de « faire le lien » :

MONSIEUR CÉSAR, SEMAINE 3, 9 HEURES

quand on lui renvoie le fait que i` s'est quand même beaucoup agité ah oui non mais c'est simplement pa`ce que j'ai de l'énergie:: euh

MONSIEUR CÉSAR, SEMAINE 3, 21 HEURES

on lui renvoie que euh .h:: ben du coup c'est pas possible hein au vu d` son état

MONSIEUR CÉSAR, SEMAINE 4, 9 HEURES

on lui a renvoyé que avant d'av- d'être en isolement euh: il était quand même hyper mal du matin au soir

MADAME DELATTRE, SEMAINE 5, 21 HEURES

ses enfants lui ont renvoyé qu'elle était f:- (.) ralentie

MADAME LEGROS, SEMAINE 3, 9 HEURES

on lui a quand même renvoyé que pour elle c'était encore euh (1.0) difficile quoi\

MADAME LEGROS, SEMAINE 3, 21 HEURES

on lui a renvoyé qu'avec la voisine de chambre c'était quand même aussi euh assez euh compliqué/ parce qu'elle avait tendance à brasser euh (.) le soir/ la nuit:/

MONSIEUR TOUVENIN, SEMAINE 3, 9 HEURES

on lui renvoie que c'est quand même euh:: (0.9) `fin bon\ vraiment: `fin- (0.5) .h de ne même pas avoir euh (0.6) demandé ses traitements: ou: de nous en avoir informés quand même pas très responsable

MONSIEUR TOUVENIN, SEMAINE 4, 9 HEURES

je lui ai renvoyé que euh: déjà de se faire passer les cigarettes (0.8) ben:: voilà/ c'était pas euh hm d'une manière générale de toute manière chacun (..) est censé avoir ses cigarettes

Le verbe renvoyer, dans l'acception que nous décrivons, fait écho au concept de reflet, qui découle des travaux de Carl Rogers. En traitant la relation de soin comme devant être centrée sur le patient (1951), il a amené (involontairement d'après lui, voir Arnold, 2014 et Rogers, 1990) la psychiatrie à baser certaines approches sur la reformulation par les soignants des propos tenus par les patients. C'est ce à quoi les participants font référence : en « renvoyant » aux patients certaines choses, ils les confrontent à leur propre discours, et à ses limites. Notons tout de même que dans l'usage une forme de

glissement est repérable : les énonciateurs représentés ne sont pas nécessairement des soignants (« ses enfants lui ont renvoyé »), et les portées ne consistent pas en la reproduction de propos des patients. Le lexique technique et médical peut donc subir des changements sémantiques, et dans ce cas devenir des verbes de parole dont les soignants se servent pour représenter différents discours, mais systématiquement en rapport avec l'état du patient.

Ces quelques analyses ont pour vocation d'une part de souligner l'aspect profondément social des usages de DR. En effet, nous voyons dans les utilisations des trois verbes que nous venons de décrire (« poser », « faire le lien » et « renvoyer ») une forme d'*accountability* relative aux fonctions des soignants : s'ils utilisent (et modifient) du vocabulaire teinté d'un aspect médical, c'est parce qu'ils y ont accès, qu'ils se comprennent mutuellement et ont un socle de référence commun. D'autre part, nous tenons à spécifier l'importance, pour notre travail, de ne pas nous baser sur des listes préexistantes. Puisque la conversation est un phénomène hautement social, c'est dans son caractère social qu'il faut l'aborder. Ne considérer que les verbes traditionnellement admis aurait relevé du non-sens, et beaucoup de contenus n'auraient pas été analysables. D'autres manifestations qui nous ont intéressé dans nos analyses ont été les respirations marquées, qui, comme nous allons le voir dès à présent, se trouvent de façon assez fréquente aux frontières des séquences rapportées.

6.1.1.2. Les inspirations comme modalités de balisage ?

Parmi les phénomènes que nous pensons percevoir comme des modalités de balisage se trouvent les inspirations marquées par les participants. Dans les transcriptions, selon les conventions ICOR, elles sont marquées par un « .h ». Nous trouvons 66 occurrences d'inspirations qui sont en proximité directe de séquences de DR, qu'il s'agisse d'une position directement avant un *inquit* ; après un *inquit* ; avant une portée ou après une portée. Ces positions sont particulières concernant les DR : il s'agit de moments où la représentation des propos autres

est introduite, démarre ou se finit. Nous avons choisi pour ce décompte de ne pas tenir compte des « euh », ainsi que des pauses, ni de comptabiliser les inspirations se produisant à l'intérieur d'une portée ou d'un *inquit*. Nous trouvons qu'environ 24,25% de ces phénomènes se trouvent de facto liées aux usages du DR, *a minima* de façon temporelle.

Nous avons donc remarqué que les inspirations se trouvaient de façon assez fréquente aux abords des séquences de DR, à des points de tension, où le décrochement énonciatif démarre ou se résout. Nous en verrons quelques exemples dans les paragraphes à suivre. Il convient de préciser que les extraits analysés seront réduits au minimum, correspondant aux contextes immédiats qui précèdent et suivent les séquences de DR, balisés par des inspirations. Par exemple, dans le prochain extrait nous constatons qu'IVA entoure les différents éléments du DR qu'elle emploie par des inspirations.

EXTRAIT 14 (LEGROS S5 21 HEURES)

```
1 IVA .tsk .h après euh c` qu'on s'était dit aussi c'était que euh .h  
2 `fin la nièce nous avait quand même rapporté qu'elle la  
3 trouvait moins bien euh (0.5) ces derniers temps (0.2) en tout  
4 cas euh: (0.4) qu'elle était plus facilement euh: qu'elle se  
5 persécutait plus rapidement euh: .h:  
6 (0.9)
```

Dès la première ligne, IVA produit une inspiration. Nous ne l'avons pas comptabilisée dans nos décomptes (voir *supra*) pour deux raisons : d'une part, elle n'est pas à proximité immédiate d'un *inquit* ou d'une portée, et d'autre part, IVA inspire en début de tour, après un bruit d'aperture buccale. Torreira *et al.* (2015) ont considéré les inspirations précédant une deuxième partie de paire adjacente (en l'occurrence une réponse à une question), et en concluent qu'il existe un lien entre longueur de réponse et durée d'inspiration, montrant ainsi que la planification du discours se produit en amont de sa production, et que la longueur planifiée de la réponse du locuteur se retrouve dans la longueur de son inspiration. Dès lors, nous excluons les inspirations se produisant en début de

tour, pour éviter au maximum des effets de simultanéité entre prise de parole et DR.

Cependant, nous prenons bel et bien en compte l'inspiration à la fin de la première ligne. Celle-ci se situe en proximité directe de la fin de l'*inquit* (puisque nous excluons les « euh » de nos analyses sur les inspirations). Il est intéressant de noter que de la ligne 2 à la ligne 5, nous trouvons un double DR imbriqué : IVA rapporte les propos de l'équipe soignante (« on s'était dit » ligne 1), qui rapporte les propos de la nièce de la patiente (« la nièce nous avait rapporté » ligne 2). Si la première séquence a pour portée « ce que », qui fonctionnerait de façon cataphorique, alors on aurait « ce qu'on s'était dit », ligne 1, comme premier DR, puis « c'était que » comme *inquit* de la deuxième séquence, se poursuivant jusqu'à la fin de l'extrait. L'inspiration à la fin de la première ligne se trouverait alors en position post-*inquit*. Précisons tout de même que le statut de « `fin » ligne 2 n'est pas nécessairement très clair : Hansen (2005) propose de considérer trois principales fonctions à la particule en français, à savoir temporelle, synthétique et au sens de réparation (« *a temporal sense, a synthesizing sense, and a "repair" sense* » (*ibid.* : 64). Dans ce cas, la portée peut être une forme de réparation de l'*inquit*, ou une synthèse de ce dernier. Si l'on comprend la ligne 2 et les suivantes comme étant la portée de la ligne 1, alors il s'agit d'une synthèse. Inversement, s'il s'agit d'une nouvelle séquence réintroduite par « sa nièce nous disait », alors il s'agit d'une auto-réparation auto-initiée : plutôt que de présenter le discours que se sont adressé les soignants, elle présente les propos à l'origine de ce discours. En regardant le cotexte environnant la séquence, nous ne parvenons pas à déterminer quel usage de « `fin » est en action.

Au niveau de l'inspiration à la fin de la première ligne, selon que la particule soit synthétique ou réparatrice, nous n'envisageons pas le phénomène de la même manière. En effet, comme nous l'avons déjà précisé, une inspiration marquée peut manifester une forme de planification de discours à venir. Si le « fin » est réparateur, alors l'inspiration pourrait être de cet ordre. S'il s'agit d'un cas de synthèse, alors nous aurions tendance à penser que l'inspiration baliserait effectivement la portée du DR en question (c'est-à-dire les lignes 2 à 5). Dans

tous les cas, la dernière inspiration de l'extrait relève du balisage : cette dernière est suivie d'une pause plutôt longue, ce qui indiquerait qu'elle n'aurait pas comme fonction de permettre à la locutrice de préparer ses propos à venir.

Le prochain extrait nous présente d'autres inspirations à proximité immédiate de séquences de DR. GIL rapporte un dialogue avec monsieur Touvenin. L'un des cas est également problématique, à l'image de la deuxième inspiration que nous venons de décrire.

EXTRAIT 15 (TOUVENIN S1 9 HEURES)

```
1 GIL      alors j` lui ai dit ben nan:: c'est- .h i` me dit ah ben zut
2          ben j'en voudrais une pour demain j` lui ai dit
3          [ouais mais main]tenant c'est trop tard .h[::      ]
4 LIM      [((rire expiré))]
5 GAL                                     [d'accord]
6 GIL      j` lui ai dit d'essayer d` s'organiser en vous donnant son
7          planning à la semaine peut-êt` que ça
8          [°s`rait plus simple pour lui°]
9 LOC      [hum hum hum      ]
```

La première inspiration intervient à la première ligne, entre les deux premières séquences de DR de l'extrait. Nous observons entre ces deux propos rapportés une variation entre les énonciateurs dont le discours est actualisé : il s'agit d'une auto-citation pour la première occurrence, et d'une citation du patient pour la deuxième. Nous pensons que cette manifestation de la respiration de l'infirmière permet potentiellement aux autres participants de mieux discriminer l'alternance d'attribution du DR. On retrouve une deuxième inspiration, cette fois particulièrement marquée, ligne 3. Dans ce cas, il nous paraît assez complexe, voire bancal de postuler sur son aspect balisant. Formellement, elle est bien placée immédiatement après une portée de DRD, mais pourrait également appuyer l'aspect émotionnel de la soignante : le patient est demandeur d'une permission, qui nécessite du temps pour être validée par les services (« maintenant c'est trop tard », ligne 3). Une inspiration marquée pourrait donc être une représentation de la lassitude de GIL face à une demande inadéquate de la part de monsieur Touvenin.

L'extrait à suivre se déroule également dans une séquence au sujet de monsieur Touvenin. Nous trouvons plusieurs inspirations marquées autour de séquences de DR, mais il illustre parfaitement les questions que nous nous posons concernant les potentielles analyses que nous réalisons sur les modalités de respiration.

EXTRAIT 16 (TOUVENIN S1 21 HEURES)

1 BER .tsk .h (0.9) euh::: on a parlé aussi autour du c a t t p
 2 (0.7)
 3 BER .tsk .h
 4 (0.7)
 5 BER euh au départ il était pas (.) très chaud pa`ce que: i` disait
 6 qu` c'é- pour lui c'était un retour en arrière (0.5) que déjà
 7 l` fait de revenir à l'hôpital euh: (.) il le vivait comme un:
 8 un échec (0.8) dans son: son- sa gestion d` sa maladie
 9 COU hm:
 10 (1.2)
 11 BER et euh:: pour lui expliquer qu` c'était pas forcément l` cas
 12 que c'est: (.) c'est jamais un retour en arrière quoi que
 13 chaque euh: (.) chaque décompensation il euh: (0.9) gagne en
 14 expérience
 15 (1.2)
 16 BER .tsk .h: (0.3) et euh::: on lui a dit aussi qu` c'était pas
 17 très chronophage le c a t t p qu` c'était ajusté euh: à ses
 18 besoins .h:: donc i:l était au final euh: partant

Comme nous pouvons le voir au début des lignes 1, 3 et 16, BER produit des inspirations qui sont précédées d'un bruit d'ouverture de bouche, et suivies d'une pause d'au moins 0,7 seconde. Nous trouvons beaucoup de contextes de ce genre, que nous excluons de nos décomptes : en partant du principe qu'il s'agit d'une forme habituelle dans nos données, nous préférons isoler ces inspirations, au bénéfice du doute. Il s'agirait non pas de baliser des séquences de DR, mais peut être de manifester une prise de parole à venir, étant donné que les bruits d'aperture sont systématiquement précédés d'une pause, et/ou d'un TRP. Cependant, nous trouvons une inspiration longue ligne 18, qui fait bien office de balise de fin de séquence de DR. Nous observons en effet qu'après avoir produit une séquence de DRI, BER expose les conséquences de la tenue de ce discours auprès du patient (« donc il était au final partant », ligne 18). Dans l'extrait assez long retranscrit ci-après, GIL raconte comment monsieur César a

été vu par l'interne de garde de l'hôpital après être sorti de l'unité sans autorisation. Pour ce faire, elle utilise une succession de DR, attribués à l'équipe de soins, à l'interne de garde et au patient, qu'elle entrecoupe d'inspirations.

EXTRAIT 17 (CÉSAR S2 9 HEURES)

1 GIL en fait il s'est repointé de lui-même à treize heures trente
2 (0.7) en disant qu'effectivement il était sorti: qu'il avait
3 été acheter des affaires pa'ce que sa mère est pas v'nue lui en
4 amener: .h: euh::: donc elles lui ont redit quand même que il
5 était en cadre strict et qu'i` pouvait pas sortir comme ça .h:
6 mais il était assez dans la: banalisation un peu de tout (0.7)
7 du coup nous l'après-midi on a appelé l'interne de garde quand
8 même pour r[:evenir un peu] poser les choses&
9 GAL [ah c'est bien]
10 GIL &.h:: alors l'interne était pas °très très contente hein
11 d'ailleurs `fin bon° .h:: elle nous a dit non non mais euh
12 pourquoi vous m'appelez moi: moi je gère les urgences
13 médica:les euh c'est pas une urgence médica:le .h ELLE EST
14 V`NUE\ (.) ELLE a fait un ent- un entretien qu` était très bien
15 mais en tout cas voilà elle nous disait que j'ai rien sur le
16 feu donc je viens mais normalement c'est pas à moi de le faire\
17 (1.1)
18 GAL ben:°::°
19 GIL °voilà`° `fin bon [bref\]
20 GAL [c'est un] p'tit peu: une urgence
21 psychiatrique/ me semble [-t-il]
22 GIL [voi-] voilà sinon bon v:::- voilà .h
23 (0.3) elle l'a vu (.) euh elle lui a plutôt bien rappelé le
24 cadre de soins en disant que voilà qu'i` fallait aussi qu'i`
25 soit euh .h: un peu là-dedans que c'était aussi pour ses soins
26 pour que ça permette de:- pou` qu'i` puisse aller mieux et que
27 ça permette aussi d'a- faire avancer les choses .h:: ce qu'il
28 arrive à entendre mais il était quand même (0.3) pareil un peu
29 dans la banalisat[ion euh]
30 DER [hm hm]
31 GIL oui mais: euh:: d'ac[cord j'ai compris je&
32 LOC [(inaud.)]
33 GIL &recommencera plus .h:: il a quand même dit qu'il avait bu une
34 bière et fumé du cannabis (0.9) .tsk

Nous trouvons 5 inspirations marquées en proximité directe des séquences de DR dans cet extrait. La première, ligne 4, clôt une séquence de DRI attribuée au patient. La deuxième, ligne 10, se trouve juste après une portée de DRI dont GIL donne la responsabilité de production en première instance à l'équipe de soignantes présentes sur les lieux au moment du retour du patient. La troisième, ligne 13, est située après une séquence rapportée sous forme de DRD attribuée

à l'interne de l'hôpital, appelée en renfort pour gérer le patient. Ligne 27, à la fin d'une séquence de DRI une nouvelle fois attribuée à la soignante médicale, GIL produit la quatrième inspiration marquée. Enfin, la cinquième se trouve comprise entre deux séquences que GIL associe au patient, une première sous forme de DRD et une seconde sous forme de DRI.

Cet extrait nous intéresse pour deux raisons. D'une part, GIL produit de nombreuses inspirations à proximité de DR, mais surtout nous observons une forme de manifestation systématique de changement de posture énonciative. En effet, si certaines respirations se situent entre les productions de GIL sans rapport de paroles et des séquences qu'elle rapporte (lignes 10, 13 et 27), d'autres sont positionnées entre différents énonciateurs représentés (ligne 4), et une dernière discrimine différents moments dans une interaction (ligne 33). À propos de cette dernière inspiration, il ne s'agit pas d'un même moment que rapporte GIL : en effet, s'il s'agit intrinsèquement de la même conversation, le passage du DRD au DRI entraîne un effet de commentaire de la part de l'infirmière. Elle ne rapporte plus le cadre interactionnel comme dans la séquence précédente, mais uniquement le fait que le patient a avoué avoir consommé de l'alcool et du cannabis. Par ailleurs, nous pouvons voir que la séquence de DRD aux lignes 31-33 n'est pas à proprement parler introduite par GIL. Elle reprend le postulat qu'elle a énoncé aux lignes 28-29 (« il était un peu dans la banalisation »), en donnant à entendre aux autres participants ce qui l'amène à tirer cette conclusion. Ainsi, ce qui se situe après l'inspiration à la ligne 33 n'a plus de rapport avec le contenu précédent, ce qui pourrait être marqué par cette même inspiration.

Nous trouvons dans notre corpus de très nombreuses respirations en dehors des séquences de DR. Les deux exemples à suivre nous paraissent illustrer parfaitement l'idée selon laquelle nous ne pourrions pas déclarer de façon univoque le lien entre inspiration et balisage de séquences rapportées. En effet, comme nous allons le voir, les interlocuteurs peuvent produire des inspirations marquées à l'intérieur de portées.

EXTRAIT 18 (BORALI S1 9 HEURES)

1 PAT il voulait se faire/ une petite lessive euh (0.5) avec ses
2 sous-vêtements et tout:/ sauf qu'on a fini par lui dire euhm on
3 en a discuté entre nous on s'est dit qu'on allait lui faire une
4 machine quoi [parce qu'il a] pas d` perm et (0.3) avec sa&
5 LAR [bah ouais]
6 PAT &bassine mais alors je com[prends pas mais] si je&
7 POM [ah ouais]
8 PAT &[mets ça\ ça va dé tein/dre .h mais alors si je]&
9 LAR [mais c'est ça/ je pense que pour l'instant/ euh]
10 PAT &il en mettait/ partout

Ligne 8, PAT produit une inspiration au milieu de propos qu'elle rapporte. Lignes 1 à 4, elle présente la situation à ses collègues et la décision prise par l'équipe quant aux lessives du patient. Nous aurions voulu mener une analyse d'intensité. En effet, à l'écoute, PAT semble augmenter son volume de parole pendant la portée lignes 6 à 8, ce qui pourrait expliquer sa respiration marquée, étant donné qu'une des solutions pour produire un volume sonore plus élevé est une augmentation de la pression appliquée sur les poumons, et par extension du flux d'air en sortie (Titze & Sundberg, 1992). Seulement, puisque LAR et POM produisent des chevauchements pendant la portée du DRD de PAT, nous ne pouvons pas nous permettre de mener ce type d'analyse. Nous pouvons cependant postuler qu'il s'agirait d'une respiration physiologique, sans fonctionnement conversationnel marqué. L'extrait à suivre, dans lequel GIL rapporte les propos de la mère de monsieur César, présente deux inspirations se trouvant à l'intérieur d'une portée.

EXTRAIT 19 (CÉSAR S2 9 HEURES)

1 GIL elle disait que:: .h `fin .tsk (0.5) elle disait que quand même
2 c'était pas la première fois que:: ça se reproduisait que il
3 était- il était plutôt bien quand il était sous traitement et
4 de nouveau il arrêtait tout .h: de nouveau i` s` remettait à
5 consommer qu'il avait des mauvaises fréquentations et ça
6 engendrait foRcément .h:: une hospitalisation à chaque fois

Contrairement à l'exemple précédent, nous remarquons que les inspirations ne se situent pas à des frontières syntaxiques. En effet, si nous pouvions

constater que dans l'extrait précédent la respiration de la soignante se situait entre deux propositions coordonnées (« mais alors », extrait 18, ligne 8), dans ce cas nous trouvons une première inspiration entre deux parties d'anaphore (au sens littéraire du terme, « de nouveau » est présent à deux reprises ligne 4), et une seconde se trouve entre le groupe verbal (« ça engendrait forcément » lignes 5-6 et l'objet « une hospitalisation » ligne 6). Nous pensons alors que ces deux inspirations seraient d'ordre physiologique. Si la première inspiration ligne 4 est effectivement concomitante à une coupure syntaxique (entre deux proposition coordonnées), ce n'est pas le cas de celle à la ligne 6.

Nous ne voulons pas proposer à ce niveau de conclusion quant au caractère balisant des inspirations dans le cadre des séquences de DR. Nous avons vu que si bon nombre d'entre elles dans notre corpus se trouvaient immédiatement après un *inquit* ou une portée, il convient de rappeler d'une part qu'une transcription, aussi fine soit-elle, reste une reproduction de la réalité, et qu'elle n'en est pas forcément représentative, et que d'autre part la respiration est en premier lieu un phénomène physiologique nécessaire à la vie (et à la parole), et qu'il nous est impossible de distinguer à notre niveau la fonction pour les participants des respirations. Nous souhaitons cependant souligner le fait que la plupart des DR consistent en une proposition syntaxique, et que comme nous l'avons vu dans les analyses, certaines inspirations peuvent se situer aux frontières des clauses. Dès lors, bien qu'il ne s'agisse pas nécessairement d'une manifestation propre au DR, ces phénomènes pourraient potentiellement baliser des séquences rapportées. Ainsi, nous garderons cette idée pour l'explorer plus profondément dans de prochains travaux. Un autre potentiel marqueur que nous allons désormais aborder est « etcetera », qui, à l'image des inspirations, se trouve souvent en fin de portée.

6.1.1.3. « et cetera », un marqueur de fin de séquence ?

Il convient en premier lieu de rappeler que « et cetera », d'après le Centre National des Ressources Textuelles et Linguistiques (désormais CNRTL)¹⁰, se situe « au terme d'une énumération, quand on ne peut ou ne veut pas l'allonger ». Cette définition, très orientée sur des modalités écrites, nous renseignera par la suite sur ses différents usages à l'oral. Nous trouvons sept occurrences de « et cetera » dans notre corpus. Parmi ces dernières, six finissent une portée de DR. Puisque la grande majorité des « et cetera » permettent de clore une séquence de DR, nous allons voir, par l'analyse des extraits qui présentent ce fonctionnement, ce marqueur en proximité directe d'une fin de DR.

EXTRAIT 20 (TOUVENIN S4 9 HEURES)

1 GRI voilà après euh il était un peu dans des questionnements autour
2 de sa sortie euh hier euh
3 (0.6)
4 GRI j` suis en h s: j` trouve que c'est lo[ng est-ce]&
5 LOC [hm hm]
6 GRI &que je peux signer une décharge et cetera: donc j'ai repris
7 quand même avec lui:/ euh
8 (0.8)
9 GRI voilà\ (0.2) en disant que euh à l'extérieur voilà (0.3) ça
10 risquait d'êt` compliqué aussi:/

Ce premier extrait nous amène à analyser le « et cetera » ligne 6 selon plusieurs aspects. D'une part, s'il est effectivement situé directement après une fin de portée, il est également placé entre deux séquences de DR (DRD lignes 4-6 et DRN lignes 6-8). Il nous paraît donc important de souligner qu'entre ces deux DR, l'énonciateur représenté change. Dans le DRD, nous avons le patient qui est rapporté, là où dans le DRN la soignante produit une forme d'auto-citation. L'usage de « et cetera » pourrait donc souligner le changement d'énonciateur.

¹⁰ https://www.cnrtl.fr/definition/et_cetera

D'autre part, nous pouvons également mentionner le fait que ce que GRI représente aux lignes 4-6 dans la séquence de DRD appartient au savoir commun aux soignants présents : les sorties (et par conséquent les charges administratives qui en découlent) sont monnaie courante dans une unité telle que celle où nous avons filmé. Pour rappel, il s'agit d'une structure dont le projet thérapeutique est censé être mené sur le court terme, c'est-à-dire dans une temporalité équivalente à plus ou moins un mois. Ainsi, les sorties sont nombreuses et fréquentes. Nous tenons néanmoins à spécifier que l'usage n'est pas adéquat avec la définition que nous avons précédemment introduite : il n'y a pas d'énumération en tant que telle dans les propos de GRI, cependant en utilisant ce terme, elle peut également montrer qu'une énumération serait possible, et pertinente.

Nous postulons donc, à l'appui de ce premier extrait, que « et cetera » pourrait d'une part synthétiser l'ensemble de l'encyclopédie des participants à une réunion donnée, afin de respecter au mieux les contraintes temporelles de la structure par rapport aux réunions de relève, et d'autre part permettre aux soignants de mieux distinguer les différents décrochements énonciatifs dans leurs productions de DR. L'extrait suivant présente une situation similaire à la fonction synthétique que nous venons d'aborder.

EXTRAIT 21 (CÉSAR S4 9 HEURES)

1 GRI nous avons en espi euh: monsieur césar .h:::: (0.4) du coup
2 pour qui euh pf:::: (0.8) .tsk .h ça été quand même compliqué
3 ce week-end dans le sens où euh:: hm:: (1.0) si tu veux le lien
4 s'améliore (0.5) quand il est avec nous: le contact est plutôt
5 BON même si **il tient toujours des propos mégalos: et cetera**
6 .h::: mais y a toujours un état de tension qui [PER]siste
7 LIM [ouais]

Une nouvelle fois, nous ne constatons pas que « et cetera » soit une fin d'énumération : GRI n'introduit qu'une seule idée, en la formulant sous la forme d'un DRN ligne 5. Or, comme elle le spécifie, ce savoir est déjà partagé parmi les soignants, ce que nous pouvons voir au travers de « toujours ». Par ailleurs, la question des « propos mégalos » de ce patient est présentée de façon quasi

systématique dans ses relèves. Nous pouvons cependant ajouter que l'importance de l'information transmise n'est pas mise sur le DRN, mais sur « l'état de tension » que l'infirmière mentionne juste après (ligne 6). Ainsi, l'aspect synthétique est tout à fait adéquat. Puisque le savoir est déjà partagé, et que l'information principalement transmise n'est pas ce qui est contenu dans le DRN, alors GRI peut, au travers de l'usage de « et cetera », synthétiser son propos, et se permettre de ne pas le répéter à nouveau. L'analyse du prochain extrait étant liée au contexte précédent l'usage du « et cetera », nous avons choisi de montrer un moment assez long de l'interaction. Les soignantes font état de l'ambivalence de monsieur César, et l'illustrent par l'usage de séquences de DR.

EXTRAIT 22 (CÉSAR S4 9 HEURES)

1 GRI h:[:]
 2 PAC [euh] donc i` disait que dans un premier temps il avait vu ça
 3 comme une prison mais maintenant qu'il y était euh i` se
 4 sentait en sécurité: euh: en tout
 5 [cas que ça l' port][ait: euh]
 6 IVA [ouais et à la fois]
 7 GRI [il est ambivalent]
 8 LOC hm
 9 IVA [mouais\]
 10 GIL [complètement]
 11 LIM [i est-] [il est ambivalent hein:]
 12 IVA [pa`ce que y a plein] de moments aussi où i`
 13 dit j'en peux plus [euh d'ê]tre là:&
 14 GRI [ç:]
 15 IVA &[vous vous rendez compte ça fait ça fait]&
 16 GRI [et ça fait cent-vingt heu:res]
 17 IVA &[cent-vingt heures que j` suis là:]
 18 PAC [i` com- ouais i` compte]
 19 GRI ouais [ouais]
 20 LIM [i`] compte les heures/
 21 GIL hm
 22 IVA [que: euh:: i` euh i` te d][it euh j'ai b`soin]
 23 GRI [ah OUAIS non mais i` euh]
 24 PAC [les secondes il sait] tout te dire
 25 hein
 26 (0.5)
 27 LOC ouais
 28 GRI .h ouais non mais c'est: [pf]
 29 IVA [j'ai] b`soin d'être dans le service
 30 d'aller sur la terra:sse et cetera euh:

Lignes 2 à 5, PAC rapporte le discours du patient sous la forme d'un DRI. Au niveau axiologique, les informations mutualisées sont plutôt positives : l'infirmière fait état d'une évolution dans la représentation que le patient se fait d'une structure psychiatrique (« prison » ligne 2 *versus* « il se sentait en sécurité » lignes 3-4). Lignes 6 et 7, IVA et GRI amorcent une négociation des propos de PAC, reprise par LIM ligne 11, et développée par IVA ligne 12. Dans son développement, elle utilise du DRD, qui est complété par GRI ligne 16 sous le même format. Après une séquence latérale ligne 18 à 25 portant sur le décompte des heures par le patient, IVA reprend ligne 29 la séquence de DRD amorcée ligne 22, qui constitue un autre argument pour montrer l'ambivalence du patient. Ainsi, lorsque ligne 30 elle produit le « et cetera », elle clôt une séquence de DRD, et elle stoppe également son énumération. En effet, l'infirmière a présenté plusieurs éléments appuyant son discours, qui ont été formulés en tant que DRD. La multiplication de ces éléments constitue une énumération, et « et cetera » remplit le rôle défini par la définition du CNRTL.

Cet usage se veut donc légèrement différent par rapport à ceux que nous avons déjà vu. S'il s'agit effectivement d'une forme de clôture de séquence de DR, ce serait avant tout un arrêt d'énumération. En partant du principe que l'énumération en question est une succession de DR, alors les deux fonctions sont activées de façon conjointe, et sans exclusion mutuelle. L'extrait suivant porte toujours sur monsieur César, et plus précisément sur des propos que sa mère aurait tenus lors d'une conversation avec des soignants de l'unité.

EXTRAIT 23 (CÉSAR S2 9 HEURES)

1 GIL .h euh::: voilà (.) elle lui a fait un joli trousseau en nous
2 disant bien qu'i` fallait qu'on fasse attention quand même
3 pa`ce qu'i` donnait i` DEAlait des choses pour avoir de
4 l'argent .h: pour s'acheter de la drogue et cetera

Nous envisageons cette utilisation sous deux aspects. Premièrement, il nous paraît important de considérer que le patient a des problèmes d'usage de stupéfiants. Deuxièmement, ce dernier est sous la responsabilité directe de l'unité, à la fois pour sa santé mentale mais également pour ses bien et effets

personnels. Ainsi, nous postulons que l'usage du « et cetera » ligne 4 clôt bel et bien la séquence de DR, et permet à GIL de mettre en valeur une information importante, à savoir que si le patient s'achète de la drogue en revendant ses affaires, la structure est doublement fautive. La prochaine transcription présente une autre patiente, et GIL rapporte ses propos.

EXTRAIT 24 (DELATTRE S1 9 HEURES)

1 GIL madame delattr` : (.) madame delattre qui est: très très
2 discrète euh:: qui elle euh:: se sent se bient déprimée quand
3 même elle arrive à dire que: (.) .tsk .h voilà elle sentait qu`
4 le virage dépressi[f é]tait quand même bien bien présent:&
5 GAL [hm]
6 GIL &qu'elle avait pas forcément d'envies: que .h:: c'était
7 difficile pour elle de faire les cho:s'es de s` mobiliser: euh
8 d` faire ses soins d'hygiène et cetera

L'usage dans cet extrait appartient selon nous à aucune des fonctions que nous avons mis jusqu'alors en valeur. En effet, il ne s'agit pas tellement de savoirs communs aux soignants, ni d'une fonction synthétique, ni d'une information annexe à ne pas développer. En employant « et cetera », GIL termine bel et bien une énumération, qui prend la forme de séquences de DRI. Cependant, nous attirons l'attention sur l'aspect argumentatif ici en jeu. Lignes 3-4, GIL introduit une information en utilisant un DRI (« elle arrive à dire qu'elle sentait qu` le virage dépressif était bien présent »), qu'elle étaye par la suite avec d'autres DRI lignes 6 à 8. Nous pouvons nous questionner sur la production par la patiente des termes « virage dépressif », auquel cas nous pourrions considérer l'énumération comme une forme de réparation. GIL aurait alors mutualisé une conclusion qu'elle aurait faite (lignes 3-4) avec des séquences provenant réellement de la patiente (lignes 6 à 8). Cependant, puisque sa conclusion a déjà été mutualisée, il n'est pas forcément nécessaire de poursuivre l'énumération, qu'elle interrompt donc avec un « et cetera ». Le dernier extrait à suivre présente une dernière modalité d'usage de « et cetera » en clôture de séquence de DR.

EXTRAIT 25 (GOMEZ S2 14 HEURES)

1 GRI .h du coup là il sonnait+ tout à l'heure il était inquiet parce
2 gri +#image 8
3 que [vu qu'il va pas mal aux toilettes il voulait] pas&
4 LER [le soir il mange à table/]
5 GRI &[salir] les [pansements]+&
6 gri +#image 7
7 IVA [non]
8 LER [non\]
9 GRI &[j` lui ai dit c'est pas] [gra:ve]&
10 IVA [que l` midi] [pour lui\]
11 LER [que l` midi/]
12 GRI &on les [r`fera:] et cetera:/
13 PAT [d'accord]

Nous ne parvenons pas face à cet extrait à expliquer la présence de « et cetera ». Il ne s'agit pas en tant que tel d'une fin d'énumération, puisque GRI n'énumère rien, ni d'une information déjà présente dans l'encyclopédie des participants, puisqu'il s'agit d'une situation personnellement vécue par GRI. Il s'avère qu'un schisme est manifesté dans cet extrait c'est-à-dire la co-présence de plusieurs conversations au sein d'un seul cadre interactionnel dans une temporalité donnée (Egbert, 1997). Ces discussions parallèles ont été abordées dans un cadre professionnel (Filliettaz *et al.*, 2021), et les auteurs définissent le schisme de la sorte :

« configurations de participation dans lesquelles un ensemble d'individus supérieur à deux, après avoir contribué de manière conjointe à l'accomplissement d'un foyer d'action convergent, orientent leurs actions respectives sur des foyers qu'ils reconnaissent comme distincts, occasionnant par là-même une scission temporellement ordonnée de leurs objets d'attention et des actions par lesquelles ils rendent manifestes cette orientation » (*ibid.* : 153).

Il s'agit donc pour les auteurs de considérer plus seulement le verbal, mais également le gestuel. Dans notre cas, le schisme est multimodal, dans le sens

où il est manifesté par deux échanges verbaux parallèles, mais également par des postures et regards des participants.



Image 7 : Schisme en cours

Comme nous le constatons, GIL et PAT constituent un foyer conversationnel, au même titre que LER et IVA. En effet, GRI et PAT orientent leurs regards et leurs postures l'une vers l'autre, et se répondent, à l'image de IVA et LER, qui sont orientées dans l'activité initiée par LER ligne 4, c'est-à-dire répondre à une question pratique autour du parcours de soins du patient. Nous supposons à l'origine que l'usage de « et cetera » pouvait être lié à ce schisme, auquel cas, en constatant qu'une discussion annexe se déroule, GRI a synthétisé son propos. Or, étant donné qu'avant l'induction du schisme, l'orientation de la participante est la même et ne change pas (cf. image 8 ci-dessous), nous postulons qu'il s'agit pour elle d'une information déjà connue des participants : s'ils ne savaient pas que la discussion ni son contenu avaient eu lieu entre l'infirmière et le patient, ils ont acquis dans leur pratique de soignants la conscience de la nécessité de changer régulièrement des pansements.



Image 8 : Postures et orientations pré-schisme

Pour aller plus loin, nous avons cherché dans la base de données CLAPI¹¹ (Baldauf-Quilliatre *et al.*, 2016 ; Bert *et al.*, 2010) les occurrences de « et cetera ». 88 attestations résultent de la requête. Leur répartition selon qu'ils terminent une portée, sont inscrits dans une portée, n'ont aucun rapport avec un DR ou sont ambigus dans leur fonctionnement est représentée dans le tableau ci-après :

	En fin de portée	Dans une portée	Sans portée	Ambigu
Nombre d'occurrences	23	5	56	4
Pourcentage	26,1%	5,7%	63,6%	4,6%

Tableau 18 : répartition des « et cetera » dans la base de données CLAPI en rapport ou non avec un DR

Nos résultats précédents sont donc à nuancer. Dans notre corpus, la quasi-intégralité des « et cetera » servent effectivement à clore une portée de DR, et par extension une séquence de ce format. Cependant, comme nous le constatons dans le tableau ci-dessus, dans d'autres conversations présentant une forte diversité dans le contexte de production (entretiens, repas, travaux universitaires...), ce n'est pas le cas (63,3% des occurrences n'ayant aucun rapport avec du DR). Malgré tout, nous pensons qu'il s'agit d'une manière de montrer une fin de représentation d'un discours tiers, dans le sens où plus d'un quart des apparitions de « et cetera » marque une fin de portée dans la base de données CLAPI. Dès lors, à l'image d'une hausse de fréquence intonative qui

¹¹ CLAPI, <http://clapi.icar.cnrs.fr>

peut à la fois manifester une séquence de DR ou rendre saillant un propos, il s'agirait pour les participants de parvenir à discriminer ce qui fait sens au niveau de la conversation. Ainsi, si certaines occurrences délimitent bien une portée de DR et sont potentiellement utilisées dans ce cadre, ce n'est pas toujours le cas.

Quoi qu'il advienne, nous avons identifié plusieurs usages de « et cetera » dans les relèves infirmières en psychiatrie. Une première idée est celle qu'il permet aux soignants de conclure une portée de DR, en spécifiant qu'il ne s'agirait pas des seules choses que le locuteur pourrait rapporter. Parmi ces usages, nous avons distingué ce qui relevait du savoir commun aux participants, et n'avait donc pas vocation à être de nouveau mutualisé, de ce qui relevait d'une information annexe, moins importante mais permettant au soignant de poursuivre son discours. Enfin, un usage en tant que fin d'énumération, attendu puisque présent dans la définition du CNRTL, n'est apparu qu'une seule fois dans notre corpus. La question du « et cetera » comme balisant les séquences de DR reste donc ouverte, bien que nous pensions qu'il s'agit d'une piste qui pourrait se révéler fructueuse après des analyses plus poussées sur de plus grands corpus.

6.1.2. LA SÉQUENTIALITÉ DU DISCOURS RAPPORTÉ DANS LES RELÈVES INFIRMIÈRES

Le DR est un événement qui se produit dans des temporalités et séquentialités données dans l'interaction. Nous avons déjà vu, dans les analyses quantitatives, le ratio de séquences rapportées se produisant après un TRP et celles se produisant sans TRP manifeste. La séquentialité n'est pas seulement un concept qui explicite les relations de successivité entre des séquences de la conversation, mais plus leurs imbrications, influences mutuelles et leur organisation. Nous traiterons dans cette sous-section de deux aspects de la séquentialité du DR dans les relèves infirmières. Dans un premier temps, nous verrons le lien qu'entretiennent séquences rapportées et TRP de façon qualitative, par une analyse rigoureuse de quatre extraits, puis nous nous

attarderons sur l'idée selon laquelle une séquence rapportée peut en appeler une autre et créer ainsi une séquence de type méso- de rapport de discours, co-construite par les interactants (ce qui est notamment visible dans les transcriptions, par les jeux de couleurs que nous avons mis en place).

6.1.2.1. Discours rapportés et *transition relevance places*

Nous avons établi que 32,72% des DR de notre corpus quantitatif font suite à un TRP, en considérant ce moment de la conversation au regard des travaux de Selting (2000), c'est-à-dire en tenant compte à la fois la syntaxe, la prosodie, le rythme et les pauses dans le discours des participants. Nous allons tenter dans ces quelques paragraphes de déterminer si, qualitativement parlant, une forme de redondance peut se trouver parmi les usages du DR des soignants, en rapport avec les TRP. Nous portons donc un regard sur ces moments de transitions potentielles, et sur les locuteurs désignés ou se sélectionnant pour poursuivre la conversation. Le premier extrait à suivre se déroule lors d'une relève du matin. COU et TAG, les soignants de nuit, font la relève aux soignants du jour concernant monsieur Gomez.

EXTRAIT 26 (GOMEZ S1 6 HEURES)

```

1 TAG il veut rentrer chez lui::/ $ou:[ ]&
2 cou $regard feuille de relève --> 6, image 10
3 COU [ouais]
4 TAG &il veut aller à lasègue avec l'ambulance/
5 &fin bon
6 tag $regard feuille -->9, image 11
7 (0.9)
8 COU $hier il nous disait euh: (0.3) (que) les traitements/ c'est de
9 cou $regard vers collègues
10 COU l'eau:// ça m- [ça m` fait rien]

```

Comme nous le constatons, lignes 1 et 4, TAG est en train de produire une portée d'un DR attribué au patient. À la cinquième ligne, l'aide-soignant utilise un marqueur de fin de tour « `fin bon ». Hansen considère le « bon » en fin de tour comme étant d'ordre « transitionnel » : “*transitional' category*” (1998 : 236).

Comme nous l'avons vu en 6.1.1.2., Hansen entend l'usage de « `fin » comme pouvant occuper une fonction temporelle, réparatrice ou synthétique (2005). La combinatoire des deux tend à nous faire penser qu'il s'agit bien d'un marqueur de fin de tour. TAG utiliserait alors « `fin bon » pour indiquer qu'il a terminé son propos, et appeler les autres participants à poursuivre. La pause de 0,9 seconde à la ligne 7 corrobore avec cette explication, tout comme l'auto-sélection de COU à la ligne 8 pour poursuivre le propos. Elle le fait par l'usage d'une séquence rapportée (nous ne considérons pas que « hier », bien que n'appartenant pas à la séquence en tant que telle, en soit entièrement détaché : il s'agit pour la locutrice de borner le propos qu'elle rapporte de façon temporelle).

Attardons-nous sur la gestuelle de COU et de TAG, et notamment l'orientation de leur regard. Au début de l'extrait, les deux soignants de nuit regardent leurs collègues alors que TAG parle (cf. image 9). COU semble ensuite lire sa feuille de relève pendant que son collègue termine la portée de son DR (cf. image 10). De façon quasi-simultanée à la production du marqueur de fin de tour à la ligne 5, TAG réoriente son regard vers sa propre feuille de relève (cf. image 11), puis COU regarde de nouveau ses collègues en reprenant la parole (cf. image 12).



Image 9 : regards collègues



Image 10 : regard COU vers feuille



Image 11 :regards conjoints vers feuilles



Image 12 : regard COU vers collègues

Ces changements de regards nous montrent au moins deux choses : d'une part, la feuille de relève est une ressource importante pour les soignants qui terminent leur session de travail. En effet, TAG et COU semblent s'appuyer sur cette dernière pour puiser les informations à mutualiser. D'autre part, nous pouvons voir l'organisation des soignants sortants dans la conversation : TAG et COU se complètent mutuellement, et sont parfaitement coordonnés dans leurs prises de parole.

Au vu de tous les éléments susmentionnés, l'usage du DR fait donc effectivement suite à un TRP, manifesté par les marqueurs de fin de tour « `fin bon », la pause de 0,9 seconde, l'orientation du regard de TAG vers sa feuille de relève et la prosodie de la fin de sa production. L'auto-sélection de COU, qui représente des propos du patient après la pause, n'est pas anodine : il s'agit d'une part d'une information importante (puisque les traitements ne sont pas efficaces d'après lui), et d'une économie de temps (dans le sens où l'institution psychiatrique pousse à réduire au maximum les durées des réunions de relève). Les deux soignants de nuit fonctionnent en équipe, au sens strict du terme : ils mutualisent ensemble des informations, et se succèdent dans cette transmission, en s'appuyant tous les deux sur leur feuille de relève.

Le DR peut donc être utilisé en tant qu'ouverture de séquence faisant suite à un TRP et une auto-sélection d'un autre participant. Le prochain extrait analysé

présente 2 TRP que nous allons désormais analyser, dans leur lien avec l'usage de DR. Les soignants parlent de monsieur Borali, et apportent dans les deux cas des précisions quant aux plaintes du patient, qui ouvrent l'extrait, et qui sont données à entendre sous forme de DR. Précisons qu'il s'agit de la toute fin de la relève le concernant, l'intégralité des informations communes ont déjà été mutualisées par GIL, super-locutrice, et plusieurs soignantes ont également relaté des événements qu'elles ont personnellement vécu. La relève de ce patient est particulièrement longue (11 minutes et 8 secondes), comparée aux temps moyens de discussion par patient que l'on observe dans les réunions de 9 heures, qui est de trois minutes, voir Chalancon *et al.* (2022). Les soignants ont donc beaucoup à discuter autour de monsieur Borali, et les informations délivrées sont analysables comme étant de moindre importance : les réactions des autres participants sont peu nombreuses, et le déroulé de l'interaction est plutôt lent.

EXTRAIT 27 (BORALI S1 9 HEURES)

1 PAC il se plaignait également/ d` tremblements
2 GIL hm
3 (..)
4 PAC [euh] [qui étaient euh]
5 GAL [hm]
6 GIL [effectivement ouais\] hm
7 (0.8)
8 PAC `fin anormalement hein (0.2) selon ses dires euh
9 (0.3)
10 PAC [pres-]
11 GAL [des extr]emités du [coup/]
12 PAC [ouais\] exactement/ et c'est vrai que euh
13 il m- il m'a demandé/ de re[garder son] son portab` tellement&
14 GIL [ouais]
15 PAC &[qu'il était] euh
16 GIL &[ouais ouais]
17 (..)
18 GAL [ah oui:]
19 GIL [effect][ivement/ ouais ouais]
20 PAT [ah mais il v][eut qu` tu baisses le][traï/tem]ent hein:&
21 PAC [tremblant ce m][atin\]
22 PAT &a1[ors ça:] on lui a bien/ dit que .H
23 GIL [°d'accord°]
24 (1.2)
25 GIL et puis il se plaint pas/ mal de céphalées aussi mais j` pense
26 que <((en riant)) c'est en lien> avec
27 [tout:][:: .h le sommeil/]&

28 GAL [bah s'il] [dort pas/ (inaud.)]
 29 PAT [(inaud.)]

Le DR se situe entre les lignes 23 et 25. Nous n'allons pas faire d'analyse ligne à ligne, car ce n'est pas l'objectif. Notons simplement que PAC ouvre l'extrait avec une première séquence de DRI, attribué au patient, dans laquelle elle rapporte une plainte du patient concernant des tremblements. Après quelques autres échanges, GAL poursuit à la ligne 11 avec une première partie de paire adjacente, où elle demande à l'infirmière où se situent les tremblements décrits (ce qui a une visée d'anamnèse par ailleurs, nous en discuterons en 8.3.2.). Après avoir répondu à la psychiatre à la ligne 12, PAC étaye son discours en représentant de nouveau des propos du patient (« il m'a demandé de regarder son portable », ligne 13). Du fait de la demande de GAL, nous sommes face à un TRP, puisque la psychiatre donne la parole à l'infirmière. S'agissant d'une paire adjacente, de type « question », il est logique que l'infirmière réponde dans la deuxième partie. Seulement, après avoir répondu, elle produit directement une séquence de DR. Nous constatons donc que les propos rapportés font suite à un TRP.

Entre les lignes 18 à 23, nous trouvons de nombreux chevauchements qui constituent des approbations (GIL, ligne 19), des amplificateurs (GAL, ligne 18, du fait de la prosodie et de l'allongement), une fin de tour (PAC; ligne 21) et l'introduction d'une nouvelle information (PAT, ligne 20). PAT poursuit à la ligne 22, en chevauchement de GIL, qui approuve son propos (ligne 23). Si l'on s'intéresse à la fin de tour de PAT, nous constatons qu'elle ne finit pas verbalement son DR, et par extension son tour. Cependant, en regardant son expression faciale, nous voyons qu'elle produit une forme de rictus (cf. image 13 ci-dessous), qui représente la réponse que les soignants ont donné au patient, à savoir un refus.



Image 13 : Rictus de PAT

Sachant qu'elle orientait avant cette expression son regard vers la psychiatre, qu'elle ferme les yeux et qu'elle regarde de nouveau GAL après cela, sans poursuivre son propos, et que s'ensuit une pause de 1,2 secondes, il s'agit d'un TRP. PAT avait la parole, conclut son énoncé par une mimique faciale, et ne se resélectionne pas. Après le TRP que nous venons d'identifier comme tel, GIL se sélectionne pour apporter une nouvelle information, sous forme de DR. Elle reprend la première formule de PAC, à savoir un *inquit* qui utilise le verbe « se plaindre », et une séquence attribuée au patient. Il s'agit d'une nouvelle information qui se situe dans le prolongement de la première de l'extrait. Quoiqu'il advienne, c'est par l'utilisation de DR que l'infirmière résout le TRP et s'auto sélectionne. Il s'agit du deuxième extrait dans lequel on trouve une sélection d'un nouveau locuteur qui reprend la parole avec un DR, alors que le contenu précédent le TRP était également un DR. Le prochain extrait à suivre contient deux DR séparés par un TRP, cependant nous n'observons pas de variation de locuteur.

EXTRAIT 28 (LEBRUN S3 6 HEURES)

1 COU (il y a; et à) un moment/ il y a l'alarme incendie qui a sonné
2 là: vers euh (0.4) quatre [heures et demi/]
3 PAC [((rire))] ((rire))
4 COU et: i::l (l')entendait mais pourtant c'est pas très fort/ hein
5 donc [(inaud.) il l'entendait quand même euh]
6 PAC [ah ouais/ c'est vrai/ je pensais que c'était]
7 (0.7)
8 COU et euh: bon il a un peu: j'entends du bruit [oui c']est normal&
9 PAC [ouais]

```

10 COU      &((rire))
11          (1.6)
12 COU      c'est pas dans vot` tête c'est un vrai bruit ((rire))
13          (2.0)
14 PAC      il dort des nuits complètes// monsieur lebrun[:/ ou::      ]
15 COU                                     [ouais quasim]ent
16          ouais

```

Dans cet extrait se déroulant à la relève de 6 heures, COU, infirmière de nuit raconte un événement inattendu à PAC : le déclenchement de l'alarme incendie. Nous nous intéressons aux lignes 8 à 12. À la huitième ligne, COU introduit une séquence au DRD attribuée au patient, qui illustre le fait qu'il a bien entendu le signal d'urgence (« j'entends du bruit »), et représente également la réponse de la soignante (« oui c'est normal »). COU rit ensuite, et marque une pause de 1,6 secondes. Le rire en interaction peut fonctionner comme un marqueur de fin de tour, en particulier lorsqu'il suit certaines caractéristiques, comme le montrent pour l'anglais Jefferson *et al.* (1987), cité et confirmé par Glenn (2003 : 44). Ce dernier spécifie que les indicateurs de fin de tour incluent « une particule de rire inspirée et un volume plus faible ». Nous ne pouvons pas traiter le volume correctement dans nos données, du fait de la disposition des micros et des participants. Cependant, nous pouvons nous intéresser à la potentielle particule inspirée. La figure ci-dessous nous montre le résultat d'une segmentation fine sous le logiciel Praat, avec une représentation de la fréquence.

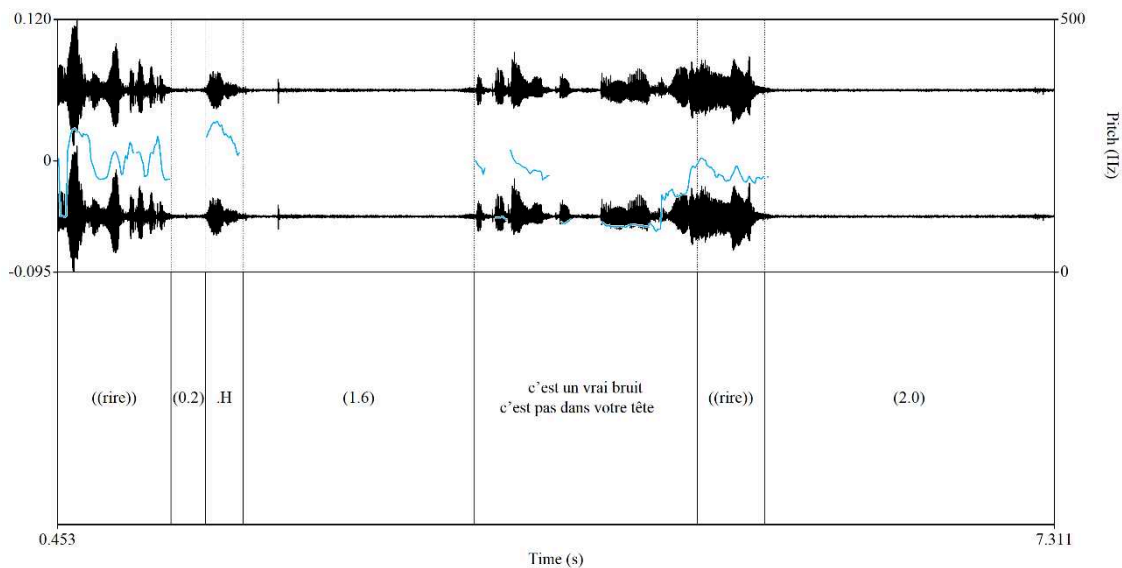


Figure 39 : Représentation de la particule inspirée dans les propos de COU

Nous voyons clairement que l'infirmière produit une inspiration après son rire. Ainsi, nous entrons dans le cadre décrit par les auteurs préalablement cités. Notons également les longues pauses après la première et la deuxième séquence de rires (respectivement de 1,6 et de 2 secondes). Nous avons donc effectivement à la ligne 11 un TRP, après lequel COU s'auto-sélectionne pour poursuivre son propos, sous forme de portée directement. Elle « poursuit » la réponse qu'elle a déjà commencé à représenter auprès de sa collègue. Ce faisant, après ce premier TRP, elle poursuit en réalité son tour de parole avec le même contenu thématique. Un second TRP est ensuite identifiable à la ligne 13, pendant lequel sa collègue s'auto-sélectionne, et ouvre un nouveau sujet concernant le sommeil du patient.

Les participants aux réunions de relève infirmière peuvent donc, lorsqu'il n'y a pas de sélection d'un participant à la suite d'un TRP, poursuivre une séquence rapportée et par extension leur tour. Une nouvelle fois, nous pouvons observer un lien assez étroit entre moments de transition et DR. Nous avons vu quelques manifestations de DR autour de TRP. Nous constatons en premier lieu que le DR peut être utilisé par les locuteurs consécutivement à TRP, ce que nous avons déjà vu avec les analyses quantitatives. Cependant, nous avons trouvé quelques

fonctionnements séquentiels particuliers, dans le sens où un DR pré-TRP peut « appeler » une autre séquence rapportée qui lui fait suite. Nous avons également pu dire qu'il s'agit d'une séquentialité qui n'est manifestement pas liée au changement de locuteur.

6.1.2.2. Des « méso séquences » rapportées ?

Nous avons remarqué, dans notre corpus, un fonctionnement séquentiel particulier des DR. En effet, alors que nous balisons les différentes portées et *inquits*, nous avons constaté qu'une séquence de DR pouvait en appeler d'autres, qu'il s'agisse du même locuteur ou d'un locuteur tiers. Nous tenterons, dans ces quelques paragraphes, de montrer ce fonctionnement particulier, et ce type de manifestation pour esquisser une ébauche de « séquence méso » rapportée. Pour éviter d'avoir à analyser de très longues séquences à plusieurs reprises, et de nous répéter dans les analyses, nous n'en verrons qu'une seule. Il s'agit cependant d'une manifestation qui n'est pas rare dans nos données. Nous ne nous préoccupons pas des dialogues rapportés (que nous verrons en 7.3.), bien qu'il s'agisse aussi d'une séquence méso de représentation de propos d'un tiers énonciatif. Nous verrons donc un extrait concernant madame Delattre. Les soignants abordent plusieurs éléments, en les représentant sous forme de DR. Dans un premier temps, ils parlent de ses problématiques judiciaires, puis discutent de ses angoisses, et de ses permissions. Dans les 60 lignes qui composent cette transcription, nous dénombrons 11 séquences rapportées. Pour plus de commodité, nous avons séparé l'extrait en deux parties : lignes 1-31 ; puis lignes 32-60.

EXTRAIT 29 (DELATTRE S2 9 HEURES)

Première partie

1 GIL ça l'inquiétait mais au départ elle disait j` comprends pas j`
 2 l'ai reçue euh .h: c'est pour ça qu'elle voulait t` voir
 3 d'ailleurs en fin d` semaine (0.3) .h:: euh:: la permission
 4 c'est pareil elle dit qu` ça l'angoissait:: euh à l'idée que::
 5 d` prendre les transports en commun: qu` c'était compliqué

6 pa`ce que personne pouvait v`nir la chercher: qu'elle
7 connaissait pas lyon .h: et finalement elle s'est débrouillée
8 avec sa cousine pour pouvoir euh:: sa cousine est v`nue la
9 chercher en fait dimanche
10 (.)
11 DER hm [hm]
12 GIL [.h]
13 (.)
14 GIL elle est partie en perm alors avant d` partir elle disait quand
15 même qu'elle était angoissée donc moi j` lui avais mis un
16 traitement si besoin: °euh: dans ses trai[°tements là°]
17 DER [ah oui]
18 GIL .tsk .H:: et puis finalement elle a pu dire qu` la perm s'était
19 bien passée qu'elle avait pu profiter d` ses enfants: .h:
20 qu'elle avait eu un moment d'angoisse donc qu'elle avait pris
21 un si besoin dans l'après-midi (0.4) et que de nouveau elle
22 était angoissée le soir sans: trop en dire les raisons
23 (0.6)
24 DER hm [hm]
25 GIL [mais] euh voilà en tout cas elle a pu partir quand même
26 mais c'est vrai qu'elle est:- elle dit qu'elle va pas bien mais
27 effective[ment elle] fait assez f-&
28 GAL [hm]
29 GIL &elle est assez fermée elle est assez triste euh
30 GRI ouais
31 (0.3)

Ce passage se situe au début de la relève. GIL est super-locutrice, et poursuit son activité de mutualisation des informations générales en ce qui concerne cette patiente. Avant le début de l'extrait, il s'agit quasiment de la seule participante à avoir parlé : seules LAR et GAL avaient produit des continueurs et une deuxième partie de paire adjacente en réaction à une interrogation de GIL. Plus que de voir une séquence plus large de représentation de discours, nous trouvons dans cet extrait une transition des informations du super-locuteur vers celles des participants lambda. La transcription s'ouvre sur un constat de GIL, appuyé par une séquence rapportée selon une modalité directe, attribuée à la patiente (lignes 1-2). GIL produit un commentaire par rapport à son propos, qu'elle adresse à LAR, assistante sociale (ce qui est visible par un phénomène de pointage grâce au stylo qu'elle tient, cf. image 14 ci-dessous, et au hochement de tête de LAR consécutif).



Image 14 : pointage de GIL vers LAR

GIL poursuit, en apportant une nouvelle information, de nouveau étayée par l'usage de DR, de la ligne 3 à 7. Notons la présence à la ligne 4 du commentaire « c'est pareil », qui fait sûrement référence à l'inquiétude et l'angoisse de la patiente face à des événements extérieurs (« ça l'inquiétait », ligne 1, « elle disait que ça l'angoissait », ligne 4). La démarche de GIL est similaire dans les deux cas : pour représenter l'angoisse de la patiente, elle représente ses propos. Elle précise ensuite la résolution de l'angoisse de la patiente, qui tient dans l'appui de sa cousine (lignes 7-9). Après un continuateur de DER, GIL continue de passer en revue l'actualité clinique de madame Delattre, en mutualisant comment s'est passée sa permission.

Elle utilise, pour adjoindre à son propos un élément de vécu personnel, une nouvelle séquence rapportée (lignes 14-15), et sa propre réaction face à ce discours (lignes 15-16). L'infirmière passe ensuite à la transmission du retour de la patiente de sa permission. Pour rapporter la qualité de ce moment en dehors du service, elle mobilise une nouvelle fois une séquence de DRI, attribuée à la patiente (lignes 18 à 22). Notons qu'une partie du DR fait écho à celui qu'elle a précédemment introduit : la patiente a « pris un si besoin dans l'après-midi » parce que GIL lui en a donné un suite à ses propos qu'elle a rapportés lignes 14-15. Elle offre ensuite aux autres participants une forme d'énoncé conclusif de la mutualisation de cette permission, contenant du DR, aux lignes 25 à 29.

Les différentes séquences rapportées dans cette première partie se répondent, se font écho et s'appellent entre-elles. La première et la deuxième

sont présentées par la locutrice comme relevant de la même dynamique (comme l'indique « c'est pareil », à ligne 4). Lorsqu'elle change de sujet, GIL produit une nouvelle séquence rapportée, mais qui est toujours liée aux deux premières dans le sens où c'est bien l'angoisse de la patiente qu'elle représente au travers des propos qu'elle rapporte. Nous trouvons en effet « ça l'angoissait », dans la deuxième séquence de DR à la ligne 4, « elle disait quand même qu'elle était angoissée », dans la troisième séquence de DR, qui permet à GIL de mutualiser une action qu'elle a réalisée, à savoir le fait de donner à la patiente un si besoin. Cet ajout est repris dans la quatrième séquence rapportée « elle avait pris un si besoin », lignes 20-21. Enfin, la dernière séquence se trouvant dans une forme de conclusion au récit de GIL, le lien entre les différentes séquences est effectivement présent. Pour l'instant, seule une locutrice rapporte des propos. Si nous pouvons expliciter le lien entre les différentes séquences, ce n'est pas suffisant pour parler de méso-séquence rapportée : nous pourrions postuler qu'il s'agit d'une pratique habituelle de rapporter les propos des patients lors du premier moment de relève, où le super-locuteur fait un état des lieux de l'actualité clinique des patients. Cependant, comme nous allons le voir, deux autres soignants vont poursuivre dans la même dynamique de représentation des propos.

Deuxième partie

32 GRI c'était confirmé c` ma[tin] au tour des traitements&
 33 GIL [hm]
 34 GRI &où elle m'a donn- elle m'a demandé son traitement si besoin
 35 donc elle a eu son valium .h:: et elle m'a parlé de ben
 36 <((bafouille)) l'aud- l'audience> (.) [qui allait avoir lieu&
 37 GIL [hm]
 38 GRI &euh: à:& [ben: voilà\] .h::
 39 GIL [fin mai là hm]
 40 GRI et du coup qu` ça l'angoissait beaucoup d'ailleurs elle voulait
 41 en parler avec euh:: avec le médecin pour savoir euh&
 42 LOC [hm]
 43 GRI &.h: si elle devait y aller\
 44 (0.6)
 45 GRI ou [pas hm hm:]
 46 DER [ouais mais elle <((bafouille)) m'avait avait> d]`jà posé la
 47 question y a un p`tit moment
 48 (0.6)

49 DER [en:]
 50 GRI [c'est l`] discours qu'[elle (a eu) c` matin]
 51 DER [et c` qu'elle disait même] c'est
 52 qu'elle aimerait bien avoir une (0.3) dispense entre guillemets
 53 de:
 54 (.)
 55 GRI oui ben c'est c` que [j'enten]dais un peu c` matin&
 56 DER [d'y aller]
 57 GRI &ouais\ ouais ouais
 58 (0.3)
 59 LAR et euh du coup elle m'a dit °que° tu lui aurais dit de voir ça
 60 avec moi

À la ligne 32, GRI s'auto sélectionne pour apporter des informations complémentaires qui relèvent du vécu personnel aux propos de GIL. Elle commence par manifester son alignement aux propos de sa collègue, et une temporalité dans la scène qu'elle va représenter (« c'était confirmé ce matin au tour des traitements »). Elle rapporte ensuite les propos de la patiente, sous forme de DRI, aux lignes 34, et 35 à 38. GRI reprend la même terminologie que GIL à la ligne 40 « ça l'angoissait », et apporte une information complémentaire, toujours sous forme de DR « elle voulait en parler avec le médecin », lignes 40-41. DER, qui est justement médecin, s'auto sélectionne à son tour à la ligne 46, et rapporte également les propos de la patiente, toujours dans la continuité de ce qu'ont dit ses collègues au préalable « elle m'avait déjà posé la question », lignes 46-47. GRI reprend ensuite la parole en chevauchement avec DER, après une pause de 0,6 secondes. Elle produit un énoncé conclusif, rappelant le propos antérieur qu'elle a rapporté (ligne 50, qui est en lien avec le DR lignes 40-41). Le psychiatre ajoute à son tour du contenu informationnel aux séquences rapportées par GRI et lui-même : la patiente ne cherche pas seulement à discuter de si elle doit aller ou non à l'audience, « elle aimerait bien avoir une dispense » (ligne 52). Après une confirmation de la part de GRI aux lignes 55-57 (qui manifeste également la réception du discours de DER comme modifiant les informations préalablement introduites), LAR prend à son tour la parole pour produire une nouvelle séquence de DR, qui est cette fois double. Elle rapporte en effet les propos de la patiente, représentant elle-même les propos du psychiatre, aux lignes 59-60.

Voyons de nouveau les liens qui s'établissent entre les diverses séquences rapportées plus en détails. Dans l'intégralité de l'extrait, le DR de GRI à la ligne 34 est le cinquième. Nous reprenons donc la numérotation des DR à partir de ce numéro. Les liens qui unissent le DR 4 au DR 5 sont verbalement manifestés par l'infirmière, étant donné qu'elle précise qu'elle offre une confirmation aux discours préalables (ligne 32) avant de l'expliciter sous un format rapporté (ligne 34, DR 5). Elle reprend ensuite, dans le 6ème DR de l'extrait, le thème de l'audience, qui était en cours de discussion au début de l'extrait (ce qui inquiétait la patiente d'après GIL étant la non-réception de sa convocation, à la ligne 1). Le 7ème DR, situé aux lignes 40-41, marque une relation de dépendance anaphorique avec le 6ème, le référent de « en » se trouvant être l'audience et l'angoisse qui en découle. À la ligne 46, DER répond en sa qualité de médecin au fait que la patiente lui en a déjà parlé, ce qui est également une forme de lien entre les DR 7 et 8. Le DR 9 est un énoncé conclusif des DR 6 et 7. Le DR 10 est une prolongation du DR 8. Enfin, le DR 11 est en lien avec toute la discussion autour de la volonté de la patiente de parler avec des professionnels de l'audience.

Pour résumer, nous proposons le schéma suivant, qui montre les relations d'interdépendance des DR entre eux dans cet extrait. Les productions sont représentées par un jeu de couleurs (vert : GIL ; orange : GIL ; gris : DER ; jaune : LAR), et les liens sont représentés par des flèches :

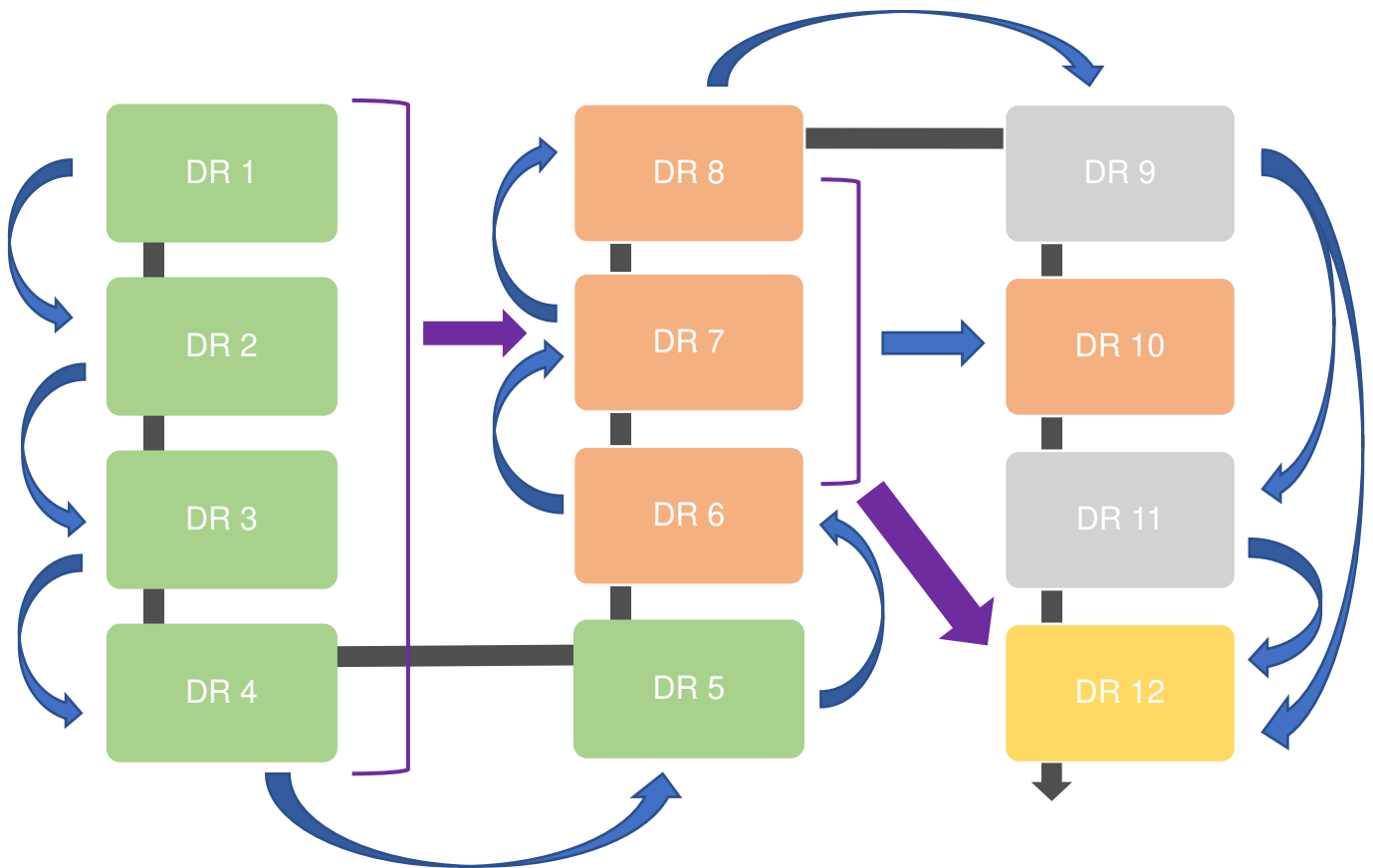


Schéma 1 : relation d'interdépendance des DR dans l'extrait 29

Les diverses séquences rapportées entretiennent entre-elles une forme de réseau. Les soignants peuvent produire, en réaction à une séquence de DR, d'autres séquences rapportées. Une explication plausible à ce genre de phénomène est le fait que la parole du patient est centrale dans les relèves infirmières en psychiatrie. Ainsi, les différents professionnels pourraient, à tour de rôle, proposer une forme de reconstruction d'un cadre interactionnel vécu. Nous pouvons par ailleurs rapprocher cette hypothèse du déroulé même des relèves : après la présentation globale du super-locuteur, les autres participants peuvent être sélectionnés ou s'auto sélectionner pour ajouter des éléments qui appartiennent à leur vécu personnel. La dynamique est similaire dans les deux cas, la représentation de ce vécu se ferait seulement préférentiellement sous forme de DR dans le cas où le discours précédent serait lui aussi rapporté. Ce genre de relations d'interdépendance entre les différents tours des participants a été abordé dans ces paragraphes selon les liens *internes* entre les différentes séquences de DR. Les clôtures de ces séquences fonctionnant de la même façon

que d'autres (e.g. avec des marqueurs, des pauses et des changements de locuteurs), mais nous ne les aborderons pas.

Nous avons vu quelques contextes d'apparition des séquences de DR, ainsi que les différents liens qui les unissaient dans le cadre de méso-séquences. Nous allons désormais aborder des notions qui relèvent de la narration, et le lien qu'entretiennent les propos rapportés et le récit dans les relèves infirmières en psychiatrie.

6.2. LA NARRATION DU VÉCU PAR LE BIAIS DU DISCOURS RAPPORTÉ

La relève infirmière est traditionnellement conçue comme un épisode de transmission d'informations pour la bonne continuité des soins du patient. Ainsi, elle est considérée comme un moment d'échanges sur l'actualité clinique des personnes en situation de soins, et devrait, selon les textes légaux et l'institution, se limiter à cette transmission factuelle. Cependant, dans la conversation, une transmission d'informations peut être réalisées de plusieurs façons, et nous observons plusieurs moments qui suivent un déroulé particulier dans notre corpus, ainsi que des formats privilégiés, comme pour la narration.

Les relèves de notre corpus suivent toutes le même déroulé : un soignant, auto- ou hétéro-désigné mène la relève, en ouvrant et clôturant les différentes séquences relevant d'un patient donné tout du long de la réunion. Dans les faits, ce participant à la posture particulière, que nous appelons super-locuteur, suit le même fonctionnement d'ouverture et de clôture : il démarre la séquence par « monsieur/madame X, qui », puis présente des informations relatives aux savoirs partagés par l'équipe, ne relevant pas du vécu personnel. Suite à cette introduction, l'ensemble des participants peut se désigner ou être désigné pour apporter des informations personnellement vécues, souvent sous la forme de narration comprenant du DR. Nous verrons dans ce chapitre trois aspects du récit

dans les relèves infirmières en psychiatrie : en premier lieu nous nous attarderons sur la narration de son propre vécu par le biais du DR, puis nous considérerons le *positioning* du patient face au soignant dans les discours et narrations des participants aux relèves, et enfin nous tenterons d'établir en quoi le récit par le biais du DR offre un outil de cohésion professionnelle privilégié et efficace dans les relèves infirmières en psychiatrie.

6.2.1. LA NARRATION DE SON PROPRE VÉCU PAR LES SOIGNANTS¹²

En rapportant des propos, les soignants sont amenés à représenter, dans la temporalité du moment d'énonciation, des discours qu'ils ont entendu auparavant. Ce faisant, ils peuvent rapporter une forme de vécu, qui prend souvent la forme d'une narration. Nous nous intéressons dans cette sous-section à deux extraits longs, dans lesquels les soignants sont amenés à partager avec leurs collègues présents leur propre vécu, en rapport avec un des patients de l'unité. Nous verrons alors en quoi le DR, se manifestant dans ces contextes de narration, est un outil particulièrement économe dans le cadre des relèves infirmières en psychiatrie pour transmettre toutes les informations jugées nécessaires par les participants au bon déroulement des soins dans l'unité.

Le premier extrait à suivre constitue une séquence complète, et se situe juste après la phase de partage par BER, super-locutrice, des informations générales concernant madame Delattre. Elle rapporte un appel de la mère de la patiente, qui lui a dit auparavant les problèmes qu'elle vivait dans l'unité, du point de vue de l'ennui qu'elle peut ressentir. Nous verrons qu'en utilisant des séquences de DR, BER pourra à la fois rapporter un discours de proche du

¹² Certains résultats de cette sous-section ont déjà été présentés dans Maritaud & Teston-Bonnard (2022)

malade, mais également le sien, et ce afin de constituer un discours commun à l'ensemble des soignants face aux patients et leurs proches.

EXTRAIT 30 (DELATTRE S1 21 HEURES)

1 BER j'ai eu un appel de la mère/ (..) qui euh::\ (.) ben qui
2 s'inquiète un peu `fin madame delattre doit lui dire que::
3 (0.4)
4 BER qu'elle s'ennui:e qu'i` y a rien à faire dans l'[unité]&
5 TAG [ben ouais]
6 BER &tout ça donc j'ai un p`tit peu:\
7 (0.7)
8 BER relativisé en lui rappelant que::<\
9 (1.2)
10 BER c'est des symptômes qu'elle avait au début/ c'était aussi [euh
11]&
12 COU [hm
13 hm]
14 (0.5)
15 BER &d'hyperactivité:/ pour euh:: pour lutter contre la dépression/
16 et que
17 (0.5)
18 BER si on essaye de la stimuler à faire un million d'activités\
19 finalement elle va rev`nir un peu [au] au même point/ `fin
20 que:&
21 COU [hm oui]
22 BER &elle a des raisons de:
23 (0.7)
24 BER de: p`t être pas être bien parce que la mère mais enfin la mère
25 avait l'air de bien: entendre c` que: c` que j`'[disais/]
26 TAG [elle habite]
27 euh là-bas/ euh::: parce [que sa-]
28 BER [la mère/]
29 TAG oui
30 BER °j` sais pas°
31 TAG °non/°
32 BER °où elle habite°
33 (0.6)
34 BER en tout cas la mère disait que::
35 (0.7)
36 BER la patiente lui aurait dit (.) qu'elle se sentait quand même
37 (.) vulnérable/ à l'extérieur/ et qu'elle se sentait euh:\
38 protégée: ici/

Lignes 1 à 3, BER rapporte « un appel de la mère ». En produisant ce premier DRN, elle mutualise d'emblée un vécu personnel. Elle spécifie le discours que la mère de la patiente lui a tenu par la suite, en ce qui concerne son ennui (lignes 2-4). L'infirmière poursuit en représentant ses propres réponses

(lignes 8 à 24). Il s'agit d'un élément important pour la cohésion d'équipe : en effet, en rapportant son discours, BER permet aux autres soignants d'avoir des propos similaires aux siens face aux proches de madame Delattre. Nous pouvons également noter qu'elle rend son discours criticable, puisqu'elle l'expose à ses pairs.

Lignes 34 à 38, le double DR imbriqué (BER cite la mère, qui cite la patiente) donne la responsabilité de la tenue des propos rapportés à son interlocutrice téléphonique. Puisqu'elle explicite une double représentation de propos, elle négocie leur aspect véridique. On le constate également dans le temps verbal qu'elle utilise à la ligne 36 : « la patiente lui **aurait dit** ». BER marque l'aspect hypothétique des propos tenus en première instance par l'emploi du conditionnel passé, et dans une moindre mesure l'appréciation que la mère de la patiente en fait.

Le DR permet donc à la fois d'introduire et d'étayer des informations qui proviennent du vécu personnel de la soignante, contrairement à l'actualité clinique partagée par tous les participants. En rapportant son propre discours, elle permet à ses collègues d'avoir des propos cohérents aux siens, et met en perspective sa propre activité professionnelle de soignante. En ce qui concerne les DR que BER attribue à la mère de la patiente, ils permettent à la fois de mutualiser ce qu'elle a pu dire, mais aussi d'apporter des éléments concrets sur l'état de madame Delattre.

Il existe une corrélation assez étroite entre récit et propos rapportés. D'après Labov (1972), un récit est caractérisé par au moins deux propositions syntaxiques qui suivent un déroulement temporel logique. Dans cet extrait, cette succession est manifeste. Nous avons quatre éléments distincts, à savoir 1. l'appel de la mère (ligne 1) ; 2. le premier DR hypothétique produit par la patiente (lignes 2-4) ; 3. la réponse de la soignante (lignes 6-25) et 4. le double DR imbriqué (lignes 34-38). Il est particulièrement intéressant de constater que les quatre éléments sont ponctués par une séquence de DR. Pour le premier, le troisième et le quatrième, nous observons même qu'il ne contiennent que des

propos rapportés. Dans le deuxième, une incise est faite lignes 24-25, ce qui permet à BER de mutualiser la réaction de la mère face à son discours.

Le fait de stipuler la réaction d'une tierce dans une narration a été étudié par Ochs (2007). Elle considère que le récit présente souvent une situation dite problématique, ou du moins inhabituelle : *“the life events that receive narrative attention tend to be cast as unusual, in that they are unexpected or problematic”* (*ibid.* : 271). Dans cette relève, la situation problématique peut être l'appel de la mère, qui trouve sa résolution dans le fait qu'elle « avait l'air de bien entendre », ligne 24.

Produire un récit a des conséquences sur le plan de l'interaction :

“narrating personal experience allows us to reconcile how we (and others) behaved in the past and how we project ourselves (and others) in an as-yet-unrealized future with current self-understanding” (*ibid.* : 285)

Dès lors, en formulant un récit qu'elle ponctue de séquences rapportées, BER construit à la fois son identité propre, en adéquation avec les actions qu'elle a réalisées, et une véritable identité collective d'équipe : elle permet aux autres participants de critiquer ou reproduire son comportement, sa propre posture de soignante et ses propos. L'auto-citation que BER produit lignes 8-24 est par ailleurs un DRD. Son usage dans le cadre spécifique des relèves infirmières a déjà été analysé comme étant constitutif d'une forme de culture professionnelle :

“[the] use of DRS is instrumental in the enactment and sharing of a professional culture that involves dealing with and solving technical problems, as well as displaying and sharing relevant experience” (Bangerter *et al.*, 2011 : 18)

Cette relève, si elle mutualise bel et bien des informations, est également un récit de vécu personnel de la soignante. En la ponctuant d'éléments relevant de l'activité du soin, et de l'équipe soignante, BER permet de créer une forte

cohésion à la fois dans les savoirs mutualisés et dans les pratiques professionnelles.

L'extrait à suivre constitue également une narration de vécu par une des soignantes de l'unité. LIM, interne en psychiatrie, rapporte des propos qu'elle a personnellement entendu de la part du patient, concernant son père. En effet, un problème émerge lors de cette relève : le dossier du patient indique que son père est décédé, alors que monsieur Dubreuil le dit toujours en vie.

EXTRAIT 31 (DUBREUIL S1 9 HEURES)

1 GIL patient d` cinquante-six ans qui arrive pour un syndrome
2 anx[iodépressif avec] idées suicidaires
3 LIM [anxiodépressif]
4 (0.3)
5 GIL .h: qui est moins bien d`puis un m:ois (0.4) .tsk .h euh:: le
6 cou- facteur un peu déclenchant c'est qu'il aurait questionné
7 sa mère sur les attouchements dont il aurait été victime quand
8 il était petit (.) .h:: et il est resté un p`tit peu sans
9 réponse euh de ça
10 (.)
11 LIM en fait s[a mère elle l'a r`]gardé il a p- a pleuré&
12 GIL [donc euh:]
13 LIM &et il n'a rien dit\
14 (0.3)
15 GIL ouais
16 (0.4)
17 LIM et: depuis a (.) priori sa mère s`rait un peu en dépression:
18 mangerait plus: et du coup toute la famille s'in-
19 s'in(.)terroge euh qu'est-ce qui s'est passé[: euh]
20 GIL [p`is sach]ant qu`
21 son père [est décé]dé y a &
22 LAR [il a eu-]
23 GIL &pas [longtemps auss j` crois]
24 LAR [°i:l avait des°] attou[chements] par [°qui/°]
25 LIM [alors]
26 LIM [°ç:°]a
27 c'est- alors [faudrait re]vérifier pa`ce qu'en fait&
28 GAL [grand questionnement]
29 LIM &euh sur l` dossier c'est marqué qu` son père est décédé
30 (0.5)
31 LIM et: moi quand i` m'en a parlé i` m'a dit qu` son père était
32 très malade mais qu` là <((bafouille)) qu` li il> était rentré
33 à la maison
34 (0.6)
35 LIM donc euh[: et j'ai vu a]près qu` sur l` dossier&
36 PAT [°c'est pas lui°]
37 LIM &c'était marqué qu` son père était déc[édé] et:&
38 IVA [oui]
39 LIM &moi i` m'a dit qu` sa m- qu` son père était TRÈS malade
40 mais:: rentre à la mai[son] donc euh du coup je ne [sais pas]&

41 GAL [hm]
42 GIL [d'accord]
43 LIM &s'il est [décédé ou s'il est à la mai]son
44 GIL [pareil je sais pas]
45 (1.0)
46 LAR il a eu des attouche°ments quand°/

Préalablement à cette séquence, LAR, assistante sociale, demande l'âge du patient en spécifiant qu'elle n'a pas accès au dossier. GIL, à partir de la première ligne, le présente donc selon son âge (ligne 1), son diagnostic (lignes 1-2, co-construit en énoncé choral par LIM ligne 3) et la raison de son arrivée au sein de l'unité (ligne 5). Suite à cette présentation superficielle, GIL entre dans le détail des causes de ses troubles, par l'utilisation d'un DR lignes 6-8 « le facteur déclenchant c'est qu'il aurait questionné sa mère sur les attouchements dont il aurait été victime quand il était petit ». Il est intéressant de noter que LIM s'inscrit déjà en tant que participante avec une très bonne connaissance du patient : en plus de produire ligne 3 l'énoncé choral en chevauchement, elle précise à partir de la ligne 11 les propos de GIL. En effet, là où la super-locutrice de la relève donne une indication assez vague de la réaction de la mère face à la question du patient (« il est resté un petit peu sans réponse de ça », lignes 8-9), LIM propose de reconstruire un cadre interactionnel bien plus poussé, lignes 11 et 13.

Ligne 15, GIL produit un continueur « ouais », indiquant que le changement de modalités de participations entre LIM et elle-même est acté : en laissant l'interne s'exprimer, elle s'efface du fait de la différence épistémique qui les sépare concernant le vécu de ce patient. LIM poursuit donc lignes 17 à 19, en ouvrant le contexte à la famille étendue du patient, notamment par l'utilisation de DR. Après avoir spécifié les troubles que la mère de monsieur Dubreuil vit depuis les questionnements de son fils lignes 17-18, elle produit un DR dont les énonciateurs rapportés sont flous : « toute la famille s'interroge euh qu'est-ce qu'il s'est passé ». GIL reprend ensuite la parole en chevauchement ligne 20, pour apporter une information complémentaire, à savoir le décès du père, qui va particulièrement nous intéresser.

Entre les lignes 21 et 29, la conversation est complexe. En effet, nous observons deux *side sequences* (Jefferson, 1972). Rappelons que les participants sont engagés dans l'activité en réaction à la méconnaissance du patient de LAR énoncée avant le début de l'extrait, c'est-à-dire décrire le patient, ses troubles et son vécu pour compenser le fait que l'assistante sociale n'a pas accès au dossier du patient. Ligne 22, LAR amorce une première demande en chevauchement de GIL, avant de la réaliser entièrement ligne 24, en chevauchement de GIL et de LIM. Du point de vue sémantique et pragmatique, cette demande (« il a eu des attouchements par qui ») entre dans le cadre de l'activité, à savoir la description du patient. Cependant, elle se produit alors que GIL est toujours engagée dans son activité de description du patient, ce qui nous incite à penser qu'il s'agit d'une première séquence latérale, dans une séquence plus globale d'explicitation. Cependant, lignes 25 à 29, LIM amorce une hétéro-réparation hétéro-initiée : « alors ça faudrait revérifier parce qu'en fait sur le dossier c'est marqué que son père est décédé », ce qui constitue bien une séquence latérale au sens strict : elle se désengage de l'activité d'explicitation pour aller vers une réparation, et une proposition de réflexion sur le dossier patient. En chevauchement de LIM, GAL, la psychiatre, produit la deuxième partie de paire adjacente correspondant à la réponse à la question de LAR ligne 24 (« grand questionnement »). Nous avons :

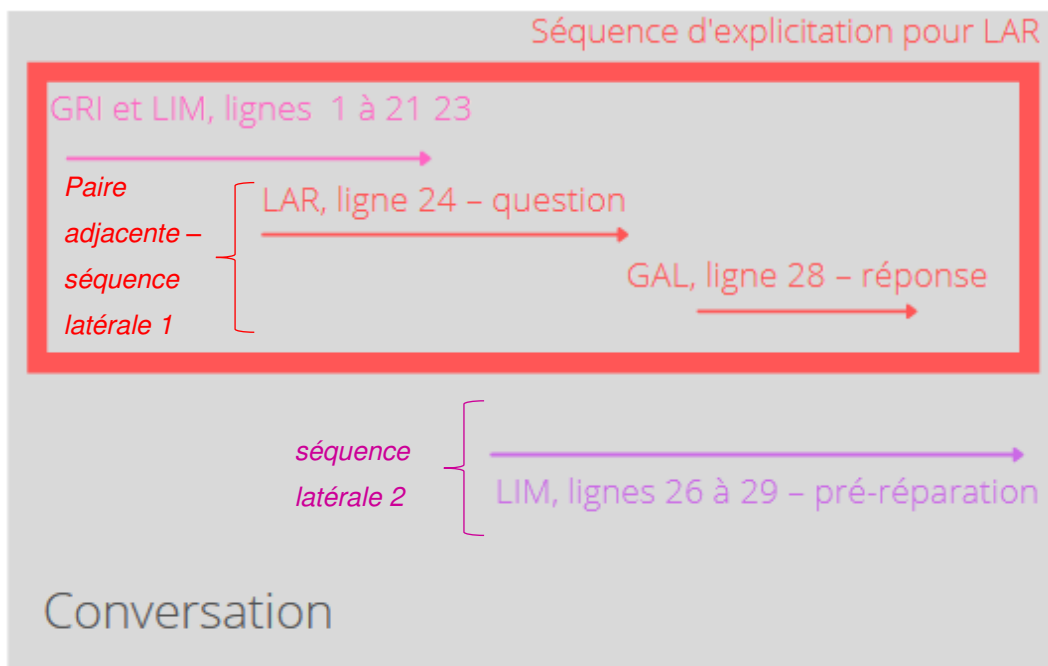


Figure 40 : Séquences latérales dans l'explicitation

Après une pause de 0,5 seconde ligne 30, LIM produit à deux reprises le même contenu du point de vue sémantique. En effet, on peut voir qu'elle stipule l'inscription sur le dossier du décès du père (lignes 29 et 35-37), puis au moyen d'un DRI, rapporte les propos du patient qui indiquent qu'il est vivant (lignes 31 à 33, et 39-40). Aux lignes 29 à 40, nous pouvons voir que LIM réorganise son discours pour le rendre temporellement cohérent : lors de la première tentative d'explication de réparation, elle démarre par le dossier patient (ligne 29), puis la met en confrontation avec les propos du patient (lignes 31-33), avant de reprendre son propos quant au dossier, en précisant qu'elle a « vu après sur le dossier » ligne 35. Enfin, ligne 46, la séquence latérale se clôt par la question de LAR, qui reprend l'activité d'explicitation du dossier patient (« il a eu des attachements quand »).

Nous pouvons donc voir dans cet extrait une forme de narration, puisque lignes 31 à 37, les propositions syntaxiques que produit LIM sont agencées dans le récit comme dans la réalité des événements. En rapportant son vécu (par le DR attribué au patient qu'elle a entendu en première instance et la découverte consécutive d'une information différente dans le dossier patient), l'interne permet

aux autres soignants de comprendre l'origine de la réparation qu'elle produit, et d'avoir accès aux mêmes savoirs le concernant.

Le DR peut donc servir de façon très performante à mettre son propre vécu en valeur, au profit du cadre de soins des patients. En rapportant des propos, les soignants peuvent recréer un cadre interactionnel complet, et donner à voir aux autres participants leurs propres réactions, leurs choix et leurs questionnements, pour aller vers des résolutions collectives. Nous avons vu dans cette sous-section des extraits dans lesquels les soignants rapportaient leur vécu, et nous nous sommes concentré sur cet aspect. Les prochains paragraphes seront consacrés à la notion de *positioning*, que nous appliquerons à certains extraits de notre corpus.

6.2.2. LE *POSITIONING* DU PATIENT FACE AU SOIGNANT

Comme nous l'avons vu, les soignants rapportent de façon fréquente les propos des patients présents dans l'unité (voir 4.2.1). Ce faisant, ils peuvent attribuer aux différents locuteurs rapportés une identité, qui passe par la représentation de leur discours. Nous nous pencherons dans cette section sur les séquences de DR qui, dans une certaine mesure, permettent de reconstruire une forme de relation entre soignant et soigné. Nous pouvons appliquer ce raisonnement aux analyses de la section qui précède : dans le cas des dialogues représentés, les soignants tendent à utiliser du DRD pour rapporter les propos des patients, et du DRI pour rapporter leurs propres propos. L'effet de pseudo-mimétique étant fort dans les séquences de DRD, l'identité des patients sera plus développée dans ce cadre, tout comme son positionnement face au soignant. Nous pouvons exemplifier ce propos à l'aide de l'extrait suivant, que nous analyserons plus en détails en 6.3.

EXTRAIT 32 (CÉSAR S4 9 HEURES)

GIL après t` as- il lutte aussi moi je trouve hein `fin t` sais sa
façon de s'ACTiver dans la c i comme ça i` lutte aussi beaucoup
contre le traitement moi je trouve la journée je parle hein

.h:: quand i` te dit- tu lui dis mais posez vous: allongez vous
qu'i` t` dit ben j'ai fait des pom:pes tu vois

Nous verrons comment, en s'appuyant sur le savoir commun des soignants, GIL pouvait se passer d'explicitier le lien entre la première séquence de DR et la seconde.

Plus qu'une question de savoir épistémique, il s'agit d'une combinatoire multifactorielle comprenant également le *positionning* du patient, et la construction de son identité. En effet, le cas de ce patient est très longuement discuté dans les relèves, et il est présent dans l'unité depuis plusieurs semaines : les soignants le connaissent bien, ainsi que ses troubles (dans ce cas, ils connaissent également ses habitudes et réactions face aux stimulations et au cadre de soins). Nous postulons que GIL se positionne en tant que soignante, puisqu'elle rapporte un propos relatif au soin (l'un des buts de l'isolement thérapeutique étant de diminuer les stimulations extérieures, conseiller à un patient de « s'allonger » et de « se poser » ne peut être qualifié autrement) ; et positionne monsieur César en tant que patient difficile, puisqu'il ne répond pas à la requête de GIL, mais agit à l'opposé (« j'ai fait des pompes »).

L'extrait suivant concerne madame Delattre, et l'évolution de son comportement au sein de l'unité. Les soignants partagent leurs opinions sur son comportement, qui a changé radicalement, et mettent en relation cette modification avec sa pathologie. En effet, pour cette patiente, il est acté que la dépression est assez forte, et chronique. En constatant une évolution négative de son comportement, les soignants mutualisent des éléments de *positionning* les amenant à réviser son identité discursive.

EXTRAIT 33 (DELATTRE S1 9 HEURES)

1 PAT elle s` plaint plus du tout: là c'est:- t'as l'impression que
2 tout glisse un peu [sur elle]
3 POM [ouais c'est ça]
4 PAT avant elle s` plaignait [du tr]aitement y avait toujours-&
5 LOC [ou:i]
6 PAT &[elle avait q- toujours] que`que [chose] un peu euh: (.) .h::

7 LOC [°ouais ouais°]
8 LOC ouais
9 (0.7)
10 PAT à [di]:re euh:: et là::
11 PAC [et-]
12 GIL hm
13 PAT une deman:de euh là:-
14 (0.8)
15 PAC elle est quand même m[oins aussi:] je&
16 POM [elle prend::]
17 PAC &tr[ouve en tout cas ces derniers jours en: conta]ct avec&
18 POM [conscience de la réalité aussi p`t-être hein]
19 PAC &[les aut` patients]
20 POM [de sa situ][°ation°]
21 GAL [°d'accord°]
22 PAC à table elle parle plus comme elle parlait auparavant::: euh
23 (.)
24 GAL hm hm hm
25 (.)
26 PAC elle s'assoit elle repa::rt euh: c'est vrai qu` c'est:- (0.9)
27 comme dirait ella ça glisse\ quoi=
28 GAL =ouais
29 (0.3)
30 PAC y a pas grand chose qui-
31 (0.4)
32 LAR pis on l'a vue tellement euh:
33 GIL hm
34 IVA [c'est ça]
35 GAL [c'est ça][en fait]
36 GIL [c'est ça ouais]
37 IVA elle est passée d'un extrê[me °à l'autre] hein°
38 LAR [ou:ais]

Cet extrait intervient après une séquence de transmission d'informations par la super-locutrice de la relève, la mention d'une modification de son traitement et le questionnement autour de son avenir professionnel. Ligne 1, PAT produit une séquence de DRN attestant d'une modification du comportement de la patiente de façon implicite (« elle se plaint **plus** du tout »), puis ligne 4 elle explicite ce changement (« **avant** elle se plaignait »), sous la forme d'un DRI, appuyé par d'autres occurrences de DR (« quelque chose à dire » lignes 6-10 ; « une demande » ligne 13). On peut noter l'abondance de continueurs de la part des autres soignants aux lignes 3, 5, 7 et 8, montrant un alignement fort de la part des participants au discours que tient PAT.

Le *positioning* de la patiente est déjà en cours à ce moment. En reprenant des éléments antérieurs et en les comparant aux phénomènes actuels, PAT fait évoluer l'identité de la patiente dans l'unité : elle passe d'une patiente dépressive

qui se plaint beaucoup, et interagit, à une patiente qui se tait, et ne dit plus grand chose aux soignants. Une fois ce point acté, PAC poursuit lignes 15-19 après une pause de 0,8 seconde, en spécifiant que le contact s'amenuise non seulement avec les soignants, mais aussi avec les patients. Elle étaye son discours à l'aide de deux séquences de DRN ligne 22, faisant montre de façon équivoque de cette évolution « à table elle parle plus comme elle parlait auparavant » (les patients mangent dans un réfectoire commun dans cette unité, et il s'agit d'un lieu de socialisation privilégié). Après un continueur de la part de la psychiatre ligne 24 montrant une nouvelle fois une forme d'alignement, PAC produit ligne 27 une nouvelle séquence de DR, attribué cette fois à PAT, puisqu'elle reprend les mots qu'elle utilise en début d'extrait (« tout glisse sur elle » ligne 2, « comme dirait Ella ça glisse » ligne 27). Nous pouvons d'ores et déjà voir une forme de co-construction d'identité de la patiente : les soignants s'alignent totalement aux propos tenus, et vont même jusqu'à se citer entre eux pour appuyer le discours. La patiente a changé de comportement, son *positioning* change en conséquence, de façon commune pour les professionnels de l'unité.

Ce dernier point est particulièrement manifeste des lignes 30 à 36. En effet, nous voyons deux amorces de TdP non achevées : ligne 30, PAC prend la parole, et produit une construction non finie (« il n'y a pas grand chose qui »), et ligne 32 LAR fait quelque chose de très similaire (« puis on l'a vue tellement »). L'infirmière et l'assistante sociale ne produisent pas vraiment de contenu, leurs propos étant tronqués. Et pourtant, lignes 33 à 36, les soignants s'alignent de façon très manifeste : « c'est ça », « c'est ça en fait », « c'est ça ouais ». Le *positioning* co-construit est supporté par la dimension chorale de ces énoncés : les différentes interactantes produisent le même contenu de façon quasi-simultanée, montrant un très fort alignement entre elles, ainsi qu'aux propos qu'elles approuvent, et prouvent de ce fait leur appartenance au groupe de soignants de l'unité, par rapport à l'appréhension de l'identité de la patiente. Enfin, ligne 37, IVA propose une forme de synthèse des propos précédemment tenus et du *positioning* co-construit : « elle est passée d'un extrême à l'autre ». Il

convient de préciser que dans la suite de la relève, POM, psychomotricienne, propose une explication de ce changement de comportement, qui ne sera pas retenue par les autres participants.

Le *positioning* des patients peut également se faire par d'autres moyens que du DR attribué au patient ou aux soignants. L'extrait suivant présente une forme d'identification du patient par le biais d'un DR attribué à sa mère. En tant que super-locutrice de la relève, GIL rapporte, dans le cadre de la mutualisation des informations globales concernant monsieur César, une conversation que les soignants ont eu avec sa mère. Cette dernière lui attribue des caractéristiques identitaires en ce qui concerne l'usage de stupéfiants et la gestion de ses effets personnels. En effet, le début de la relève le concernant tourne autour du fait qu'il a fugué dans le week-end, pour se procurer et consommer de l'alcool et du cannabis. GIL apporte donc des informations supplémentaires quant à ce patient, en les cristallisant sous forme de *positioning*.

EXTRAIT 34 (CÉSAR S2 9 HEURES)

1 GIL sur le reste du week-end il a pas posé de souci il est resté
 2 dans le service euh:: sans problème .h:: y a sa maman qu` est
 3 venue le samedi après-midi lui apporter des affaires (0.4) euh
 4 la maman est assez inquiète quand même elle disait que:: .h
 5 `fin .tsk (0.5) elle disait que quand même c'était pas la
 6 première fois que:: ça se reproduisait que il était- il était
 7 plutôt bien quand il était sous traitement et de nouveau il
 8 arrêtait tout .h: de nouveau i` s` remettait à consommer qu'il
 9 avait des mauvaises fréquentations et ça engendrait foRcément
 10 .h:: une hospitalisation à chaque fois (.) [.tsk]
 11 GAL [hm]
 12 GIL .h euh::: voilà (.) elle lui a fait un joli trousseau en nous
 13 disant bien qu'i` fallait qu'on fasse attention quand même
 14 pa`ce qu'i` donnait i` DEAlait des choses pour avoir de
 15 l'argent .h: pour s'acheter de la drogue etcetera

Lignes 1-2, GIL clôt la séquence concernant les événements qui se sont déroulés dans la structure, à savoir la fugue du patient (« le reste du week-end il est resté dans le service »). Elle mentionne ensuite la venue de la mère du patient, puis signale son inquiétude à ses collègues ligne 4, avant de formuler ce sentiment sous la forme d'une série de DRI. En précisant lignes 5-6 que « c'était pas la première fois que ça se produisait », elle participe au *positioning* du

patient : si ce n'est pas la première fois que cela arrive, alors les soignants doivent être conscients du risque, et y être préparés. Elle apporte d'autres informations corrélées, à savoir le fait que ses traitements fonctionnent habituellement (lignes 6-7), mais qu'il a tendance à les arrêter (lignes 7-8), avant de retourner à l'hôpital (lignes 8-10). Le patient voit donc son identité altérée par ces séquences de DR : il s'agit d'éléments cruciaux pour les soignants, le risque étant identifié (l'usage de substances psychoactives en dehors de son cadre de soins), les professionnels doivent en tenir compte pour poursuivre le traitement de monsieur César.

Ligne 12, elle précise ce que la mère a apporté à son fils (« elle lui a fait un joli trousseau », en appuyant une nouvelle fois l'inquiétude de la mère, couplée au risque qu'elle a identifié pour son fils, par l'utilisation d'une nouvelle séquence de DRI. Dans cet extrait, GIL reproduit un récit qu'elle a entendu : nous trouvons par exemple dans les lignes 6 à 10 une succession de propositions qui décrivent la succession des événements (le patient est bien sous traitement – il arrête son traitement – il reconsume – il retourne à l'hôpital).

Tous les éléments constituant le récit de la soignante sont rapportés depuis une conversation qu'elle (et d'autres soignants) ont eu avec la mère, comme l'indique le pronom utilisé dans *l'inquit* de ce DR ligne 12 (« en **nous** disant bien »). Le *positioning* est double : comme nous l'avons déjà dit, en ce qui concerne le patient, il s'agit d'une identification du risque passant par ses habitudes et comportements usuels. Nous pouvons cependant également voir une forme de construction identitaire de la part des soignants : le pronom « nous » utilisé permet en effet à GIL de placer l'équipe soignante comme étant adressée par la mère. En allant plus loin, nous pouvons également postuler sur la construction d'une identité de l'équipe par l'identification du risque. En effet, suite aux propos de GIL, d'une part ils partagent le même savoir, mais surtout ils doivent tous avoir les mêmes réactions, à savoir un comportement dans le soin, et dans la cohésion d'équipe, appuyé par les propos de la mère rapportés par l'infirmière.

Les patients ont un statut particulier dans une structure de soins, explicitement distincte de celle des soignants. Ces différences tiennent bien entendu dans l'échange du soin (le patient le reçoit, le soignant le dispense), mais plus qu'une différence au niveau de l'échange, qui se voudrait unilatérale et stable, nous avons vu un fonctionnement particulier en ce qui concerne le *positioning*, en rapport avec les séquences de DR produites par les soignants. Comme nous l'indique Depperman, "*people's actions and their conceptions of self are not self-contained psychological entities, but tied to social discourse*" (Deppermann, 2015 : 369). Dans les quelques exemples que nous avons vu ci-dessus, nous trouvons que la conception identitaire des différents patients est construite par l'utilisation du DR, tout comme celle des soignants dans une certaine mesure. Chaque patient est pris dans son individualité, avec un *positioning* assez fluctuant, pouvant être révisé, là où les soignants se positionnent en tant qu'entité complète, dans laquelle chaque membre efface plus ou moins son individualité au profit du soin. Cet effacement individuel que nous avons repéré dans les narrations par le biais du DR nous amène à penser que son usage est considérable comme un outil privilégié de cohésion professionnelle, point que nous allons désormais aborder.

6.2.3. LE DISCOURS RAPPORTÉ DANS LA NARRATION COMME OUTIL PRIVILÉGIÉ DE COHÉSION PROFESSIONNELLE

En partant de la définition minimale du récit en interaction, nous avons décelé qu'il s'agissait d'une démarche fréquente de la part des soignants de notre corpus. En effet, pour transmettre un événement qu'ils ont vécu, il n'est pas rare qu'ils reprennent de façon temporellement structurée les différents éléments le constituant, en les ponctuant de séquences de DR. Nous l'avons vu, lorsque les soignants produisent ce type de narration, ils ont tendance à s'effacer au profit de l'entité que constitue l'équipe de soin, et construire pour les patients des identités propres et changeantes.

Il convient de préciser que, comme l'écrit Filliettaz :

« si les relations asymétriques sont en partie induites par des rapports sociaux tels qu'ils préexistent à la rencontre, elles sont néanmoins mobilisées, négociées et coconstruites par les interactants eux-mêmes au fil de leurs discours » (2006 : 109)

Puisque les relations de soin sont intrinsèquement asymétriques, nous voulons rapprocher de cette asymétrie les épisodes de narration que nous avons analysés. En effet, les asymétries et le *positioning* possède ce trait commun qui implique une forme de tension entre ce qui relève du préalable à l'interaction et ce qui se construit avec l'activité discursive. Nous postulons alors que les asymétries font partie du *positioning*, ce qui semble somme toute assez logique : pour postuler d'une asymétrie, les interactants doivent se positionner les uns par rapport aux autres.

Dès lors, nous observons, par la narration dans le cadre du DR, une asymétrie *in situ* dans le traitement des récits : les soignants, en tant qu'équipe manifestée dans l'usage des DR, effacent les distinctions épistémiques qui les séparent, et appuient les différences entre patients, pour les aborder dans leur individualité et leurs positions respectives. L'usage du DR se veut donc un outil de cohésion professionnelle majeur, étant donné qu'il fait émerger dans les actions discursives des participants une nouvelle forme d'unité, celle de l'équipe en opposition à la pluralité des patients. Ce faisant, les activités de soins futures s'alignent au prisme de ce qui a été dit lors des relèves, dans un souci de continuité du soin.

Nous avons vu dans cette section la narration du vécu des soignants et des patients passant par les séquences de DR. Une forme particulière de ces récits est celle du dialogue représenté, c'est-à-dire des moments de reprises de dialogues antérieurs. Étant donné qu'un dialogue est une activité conversationnelle structurée dans le temps, rapporter un dialogue implique

nécessairement de produire un récit : les prises de paroles qui s'enchaînent dans la temporalité des événements se succèdent également dans les séquences de DR qui constituent le dialogue rapporté. Nous allons désormais nous intéresser à ce genre de narration.

6.3. LE DIALOGUE REPRÉSENTÉ DANS LES RELÈVES

Nous trouvons 51 occurrences de dialogue représenté dans notre corpus. Ces extraits comprennent toutes les formes syntaxiques de DR, jusqu'au DRN, comme dans l'extrait suivant :

EXTRAIT 35 (BORALI S1 9 HEURES)

1 GIL fin voilà\ il fait des passages/ comme ça euh: assez
 2 régulièrement/ (0.4) après euhm::: .tsk (...) il questionne
 3 aussi beaucoup/ de euh comment on l`trouve/ euh
 4 (...)
 5 GAL hm hm/GIL et quand on lui renvoie que euh: on l`trouve quand
 6 même Assez haut et que c'est quand même Assez compliqué/ en
 7 fait il se braque/ et il entend pas/ du tout ce qui on peut lui
 8 renvoyer/

Lignes 2-3, GIL produit une séquence de DRN attribuée au patient. En effet, si on trouve un verbe de parole (« questionne », ainsi qu'une indication sur le contenu du discours représenté (« sur comment on le trouve »), les propos du patient ne sont pas à proprement parler rapportés. Lignes 6 à 8, GIL produit la seconde partie de paire adjacente que la question du patient amenait, sous forme de DRI. Il s'agit donc d'un dialogue représenté. Cependant, dans cette sous-section, dans un souci de saillance perceptuelle et de lien entre grammaire et sens, nous n'analyserons que les séquences présentant au moins un DRD ou DRI attribués aux différents participants. Nous nous intéressons aux situations où le décrochement énonciatif est plus fort et marqué, pour présenter comme telle une situation de conversation antérieure.

Nous avons pris en considération l'intégralité des séquences de discours représenté dans les trois figures à suivre, afin de déterminer quelques tendances

dans notre corpus quant à l'usage de ce format particulier. La première d'entre elles concerne le rapport entre heure de relève et dialogue représenté.

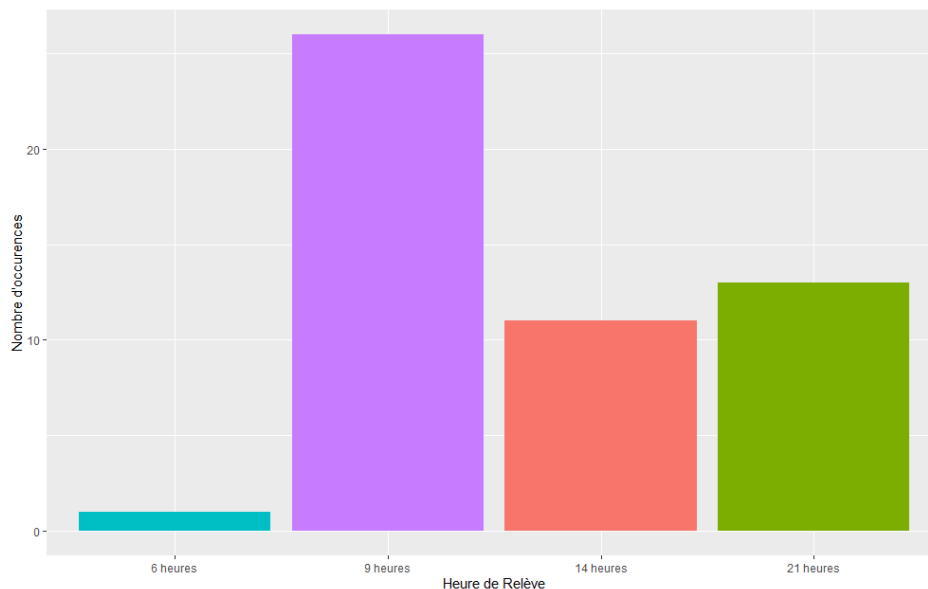


Figure 41 : Diagramme en barres du nombre de dialogues représentés par heure de relève

Comme nous pouvons le voir ci-dessus, la distribution n'est pas uniforme. Cependant, contrairement à ce que nous avons vu en 4.1., il ne s'agit pas d'une conséquence de la distinction entre les différents moments de relèves, mais plutôt de la possibilité de rapporter un dialogue ou non. En effet, nous pouvons croire que la nuit, les patients ne sont pas engagés dans une activité de discussion avec les soignants, ce qui peut expliquer pourquoi il n'y a qu'une occurrence de dialogue représenté lors des relèves de 6 heures. En ce qui concerne les autres relèves, nous pouvons penser que les relèves de 21 heures sont plutôt bien représentées dans ce graphique pour la simple raison qu'il s'agit d'un moment de transmission de la journée du patient, et donc de ses interactions potentielles. Enfin, nous supposons que la relève de 9 heures est particulièrement riche en dialogues représentés du fait qu'il s'agit d'un moment de relève interprofessionnel, lors duquel les différents profils de soignants rapportent principalement aux psychiatres les différents contacts qu'ils ont eu avec les patients.

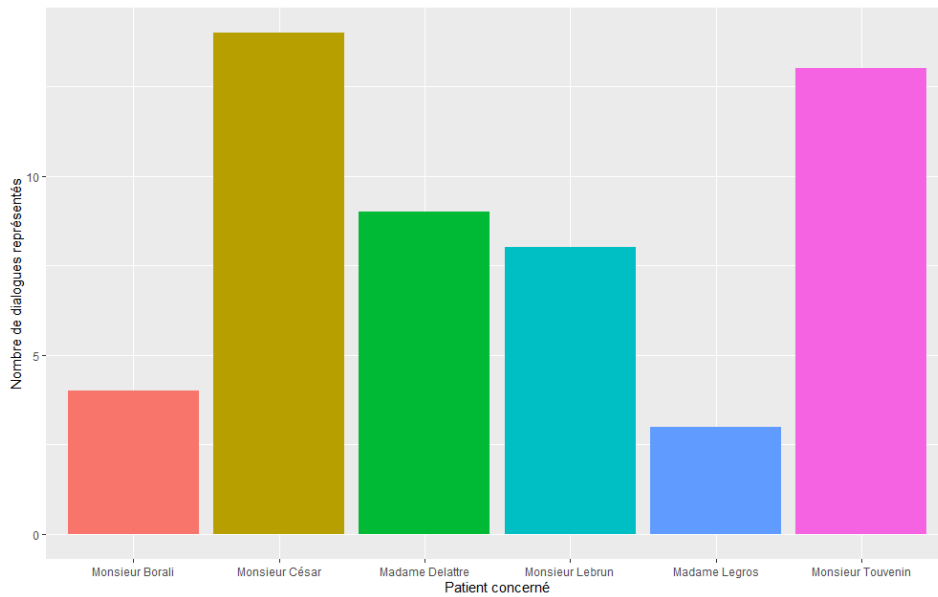


Figure 42 : Diagramme en barres du nombre de dialogues représentés par patient

Une nouvelle fois, la distribution entre patients n'est pas uniforme. Premièrement, tous les patients de notre corpus ne sont pas concernés : nous n'avons pas trouvé de dialogue représenté pour monsieur Dubreuil et monsieur Gomez. Nous constatons également que messieurs César et Touvenin sont les patients pour lesquels un dialogue est rapporté le plus fréquemment, alors que monsieur Borali ou madame Legros ne sont que peu rapportés selon cette modalité. Cependant, comme tous les patients ne sont pas dans la structure dans des durées équivalentes, en rapportant le nombre de dialogues représentés au nombre de relèves ou à la durée totale de ces dernières, nous trouvons :

	M. Borali	M. César	Mme. Delattre	M. Lebrun	Mme. Legros	M. Touvenin
Nombre de dialogues représentés	4	14	9	8	3	13
Nombre de relèves	4	13	19	11	9	19
Moyenne par relève	1	1,08	0,47	0,73	0,33	0,68
Durée totale des relèves (minutes)	14	77	29	10	16	32
Moyenne par minute	0,28	0,18	0,31	0,8	0,19	0,4

Tableau 20 : Nombre de dialogues rapportés moyen par relève ou par minute par patient

Selon les données de ce tableau, si monsieur César est le patient pour lequel on dénombre le plus de dialogues rapportés, il est aussi celui qui en a le

moins par minute de relève. Dès lors, le nombre d'occurrences n'est pas strictement proportionnel au temps de relève.

La prochaine figure montre quant à elle le nombre d'échanges représentés dans chaque dialogue rapporté isolé.

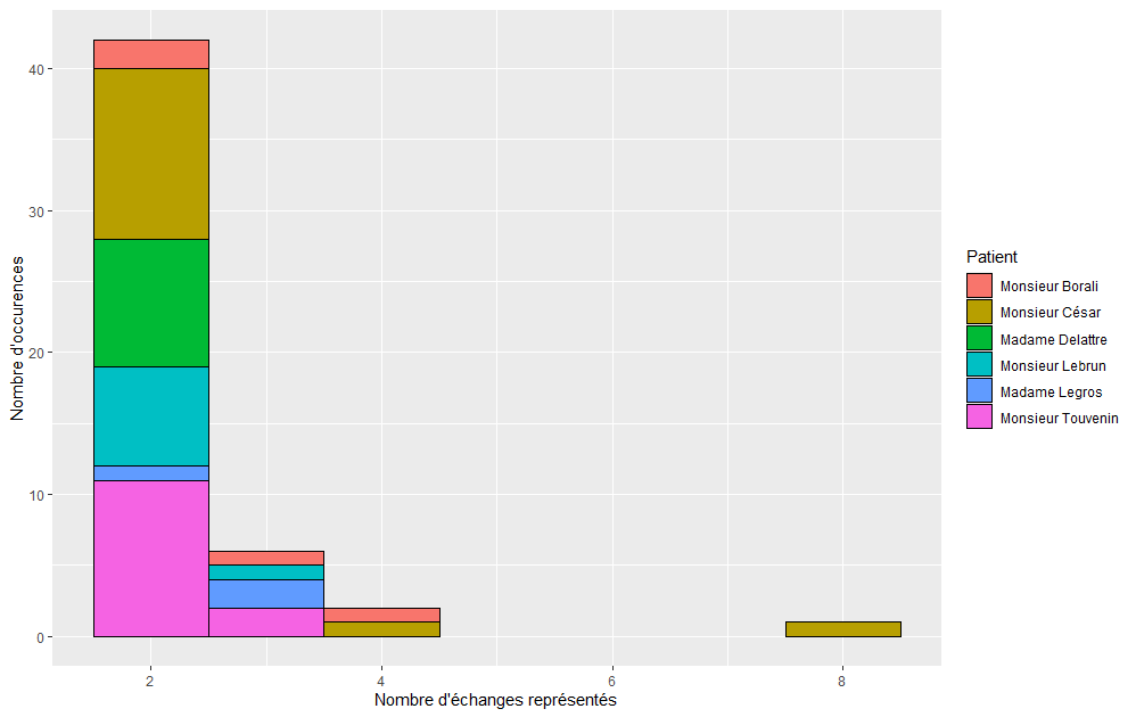


Figure 43 : Nombre de dialogues rapportés par quantité d'échanges qu'ils contiennent, par patient

Comme nous pouvons le voir, une très large majorité des séquences comprennent deux échanges. Le dialogue le plus conséquent en comprend quant-à-lui 8.

Nous pouvons donc dire que les dialogues représentés dans notre corpus :

- Ne se trouvent pas de manière uniforme dans les différentes relèves, selon les heures auxquelles elles se déroulent
- Ne concernent pas de façon uniforme l'ensemble des patients de notre corpus
- Ne sont pas strictement corrélés à la durée des relèves
- Sont majoritairement constitués de deux échanges représentés

Parmi nos extraits, nous analyserons 15 extraits de façon qualitative, qui nous permettront de voir plusieurs manifestations des dialogues représentés, ainsi que d'autres facteurs de l'usage du DR dans les relèves infirmières. Nous commencerons par analyser la formulation d'un DRN comme modalité d'ouverture à une nouvelle séquence de dialogue représenté, puis nous nous intéresserons aux alternances entre DRD et DRI dans ces dialogues, pour enfin finir par explorer les dialogues représentés exclusivement au DRD.

6.3.1. LA FORMULATION D'UN DISCOURS RAPPORTÉ COMME OUVERTURE

La prochaine suite d'extraits nous montre comment les soignants peuvent glisser vers un décrochement énonciatif plus marqué, en allant de séquences de DRN ou DRI vers des séquences de DRD dans les dialogues rapportés, par le biais de la production de formulations.

Le premier concerne monsieur Lebrun, pour qui la question d'une permission est mentionnée. Lors de cette relève, les différents soignants explicitent qu'il a des problèmes dans la gestion et l'organisation de ses permissions, qu'il lui arrive d'en demander sans pour autant les prendre. GIL rapporte alors un dialogue qu'elle a eu avec le patient par rapport à ses permissions.

EXTRAIT 36 (LEBRUN S1 14 HEURES)

1 GIL il devait être en permission normalement aujourd'hui mais
2 pareil il m'a dit de nouveau qu'il la prendrait pas/ .h tout en
3 me disant quand même il me dit bah non je la prends pas:/ euh
4 du coup// .h et euh tout en me disant j'ai un problème avec ma
5 carte bancaire/ j'ai pu retirer que vingt euros ce matin je dis
6 donc vous avez pris/ une permission (0.4) il me dit (0.2) ah
7 ben oui ((rire))

Ligne 1, GIL produit une première séquence de DRI, manifestée par le verbe dire et la variation de pronom dans la portée (« il »). Suite à cette première production, elle produit une nouvelle séquence, de DRD cette fois, dans laquelle elle *formule* le même contenu (« il me dit bah non je la prends pas » ligne 2). En effet, elle rend explicite les propos du patient en les présentant sous forme de DRD, ce qui correspond à la définition des *formulations*. Elle poursuit ensuite avec une autre séquence de DRD attribué au patient, lignes 3-4. Grammaticalement parlant, l'usage qu'elle fait de « tout en me disant » nous indique que la première séquence de DRD est concomitante à la deuxième, il s'agit du même moment de production. GIL poursuit ensuite en représentant sa propre réponse au discours du patient, qui pointe son incohérence, et utilise pour ce faire du DRD (« je dis donc vous avez pris une permission », lignes 4-5). Enfin, avant de clore la séquence avec des rires, elle rapporte le discours du patient, que nous considérons une nouvelle fois comme du DRD, du fait de la présence de marqueurs de l'oral « ah ben ».

Nous voyons donc dans cet extrait que GIL, pour rapporter un dialogue qu'elle a eu, commence par l'introduire par un DRI, puis passe sous une modalité de DRD. Il convient également de préciser que lors de cette relève, GIL est super-locutrice et présente l'actualité clinique du patient juste avant le début de l'extrait. Ainsi, l'intérêt est double : en utilisant du DRI, elle clôt la séquence de relève générale en tant que super-locutrice, et ouvre une séquence de dialogue rapporté. Le dialogue rapporté comprend trois échanges, que l'on repère par le locuteur à qui est attribué le DR, ainsi que les marqueurs syntaxiques dont nous

parlions précédemment. Le nombre d'échanges représentés, dans notre corpus, varie entre 2 et 8.

Le prochain extrait contient un dialogue représenté présentant 2 échanges, lors duquel GIL transmet la volonté de monsieur Touvenin de repartir en permission, malgré une tentative antérieure peu fructueuse : après son départ de la structure, il rapportait avoir dépensé tout l'argent qu'il avait en sa possession, et être rentré avant l'heure parce qu'il s'ennuyait. Les soignants, après avoir mutualisé cette information, discutent le statut de monsieur Touvenin, puis GIL introduit sous forme de dialogue représenté le fait que depuis la permission problématique, le patient en avait repris une avec son accord.

EXTRAIT 37 (TOUVENIN S2 9 HEURES)

1 GAL il a il a une curatelle i` m` sem[ble]
 2 LAR [ouais] ouais
 3 GAL [ouais]
 4 LAR [il est] °sous curatelle°
 5 GIL après il a quand même demandé à repartir dimanche en permission
 6 à la journée il a dit est-ce que j` peux partir j` lui dis ben
 7 écoutez la perm` est actée allez-y `fin il est parti .h:: euh:
 8 il est rentré le soir euh::
 9 (0.4)
 10 GIL il est pas trop mal hein .h il a juste eu un moment un peu
 11 d'angoisse euh:: (0.4) d'angoisse hier apparemment

Une nouvelle fois, GIL ouvre la séquence de dialogue rapporté par un DRI, lignes 5-6 (« il a demandé à repartir dimanche en permission à la journée »), avant de produire une formulation sous forme de DRD « il a dit est-ce que je peux partir » ligne 6, et de rapporter sa propre réponse qui est, à l'image de l'extrait précédent, la deuxième partie de paire adjacente dans le contexte de production originel « je lui dis ben écoutez la perm est actée allez-y » lignes 6-7. Cette formulation permet à GIL de clore une séquence concernant la curatelle du patient, et de revenir à la transmission d'informations dans laquelle les participants étaient engagés.

En dehors des dialogues rapportés, le fonctionnement séquentiel corrélé aux formes syntaxiques de DR a déjà été abordé en 5.2.1. Cependant, nous trouvons un autre exemple de formulation pour lequel le fonctionnement n'est pas

à proprement parler séquentiel. Le prochain extrait contient deux formulations consécutives, l'une d'un DR de la soignante et l'autre étant attribué au patient. Avant le début de l'extrait, IVA raconte un moment qu'elle a vécu avec le patient, puis représente un dialogue qu'elle a eu avec lui.

EXTRAIT 38 (LEBRUN S3 21 HEURES)

1 IVA eh ben euh: t'inquiète/ que pendant ce moment-là/ il en a
2 profité pour euh faire un peu du rent`-dedans:/ euh[:::]
3 COU [ah: oui]
4 (0.2)
5 GRI hm
6 IVA il a fallu que euh::[: je euh: re]cadre le truc&
7 COU [°(non) (inaud.) (pas:/\)°]
8 IVA &j` te dis [pas/ parce qu']il commençait à dire ah:/
9 COU [hm hm]
10 (0.9)
11 IVA ah vous êtes s:uper mignonne/ et tout à me regarder euh de haut
12 en bas[:/ euh]: je lui ai tout sit- tout de suite dit que&
13 COU [hm/]
14 IVA &euh voilà [que j'étais infirmière/] que euh il y avait euh:&
15 COU [ouais (inaud.)]
16 IVA &voilà qu'il avait à avoir de la distance euh avec les
17 soignants/ (0.3) mais euh:: (.) franchement/ euh il a- j` pense
18 qu'il avait un peu/ du mal à l'entendre/ (0.5) et du coup/
19 (0.5) attention/ à: `fin:

L'extrait démarre par une première séquence de DRN attribué au patient, que IVA rapporte ligne 2. Puis, après un continueur produit par GRI ligne 5, elle rapporte sa propre énonciation sous la forme d'un DRN. La situation dont parle IVA est assez critique : monsieur Lebrun fait partie des patients difficiles que la structure accueille. Il a des hallucinations, s'est montré violent envers un autre patient, est soupçonné d'avoir repris une consommation de stupéfiants et a même parlé du fait qu'il pourrait commettre un meurtre à sa sortie. Lignes 8-11, IVA poursuit en formulant le DRN ligne 2 sous forme de DRD, rendant accessible aux participants à la relève le contenu propositionnel du « rentre dedans » que lui a fait le patient « ah vous êtes super mignonne », et rapporte même son comportement gestuel « à me regarder de haut en bas ». Ligne 12 à 17, elle formule le DRN qu'elle s'était auto-attribué, cette fois-ci sous forme de DRI.

En formulant les deux DRN qu'elle a introduit, IVA peut alerter les autres soignants du comportement anormal, et dangereux du patient, ce qui est corroboré par la remarque qu'elle fait à la fin de l'extrait, ligne 19, « attention ». La fonction de la formulation est ici différente. Séquentiellement parlant, il n'y a pas de clôture, IVA reste engagée dans la même activité, en relatant un moment qu'elle a vécu avec le patient. Cependant, en produisant des DRN qu'elle formule ensuite sous la forme de DRD, elle souligne l'aspect critique du patient dans l'interaction qu'elle a eu avec lui, et rend accessible un cadre plus étendu aux autres participants, comme la gestuelle du patient qu'elle décrit lignes 11-12.

La formulation d'un DRN dans une modalité de DR dans laquelle les propos sont accessibles peut donc avoir plusieurs fonctions. Il peut s'agir, pour les participants, d'un moyen de transition d'une séquence à l'autre, ou une manière de souligner une information importante, voire dangereuse ou critique.

6.3.2. LA VARIATION DES FORMES DE DISCOURS RAPPORTÉ DANS LES DIALOGUES REPRÉSENTÉS

Nous allons désormais nous intéresser aux dialogues représentés dans lesquels varient les formes syntaxiques que prennent les DR les constituant. Il ne s'agit plus de formulations, mais de véritables alternances, que nous pouvons rapprocher des statuts des participants dont le discours est rapporté. Le prochain extrait est le dialogue représenté le plus long de notre corpus, comprenant 8 échanges entre des soignants et un patient. Il s'agit de monsieur César, qui au moment du dialogue, se trouve en chambre d'isolement thérapeutique. Son cas est souvent problématique et longuement discuté lors des relèves. Les soignants sont en train de parler de son ambivalence, et du fait qu'il passe d'un état de compliance et d'alliance thérapeutique à un mode de fonctionnement difficile et dangereux de façon rapide. Pour étayer ce propos, IVA rapporte un dialogue lors duquel le patient explicite clairement cette ambivalence. Nous trouvons dans ce dialogue rapporté une alternance entre DRI et DRD. Pour plus de lisibilité, nous le séparerons en deux parties que nous analyserons l'une après l'autre.

EXTRAIT 39 (CÉSAR S3 21 HEURES)

1 IVA là i` reste quand même assez: euh: voilà (0.3) .h: parce qu'à
2 un moment donné le repas s'- tout s'était bien passé mais à un
3 [moment do]nné i` nous a demandé euh si i` pouvait avoir une&
4 GRI [hm]
5 IVA &feuille et un stylo pour dessiner .h: donc à partir de là on
6 lui a dit que: non `fin en tout [cas dans]&
7 COU [hm]
8 IVA &<((bafouille)) c- cette> chambr[e là] c'était pas:&
9 COU [ben oui]
10 IVA &[euh .h::]
11 COU [°pas possible°]
12 IVA c'était pas possible et que: c'était fait pour diminuer les
13 stimulations donc euh: c'est pour ça qu'y avait pas la la
14 [peur de] tout ça\ (0.3) .h:: et euh: &
15 COU [hm]
16 IVA &sur l` coup i` commence à dire ben: ah ben je ferai la demande
17 demain (0.5) et
18 `f[in moi j'avais l'impression] qu'i` testait du coup et j`&
19 COU [ah il attend pas ouais]
20 IVA &[lui ai] dit que: .h: [qu'i` pourrait toujours de-]
21 COU [hm]
22 COU [si demain on m` dit aut`] chose
23 [euh]
24 IVA [voilà] j` lui dit qu'i` pourrait [de]mander demain&
25 COU [hm]
26 IVA &mais qu'à m:on sens on lui répondrait la même chose

Lignes 1-2, IVA introduit l'ambivalence de monsieur César au sein de l'unité, en présentant un élément positif, puis en produisant une séquence de DRI lignes 3 à 5. Le patient est en chambre d'isolement thérapeutique, le fait de demander une feuille et un stylo pour dessiner est donc inadapté. Suite à cette première partie de paire adjacente, IVA rapporte la deuxième, c'est-à-dire la réponse que les soignants lui ont fourni, à savoir un refus, une nouvelle fois sous la forme d'un DRI lignes 5 à 14. En chevauchement de cette longue séquence rapportée, COU produit d'abord un continueur ligne 7, puis approuve le discours de sa collègue ligne 9. Il est intéressant de noter ligne 11 qu'elle complète le tour de IVA, suspendu par sa recherche de mot, signalé par « euh » ligne 10. D'après Dressel (2020), il s'agit d'une recherche dite « ouverte », le TCU pouvant être complété par une variété de mots. La complétion par COU est validée par IVA, qui produit une hétéro-répétition et peut ainsi poursuivre son récit (Oloff, 2014). En

proposant cette complétion, qui est ensuite validée, COU montre à la fois son engagement dans la conversation, son alignement envers les propos de IVA mais aussi le fait qu'en partageant son point de vue, et en construisant une phrase de façon collaborative, elles appartiennent au même groupe social (Sacks, 1992 : 145). Elle présente également sa compréhension du problème qu'IVA aborde dans cette narration, à savoir le comportement inadapté du patient. Par ailleurs, il est intéressant de remarquer que Sacks (*ibid.*) considérait la co-construction d'énoncé en parallèle de l'usage du pronom "we". Dans notre cas, COU complète le TCU de IVA dont le sujet est « on » (ligne 5), qui réfère aux soignants présents durant l'échange relaté, mais dans lequel COU s'inscrit également, en complétant l'énoncé.

Jusqu'à la ligne 15, IVA poursuit la séquence de DRI, et COU produit de nouveau un continueur en chevauchement. IVA passe ensuite dans une modalité de DRD, pour rapporter les propos du patient lignes 16-17 (« je ferai la demande demain »). Elle repasse ensuite dans une forme de DRI, pour représenter son propre discours en réaction à celui du patient, alors que COU produit à son tour une séquence de DRD attribuée au patient en chevauchement du DRI de IVA, ligne 22. Ce faisant, elle montre une nouvelle fois son alignement, son engagement et sa compréhension des problématiques qu'IVA est en train de lui rapporter. Finalement, lignes 24-26, IVA produit une dernière séquence de DRI attribuée au patient, qu'elle n'avait pas terminé du fait du chevauchement de COU.

Plusieurs éléments sont remarquables dans cette première partie d'extrait. Premièrement, les séquences de DRD sont exclusivement attribuées au patient, là où les soignants ne produisent que de séquences de DRI pour représenter leurs discours. On note le fait que la première séquence de DRI est attribuée au patient, mais comme nous l'avons déjà vu, il est fréquent, pour introduire une séquence de DR, de commencer par une modalité dans laquelle le décrochement énonciatif est moins fort (c'est-à-dire du DRI ou du DRN). Ensuite, nous pouvons souligner l'engagement et l'alignement très forts de COU au discours de IVA, par la complétion de tour qu'elle fait, puis par la production d'un DRD attribué au

patient, formulant la volonté qu'il peut avoir derrière le fait de réitérer la demande le lendemain (« je ferai la demande demain » lignes 16-17 « si demain on me dit autre chose » ligne 22). Dans la poursuite de la séquence que nous allons étudier, IVA relate en quoi son raisonnement (rapporté lignes 20 à 26) avec lequel COU s'aligne (ligne 22) est incorrect, en produisant de nouvelles séquences de DR.

EXTRAIT 40 (CÉSAR S3 21 HEURES)

27 IVA .h .tsk et en fait sur le coup *c'était pas de ça qu'i` parlait*
 28 parce que *lui i` m` dit ah mais non mais moi demain euh .h:*
 29 *j'espère bien que le médecin euh [.h: va] euh:: euh::&*
 30 COU [décontenancer]
 31 IVA &[voilà f- *décontenir*] pa`ce qu'en fait sur le coup&
 32 GRI [le faire sortir]
 33 IVA &il a commencé à vriller euh d'un coup .h: [*en dis]ant&*
 34 TAG [hum]
 35 IVA &mais moi d` façon euh .h si ça évolue pas euh moi demain euh
 36 *c'est clair hein c` qui s'est passé aujourd'hui (.) ça sera DIX*
 37 *fois pire (.) .h:: donc il a commencé à monter un peu mais la*
 38 *tension est [vite redescendue]*
 39 COU [i` va finir avec] une
 40 c[amisole là ((rire))]
 41 IVA [pa`ce que:: du coup *on l]ui a dit*
 42 *que[: on lui a dit] [que c'était pas euh:]:: on&*
 43 COU [une ventrale là]
 44 GRI [il l'a réclamée]
 45 IVA &lui a dit qu` c'é[*tait pas*] l'idée
 46 GRI [hier]
 47 (0.5)
 48 IVA *que euh l'idée c'était qu` les choses se passent bien*
 49 (0.3)
 50 COU hm
 51 IVA *et que (.) on est- nous on allait tous dans ce sens là que lui*
 52 *aussi il allait dans c` sens [là]*
 53 COU [hm]
 54 IVA .h et en fait ça l'a tout de suite fait redescendre (0.3) et
 55 tout de *suite il a il a renchaîné en disant mais: oui moi aussi*
 56 *j'ai envie qu` ça se passe bien tout ça donc [on lui a dit]&*
 57 COU [ben oui]
 58 IVA &.h::: voilà (.) donc euh: là c'est::: on essaie de faire au
 59 mieux p[our c]almer les tensions
 60 COU [°ben oui°]
 61 COU hm hm
 62 IVA *mais (.) que ça s` passe bien et- après il est complètement*
 63 *redescendu impeccable*
 64 GRI et c'est ça qu` est surprenant

Ligne 27, IVA produit sous forme de DRN un commentaire méta discursif sur les propos du patient « c'est pas de ça qu'il parlait », et poursuit lignes 28 à 31 en rapportant, sous forme de DRD, le discours du patient. Une nouvelle fois, elle suspend son énoncé pour chercher un mot, que COU propose en chevauchement ligne 30 (« décontenancer »), réparé par IVA ligne 31 (« décontenir »). L'hésitation d'IVA se poursuivant à la ligne 29, COU propose également une deuxième complétion ligne 32 (« le faire sortir »), en chevauchement de la réparation d'IVA montrant son alignement. À l'image de la première situation de ce genre, COU montre un fort engagement dans l'activité, ainsi que sa compréhension du problème.

Lignes 33 à 37, IVA poursuit le dialogue représenté en produisant un nouveau DRD attribué au patient, en affichant cette fois de façon claire l'aspect dangereux du patient (« ce qu'il s'est passé aujourd'hui ça sera dix fois pire » lignes 36-37, « ce qui s'est passé aujourd'hui » correspondant au fait que le patient a mis sa vie en danger en chutant au sol avec le matelas auquel il était attaché). COU reçoit par ailleurs ce DRD comme tel, puisqu'elle réagit lignes 39, 40 et 43 en spécifiant que le patient « va finir avec une camisole ventrale », qui est un autre moyen de contention en psychiatrie, utilisé de façon assez rare et pour des cas particulièrement difficiles. Il est intéressant de noter qu'en réponse à ce commentaire, GRI produit ligne 44 une séquence de DR « il l'a demandée », montrant à son tour son alignement à l'activité en cours.

Lignes 41-42, IVA produit 3 amorces de DR, qu'elle répète à cause des chevauchements de COU et GRI. Lignes 48, 51 et 52 elle finit par rapporter les propos des soignants présents, sous forme de DRI. Après un commentaire sur la réaction du patient dans son comportement (« ça l'a fait redescendre » ligne 54), elle utilise à nouveau du DRD pour rapporter les propos du patient lignes 55-56 (« mais oui moi aussi j'ai envie que ça se passe bien »), illustrant la description de son état calmé. Enfin, elle produit lignes 56 à 62 une dernière séquence de DRI, représentant les propos des soignants, et clôt la séquence de dialogue représenté. Lors de ce dernier DRI, COU produit lignes 58 et 60 deux

commentaires approubatifs du discours qu'ont tenu les soignants qu'IVA est en train de rapporter.

Une nouvelle fois, dans la fin de cet extrait, les séquences de DRD sont attribuées au patient, alors que celles de DRI sont produites comme étant originellement énoncées par les soignants. Par ailleurs, nous de nouveau vu des phénomènes de complétion, ou encore de fort alignement par le biais des commentaires approubatifs de la part de COU, ou même de l'apparition d'une très courte séquence latérale dans laquelle GRI a réagi à la remarque de COU concernant la potentielle utilisation d'une camisole pour ce patient. Cet extrait, le plus long dialogue rapporté de notre corpus, est donc très riche en ce qui concerne l'engagement conjoint des participants dans une activité, et nous permet de constater une alternance grammaticale entre DRI et DRD se superposant avec les statuts des différents locuteurs représentés. Le prochain extrait, concernant cette fois madame Legros, présente également une corrélation entre statut des locuteurs et modalités syntaxiques de DR.

EXTRAIT 41 (LEGROS S3 9 HEURES)

```
1 PAC .h:: et euh: quand on a annoncé à madame legros que sa nièce
2 était passée dans le $service $ah: $
3 pac $#img 15 $hausse les sourcils$#image 16
4 mais pourquoi vous l'avez pas fait rentrer: euh (0.4) en lui
5 donnant des surnoms ça m'aurait fait super plaisir d` la voi:r
6 euh (0.6) on lui a quand même renvoyé que pour elle c'était
7 encore euh (1.0) difficile quoi\
```

Les trois échanges rapportés dans cet extrait sont comme suit : une séquence de DRI attribuée aux soignants, lignes 1-2 ; une séquence de DRD attribuée à la patiente lignes 2-3 ; puis une réponse des soignants sous forme de DRI lignes 4-5. Il nous paraît intéressant de souligner l'absence d'*inquit* introduisant la deuxième séquence lignes 2-3, compensé par un balisage contextuel, prosodique et gestuel. En effet, nous voyons la variation de hauteur intonative ci-dessous :

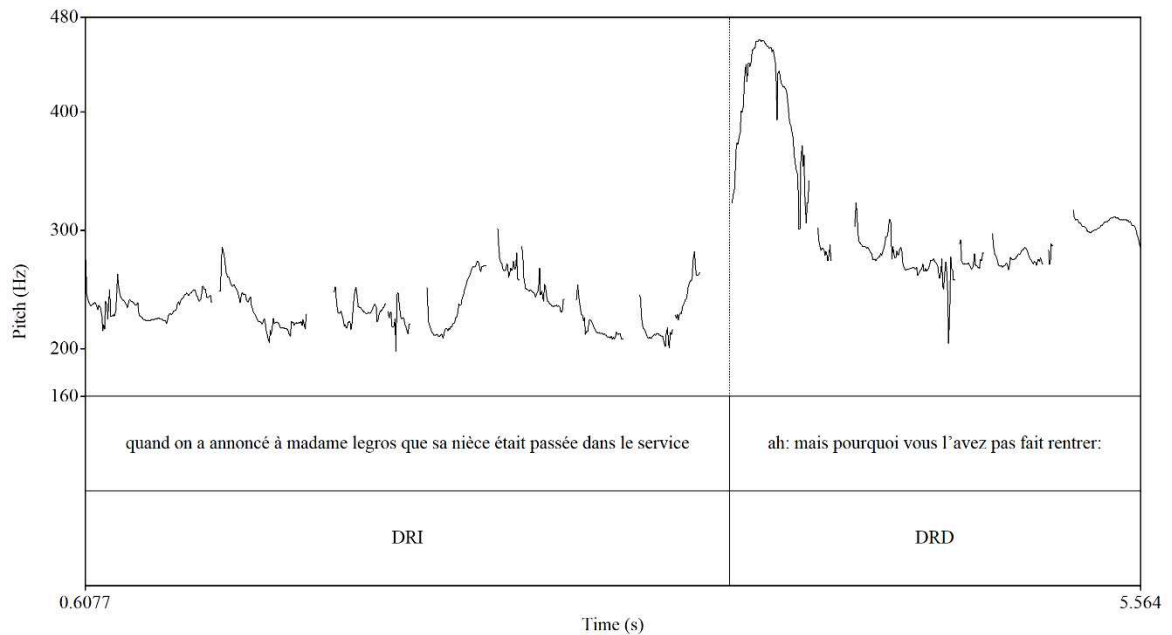


Figure 44 : fréquence intonative d'un DRD sans introduction grammaticale

Ainsi que le changement au niveau de l'expression faciale visible ci-dessous :



Image 15 : le service

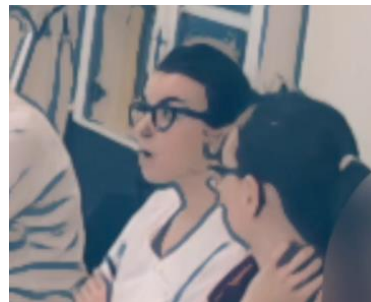


Image 16 : ah:

Dans le discours qui précède l'extrait, les soignants discutent de l'entrée de la patiente dans l'unité, et du fait que sa nièce refuse de la voir à cause de son comportement envers elle, au moment de son hospitalisation. L'alternance DRI-soignants DRD-patiente permet à PAC de souligner l'information importante, à savoir le fait que la patiente ne conçoit pas les difficultés que sa nièce peut avoir à la revoir, ainsi que le comportement inadapté dont elle fait preuve, manifesté par le DRN « en lui donnant des surnoms » lignes 4-5. Enfin, lignes 6-7, elle clôt la séquence de dialogue représenté en rapportant les propos que les soignants

lui ont tenus, à savoir la volonté de la nièce de ne pas revoir la patiente pour l'instant.

Si ces trois derniers extraits associent de façon quasi systématique l'usage du DRD pour rapporter les propos des patients et l'usage du DRI pour retranscrire la parole des soignants, ce n'est pas toujours le cas, comme nous allons le voir dans l'extrait suivant. Celui-ci présente une situation particulière en ce qui concerne le DR. Il est question de monsieur Borali, avec lequel PAC a discuté, et dont elle rapporte le dialogue. Nous verrons dans cet extrait deux séquences de DRI attribuées au patient, et une de DRD dans laquelle PAC se cite elle-même.

EXTRAIT 42 (BORALI S1 9 HEURES)

1 PAC en tout cas/ à sept heures moins le quart ce matin on
2 l'entendait quand même déjà crier/ dans le couloir donc je me
3 suis déplacée pour voir ce qui se passait/ (0.5) euh donc
4 il m'a dit qu'il fallait à tout/ prix faire quelqu` chose pour:
5 monsieur moreno parce que je cite il allait l'éclater
6 (1.2)
7 GAL d'accord=
8 PAC =euh:: donc euh je lui ai dit ben écoutez monsieur borali/ on
9 va aller pren/dre un temps en ch:ambre pour en discuter là c'e-
10 il était vraiment:/ euhm (0.6) même à un
11 mo[moment je me suis d]it faut peut-être` que j` prenne mes&
12 LOC [hm hm]
13 PAC & distances/ (0.4) et en cham/bre il a quand même un peu pu s`
14 poser bon alors il reste très désorganisé il m'a sorti son/
15 portab[le après il m'a par][lé d` ses] parents&
16 IVA [hm hm]
17 GIL [hm]
18 PAC &qui voulaient récupérer le canapé de monsieur lefort après la
19 v a d (0.5) fin: ça partait dans tous/ les sens

Après avoir introduit le contexte de conversation lignes 1 à 3, PAC démarre une séquence de dialogue rapporté ligne 4, par une séquence de DRI attribuée au patient. Elle justifie les propos qu'elle rapporte par une séquence particulière : il s'agit toujours d'un DRI au sens syntaxique du terme, mais le commentaire métalinguistique qu'elle en fait « je cite » produit un effet similaire à celui d'une séquence de DRD : le décrochement énonciatif est plus fort et les propos sont perçus par les autres participants comme étant ceux choisis par le

patient. Notons également le fait que le discours en question est critique, puisqu'il fait preuve d'une grande agressivité envers un autre patient « je vais l'éclater ». Après une pause conséquente de 1.2 secondes, elle reprend de façon quasi simultanée avec GAL, la psychiatre, et poursuit la représentation de l'échange par une séquence de DRD auto-attribué lignes 8-9. Enfin, après une pensée rapportée lignes 11-13 au style direct, elle termine le dialogue rapporté par une séquence de DRI attribuée au patient lignes 15-18, à valeur d'illustration de la désorganisation qu'elle a mentionné ligne 14.

À partir de l'analyse de ces extraits, nous pouvons donc dire que dans les dialogues rapportés, lorsque l'on observe une variation de formes dans les séquences de DR, les DRD ont tendance à être attribués aux patients, et les DRI aux soignants. Cependant, il semblerait que l'usage des différentes modalités de DR corresponde à la saillance de l'information à délivrer : dans les extraits pour lesquels le DRD était attribué au patient, son discours était l'élément clé que les soignants mutualisaient. En ce qui concerne le dernier extrait, nous notons l'usage d'une citation présentée comme *verbatim* sous la forme d'un DRI, appuyant le caractère important de cette partie rapportée, puis la réaction de la soignante sous forme de pensée représentée, une nouvelle fois critique pour l'ensemble des soignants : si un potentiel danger apparaît par rapport à un patient, c'est toute la structure qui doit s'en prémunir. Ainsi, l'usage du DRD dans les dialogues rapportés correspondrait aux points importants dans les situations que racontent les soignants, ce qui est corroboré par les travaux antérieurement réalisés sur le sujet (Bangerter *et al.*, 2011). Voyons ce qu'il en est pour les dialogues représentés sous la forme d'une alternance exclusive de DRD.

6.3.3 LES DIALOGUES REPRÉSENTÉS PAR L'ALTERNANCE DE DISCOURS RAPPORTÉS DIRECTS

Finalement, nous allons nous intéresser aux dialogues représentés sous la forme d'une alternance de DRD, c'est-à-dire lors desquels les soignants ne rapportent des propos que selon une modalité directe, en faisant varier les

énonciateurs rapportés. Nous organiserons les extraits selon qu'ils relèvent d'une illustration des propos antérieurs ou de la monstration d'un état critique du patient.

Le premier extrait concerne monsieur Borali. GIL, super-locutrice de cette réunion, a fini d'exposer l'actualité clinique du patient. Elle transmet alors une situation qu'elle a vécue pour étayer son discours, en changeant de posture énonciative, puisqu'elle passe du rôle de super-locutrice à celui de participante lambda.

EXTRAIT 43 (BORALI S1 9 HEURES)

1 GIL voilà pour lui et puis: il se désorganise euh hyper vite/ fin à
2 midi il est parti pour aller chercher son verre d` café/ (0.4)
3 il est revenu un quart d'heure après en me disant oh ben j'ai
4 fait j' sais pas quoi:/ du coup euh je lui ai dit mais v- ça
5 mon/tre aussi à quel point vous êtes désorganisé/ il me dit
6 (0.3) ah non non/ les choses vont très vite dans ma tête je lui
7 ai dit oui bah ((rire)) c'est bien ce que je dis

Séquentiellement parlant, nous trouvons la structure de clôture habituelle de la transmission des super-locuteurs, ouvrant la séquence concernant l'un des patients. En effet, ligne 1, GIL produit « voilà pour lui ». Après ce passage, la soignante prend donc une posture de participante lambda, ce qui se vérifie par le fait qu'elle mutualise une situation qu'elle a personnellement vécue, par le biais d'un dialogue représenté lignes 3-7. Après avoir présenté le sujet de la transmission ligne 1 « il se désorganise hyper vite », puis le contexte d'origine du dialogue lignes 1-3, elle produit une première séquence de DRD qu'elle attribue au patient. Cette séquence est par ailleurs intéressante, car s'il s'agit bien d'une modalité directe, la pseudo-mimétique des propos rapportés est brisée par l'usage de « je sais pas quoi ». Cependant, l'information à transmettre n'est pas tant ce qu'a dit avoir fait le patient, mais plutôt le fait qu'il se soit dispersé.

Suite à cela, elle poursuit en citant son propre discours lignes 4-5, puis à nouveau le patient lignes 5-6 et enfin elle-même lignes 6-7. Ce dialogue représenté contient donc 4 échanges, ce qui est plutôt conséquent au regard de

notre corpus. Il dessert une fonction illustrative du discours précédent, ainsi qu'une manifestation du changement de posture de GIL : si elle rapporte un dialogue qu'elle a personnellement vécu, c'est parce qu'elle a terminé son rôle de super-locutrice pour ce patient.

Le prochain extrait concerne monsieur César, et illustre, cette fois grâce à un dialogue fictif représenté, les propos de la locutrice énoncés avant la séquence.

EXTRAIT 44 (CÉSAR S4 9 HEURES)

1 GIL après t` as- il lutte aussi moi je trouve hein `fin t` sais sa
2 façon de s'ACTiver dans la c i comme ça i` lutte aussi beaucoup
3 contre le traitement moi je trouve la journée je parle hein
4 .h:: quand i` te dit- tu lui dis mais posez vous: allongez vous
5 qu'i` t` dit ben j'ai fait des pom:pes tu vois

Lignes 1-2, GIL introduit la notion selon laquelle le patient « lutte », par « sa façon de s'activer dans la c i ». Lignes 4-5, en rapportant un échange fictif, elle illustre ce propos (« posez vous » étant en opposition directe avec la réponse représentée « j'ai fait des pompes »). La soignante s'appuie sur le savoir partagé des participants pour ne pas avoir à étayer plus qu'avec une séquence de dialogue représenté (« tu vois », ligne 5). Puisque tous les participants à la réunion possèdent des connaissances sur la psychiatrie, elle n'a pas besoin d'explicitier le rapport entre la « lutte » dont elle parle et les pompes que fait le patient. Il s'agit d'un aspect des dialogues représentés au DRD que nous allons retrouver dans d'autres extraits dans cette section, de façon plus saillante et marquée.

L'extrait à suivre présente une discussion autour de monsieur Borali, que PAC rapporte pour illustrer des propos qu'elle introduit au début de l'extrait.

EXTRAIT 45 (BORALI S1 9 HEURES)

1 PAC et au:: au p`tit-déj/ il a quand même euh un sentiment assez/
2 d` terreur vis-à-vis des aut` patients/ (.)
3 parce qu'a[lors euh]
4 GAL [que] les aut` patients avaient peur de lui/
5 [°ou°]

6 PAC [euh ouais]
7 (0.2)
8 PAC parce [que donc] [euh il a voulu/ ouv]rir&
9 PAT [bah:]
10 GIL [bah:]
11 PAT [(d` toute façon)]
12 PAC &la por[te de la terrass:e parce qu'il a]vait chaud
13 POM [il est impressionnant/ hein]
14 (0.2)
15 GIL hm
16 (0.7)
17 PAC donc j' dis ben monsieur: borali/ on va déjà demander aux aut`
18 patients\ (0.2) donc euh alors c'est lui qui a fait l'annonce
19 euh je veux ouvrir al- (0.2) je veux ouvrir la terrasse j'ai
20 trop chaud euh (0.2) il y a (...) per/sonne qui a répondu mais
21 tout le monde s'est regardé/ euh

Nous constatons, lignes 1-2, que PAC introduit la « terreur » des autres patients envers monsieur Borali, durant le petit déjeuner. Ligne 4, GAL demande une précision, à savoir si PAC rapporte que « les autres patients avaient peur de lui ou », du fait d'une ambiguïté grammaticale : ligne 1 PAC rapporte que monsieur Borali « a un sentiment de terreur », et non pas qu'il produit chez les autres ce sentiment. Ligne 6, en chevauchement, PAC produit la deuxième partie de paire adjacente appelée par la question de GAL, puis étaye son discours en l'exemplifiant par un dialogue représenté. Après avoir présenté le contexte lignes 8 et 12, elle produit un premier DRD auto-attribué lignes 17-18, puis un commentaire méta attribuant le prochain DRD au patient ligne 18 (« c'est lui qui a fait l'annonce »), avant de produire la séquence qu'elle rapporte du patient lignes 19-20. Nous notons également le DRN qu'elle produit ligne 20, spécifiant la non-prise de parole des patients.

Cet extrait nous intéresse pour trois raisons : d'une part, il s'agit d'une illustration d'un discours précédent, que PAC énonce ligne 1-2. D'autre part, il s'agit d'une auto-réparation hétéro-initiée, que la soignante produit suite à la question de GAL. Enfin, nous constatons que PAC n'explicite pas vraiment la terreur chez les patients dans son dialogue représenté, elle s'appuie sur le savoir commun aux soignants qui, en s'engageant dans la conversation, peuvent établir

le lien entre le dialogue représenté et ce qu'en conclut PAC, selon le même fonctionnement que l'extrait précédent.

L'extrait à suivre est une discussion autour du cadre de madame Legros, et plus précisément si elle a droit ou non aux visites. Après s'être trompée en disant que non, puis avoir signifié que c'était le cas, POU illustre ses propos par l'utilisation d'un dialogue rapporté qu'elle a eu avec la patiente, concernant une visite qu'elle a reçue.

EXTRAIT 46 (LEGROS S5 9 HEURES)

1 BOU les visites elle a le droit/ non/
2 (0.3)
3 POU °pardon/
4 BOU elle a l` droit aux visites pa`ce que j` crois qu'elle a le
5 droit d'aller dans le parc si elle est accompagnée: °de
6 quelqu'un°
7 (2.0)
8 BOU à part si [i][l a changé mais][:]
9 POU [u-][(usip) y en a] [pas]
10 FAL [c'est ça]
11 (0.3)
12 FAL °ouais c' [°est] ça j` crois°
13 POU [ouais]
14 (0.3)
15 BOU pa`ce que elle elle justement quand c'était son anniversaire:re
16 elle voulait demander à une copine de v`ni:r pour aller avec
17 elle dans l` par[c euh::]
18 POU [ah mais si elle a eu] une visite j`
19 [dis une bê]tise&
20 BOU [hm]
21 POU &pa`ce qu'elle a eu une visite samedi après midi: (0.4) et
22 quand sa visite est partie: (0.3) elle me dit (.) voyez (0.3)
23 i` faut pas qu` j` prenne du risperdal hein pa`ce que regardez
24 la dame là qu` est v`nue en visite elle a pris soixante kilos à
25 cause de °ça: euh° (1.0) v` voyez bien qu'elle a grossi °j` lui
26 dis mais moi j` la connaissais° [pas déjà avant donc euh:]
27 FLO [((rires))]

Nous trouvons deux échanges représentés dans le cadre du dialogue rapporté, le premier DRD attribué à la patiente se trouvant lignes 22 à 25, et le second constituant la réponse de la soignante, lignes 25-26. Ce dialogue se trouve dans un contexte particulier : en effet, suite à la question de BOU ligne 1 concernant les visites pour la patiente, POU répond ligne 9 qu'elle n'y a pas droit, malgré l'approbation de BOU lignes 4 à 6. Après la précision de cette dernière

lignes 15 à 17, POU produit une réparation lignes 18-19, s'alignant avec le discours de BOU. Elle étaye ensuite son propos avec le dialogue représenté, qu'elle rapporte d'une discussion faisant suite à une visite qu'a reçue la patiente. Ce dialogue est alors une modalité d'atténuation de sa réparation, puisqu'il a une visée humoristique et est perçu comme tel par FLO qui rit ligne 27.

Les dialogues représentés au DRD permettent donc d'illustrer des propos antérieurement énoncés, voire d'étayer une forme de réparation. Dans les extraits à suivre, nous verrons comment, en utilisant des DRD au sein des dialogues rapportés, les soignants soulignent un aspect critique chez le patient. Le premier d'entre eux concerne monsieur César, et l'incertitude envers son comportement dans le service ou à l'extérieur. Nous pouvons aussi déceler une forme d'illustration de propos précédents, puisqu'il s'agit d'une manifestation d'alignement à un discours tiers.

EXTRAIT 47 (CÉSAR S4 9 HEURES)

```
1  GRI      .h:: ouais mais [pour autant `fin voilà tu t` dis une f]ois&
2  IVA      [plus à l'écoute mais bon euh:: pf:: ]
3  GRI      &sorti euh: ça tiendra pas [quoi ]
4  LIM      [ah non là] ça tiendra [pas\]
5  GIL      [mais] i` t`
6  le dit [en plus quand] tu lui dis&
7  LOC      [s:érieux/ ]
8  GIL      &[quand] tu lui dis mais&
9  PAC      [ouais]
10 &[dans le service là ça va vous vous contenez mais dans l`]&
11 GRI      [ça tiendra pas c'est c'est: ]
12 GIL      &service euh vous pouvez: .h: et i` t` dit
13 [oui oui dans l` service]&
14 GRI      [c'est: hm: ]
15 GIL      &euh j` peux vite partir au quart de tou:r euh
```

Cet extrait nous montre un fort alignement des participantes au discours de GRI lignes 1 et 3 : celle-ci expose le fait que l'état du patient « ne tiendra pas », et LIM approuve par l'usage d'une répétition ligne 4. GIL argumente par l'utilisation d'un DRN attribué au patient lignes 5-6, qu'elle formule ensuite en tant que dialogue représenté lignes 8, 10, 12, 13 et 15. Dans ce cas, il s'agit à la fois d'une illustration, mais également une manière de souligner l'état critique du

patient, il a déjà été violent par le passé (c'est même la raison de son hospitalisation), et l'a également été dans la structure. En soulignant que le patient reconnaît pouvoir « partir au quart de tour », GIL donne de la consistance à son récit, et à son alignement aux propos de GRI.

L'extrait suivant présente une situation critique différente de celles que nous avons vu jusqu'à présent. L'état critique d'un patient peut se qualifier selon sa dangerosité envers les autres, mais également envers lui-même, les cas de suicides étant fréquents, d'autant plus dans les structures de soins psychiatriques¹³. Il s'agit d'un dialogue représenté provenant d'une conversation tout à fait ordinaire, puisqu'il sera question d'une forme de rituel conversationnel et d'une réponse préférentielle en deuxième partie de paire adjacente.

EXTRAIT 48 (DELATTRE S3 9 HEURES)

1	PAC	et l'aut` jour je sais plus quel collègue lui a demandé:
2		aujourd'hui comment vous allez madame delattre elle lui a
3		répondu joker\
4		(0.9)
5	POM	joker/
6		(.)
7	PAC	joker\
8	PAC	[elle a juste ré]pondu °joker°
9	LOC	[hm:]

L'extrait s'ouvre sur la production par PAC ligne 1 d'une séquence de DRD attribuée à un soignant quelconque, demandant à la patiente son état actuel « aujourd'hui comment vous allez madame Legros » ligne 2. Nous nous attardons sur le fait que dans ce contexte particulier, il peut s'agir à la fois d'un rituel conversationnel, mais également d'une véritable question, cherchant à connaître réellement l'état de la patiente. PAC représente ensuite la réponse de la patiente,

¹³ En 2011, l'observatoire National du Suicide comptabilisait 11 400 décès par suicide en France. Martelli *et al.* (2010 : 86) considèrent « que 3,0 à 4,5 % de l'ensemble des suicides sont réalisés lors d'une hospitalisation psychiatrique ou dans les 24 heures qui suivent la sortie », ce qui mène le nombre de suicides en hôpital psychiatrique ou à la sortie de ce dernier entre 342 et 513 par an. En 2018, on comptait 552 structures psychiatriques en France (HAS). Sachant qu'il ne s'agit que des suicides et pas des tentatives, le risque suicidaire en structure psychiatrique est assez élevé.

sous forme de DRD : « joker ». Cet extrait nous paraît tout à fait pertinent pour deux raisons principales : premièrement, le focus mis sur la réponse de la patiente. En effet, l'attribution du premier DRD passe au second plan, et la réaction de POM face au DR est équivoque : c'est bien la réponse de la patiente qui est à mutualiser, puisqu'elle fait état d'un état psychique dégradé. Deuxièmement, les répétitions et la précision qu'il s'agit de ses seuls propos. Suite à la question métalinguistique ligne 5, PAC répond ligne 7 par une répétition, puis répète à nouveau le même contenu propositionnel ligne 8, en ajoutant un adverbe « juste », ce qui lui permet de souligner que l'intégralité de la réponse de la patiente a été rapportée. Notons tout de même que le dialogue représenté s'appuie une nouvelle fois sur les savoirs communs aux participants : PAC n'explique en rien l'importance de ce dialogue, puisqu'il n'est pas nécessaire de le faire au vu des compétences de chacun.

Le prochain extrait concerne monsieur Lebrun. PAT utilise une séquence de dialogue représenté pour clore une séquence latérale, et reprendre son propos originel en l'illustrant.

EXTRAIT 49 (LEBRUN S1 9 HEURES)

1 PAT &il était euh:: fin beaucoup de euh: de rire mais vraiment euh
2 il était hilare/ quoi hein (...) il me disait mais: je sais p-
3 oui ça va bien: ben là je pense à des trucs drôles donc euh
4 (0.4) j` suis pas fou// hein mais: voyez j` pense à des choses
5 drôles/ donc euh: donc bah je rigole/ il a eu besoin qu'on:
6 (0.4) qu'on le rassure sur est-ce que c'est normal ou pas/
7 [.H::]
8 GAL [hm hm]
9 PAT et puis finalement:/ il a fini par dire euh:: non mais en fait
10 vous avez raison/ ça va pas\
11 (1.0)
12 PAT et là il a commencé à me dire voilà je euh: j:'ai (eu)
13 l'impression que j` (suis euh::) que je passe pour un fou aux
14 yeux de tout le monde euh: (0.5) fin la honte comme il a pu en
15 parler déjà en entretien/ qu'on parle (par) la mala- il parle
16 bien de sa maladie (0.8) °la schizophrénie°
17 GAL hm hm
18 PAT .h mais euh: quand mêm::e voilà\ (0.2) (tu sais) qu'il avait
19 envie de rire/ et: qu'il se sentait euphorique\ quand je
20 demande vous vous [sentez comment/ il dit]&
21 GAL [°d'accord°]

22 PAT &je me sens euphorique\

Lignes 1 à 6, PAT relate l'état « hilare » de monsieur Lebrun lors d'un échange qu'elle a eu avec lui. Puis, lignes 9 à 16, elle produit une séquence latérale concernant cette fois le fait qu'il ne soit pas bien psychiquement. Enfin, elle revient à son discours originel en clôturant cette séquence par « voilà » ligne 18, puis en produisant une représentation d'un dialogue de deux échanges lignes 19 à 22. Nous notons dans cet extrait que l'élément souligné par PAT n'est pas réellement le fait que le patient se dise honteux : il s'agit d'un élément récurrent pour lui (« comme il a pu en parler déjà en entretien »), et concentre la transmission sur un élément nouveau, l'hilarité du patient. Dans la poursuite de la relève, les soignants se demandent s'il s'agit d'une résultante d'une prise de substances psychoactives dans la structure. En produisant un dialogue au DRD, PAT revient donc à une séquence principale, et souligne l'information importante à mutualiser, c'est-à-dire un état inhabituel chez un patient, puisqu'elle sera rediscutée par les autres participants par la suite.

L'extrait ci-dessous concerne le même patient, la semaine suivante. Il est question pour lui d'une détérioration, que COU relate en utilisant une séquence de dialogue rapporté au DRD.

EXTRAIT 50 (LEBRUN S2 21 HEURES)

1 COU bien il demandait un traitement on le voit jamais/ lui
 2 d'habitude à la la télé (il) va se coucher et puis on voyait/
 3 qu'il était vraiment pas bien (0.5) puis euh: j'ai dit ben je
 4 vous donnerai votre traitement si besoin avant de vous
 5 coucher:/ et puis il dit euh je dis mais l- comment ça se fait
 6 que vous euh: demandez vot` traitement d'habitude vous (le)
 7 demandez pas/ (0.4) il avait son paquet dans les mains il dit
 8 oui ben ça faisait deux mois que j'avais arrêté de fumer:./ et
 9 là je commence à fumer:/

De nouveau, c'est une information inhabituelle ou critique qui fait l'objet d'un dialogue rapporté. Comme le spécifie COU lignes 1-2, les soignants « ne le voient jamais lui ». Puisque les traitements si besoin sont utilisés en cas de situation ingérable pour le patient sans plus de médicaments, il s'agit d'une situation exceptionnelle, mais qui fait surtout preuve d'une dégradation de l'état

du patient. En le rapportant sous forme de dialogue au DRD, COU souligne le caractère important de cette information.

Enfin, le dernier dialogue rapporté ci-dessous présente une nouvelle fois une information qui fait montre d'un état grave chez le patient. COU rapporte en effet des propos délirants de la part du patient, que les soignants peuvent considérer comme tels à partir de leur savoir et de leur connaissance du patient.

EXTRAIT 51 (TOUVENIN S3 9 HEURES)

```
1 PAC et quand il a voulu reprendre (.) ce matin (.) alors pourquoi
2 je n` sais pas mais sa permission: (0.4) .tsk .h:: i` m'a dit
3 mais vous savez april en f:ait euh c'est pa`ce que j'ai un
4 complexe oedipien avec ma mÈre que .h: en fait on s` fait des
5 transferts et des contre-transfe:rts .h: donc il est parti dans
6 (.) toute une explication j` lui ai dit écoutez monsieur
7 touvenin i` va falloir que que j` vous coupe pa`ce que là: euh
8 POM °((rire)) qu` j` vous [coupe°]
9 PAC [ ç]a: ça va trop loin quoi
```

PAC commence par introduire le cadre dans lequel s'est déroulé l'échange, lignes 1 et 2, avant de produire une première séquence de DRD attribué au patient lignes 2-5. Notons qu'elle spécifie l'adressage du patient, en mentionnant son propre prénom ligne 3. Après avoir fait un commentaire sur ses propos lignes 5-6, elle poursuit en citant son propre discours, toujours sous un format direct, aux lignes 6-7. Après une recherche de mots, signifiée par « euh » allongé ligne 7, POM s'auto-sélectionne et complète le tour de l'infirmière, montrant un alignement fort, et une compréhension de la situation que PAC décrit. Finalement, PAC achève la production de sa séquence rapportée ligne 9.

Nous avons donc pu voir que le dialogue représenté prend plusieurs formes, que l'on peut corréler aux fonctions qu'il occupe. En formulant un DR dans une autre modalité tendant vers une plus forte mimétique des propos tenus en première instance, les soignants peuvent clore une séquence et en ouvrir une autre, ou encore souligner une information en la répétant avec une autre intégration syntaxique de DR (sous section 5.3.1.1). Dans le cadre de dialogues présentant une alternance entre DRD et DRI, nous avons remarqué que le DRD

était majoritairement attribué aux patients, là où le DRI servait plutôt à représenter les propos des soignants. Nous pouvons déterminer, à partir de l'extrait où le fonctionnement était inverse, qu'il s'agit d'une manière d'appuyer les informations importantes que les soignants mutualisent par le biais d'un dialogue rapporté : la plupart du temps, il s'agira du discours du patient (sous section 5.3.1.2.). Enfin, dans le cadre des dialogues rapportés au DRD, nous avons pu constater que ceux-ci pouvaient avoir une valeur d'illustration ou de réparation. Il est également important de souligner qu'il s'agit là d'une modalité de production qui permet également aux soignants de ne pas expliciter leurs propos : ils savent que les différents participants possèdent les connaissances nécessaires pour comprendre les tenants et aboutissants de la situation rapportée.

CONCLUSION DE CHAPITRE

Le DR, dans notre corpus, se manifeste donc — sans surprise — de façon très diversifiée. Nous l'avons vu, l'existence même d'un DR est spécifique au contexte, dans son acception en tant que propos rapportés. Certains verbes de dire tendent même à se superposer avec un lexique technique et médical. Nous avons également abordé en quoi la littérature, pourtant déjà bien établie dans le cadre du DR, peut toujours être amenée à avancer dans les différentes modalités de balisage qui permettent aux interlocuteurs, et dans une autre mesure à l'analyste, de déterminer ce qui constitue ou non du DR : si nous n'offrons pas de résultats concrets en ce qui concerne l'analyse des respirations marquées et des « et cetera » comme marqueurs de fin de séquences rapportées, nous avons vu en quoi il s'agissait d'une dimension à explorer dans une autre mesure, sur des corpus plus larges, et plus variés.

Concernant la séquentialité du DR dans les réunions de relève infirmières, nous avons vu en quoi l'usage des séquences rapportées est profondément co-construit : d'une part par la production de tels propos faisant suite à un TRP, que le locuteur s'auto sélectionne ou non, et d'autre part par la succession de

séquences de DR, qui nous laisse à penser que des séquences plus larges existent, au sein desquelles les soignants s'alignent sur la pratique de représentation de propos. Enfin, nous avons vu en quoi l'ouverture de telles séquences pouvait se faire par un mécanisme de glissement syntaxique, allant d'un aspect peu ou pas pseudo-mimétique, vers une pseudo-mimétique très forte et marquée par les participants.

Une des manifestations du DR qui nous a également intéressé dans ce chapitre a été son existence au sein de narrations. Il est déjà établi qu'il existe un lien fort entre le récit et le DR, dans le format de production. Cependant, en partant du constat que les soignants peuvent raconter une histoire personnellement vécue *via* l'usage de DR, et en la mettant en lien avec le *positioning* du patient, nous avons déterminé en quoi l'outil était performant, en ce qu'il reconstitue un cadre interactionnel (semi) complet, et permet aux participants de positionner les différents acteurs du parcours de soin dans leur propos. Ce faisant, ils sont amenés à réévaluer en permanence leur propre pratique, mais aussi l'état du patient, toujours au bénéfice de sa santé. En cela nous pouvons dire que la narration dans les relèves infirmières en psychiatrie constitue un outil privilégié de cohésion professionnelle : en donnant à entendre à leurs collègues leurs propos, et les réactions des patients, et en les mettant en scène de telle sorte à représenter plus que l'aspect purement lexical du discours, les soignants font émerger une forme de voix commune, en permanence évaluée et potentiellement critiquée par leurs pairs. En s'alignant ou non, la cohésion professionnelle prend tout son sens, dans l'activité de mutualisation comme auprès du patient ou de ses proches.

Enfin, nous nous sommes intéressé à une manifestation particulière des DR : la représentation d'un dialogue. En combinant plusieurs séquences attribuées à des énonciateurs différents dans un même cadre interactionnel, les soignants reconstituent de façon très performante une situation particulière auprès de leurs collègues. Du point de vue syntaxique, nous avons vu en quoi l'utilisation de différentes modalités de DR, allant du moins pseudo-mimétique

(discours non rapporté, DRN) vers le plus mimétique (DRI, voire DRD), les participants ne créaient pas à proprement parler les mêmes effets. En s'appuyant sur cette pseudo-mimétique, nous avons par exemple déterminé en quoi un propos jugé comme pertinent à mutualiser était souvent présenté dans une modalité directe, en particulier en ce qui concerne les propos des patients. Ces derniers sont au coeur du soin : ils en bénéficient. Et c'est une nouvelle fois, selon nous, une manière de pallier l'absence de ces personnes que de rapporter leurs propos en les présentant de la manière (produite comme étant) la plus fidèle possible.

En abordant les manifestations du DR dans les relèves infirmières, nous avons donc fait fait le choix d'aller plus loin qu'une simple description des moments lors desquels les séquences apparaissaient. En se penchant sur des aspects fondamentalement linguistiques, il demeure possible (voire impératif) de les mettre en lien avec la réalité sociale qui se déroule lors du moment analysé : c'est même le propre de l'analyse conversationnelle d'aspiration ethnométhodologique que de répondre à ce genre de questionnements. Pour résumer, nous avons déterminé en quoi le DR dans les réunions de mutualisation d'information apparaissait à des moments clés (e.g. suite à des TRP, ou dans des séquences macro de représentation de discours), dans des séquences particulières (e.g. pour la narration, et les dialogues rapportés), et montrait une très forte dynamique d'équipe dans une structure de soins en santé mentale (notamment par les aspects de co-constructions qui sont visibles dans les manifestations du DR, ou encore les usages communs aux soignants de structures syntaxiques particulières pour rapporter les propos d'un acteur du soin selon son statut).

Nos données sont donc particulièrement riches en ce qui concerne le DR, par le nombre conséquent d'occurrences, mais surtout par la diversité des manifestations de ces dernières, et les liens qui peuvent être faits entre modalités d'usage et réalité pratique du soin, ou encore réception des interlocuteurs. Seulement, le DR ne fait pas que se manifester : il occupe plusieurs fonctions.

Le prochain chapitre abordera quelques-unes de celles-ci, qui sont particulièrement intéressantes dans notre corpus.

CHAPITRE 7

LES FONCTIONS DU DISCOURS RAPPORTÉ DANS LES RELÈVES INFIRMIÈRES

Le DR, en tant qu'objet linguistique, peut assumer plusieurs fonctions. Une partie d'entre elles a déjà été abordée dans la littérature, mais certaines sont spécifiques au contexte des relèves infirmières. Dans ce chapitre, nous aborderons d'une part les fonctions préétablies des séquences de DR dans les conversations au travers des fonctions argumentatives, puis nous nous pencherons sur les fonctions émotives, à mi-chemin entre global et spécifique, pour enfin atteindre les fonctions professionnelles, purement propres à notre contexte d'étude. Nous verrons que le DR dans les relèves infirmières en psychiatrie accepte donc plusieurs fonctions, toutes au bénéfice du soin, et par extension du patient. Rapporter les propos d'un usager d'une structure de soins en santé mentale lors d'une réunion où il est de toute façon absent, c'est aussi lui donner un aspect central dans son intégrité de locuteur : citer ses propos relève alors d'une pratique de gestion de son absence, et comme nous le verrons dans ce chapitre, certaines fonctions sont intrinsèquement liées à sa présence dans la pratique soignante.

7.1. FONCTIONS ARGUMENTATIVES

Nous distinguerons dans cette section les séquences de DR qui apportent une réponse à un désaccord manifesté de celles qui étayent le discours des soignants sans qu'il n'y ait d'orientation différente de la part des autres participants. Nous avons également fait le choix de ne présenter que quelques extraits. En effet, la plupart des DR de notre corpus permettent aux locuteurs qui rapportent des propos d'amener ou d'appuyer un argument concernant une

décision à prendre, la plupart du temps par rapport au parcours de soins du patient dont il est question. Ainsi, nous avons sélectionné deux extraits pour la première sous-section, et trois pour la deuxième, qui selon nous représentent le mieux les fonctions argumentatives que peuvent prendre les séquences de DR produites par les soignants lors des réunions de relève. Notons également que la plupart de ces séquences proviennent de moments lors desquels des soignants médicaux sont présents. Il s'agit alors pour les soignants non-médicaux d'appuyer leurs propos par l'utilisation de DR afin de faire prendre une décision aux soignants médicaux en ce qui concerne les traitements des patients. Nous verrons tout d'abord des situations dans lesquelles nous ne trouvons pas de désaccord marqué, puis des situations où une forme d'opposition sera manifestée.

7.1.1. ARGUMENTATION UNILATÉRALE

Ce premier extrait nous présente une infirmière qui rapporte un discours qu'elle a elle-même rapporté à monsieur Touvenin. Nous trouvons deux formes d'argumentation se produisant à la fois dans le discours cité et dans le discours citant, dont les objectifs diffèrent.

EXTRAIT 52 (TOUVENIN S3 14 HEURES)

1 PAC euh: c:e week-end il était quand même aussi euh très: inadapté
 2 en plein/ soleil: avec euh son bandeau en laine ses deux
 3 ve:stes
 4 (0.3)
 5 PAC disant que c'était euh: (0.4) les moeurs euh de je sais quelle
 6 euh tribu de xxx/ (0.5) euh voilà donc on l'a quand même
 7 assisté ce matin un peu au (flash/) en disant que euh:: les
 8 memb` de l'équipe qui le connaissaient bien/ trouvaient que
 9 c'était pas/ le monsieur touvenin qui va bien en ce moment
 10 quoi

Rappelons que nous avons enregistré les données au début de l'été 2018. Durant le week-end dont parle PAC à la première ligne, il a fait jusqu'à 30°C. L'inadaptation mentionnée par l'infirmière se veut donc contextuelle, et connue

de tous (durant nos captations, les soignants utilisaient des ventilateurs). Après avoir présenté le problème constaté, elle produit une première séquence de DRI attribué au patient, lignes 5-6, appuyant l'aspect inadapté du patient face aux conditions climatiques. PAC, à ce moment de l'interaction, se situe dans une démarche de mutualisation des situations qu'elle a personnellement vécues auprès de ses collègues : elle raconte donc le déroulé et donne à voir aux autres participants la logique qui l'a amenée à considérer le patient comme ayant besoin d'aide. Suite au DR, elle poursuit en spécifiant l'aide apportée au patient par l'équipe du matin (lignes 6-7), en rapportant les propos de ces derniers, rapportant eux-mêmes le discours d'autres soignants. De façon argumentative, nous avons donc deux mouvements d'étayage :

- Un premier, visible dans tout l'extrait, où PAC appuie son propos et étaye ses conclusions quant à l'inadéquation du patient. Il est notamment manifesté par la narration de son vécu, et la première séquence de DR.
- Un second, qui cette fois est adressé au patient. La démonstration par la preuve tient dans le deuxième DR : puisque les soignants qui le « connaissent bien trouvaient que c'était pas le monsieur Touvenin qui va bien en ce moment », c'est qu'il va mal.

Dans les deux cas, l'étayage de l'argument initial passe par le fait de rapporter un discours. Nous pouvons également souligner l'effet produit par le double DR que PAC rapporte : elle indique ainsi d'une part que les soignants ont eu un discours particulier auprès du patient, et donc permettre aux autres participants d'en être conscients (effet de mutualisation d'information), mais c'est également un moyen pour faire savoir aux autres professionnels que parmi eux, celles et ceux qui sont le plus à même de connaître le patient ne le trouvent pas spécialement bien. Le DR peut donc servir à porter un argument auprès des patients, le rendre accessible aux soignants, mais également appuyer son propre discours face à ses collègues lors des réunions de relève infirmière en psychiatrie.

L'extrait suivant nous intéresse pour la prise de parole de POM, psychomotricienne. Le cas de monsieur Borali est débattu longuement antérieurement à notre sélection, et les soignants ont pris la parole pour successivement raconter leurs impressions envers le patient, dans l'objectif de prendre une décision par rapport à un potentiel isolement thérapeutique. POM présente un argument qu'elle appuie par l'usage de DRD, avant de l'illustrer par une autre séquence rapportée selon une modalité directe.

EXTRAIT 53 (BORALI S1 9 HEURES)

1 GAL [mais euh:]
 2 POM [.tsk .h] (tiens) (.) c'est vrai qu'on voit comment i:l
 3 recherche aussi des euh la limite et le ca[dre hein parce que]
 4 GIL [ah ben complètement]
 5 GAL [x (soutenance)]
 6 LIM hm
 7 POM [son ent]rée en m[atière/ moi] euh c'est&
 8 GIL [hm]
 9 IVA [ouais]
 10 POM &euh: vous vous appelez comment:/ c'est lili-rose// (0.4) c'est
 11 comment c'est madame pommard/ mais je peux vous appeler lili-
 12 [rose/]
 13 GAL [hm hm]
 14 POM on voit qu'il cherche/ est-ce que ça va t`nir/ est-ce qu'elle
 15 va m:- directe[ment:] cadrer les choses ou p[as/ il est]&
 16 GAL [hm hm]
 17 LIM [hm hm]
 18 POM &c:on/stamment sur cette euh\
 19 (0.5)
 20 LOC hm=
 21 GIL =il est sur le fil/ hein
 22 PAT [.h bah il est: il est très angoissé/] [hein j`][pense]&
 23 POM [sur le fil ouais\ il est dans c`t entre] [deux][:]
 24 LOC [hm hm]
 25 PAT &[c'est pour]ça qu'il part pas/ à mon avis
 26 POM [(hm)]
 27 LOC [hm]
 28 POM et c'est pour ça/ qu'on a peur que ça [bascule d'un] côté ou&
 29 GAL [hm hm]
 30 POM &de l'au/tre `fin bon: euh ça peut vite basculer/ hein mais
 31 j` comprends/ qu'il puisse terroriser les patients/ hein

Nous voyons qu'à la première ligne, POM introduit un trait de caractère du patient, qui jusqu'à présent n'a pas été mentionné dans la relève. GIL s'aligne à ce discours (ligne 4). Après un continueur de la part de LIM ligne 6, POM poursuit

et étaye son propos par l'usage de DRD. En effet, elle rapporte de la ligne 7 à la ligne 12 l'« entrée en matière » du patient, à savoir le fait qu'il cherche à connaître la façon dont il doit s'adresser à la soignante, qu'il s'agisse d'un adressage par son prénom (Lili-Rose) ou son nom (madame Pommard). En chevauchement ligne 13, GAL produit un nouveau continuateur, puis POM énonce un commentaire quant aux volontés du patient, faisant écho à son propos introductif (« on voit qu'il cherche » ligne 14, « on voit comment il recherche » lignes 2-3). Elle développe une nouvelle fois son postulat en produisant une autre séquence de DRD, constituant la formulation des recherches du patient.

À ce stade de l'analyse, nous voyons comment POM développe une idée qu'elle a dit au préalable aux autres participants à la réunion. Il s'avère que ce développement, construit de telle sorte que l'argument précède l'étayage, nous paraît être une forme d'argumentation par la preuve. En effet, la psychomotricienne présente en premier lieu ses conclusions, avant d'explicitier les faits qui lui font penser que le patient « recherche la limite et le cadre ». Ce fonctionnement de formulation d'arguments sous forme de DR n'est pas isolé dans notre corpus. Notons que dans cet extrait, un très fort alignement entre les participants se manifeste : on peut voir par exemple une forme de co-construction entre GIL et POM des lignes 15 à 23. En effet, ligne 18, la psychomotricienne ne termine pas son énoncé, que l'infirmière reprend à la ligne 21 en utilisant une construction similaire « il est constamment sur cette euh » lignes 15-18 ; « il est sur le fil » ligne 21. Par la suite, POM répète la production de GIL et s'y aligne « sur le fil ouais », ligne 23.

En nous penchant sur les productions de PAT de la ligne 22 à 25, et de POM à partir de la ligne 28 et jusqu'à la fin de l'extrait, nous voyons également une autre forme d'alignement. En effet, l'infirmière introduit à la ligne 22 une nouvelle information, qu'elle met en rapport avec celles qui sont préalablement mentionnées (« il est très angoissé »), en chevauchement avec POM. Elle poursuit ligne 25 en spécifiant qu'il s'agit, selon elle, de la raison pour laquelle le patient ne part pas de l'unité. L'alignement fort de la part de la psychomotricienne au discours de l'infirmière est notamment visible dans la construction qu'elle

utilise ligne 28 : elle reprend le début de la production de PAT (« c'est pour ça »). Notons aussi l'utilisation du pronom « on », par lequel elle représente une peur mutuelle de l'ensemble des soignants (« on a peur que ça bascule »).

Cet extrait, selon nous, montre de façon claire la fonction argumentative par la preuve que peuvent supporter les séquences rapportées. En effet, dans la séquentialité des productions de POM, elle étaye son discours après l'avoir introduit, et l'ensemble des soignants s'alignent à son propos.

Nous avons donc vu comment les soignants peuvent introduire un argument ou l'étayer par l'usage de DR, attribué aux soignants ou aux patients eux-mêmes. Cette forme de justification par la preuve fait presque argument d'autorité, dans le sens où le parcours de soins d'une personne malade doit être en constante évolution pour être au plus près de son état. Puisque dans le cas de la psychiatrie, le soin comme la pose de diagnostic se fait en grande partie par la conversation, et l'expression du patient de ses problématiques, alors rapporter son propos peut effectivement valoir comme argument irréfutable, et fonctionner comme étayage par la preuve. Nous allons désormais voir comment fonctionne l'usage des DR dans le cadre d'une argumentation où un désaccord est marqué par un ou plusieurs participants.

7.1.2. ARGUMENTATION BILATÉRALE

À l'image de la première séquence analysée dans la sous-section précédente, l'extrait suivant nous présente une situation dans laquelle PAC rapporte un argument et son étayage auprès de ses collègues lors d'une réunion de relève. Il s'agit d'une requête d'augmentation de traitement auprès du psychiatre du service, Échille.

EXTRAIT 54 (LEGROS S3 14 HEURES)

1 PAC madame legros qui: ce week-end euh: (1.0) a été très
 2 désorganisée très: logorrhéi:que donc j- on a demandé à échille
 3 qu'il augmente le traitement pa`ce que là euh
 4 (0.5)
 5 GRI .h:: déjà laureen avait remis en [place] euh du terci[an le]&
 6 PAC [ou:ais]
 7 PAC [ouais]
 8 GRI &samedi ma[tin]&
 9 PAC [ouais]
 10 GRI &et qu'elle n'avait pas [hein]
 11 PAC [mais] dimanche elle est arrivée au
 12 p`tit déjeuner avec tous ses dossiers sous le bras: à faire
 13 ses: ses papiers à ta:ble .h: (0.3) euh: les patients même euh:
 14 lors des repas lui demandent euh qu'elle se taise pa`ce que ça
 15 devient difficilement supportable aussi pa`ce que elle a:rrête
 16 pas

Comme nous le constatons grâce à la construction syntaxique de la première ligne, il s'agit de l'ouverture de la relève concernant madame Legros. Nous trouvons en effet la mention de son nom, suivie du pronom relatif « qui », qui est la construction récurrente de présentation du patient dont la relève est en cours. Il est important de noter qu'aucune information relative à la patiente n'a pour l'instant été mutualisée par PAC, super-locutrice de la relève, ni par ses collègues. Elle commence donc par donner, dans les deux premières lignes, des informations globales sur le week-end vécu par madame Legros. Elle présente ensuite une séquence de DRI, attribuée à l'équipe du week-end suite à une reformulation (« j- on a demandé », ligne 2).

Après une pause de 0,5 seconde, ligne 5, GRI prend la parole et négocie les propos de sa collègue. Pour ce faire, elle rappelle que l'autre psychiatre du service avait ajouté un nouveau neuroleptique à la prescription de la patiente de façon très récente (le samedi, c'est-à-dire deux jours avant la réunion enregistrée). Ce faisant, puisque les médicaments prennent un certain temps pour faire effet de façon manifeste, elle se positionne en désaccord avec le propos initial de PAC : la patiente n'aurait pas besoin d'une nouvelle augmentation de traitement pour l'instant. Aux lignes 6, 7 et 9, la super-locutrice approuve à trois reprises, avant d'étayer son argument initial quant à la modification de la prescription par une présentation d'une situation vécue

(« dimanche elle est arrivée au petit déjeuner avec tous ses dossiers sous le bras à faire ses papiers à table », lignes 10-13), puis l'étaye par l'usage d'un DRI attribué aux patients de l'unité, montrant ainsi l'inadéquation du comportement de la patiente vis-à-vis du cadre, et les conséquences que cela peut avoir sur les autres usagers de la structure.

Contrairement aux autres extraits, l'argumentation ne passe pas par la reprise des propos d'un soignant ou du patient dont il est question : la réaction des autres fait office de preuve, et montre une forme de risque également. Si la patiente perturbe les soins, il faut trouver un moyen d'arranger le problème, qui tiendrait dans le discours de PAC dans l'augmentation du traitement.

Le prochain extrait nous montre une interaction entre LIM, interne en psychiatrie, OUS, médecin généraliste, et des infirmières. Il s'agit pour les soignantes de débattre de l'éventuelle baisse de traitement pour monsieur Dubreuil. Pour plus de commodité, nous avons découpé l'extrait, plutôt long, en trois parties.

EXTRAIT 55 (DUBREUIL S4 9 HEURES)

Première partie

1 LIM il était moins angoissé/ (.) du coup/ (.) pa`ce que j'avais pas
 2 bougé les traitements euh:
 3 (0.5)
 4 GRI ben é[couté euh]: il a pas rapporté d'angoisses ce week-end&
 5 LIM [(inaud.)]
 6 GRI &hein franchement il était d` bon contact euh:[: i]l était pas&
 7 LOC [hm]
 8 GRI &mal hein euh:
 9 GIL moi j` le t[rouve assez asympto]matique
 10 GRI [franchement euh]
 11 GRI ou[ais ouais ouais]
 12 GIL [`fin t` sais au]tant sa dernière hospité il était au fond du
 13 [trou] [.h:] ça a [été TRÈS long .h:] là tu vois&
 14 GRI [ouais ouais]
 15 LOC [hm]
 16 GRI [ah non: là euh::]
 17 GIL & j` tr[ouve que: il arrive à s` mobiliser euh:]
 18 GRI [i` nous accueille euh::: sou- il est sou]riant:
 19 i[l est]: euh: nan nan il est (.) pas trop mal hein
 20 GIL [hm]

21

(.)

A la première ligne, LIM demande aux autres soignants si le fait de ne pas avoir changé les traitements n'a pas occasionné de problèmes en ce qui concerne l'état de monsieur Dubreuil. Il s'agit de l'introduction de l'ensemble de l'extrait, qui tourne autour du patient et de son absence d'évolution négative qui pourrait résulter d'un traitement non adapté et maintenu. GRI répond à la deuxième ligne, en démarrant par une séquence de DRI attribuée au patient : ce dernier n'ayant pas « rapporté d'angoisses ce week-end », il ne serait alors pas plus angoissé qu'auparavant. Elle poursuit en donnant des détails sur sa présentation globale jusqu'à la ligne 9, où GIL prend la parole et nuance un peu les propos de GRI : si le patient n'a pas rapporté d'angoisse spécifique, c'est parce qu'il est « asymptotique » lors de cette hospitalisation. GRI s'aligne complètement à cette idée que GIL développe jusqu'à la fin de l'extrait, en produisant à deux reprises, en chevauchement, une approbation manifeste (répétition de « ouais » aux lignes 11 et 14). Elle complète par ailleurs le discours de GIL aux lignes 18-19, en précisant une nouvelle fois la présentation du patient face aux soignants, et en mutualisant une nouvelle expérience vécue personnellement. Suite à cet alignement particulièrement fort des deux infirmières en réaction à la question de LIM, la prochaine partie d'extrait nous présente une demande de OUS, médecin généraliste, voulant faire réduire les prises d'anxiolytiques du patient.

Deuxième partie

22 GIL [hm]
 23 OUS [.tsk .h] du coup si tu peux baisser les anxioly°ti-°
 24 LIM ou[ais on voulait:]
 25 OUS [-tiques le]
 26 LIM euh:
 27 OUS voilà l` plus ra[pidement possible]
 28 LIM [ben là euh si-] on voulait et vu
 29 qu'i` ((rire expiré)) disait qu'il est [hype]r angoissé&
 30 LOC [hum]
 31 LIM &j` v[oulais] pas les augmenter donc j` les ai pas baissés .h:
 32 OUS [hm]
 33 (0.6)
 34 LIM m[ais] euh
 35 OUS [ok]
 36 GRI hm

37 LIM [du coup voilà]
 38 OUS [mais voilà] [juste garder ça en tête]
 39 GRI [.h:: il a pas rapporté d']angoisses i`
 40 [dort tr:ès]: bien
 41 LIM [(inaud.)]
 42 (.)
 43 GIL hm
 44 IVA bah lui i` dit qu` [justement euh:: `fin ça]&
 45 GRI [.h: (inaud.)]
 46 IVA &lui fait du bien pa`ce que ces derniers temps euh[:]
 47 GRI [hm]
 48 LIM [i` dort]
 49 GIL [hm]
 50 IVA il arrivait pas à dormir [comme ça et là]: euh::
 51 LIM [oui c'était euh]
 52 (0.3)
 53 GIL i` r[écupère hein]
 54 GRI [en même temps] il a c` qui faut hein pour le
 55 [coucher hein]
 56 PAC [ou:ais] il a un s[acré:
 57 GIL [°ouais ça c'est°] clair
 58 GRI et il le dit d'ailleurs i` dit avec c` que j'ai hein j` peux
 59 bien dormir hein
 60 (.)

Aux lignes 23, 25 et 27, OUS propose, en réaction aux propos précédemment tenus, de baisser « le plus rapidement possible » les anxiolytiques du patient. En effet, la durée de prescription n'est pas censée dépasser 12 semaines, concernant les anxiolytiques benzodiazépines. Or, dans la réalité, ce n'est souvent pas le cas (Bénard-Larivière & Pariente, 2018), ce qui peut par ailleurs entraîner des conséquences assez lourdes, e.g. la dépendance des patients à la molécule, des risques de chutes accrus chez les personnes âgées, etc. (Gerlach *et al.*, 2018). Comme nous le verrons dans la dernière partie de l'extrait, monsieur Dubreuil prend des benzodiazépines depuis deux ans, et a de gros problèmes respiratoires, qui peuvent être aggravé par la prise de ce genre de molécules (Vozoris *et al.*, 2014).

La requête de la médecin généraliste a pour réponse une séquence de DRI, produite par l'interne en psychiatrie, à la ligne 29. Notons que dans l'*inquit*, LIM rit. Le rire en interaction a été étudié dès les débuts de la discipline (Jefferson, 1979, 1984), et peut montrer un refus, du moins une résistance au propos précédent (Glenn, 2003). Dans cet extrait, nous pensons que c'est effectivement

le cas : LIM résiste à la requête de OUS, en donnant à entendre à la généraliste les raisons de sa résistance. L'interne n'a pas baissé les anxiolytiques, parce que le patient se disait « hyper angoissé », et manifeste son refus par le rire. Il ne s'agit pas d'une invitation à rire pour les autres participantes, et n'est d'ailleurs pas reçu en tant que tel. Après un continueur ligne 32 et une approbation ligne 35 produits par OUS, cette dernière répète son injonction à la ligne 38 « mais voilà juste garder ça en tête ». En chevauchement, GRI appuie le propos de la généraliste aux lignes 39-40, sous forme de DRI : le patient ne rapporte pas d'angoisse et dort très bien. Ce faisant, elle s'aligne à la volonté de baisser les anxiolytiques, puisque le patient va mieux.

IVA prend ensuite la parole à la ligne 44 pour négocier l'idée selon laquelle le traitement devrait être modifié. Pour ce faire, elle utilise encore une fois du DRI, attribué au patient. Elle ne remet pas en question les propos de ses collègues, mais en change l'angle : le patient ne rapporte pas d'angoisse et dort certes mieux, mais spécifie que la prescription lui est bénéfique. Elle argumente par la preuve, tenant dans le discours du patient lui-même. A la ligne 51, LIM approuve en chevauchement. Nous avons donc à ce stade deux « groupes », appuyant des postures différentes : GRI et OUS se présentent comme étant favorables à une baisse des anxiolytiques du patient, là où IVA et LIM sont plus modérées dans leurs réponses. Dans les deux cas, les soignantes, en dehors de OUS, appuient systématiquement leur posture par l'usage de DRI attribué au patient. La voix de ce dernier, dans sa représentation lors des relèves, est alors utilisée comme procédé argumentatif. Enfin, lignes 54-55, GRI apporte un dernier argument, à savoir le fait que la prescription du patient est particulièrement chargée. Après des approbations de PAC et GI aux lignes 56-57, elle étaye son propos par une dernière séquence de DR, cette fois-ci dans une modalité directe, et toujours attribuée au patient : « avec ce que j'ai je peux bien dormir hein ». Dans la troisième partie à venir, les soignantes vont directement adresser les problèmes qui se posent quant à la prise effective de benzodiazépines du patient, et cette fois-ci étayer leurs arguments dans une modalité plus directe.

Troisième partie

61 LIM [ouais]
 62 GRI [.H:]: [H]
 63 GIL [hm]
 64 (.)
 65 GRI [effectivement ((rires))]
 66 LIM [mais l` problème c'est qu` les benzo il les a] d`puis deux ans
 67 donc euh °`fin ça sert plus [à rien] quoi°
 68 GRI [hm]
 69 (1.6)
 70 OUS ben ça sert plus à rien p`is ça: ((rire expiré))
 71 [ça aggrave sa fonction res][pira][toire]
 72 LIM [et p`is en plus ça ça aggra][ve]
 73 GRI [hm]
 74 GRI [hm] c'est ça[:]
 75 LOC [°c']est-°

Après cette partie, la question de la prescription d'anxiolytiques n'est plus abordée pour ce patient dans nos données. Après quelques régulateurs produits par LIM, GRI et GIL et une micro-pause, LIM aborde un argument lignes 66-67 de façon directe qui va à l'encontre de son point de vue préalablement étayé. Si jusqu'à présent elle se montrait favorable au maintien des médicaments, elle en reconnaît désormais le caractère inutile. C'est même elle qui introduit la notion auprès de ses collègues. Par la suite, après une pause marquée de 1,6 seconde, OUS ajoute aux points négatifs de l'usage de ce type de médication l'aggravation de la fonction respiratoire du patient, déjà très mauvaise (voir par exemple la relève de la première semaine à 9 heures le concernant, lors de laquelle la question est abordée longuement). Cet argument est par ailleurs répété/repris sous forme d'énoncé quasi-choral par LIM, à la ligne 72, et est approuvé par GRI aux lignes 73-74. Le désaccord reste marqué (puisque manifestement, les anxiolytiques n'auront pas vocation à être baissés directement après la relève), mais est nuancé dans des propos non-rapportés.

Une nouvelle fois, la monstration d'un désaccord passe donc par l'usage d'un DR qui s'aligne ou non aux arguments précédents. De la même manière, nous constatons que l'argumentation par la preuve est utilisée par les soignants. Dans une certaine mesure, les différents raisonnements sont à la fois montrés et

démontrés par le fait de rapporter des propos, ici ceux du patient. Puisque le parcours de soins doit être en adéquation avec les besoins des usagers, alors le discours des usagers prévaut dans le cadre des relèves et de l'adaptation des prescriptions et de la suite des hospitalisations. Notons par ailleurs que cette représentation est plus pertinente que le cadre légal : dans l'analyse précédente, cela se manifeste par le maintien des anxiolytiques, là où les recommandations de la Haute Autorité de Santé voudraient les réduire, voire les stopper, d'autant plus dans le cadre d'une co-morbidité aggravée par leur usage (Haute Autorité de Santé, 2018).

Le dernier extrait concernant l'argumentation est une nouvelle fois plutôt long, et sera séquencé en trois parties. Les soignants discutent du cas de monsieur Gomez, et les soignants non-médicaux apportent au psychiatre une proposition de prise en charge. Après un refus manifeste de sa part, et en utilisant des séquences de DR, les infirmiers parviennent à le faire changer d'avis. Nous retrouvons CHA, psychologue, DER, psychiatre, PAC, FAL et BER, infirmiers, BOU, aide médico-administrative et POM, psychomotricienne. Il convient de préciser d'une part que la négociation du parcours de soins démarre avant l'extrait à suivre (le patient est déjà installé dans le salon suite à la gestion d'une crise durant la nuit qui a entraîné des mouvements dans l'unité), et que les trois parties sont entrecoupées de moments non-transcrits, qui concernent respectivement les unités et psychiatres dont dépend le patient (entre les parties 1 et 2, d'une durée de 20 secondes), et le fait que la psychiatre qui suit monsieur Gomez arrive dans l'après-midi (entre les parties 2 et 3, d'une durée de 23 secondes).

EXTRAIT 56 (GOMEZ S3 9 HEURES)

Première partie

1 PAC après en relève euh c` matin on questionnait le fait de lui
2 apporteuh- de lui apporter une contenan:/ce euh\ .h par
3 exem:/ple en::\ (0.7) en autorisant l` retour en cham/bre mais
4 en instaurant des temps d` salon dans la journée/
5 CHA hm/
6 (0.5)

7 PAC euh pour pouvoir à la fois l` canaliser un p`tit peu:/ et
 8 garder:/ euh:\ (0.7) on pensait qu` ce serait assez pertinent
 9 pour c` patient/ (0.4) qu'est quand même [aussi]&
 10 DER [hm hm/]
 11 PAC &en recherche de ça\
 12 (1.8)
 13 CHA p`is surtout s'il est: très perméable/
 14 (0.3)
 15 PAC ouais\
 16 (0.3)
 17 DER ouais c'est une bonne alternative ouais\

Dès la première ligne de l'extrait, et jusqu'à la 9ème, PAC produit des séquences de DRI, dans lesquelles elle expose directement une proposition collégiale des soignants non-médicaux quant à une modalité de traitement particulière, à savoir l'instauration de « temps de salon dans la journée » (ligne 4). De façon progressive, elle commence par présenter une potentielle prise en charge de façon globale (lignes 1-2), avant de proposer une réalisation de celle-ci (lignes 3-7), avant de donner des arguments appuyant son propos (lignes 7-8), et de rappeler que cette proposition a été discutée et validée par plusieurs soignants (lignes 8-9). PAC apporte ainsi l'intégralité des éléments pour son argumentation. CHA appuie son propos, à la ligne 13 (et elle reprend une partie du début de la relève concernant le patient), et DER le valide en tant que « bonne alternative » à la ligne 17. Dans l'absolu, et à ce stade de l'interaction, les participants s'alignent parfaitement et aucun désaccord n'est marqué. Dans la deuxième partie, une forme de *quiproquo* est visible, conduisant le psychiatre à se désaligner des intentions des autres soignants. La gestion du trouble nous intéresse particulièrement (Drew, 1997), ainsi que l'ensemble des procédés argumentatifs et conversationnels mis en place par les soignants pour résoudre à la fois ce trouble en tant que tel, mais aussi le désaccord manifesté par DER.

Deuxième partie

18 DER bon ben (.) on va faire ça à c` moment là on va l` sortir de:-
 19 du salon aujourd'hui/ et p`is (1.0) avec la consigne/ euh\
 20 (1.0) vivement encourager d'aller en salon si ça va pas\
 21 (1.3)
 22 LOC (attends ça-)
 23 PAC [même de le:- `fin:]
 24 BER [même si ça va pas/] [ou: `fin:\] l'idée c'était&

18 CHA [de manière systématique/]
 19 BER [de] prescrire euh\
 20 DER [euh\
 21 PAC [de manière euh]:\
 22 DER [ouais//]
 23 DER j` suis pas censé mettre- pff:
 24 PAC s- sachant [que c-]
 25 DER [ouais mais est-ce que-]
 26 (0.4)
 27 PAC c` qu'on crait aussi malgré tout:/ c'est que:\ c` qui le f`sait
 28 aussi brasser/ c'était l` contact avec madame gerardinon\
 29 (0.3)
 30 DER hm hm\
 31 PAC donc est-ce que ce s`rait (0.2) peut être pas délétère pour
 32 lui/ de le: reconfronter directement à l'ensemble des patients
 33 dans l` servi:/ce et euh\ (0.9) euh: beaucoup d` stimulations
 34 soudai:/nes ou euh au contraire:/ de trouver un juste milieu:/
 35 entre la c i et:\
 36 DER hm hm\
 37 (2.0)
 38 DER parce que un salon à titre systémati/que c'est plus vraiment un
 39 salon\ en fin [d` compte\
 40 POM [non\]

De la ligne 18 à 20, DER formule une prise en charge au regard de l'interaction préalable. Il reprend les arguments précédemment introduits par PAC, et propose de « le sortir du salon aujourd'hui » (que l'on peut mettre en rapport avec « en autorisant le retour en chambre », ligne 3), et de « vivement encourager d'aller en salon si ça va pas » ligne 20 (qui reprend « en instaurant des temps de salon dans la journée », ligne 4). Après une pause de 1,3 seconde, PAC, BER et CHA produisent en chevauchement une première initiation de réparation. PAC, à la ligne 23, amorce un propos en utilisant « même », tout comme BER. Les deux occurrences n'ont pas le même fonctionnement. Pour la première, nous pensons qu'il s'agit d'une particule d'amplification, ou d'emphase, c'est-à-dire dont le fonctionnement souligne et augmente un fait. Ainsi, là où DER propose quelque chose, PAC proposerait une autre modalité, plus forte. Concernant l'autre infirmière, il s'agit d'une hétéro-initiation de réparation : il s'agit d'une question (comme l'indiquent intonation montante, et réponse candidate en deuxième partie de tour), dans laquelle elle propose une reformulation. CHA, quant à elle, initie également une hétéro-réparation, en demandant directement au psychiatre s'il s'agirait non pas d'une proposition faite à monsieur Gomez, mais d'une obligation pour le patient.

Il ne s'agit pas d'un énoncé choral, dans le sens où le contenu diffère grandement. Seulement, du fait de la substance des propos, nous voyons un fort alignement entre les participantes : les trois initient, de façon différente, une forme de réparation du discours de DER. Lignes 24-26, BER amorce même une formulation de ce qui n'a visiblement pas été compris par le psychiatre (« l'idée c'était de prescrire de manière »). S'il ne s'agit pas à proprement parler de DR, l'argumentation passe de nouveau par la représentation d'un discours préalablement tenu, même si dans ce cas précis l'objectif n'est pas de montrer par la preuve, mais de produire une réparation. De toute manière, l'effet est similaire : c'est par la reprise que fonctionne la logique conversationnelle. DER n'est manifestement pas entièrement réceptif à la démarche. En effet, après avoir attesté de sa compréhension du propos des soignantes (« ouais », ligne 29, prononcé avec une intonation dont la montée est particulièrement saillante), il précise à la ligne 30 qu'il n'est pas censé agir de la sorte.

Aux lignes 31-32, DER chevauche la prise de parole de PAC, et les deux s'interrompent pendant 0,4 seconde, avant que l'infirmière apporte un nouvel argument à son propos sous forme de DRI (lignes 34-35). Elle cite encore les énoncés produits lors de la prise de décision collégiale du matin, comme l'indique l'utilisation du pronom « on ». Suite au continueur du psychiatre à la ligne 18, elle formule le lien argumentatif entre son DR et la prescription du salon d'apaisement pour le patient dont il est question (lignes 19 à 23). Séquentiellement parlant, dans sa tentative de convaincre DER de l'utilité de la proposition qu'elle lui transmet, elle produit donc un DR qu'elle explicite ensuite. Nous pensons que cette séquentialité va dans le sens de nos autres analyses : c'est une nouvelle fois les discours que les soignants rapportent qui priment, et sur lesquels portent les dynamiques argumentatives. Enfin, lignes 26-27, DER étaye de nouveau son refus, de façon plutôt nuancée, ce que POM approuve à la ligne 28. Dans la troisième partie, la primauté est donnée aux propos de PAC, et un autre infirmier fait une répétition de ce qu'elle a dit, en mettant en valeur l'incompréhension du psychiatre et le trouble qui en a résulté.

Troisième partie

40 FAL sachant que c` que #tu disais/ c'est pas des:: salons
41 fal #pointe et regarde PAC, image 17
42 FAL #systématiques/ c'est des temps en salon dans la journée\
43 fal #regarde DER -->45, image 18
44 (1.6)
45 FAL non/#
46 fal #regarde PAC, image 19
47 (0.5)
48 PAC ouais/ c'est [ça/] (.) de pouvoir/ euh\
49 CHA [hm]
50 (0.5)
51 DER [oui mais là vous l'idée c'est qu` si-]&
52 FAL [(parce que là c'était:/]&&
53 DER &[si j'ai]&
54 FAL &&[de:\]
55 BOU [(inaud.)]&&
56 DER &[bien compris c'est que en fait on lui laisserait pas l`choix]
57 BOU &&[(inaud.)]
58 (0.2)
59 DER [de l` conduire/] en:\ (0.5) en- [en salon] il irait même si&
60 BOU [(inaud.)]
61 LOC [hm hm]
62 DER &lui n'est pas d'accord/ en fait\
63 (0.9)
64 PAC mais j` pense qu'i` s`rait- en fait [j` pense qu'i`]&
65 DER [i` serait d'accord/]
66 PAC &serait même d'accord dans l` sens où même lui parfois i`
67 demande à être contenir/ euh::\ ph-
68 DER hm hm
69 PAC physiquement/ donc euh\
70 (1.0)
71 DER d'accord\
72 (2.0)
73 DER bon\ on essaye de lui présenter comme ça/ [que\]
74 PAC [ouais] j` pense que
75 ce serait:/ euh\ (1.2) ouais\

Aux lignes 40-42, FAL produit un DRI attribué à PAC. Il reprend le propos tenu initialement aux lignes 1 à 4 de l'extrait, et tend ainsi à produire une nouvelle réparation hétéro-initiée : en rapportant les propos de l'infirmière, il rétablit d'une part le discours qu'elle a produit, mais reprend également les éléments présentés comme problématiques par DER (« **un salon à titre systématique** c'est plus vraiment un salon » ligne 26-27, *versus* « c'est **pas des salons systématiques** », lignes 40-42). Au final, si dans l'absolu l'infirmier rapporte les propos de sa collègue (ce qui est notamment rendu visible par l'usage du pronom

deuxième personne dans l'*inquit*), il reprend également ceux du soignant médical, et les oppose au discours préalablement produit.

Ce point est manifesté par les postures, regards et gestes de l'infirmier. Nous avons représenté ci-dessous les captures d'écrans correspondant aux lignes 41, 43 et 46 de la transcription, dans deux vues. Nous avons choisi, au vu de la disposition des participants autour de la table, de conserver des plans larges pour ces quelques captures.



Image 17.a : pointage de FAL vers PAC, première vue



Image 17.b : pointage de FAL vers PAC, deuxième vue

L'adressage ne fait donc pas de doute pour FAL. Entre l'utilisation du « tu », l'orientation du corps, le regard, et le pointage manifeste, c'est bien le discours

de PAC qu'il rapporte, et qu'il présente en tant que tel au reste des participants à la réunion. Concernant la reprise des propos de DER, nous voyons sur les deux images suivantes que FAL réoriente son regard vers DER au moment où il précise qu'il ne s'agit pas de salons systématiques (ligne 43).

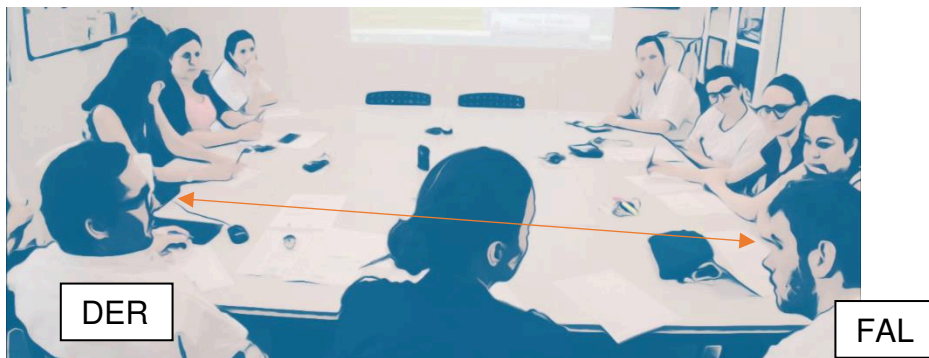


Image 18.a : orientation du regard de FAL vers DER, vue 1



Image 18.b : orientation du regard de FAL vers DER, vue 2

FAL poursuit son propos en regardant DER durant toute la pause de 1,6 seconde, à la ligne 44. Malgré l'adressage manifeste au psychiatre, faisant écho à ses propos, et au TRP, DER ne se sélectionne pas pour prendre la parole. FAL se réoriente alors vers PAC, et lui demande confirmation en ce qui concerne la restitution et la représentation de son discours à la ligne 45 (cf. images 19.a et 19.b ci-dessous) :



Image 19.a : orientation du regard de FAL vers PAC, vue 1



Image 19.b : orientation du regard de FAL vers PAC, vue 2

Durant ces quelques secondes, FAL produit donc un premier DR attribué à PAC, dans l'optique de réparer le trouble interactionnel qui a pour origine l'incompréhension de DER quant à la proposition de l'infirmière. Il reprend également les propos du psychiatre, dont le balisage passe par le cotexte (c'est-à-dire la répétition des termes qu'il a utilisé), et la posture de l'infirmier (son orientation vers le soignant médical, et le regard appuyé qu'il lui porte). Du point de vue de l'argumentation, c'est une nouvelle fois le discours tenu originellement qui prime : FAL répare le trouble instauré dans la réunion, par la représentation et la confrontation de deux discours contradictoires, et « distribue » la parole rapportée aux participants qui en sont à l'origine, de façon multimodale. En produisant cette réparation, il relance par ailleurs le débat autour du patient,

malgré les deux refus du psychiatre qui, en tant que soignant médical, a de toute façon le dernier mot quant aux prescriptions rédigées.

La gestion du trouble ne s'arrête cependant pas là. Après que PAC a confirmé le rapport de vérité entre propos cités et propos d'origine (« ouais c'est ça », ligne 48), une amorce de développement (« de pouvoir euh », même ligne) et une courte pause à la ligne 50, DER et FAL entament de façon concomitante un tour, aux lignes 51-52. De son côté, l'infirmier continue le développement de sa collègue (« parce que là c'était de »), mais nous allons principalement nous intéresser aux propos du psychiatre. Ce dernier formule en effet sa propre compréhension du discours des soignants non-médicaux : « oui mais là vous l'idée si j'ai bien compris c'est que en fait on lui laisserait pas le choix de le conduire en salon il irait même si lui n'est pas d'accord en fait » (lignes 51, 53, 56, 59 et 62). Attardons-nous sur ce tour. Premièrement, le psychiatre a perçu l'existence d'une voix commune aux soignants non-médicaux : il utilise le « vous », là où les participants se tutoient habituellement. Les rapports entre locuteurs qui produisent les DR et les énonciateurs représentés sont donc considérés par DER. En effet, PAC utilisait « on » dans les *inquirts* des deux premières séquences rapportées, qui dans le savoir commun aux professionnels de l'unité correspondent à des infirmiers et aides-soignants, étant donné qu'elle avait précisé que cette discussion avait eu lieu durant la relève du matin. FAL a quant à lui repris le discours de PAC en appuyant, comme nous venons de le voir, le fait qu'elle en était à l'origine. Le psychiatre prend également en compte les multiples réparations produites par les autres participants (pour rappel, nous faisons référence aux propos de PAC, BER et CHA aux lignes 23 à 28, et à ceux de FAL aux lignes 40 à 44), comme nous le constatons avec « si j'ai bien compris », aux lignes 53 et 56. Cette proposition est selon nous un atténuateur que nous pouvons mettre en relation avec la théorie de la politesse.

Brown et Levinson parlaient déjà du lien entre *hedging* et politesse dans leur ouvrage de référence sur la question (Brown & Levinson, 1987), en particulier en ce qui concerne la volonté d'éviter le désaccord (*ibid.* : 116-117). Cependant, nous ne pensons pas qu'il s'agit « d'éviter une communication

précise de l'attitude » d'un locuteur (notre traduction), mais au contraire de l'accentuer : en formulant les propos des autres soignants, DER désambiguïse le propos qui est à l'origine du trouble. En spécifiant « si j'ai bien compris » (lignes 43-48), il protège sa face de l'éventuelle émergence d'une autre séquence de réparation. Par ailleurs, son usage du conditionnel dans ce tour accentue l'idée selon laquelle il s'agit d'une conclusion que le psychiatre tire des propos des infirmiers. Le rapport entre formulation et DR est ténu. Syntaxiquement parlant, la question ne se pose pas, mais du point de vue du contenu, la dynamique est la même. Dans ce cas, DER présente aux autres participants le discours qu'il a compris. L'objectif n'est pas mimétique, mais le rapport entre les propos qui sont à l'origine du discours du psychiatre et la représentation de ceux-ci est finalement similaires au rapport que l'on peut voir dans une séquence rapportée.

Comme nous le constatons dans les réactions de PAC aux lignes 56 à 59, il s'agit pour DER d'argumenter en faveur d'une solution différente de celle proposée par les soignants non-médicaux. Le salon d'apaisement, dont il est question dans l'extrait, fonctionne sur la base du consentement : le patient doit explicitement accepter d'y aller. Or, dans la compréhension de DER, et dans ses propos, il s'agirait de ne pas prendre en compte ce consentement, et c'est justement le point qui lui pose problème. PAC, dans sa réponse, montre qu'elle a compris le problème, et apporte une solution en deux parties. Elle expose d'abord son argument (« je pense qu'il serait même d'accord », lignes 56-58), puis l'étaye avec une nouvelle séquence de DRI attribuée au patient (« dans le sens où même lui parfois il demande à être contenir¹⁴ physiquement », lignes 58-61). Son argumentation est entendue par DER, qui approuve et valide la prise en charge à la ligne 65 (« on essaye de lui présenter comme ça »).

L'intégralité de ce long extrait nous montre deux aspects dans le DR. D'une part, il s'agit d'un outil puissant d'argumentation. En proposant un discours tiers,

¹⁴ Il ne s'agit pas là d'une erreur mais bien de la production de l'infirmière

les soignants appuient leurs propres propos, et sont à même de faire entendre la voix d'un autre, qui soutient leur propre discours. D'autre part, nous avons également vu en quoi l'usage du DR peut permettre aux participants de gérer des troubles en interaction, qu'il s'agisse de réparations ou de protection des faces.

Ces quelques extraits analysés sont pour nous représentatifs de l'aspect argumentatif de l'usage des DR dans notre corpus. Qu'il s'agisse d'argumenter par la preuve, dans une dynamique de représentation de propos dans une modalité directe ou non, ou encore de présenter un argument sous forme de DR puis de l'étayer, les soignants mobilisent ces formats syntaxiques particuliers pour présenter leurs idées, leur donner du poids, et permettre au parcours de soins du patient d'être en adéquation avec leurs propres constats quant à ses états psychiques. Le DR dans les relèves infirmières en psychiatrie ne sert cependant pas qu'à argumenter et étayer des propos. Nous allons à présent nous intéresser aux rapports qu'entretiennent propos rapportés et émotions.

7.2. FONCTIONS ÉMOTIVES

La reconnaissance de l'émotion en psychiatrie est un élément majeur, dans la gestion du risque tout comme dans la pose de diagnostic ou encore l'évolution des pathologies. Si ce postulat semble évident pour une dépression, dans laquelle les variations émotionnelles des patients font partie des symptômes, c'est également le cas dans le cadre des crises de violences, où l'on trouve de l'agressivité manifestée par de la colère, de l'anxiété, de la peur ou encore de la bipolarité où l'on peut reconnaître de la mélancolie ou une surestime de soi passant par de l'euphorie. La gestion du risque suicidaire, dont nous avons déjà parlé en 5.3.3., peut également passer par la reconnaissance des émotions du patient : les auteurs s'accordent à dire qu'il existe un lien entre le passage à l'acte et les ressentis des personnes (Arria *et al.*, 2009; Dour *et al.*, 2011; Lynch *et al.*, 2004, entre autres).

La question des fonctions émotives de l'utilisation de DR dans les relèves infirmières en psychiatrie est donc cruciale en ce qui concerne les soins, et par extension les patients. Puisqu'il s'agit d'un des aspects relevant de la survie des patients, mutualiser ses émotions est critique. Dans une dimension moins marquée, les soignants vont également être amenés à partager leurs propres émotions lors des relèves. Les statuts de soignant et de patient, comme nous l'avons déjà dit en 2.2.3., sont soumis à une forme de distance, non compatible avec l'expression directe d'émotions telles que la peur ou la compassion de la part des professionnels du soin. Les relèves se veulent des moments où une forme de libération et de manifestation des ressentis des soignants est possible, en n'impactant pas le parcours de soins du patient. Enfin, les relations entre soignants sont également ponctuées de formes d'émulations émotionnelles, dans lesquelles ils peuvent laisser libre cours à leurs humanités en action, et se rapprocher les uns des autres, créant ainsi une forme de cohésion sociale forte. Dans cette section, nous allons nous intéresser à ces trois fonctions (expression de l'émotion des patients, des soignants et par l'expression de ces dernières la création d'un moment de cohésion sociale forte), en commençant par l'expression des émotions des patients.

7.2.1. UN AUDITOIRE ÉTENDU POUR L'ÉMOTION DU PATIENT

Dans cette sous-section, nous analysons différents extraits selon qu'ils relèvent de l'expression de différentes émotions provenant des patients. Nous nous intéressons à la tristesse, à la peur, à la lassitude et aux variations d'émotions représentées par des séquences de DR. Le premier extrait advient lors d'une relève concernant monsieur Gomez. COU, super-locutrice, rapporte des propos faisant état de sa tristesse, tout en focalisant son propre discours sur l'incohérence du patient.

EXTRAIT 57 (GOMEZ S3 6 HEURES)

1 COU nous il::- (.) il disait (.) je suis triste/ alors on lui dit
 2 pourquoi il était triste/ euh\ (0.5) il nous parle de sa::- de
 3 sa grand-mère/ bah parce que ma grand-mère/ est encore vivante/
 4 et ma cousine est: anorexique\ (0.6) euh:: oui/ (..) c'est quoi
 5 l'ra- `fin:\ t` sais on voyait pas trop l` rappo:rt/ (0.7)
 6 bah:: on lui d- donc on lui:: demande des explications/ bah
 7 oui/ elle a quatre-vingts ans:/ elle est encore vivante:/ elle
 8 est en bonne santé/ alors qu'ma cousine elle est\ - (1.2) ` fin
 9 bon c'était un peu des explications/((rire expiré)) (1.8) pis
 10 après il partait sur aut' chose qu'avait RIEN à voir/ on
 11 arrivait même plus à suivre le FIL/ (1.0) mais bon une fois
 12 qu'il a pris son traitement:/ euh::\ il a: dormi: toute la nuit
 13 il dort encore/ là\

Dès la première ligne de l'extrait, COU produit une séquence de DRD attribuée au patient faisant état de sa tristesse (« il disait je suis triste »). Cette soignante fait partie de l'équipe de nuit, qui est assez restreinte en terme de professionnels présents sur les lieux. En rapportant au style direct les propos du patient concernant ses émotions, elle permet aux autres soignants de s'en emparer, et offre ainsi aux discours tenus en première instance un auditoire potentiellement étendu. La mutualisation des informations étant au cœur de l'activité du soin, les participants à cette réunion devraient théoriquement aussi transmettre cette information.

Seulement, elle ne se borne pas à une séquence de DR, mais s'engage dans un dialogue rapporté. En effet, elle poursuit lignes 1-2 avec une question que les soignants de nuit ont posé au patient en réponse à son constat quant à son humeur (« on lui a demandé pourquoi il était triste »), puis rapporte, dans un glissement syntaxique, la réponse du patient au DRI avant de la formuler au DRD lignes 2 à 4 (« il nous parle de **sa** grand mère bah parce que **ma** grand mère »)¹⁵. Elle poursuit après une pause de 0,6 seconde par une portée de DRD attribuée aux soignants, sans indication lexicale de changement d'énonciateur (« euh oui c'est quoi le ra[pport] » lignes 4-5), avant de produire une auto-réparation auto-

¹⁵ Il est intéressant de noter que ce dialogue rapporté correspond à nos remarques concernant l'alternance des DRD et DRI selon les énonciateurs rapportés, que nous avons traitée en 5.3.

initiée, probablement due au changement de locuteur non marqué pouvant entraîner un trouble dans l'interaction. Elle précise donc que les soignants ne « voyaient pas trop le rapport » ligne 5, avant de poursuivre sur un DRN attribué aux professionnels de nuit (« on lui demande des explications » ligne 5), puis un DRD attribué au patient, non marqué grammaticalement lignes 6 à 8.

Après une pause de 1,2 seconde, elle formule la réaction que l'équipe de nuit a eu face au discours du patient, par le biais d'un rire. En effet, le patient se dit triste (ligne 1) parce que sa grand-mère est en vie, mais sa cousine est malade, ce qui ne fait pas de sens pour l'infirmière. Dans la suite de sa prise de parole, elle explicite sa désorganisation au niveau du discours (« il partait sur autre chose qui n'avait rien à voir » ligne 10), avant de mutualiser une information habituelle à la relève du matin, à savoir la qualité de sommeil du patient durant la nuit (lignes 12-13).

COU produit donc dans cet extrait un DRD présentant la tristesse exprimée du patient. Cependant, en mettant l'exergue sur l'incohérence de son discours, ce n'est plus l'état émotionnel du patient qui est au centre de la mutualisation, mais son comportement discursif. C'est par ailleurs ce qui est manifestement compris par les autres participants à cette réunion, étant donné que la tristesse du patient ne sera pas transmise lors des relèves suivantes, mais sa désorganisation le sera. Nous pouvons donc signaler que lorsqu'une émotion est mutualisée, il ne s'agit pas nécessairement de l'information retenue par les autres participants, là où les commentaires semblent être retenus comme pertinents.

Le prochain extrait présente un fonctionnement différent. Il est question de la tristesse de madame Delattre, de façon implicite. Il s'agit du tout début de la séquence pour cette patiente, et GIL, super-locutrice, fait la transmission des informations générales la concernant.

EXTRAIT 58 (DELATTRE S1 9 HEURES)

- 1 GIL madame delattr` : (.) madame delattre qui est: très très
2 discrète euh:: qui elle euh:: se sent se bien déprimée quand

3 même elle arrive à dire que: (.) .tsk .h voilà elle sentait qu`
4 le virage dépressi[f é]tait quand même bien bien présent:&
5 GAL [hm]
6 GIL &qu'elle avait pas forcément d'envies: que .h:: c'était
7 difficile pour elle de faire les cho:s'es de s` mobiliser: euh
8 d` faire ses soins d'hygiène etcetera

Il faut rappeler pour l'analyse de cet extrait que durant les semaines de captation de notre corpus, l'état de madame Delattre s'est dégradé. Les discussions la concernant sont donc imprégnées de ses émotions, en particulier des éléments négatifs, en plus des problématiques judiciaires auxquelles elle doit faire face le temps de son hospitalisation. Il n'est alors pas surprenant de voir que dès le début de la séquence, GIL aborde la question de la dépression (ligne 2), et rapporte même les propos de la patiente à ce sujet, jusqu'à la fin de l'extrait. L'aspect émotionnel de ce discours tient dans le « virage dépressif » mentionné ligne 4, qui « correspond au changement plus ou moins rapide de polarité d'un épisode thymique » (Mauras & Gaillard, 2014 : 187), c'est-à-dire à une variation d'humeur allant de la manie vers la dépression. Puisque les symptômes cliniques de cette dernière comprennent des émotions négatives, alors ce virage dépressif les comprend également.

"The common feature of all of these disorders [depressive disorders] is the presence of sad, empty, or irritable mood, accompanied by somatic and cognitive changes that significantly affect the individual's capacity to function" (American Psychiatric Association, 2013 : 155).

GIL poursuit ensuite en rapportant les différents symptômes fonctionnels que décrit la patiente lignes 6 à 8.

En présentant, par l'utilisation d'un terme technique, les variations émotionnelles de la patiente, GIL produit une forme de diagnostic : au vu de son explicitation lignes 6 à 8, il est fort probable que la patiente n'ait pas parlé en première instance de « virage dépressif », mais bien de ses symptômes (ce que l'on retrouve par ailleurs dans le reste des relèves la concernant). En permettant

aux autres soignants d'avoir accès aux propos tenus en première instance, et en posant une forme de diagnostic par le biais d'un DR, GIL fait plus que rapporter une émotion : elle la contextualise, et la confronte à la pathologie de la patiente. Ce faisant, l'ensemble des participants a accès d'une part aux émotions de madame Delattre de façon indirecte, mais également aux savoirs que GIL a mis en pratique, en ce qui concerne la psychiatrie et la patiente.

Les émotions rapportées par les séquences de DR ne se bornent pas à celles du patient dont il est question au moment de l'énonciation. Le prochain extrait illustre ce phénomène. GIL rapporte les émotions de l'ensemble de la patientèle présente dans le service par rapport à monsieur Borali.

EXTRAIT 59 (BORALI S1 14 HEURES)

1 GIL le problème c'est que les patients s'en plaignent beaucoup/ en
 2 disant qu'il est insupporta:b` [que les patients n'osent pas]&
 3 ALI [((rire))]
 4 GIL &parler et osent rien dire parce qu'ils ont peur un peu de sa
 5 réaction:/ euh .h: fin:: ça reste bien/ compliqué

Monsieur Borali est un patient compliqué pour les soignants dans nos données, comme l'indiquent les autres extraits analysés. Dans celui-ci, GIL aborde la question des autres patients par rapport à lui, sous la forme de DR. En produisant d'abord un DRN indiquant les plaintes (ligne 1), puis en le formulant (lignes 2, 4 et 5), elle place au cœur de la relève de ce patient les conséquences émotionnelles qu'il engendre auprès du reste de la patientèle. Il convient de souligner que dans une unité de soins psychiatriques, les différents patients s'influencent mutuellement, de façon bénéfique ou délétère. Dans nos données, nous avons constaté qu'au sein de l'unité, un problème de consommation de stupéfiants et de trafic entre les différents usagers du service avait été repéré par les soignants (voir Monsieur Lebrun, semaine 2, 9 heures dans le corpus). Dans ce cas, l'influence est émotionnelle : comme l'indique GIL ligne 4, les autres patients ont peur de la réaction de monsieur Borali s'ils parlent.

Cette information peut paraître superflue, ou du moins peu importante. Or, sachant que certains membres de la patientèle souffrent d'anxiété aiguë, ce genre de réaction peut être dramatique dans le cadre d'une hospitalisation. En rapportant cette émotion commune, GIL prévient donc les autres participants qu'un trouble du soin existe au sein de l'unité, et qu'il est de leur responsabilité de le résoudre, dans une dynamique de soin. Elle souligne également par l'utilisation de ce DR l'inadaptation de ce patient dans l'unité, en ce qui concerne la vie commune, ce qui peut à la fois représenter un symptôme, ou à défaut un trouble à résoudre. La fonction est donc double : d'une part GIL tend vers une résolution d'un problème de monsieur Borali, mais également des autres patients qu'il effraie.

Il arrive également que certains patients se montrent inadaptés, mais ne provoquent pas la peur chez les autres usagers pour autant. Dans l'extrait suivant, PAC rapporte une forme de lassitude d'un patient de l'unité vis-à-vis de madame Legros.

EXTRAIT 60 (LEGROS S3 9 HEURES)

1 PAC euh:: (0.3) au au repas elle ne- elle s- non mais franchement
 2 elle saoule tout l` monde hein elle saoule tout l` monde à un
 3 tel point qu` monsieur jacob lui a dit mais excusez-moi corine
 4 euh est-ce que vous pouvez pas vous taire quoi (0.5)
 5 [elle parle de] la bible&
 6 LOC [((rire))]
 7 PAC &de la torah qu'elle a lu en hébreu: et du docteur machin: et
 8 de ci et de ça .h: et que i` faut lire erasme et- (.) `fin bon\
 9 (0.9)
 10 PAC on ne l'arrête plus\ donc je pense que:
 11 (1.9)
 12 DER faut augmenter l` traitement/
 13 PAC ouais\

Lignes 1-2, PAC souligne de façon très marquée, notamment par l'usage d'une répétition, le fait que madame Legros « saoule tout le monde ». Elle explicite ensuite son propos par l'usage d'un DRD attribué à monsieur Jacob, lignes 3-4. En produisant un DRD qui explicite un propos préalablement tenu, PAC fait un lien entre ce qu'elle rapporte du patient ennuyé par madame Legros et le fait que la patiente « saoule tout le monde ». Le patient est donc présenté comme ayant

une émotion négative envers la patiente dont il est question dans cet extrait. Lignes 5, 7 et 8, PAC rapporte les propos que madame Legros a tenus, et qui sont à l'origine de la discorde, sous la forme d'un DRI. PAC produit ensuite une amorce de pensée rapportée ligne 10, qui est complétée après une longue pause de 1.9 seconde par une question de la part de DER, psychiatre (« faut augmenter le traitement »). PAC valide la proposition du soignant ligne 13.

Dans cette situation, PAC expose les émotions de monsieur Jacob, qu'elle étend au reste des patients, aux participants à la relève, afin de pouvoir proposer une solution au problème. DER, en tant que décisionnaire quant à la prescription, prend alors la responsabilité de co-construire la pensée rapportée amorcée par PAC ligne 10. La fonction du rapport des émotions est plutôt claire : il s'agit d'un moyen pour PAC d'argumenter et de justifier en quoi la patiente nécessite une augmentation de traitement.

Enfin, le dernier extrait que nous abordons dans cette sous-section concerne monsieur Lebrun, pour qui une multitude d'émotions sont mises en valeur par PAT et GIL, sous la forme de DR. Nous observons une progression dans les propos du patient concernant ses émotions, puisque les soignantes rapportent de la honte, de l'euphorie, et de l'inquiétude.

EXTRAIT 61 (LEBRUN S1 9 HEURES)

1 GIL euh::: il est censé être en permission aujourd'hui mais j` suis
 2 pas s:ûre qu'il l:a prene non plus:/ .h il parlait beaucoup/
 3 hier soir euh:: de honte euh vis-à-vis quand même de sa maladie
 4 du regard des au:tres `fin c'est quelque chose qui revient
 5 assez souvent/
 6 PAT en fait il déambulait pas mal hier en début d'après-midi/ (.)
 7 (où) il est beaucoup passé devant le bureau donc au bout d'un
 8 moment je l'ai interpellé j'ai dit ça va/ monsieur lebrun ça a
 9 pas l'air d'aller:/ euh .h et en fait il est rentré dans le
 10 bureau il était assez euphorique/ euh .(0.6) (on faisait) peut-
 11 être le lien avec l'effexor du coup qui avait été augmenté fin
 12 j` sais pas c'est d` l'effexo:::/r
 13 GAL alors je sais [pas]
 14 PAT [x]
 15 GIL euh: [j` sais plus je crois]
 16 PAT [x:: .H] [x:: .H mais en] tout cas/&
 17 GAL [il l'a pas marqué xx]

18 PAT &il était euh:: fin beaucoup de euh: de rire mais vraiment euh
 19 il était hilare/ quoi hein (...) il me disait mais: je sais p-
 20 oui ça va bien: ben là je pense à des trucs drôles donc euh
 21 (0.4) j` suis pas fou// hein mais: voyez j` pense à des choses
 22 drôles/ donc euh: donc bah je rigole/ il a eu besoin qu'on:
 23 (0.4) qu'on le rassure sur est-ce que c'est normal ou pas/
 24 [.H::]
 25 GAL [hm hm]
 26 PAT et puis finalement:/ il a fini par dire euh:: non mais en fait
 27 vous avez raison/ ça va pas\
 28 (1.0)
 29 PAT et là il a commencé à me dire voilà je euh: j:'ai (eu)
 30 l'impression que j` (suis euh::) que je passe pour un fou aux
 31 yeux de tout le monde euh: (0.5) fin la honte comme il a pu en
 32 parler déjà en entretien/ qu'on parle (par) la mala- il parle
 33 bien de sa maladie (0.8) °la schizophrénie°

GIL, super-locutrice de cette relève, finit de parler des permissions de monsieur Lebrun au moment du début de l'extrait. À partir de la ligne 2, elle produit du DR, afin de placer au centre de son discours une émotion du patient qui a été relatée aux soignants du soir la veille, à savoir la honte qu'il ressent d'être malade. PAT se lance ensuite à partir de la ligne 6 dans une longue séquence dans laquelle elle reprend toute l'interaction qu'elle a eu avec le patient l'ayant mené à exprimer son sentiment de honte. Après avoir spécifié que le patient se présentait comme euphorique ligne 10, et une séquence latérale concernant le traitement lignes 12-17, PAT produit une première occurrence de DRD attribué au patient lignes 19-22, spécifiant son état euphorique (« je pense à des choses drôles donc je rigole » lignes 21-22). Immédiatement après ce DRD, elle produit un DRN qui fait état d'une forme d'anxiété, ou du moins d'inquiétude (« il a eu besoin qu'on le rassure » lignes 22-23). Puis, le dialogue rapporté avançant, elle rapporte un état émotionnel négatif (« vous avez raison ça va pas » ligne 27), avant de produire les dernières séquences de DR de l'extrait, faisant état de la honte introduite par GIL précédemment (lignes 29 à 33).

Cet extrait fait donc montre d'une progression dans la représentation des émotions du patient par le biais des DR. Il convient de préciser que la façon dont PAT produit la séquence rapportée indique que l'évolution ne provient pas de la soignante et son activité de narration, mais bien du cadre d'interaction originel.

Or, nous constatons que PAT s'aligne avec GIL : les deux professionnelles ont, à terme, le même discours. Cependant, par la restitution de la conversation originelle à laquelle fait allusion GIL, et en représentant les échanges qui l'ont composée, la soignante permet à ses collègues d'accéder à beaucoup plus d'informations que le simple DR de la super-locutrice lignes 2-4. En effet, puisqu'elle donne autant de détails, elle offre l'opportunité aux autres soignants de se saisir d'une information supplémentaire : le patient subit une variation émotionnelle importante dans un très court laps de temps.

Le DR peut donc occuper une fonction d'expansion de l'auditoire pour les émotions des patients. Qu'il s'agisse d'une expression cruciale pour le soin et le risque à mesurer pour la poursuite du parcours du patient, ou d'une illustration d'un phénomène différent, il s'agit d'une plateforme fonctionnelle de monstration et de reproduction des émotions dites. Le soin en psychiatrie tenant une part de relationnel, ces moments de partage se veulent donc importants et nécessaires. Nous allons désormais voir en quoi le DR peut également servir aux soignants pour exprimer leurs propres émotions et ressentis, que ce soit par rapport aux patients de l'unité ou à leurs pairs lors des relèves infirmières.

7.2.2. L'EXPRESSION DE L'ÉMOTION DES SOIGNANTS

Les soignants peuvent eux aussi manifester leurs propres émotions suite à des séquences de DR, ou par le biais de ces séquences. Nous verrons tout d'abord deux extraits dans lesquels les soignants montrent une forme de compassion envers les patients, un dans lequel une soignante exprime une forme de peur, puis un dernier dans lequel une infirmière et un aide-soignant se plaindront des médecins.

Le premier extrait à suivre constitue la quasi-intégralité d'une relève concernant monsieur Lebrun. COU présente le même contenu que dans l'extrait précédent (56), et ajoute un commentaire suite à l'utilisation d'un DR faisant montre d'une émotion qu'elle peut ressentir à son contact.

EXTRAIT 62 (LEBRUN S1 6 HEURES)

1 COU euh monsieur lebrun euh:: qui a pas mal déambulé hier après-
2 midi:/ (0.4) et puis après il est venu là dans le bureau
3 s'installer pour discuter: euh:: il disait que (0.5) qu'il
4 avait assez honte par rapport à sa maladie du regard des gens:
5 il avait peur que les gens le prennent pour un fou:
6 (0.8)
7 COU hm
8 (0.9)
9 COU °voilà° c'est touchant comme patient
10 (0.3)
11 COU (sinon) la nuit pas de souci il dort il a regardé star wars

Nous sommes intéressés dans cet extrait par la position qu'occupent les propos de COU ligne 9. En effet, les moments où les soignants parlent de leurs propres émotions, d'autant plus vis-à-vis des patients, sont rares. Nous trouvons que ligne 9, en produisant le commentaire « c'est touchant comme patient », COU d'une part rend audibles ses émotions aux autres participants à la relève, mais produit également une forme de clôture de la séquence rapportée. Elle démarre ce TdP par « voilà », qui fonctionne comme élément clôturant (Bert *et al.*, 2010; Bruxelles & Traverso, 2006; Oloff, 2016, *inter alia*), et cette ligne est entourée de micro-pauses. Par ailleurs, nous constatons ligne 11 la présence de « sinon » en début de tour, qui va également dans le sens de « voilà » en tant que clôture.

Dans cet extrait, COU clôt donc une séquence par un commentaire qui fait état de sa propre émotion, et la donne à entendre aux soignants présents. Si le but des relèves est de mutualiser une information, il apparaît désormais légitime de se questionner sur la mutualisation des émotions des professionnels. Le prochain extrait se distingue de celui que nous venons de voir, notamment par le fait qu'on retrouve PAT produisant un autre commentaire relevant de son émotion, mais en réaction aux propos d'une autre soignante, GIL.

EXTRAIT 63 (DELATTRE S1 9 HEURES)

1 PAT c` matin j` l'ai boostée un peu pour le sport j` savais qu'elle
2 s'était inscrite j` lui ai dit ben ce serait bien
3 (0.6)
4 GIL hm

```

5      (0.3)
6  PAT  elle m` dit j` me sens pas- surtout qu'y a madame collin qu'y
7      allait c` matin[: ] euh .h:::
8  GIL  [hm]
9  GIL  assez au bord $d[es larmes] hein quand même hein&
10 PAT  +[ouais ]+
11 pat  +air triste +#image 20
12 gil  $regard GAL -> 13
13 GIL  &[quand tu commences]$ à parler [avec elle]+$°tu sens qu` les&
14 PAT  [c'est +dur ]+
15 LIM  [hum hum ]
16 gil  $regard PAT #img 22 $regard GAL -> 20
17 pat  +regard GAL#21+regard GIL +regard mains-> 20
18 GIL  &larmes sont pas très très loin .h::: euh: hm:: (.) voilà° le
19 seul truc qui est (.) plutôt pas mal c'est qu'elle dort plutôt
20 bien la nuit avec- depuis que le: le: loxapac a été remis j`
21 crois/

```

GIL est super-locutrice dans cette relève. Dans le cotexte précédent l'extrait, elle mutualise les informations générales concernant madame Delattre. Il s'agit en réalité de la continuité directe de l'extrait 53, analysé dans la section précédente. Comme nous l'avons vu en 5.1.1.3., GIL produit un « et cetera », fonctionnant comme élément clôturant pour les séquences de DR, et manifestement perçu par PAT comme pouvant clore une séquence et manifester un TRP, puisqu'elle prend la parole ligne 1, pour mutualiser des événements qu'elle a personnellement vécus, sous forme de DR. Il convient de préciser que madame Collin, dont parle PAT ligne 6 et qui empêche madame Delattre d'aller au sport, est une patiente présentant un très fort risque suicidaire dans l'unité, et est très dépressive, ce qui explique la volonté de la patiente de ne pas aller au sport, étant elle-même très déprimée.

Après une longue inspiration de PAT ligne 7, GIL reprend la mutualisation des informations générales concernant madame Delattre. Nous le constatons grâce à deux éléments : a) l'utilisation de « assez au bord des larmes » ligne 9, qui n'est pas sans nous rappeler les termes utilisés lors des autres relèves (Maritaud & Teston-Bonnard, 2022), ainsi que b) la poursuite de la relève à partir de la ligne 14, où GIL continue de mutualiser des informations générales (que l'on peut remarquer notamment par son hésitation quant à la cause de l'amélioration du sommeil de la patiente : « je crois » lignes 16-17).

Ce qui nous intéresse est la production ligne 12 par PAT de « c'est dur », faisant état d'une émotion. Il reste difficile de savoir s'il s'agit d'un commentaire relatif à madame Delattre, ou madame Collin. Vu la position dans laquelle il se trouve dans la conversation, nous postulons qu'il s'agit d'une réaction au discours que GIL tient en chevauchement, à savoir « assez au bord des larmes hein quand même hein » (ligne 9). En effet, nous trouvons une répétition de « hein », qui fonctionne comme un « marqueur de recherche d'approbation discursive » (Traverso, 2009 : 47). Ainsi, nous postulons que ce commentaire de PAT concerne bien madame Delattre, et qu'il s'agit d'un moment d'expression de sa propre difficulté face à la patiente, et donc d'une forme de compassion.

Par ailleurs, l'aspect gestuel au niveau des mimiques de PAT et des regards de GIL appuie ce propos : nous voyons ligne 11 que la première soignante prend un air triste au moment où GIL prend la parole (cf. image 20 ci-dessous) :



Image 20 : expression triste de PAT

À ce moment, PAT vient de terminer son propre tour. Elle se trouve donc dans une situation où elle a exposé les problèmes de madame Delattre en ce qui concerne son humeur. Les yeux orientés vers sa feuille de relève (sur laquelle, selon la logique professionnelle de cette unité, il n'y a rien d'inscrit qui n'a pas été dit durant cette relève), elle a les coins de la bouche tirés et orientés vers le bas. Pendant ce temps, GIL, super-locutrice, poursuit son propos à propos de la patiente, et l'adresse à la psychiatre. Lors des réunions de 9 heures, la majorité de l'adressage se fait envers les soignants médicaux présents : il s'agit en effet pour eux d'un moment de meilleure appréhension des patients, qu'ils côtoient

moins que les soignants non médicaux. L'image 21 ci-dessous correspond à la prise de parole de PAT, au moment de la production de son commentaire chargé d'émotions.

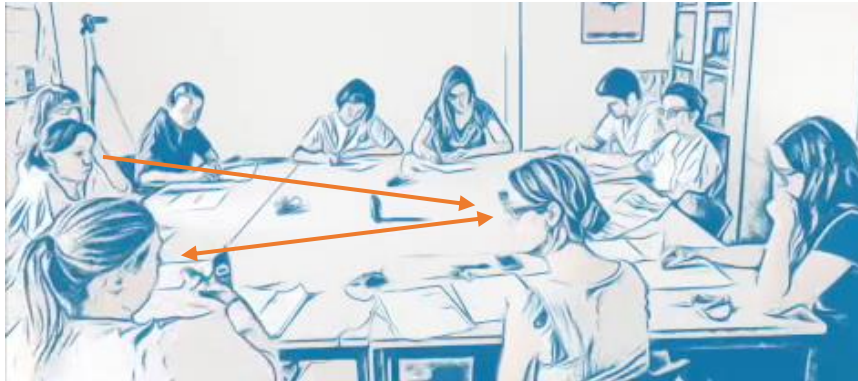


Image 21 : regard GAL

Nous voyons que GAL et GIL sont toujours engagées dans leur activité de mutualisation, leurs regards se portant mutuellement l'une sur l'autre. Ce n'est pas étonnant en soi, PAT produisant son propos ligne 13 en chevauchement avec GIL, qui poursuit la transmission. Nous pouvons remarquer sur cette capture le changement d'orientation du regard de PAT : elle regardait vers le bas, elle oriente son regard vers la psychiatre. Une nouvelle fois, la majorité des regards des participants en train de parler se porte sur la psychiatre dans les relèves de 9 heures, le but étant de lui transmettre des informations plus qu'aux autres soignants présents. De ce fait, la volonté de PAT, au travers de ce commentaire, est bien de le mutualiser, de le faire entendre, et de le considérer comme un élément important dans le soin apporté à madame Delattre. La dernière image 22 nous présente cette fois un changement d'orientation du regard de GIL, suite au commentaire de PAT.



Image 22 : échange de regards suite au commentaire de PAT

Comme nous le voyons, de façon simultanée, GIL et PAT orientent leurs regards l'une vers l'autre immédiatement après la production de PAT du « c'est dur ». Ce changement manifeste tend à nous faire penser que GIL a entendu ce que sa collègue a dit (il n'y a pas de réparation dans la suite de l'extrait), mais ne le relève pas. En effet, dans la suite de l'extrait, les regards de PAT et GIL se réorientent respectivement vers le bas, et vers la psychiatre.

Cet extrait nous a permis de constater que l'expression d'une émotion peut être pertinente par les soignants qui la produisent, et se manifester en réactions au propos de leurs collègues. Les informations à transmettre relèveraient donc à la fois du patient, et potentiellement de ses émotions, mais également du soignant et de ses réactions humaines face à la maladie et ses symptômes. Contrairement aux deux analyses précédentes, le prochain extrait, concernant monsieur Borali, ne relève pas de l'expression d'une forme de compassion, mais d'une forme d'inquiétude de la part du soignant. Lors d'une conversation difficile avec le patient, PAC ressent une émotion négative qu'elle mutualise lors de la relève.

EXTRAIT 64 (BORALI S1 9 HEURES)

1 PAC euh:: donc euh je lui ai dit ben écoutez monsieur borali/ on va
 2 aller pren/dre un temps en ch:ambre pour en discuter là c'e- il
 3 était vraiment:/ euhm (0.6) même à un
 4 mo[ment je me suis d]it faut peut-être` que j` prenne&
 5 LOC [hm hm]
 6 PAC &mes distances/

Nous avons déjà vu un cotexte étendu pour cet extrait¹⁶. Nous savons donc qu'il s'inscrit dans un dialogue rapporté, et que le patient se montre violent dans ses propos, agressif envers les autres patients dans le récit de la soignante. La pensée rapportée de PAC lignes 4 et 6 porte ainsi une dimension émotionnelle : en effet, lorsqu'elle parle de « prendre ses distances », il s'agit bien d'une distance physique, pour garantir sa sécurité face à un patient agité, et non pas d'une distance thérapeutique comme nous l'avons évoqué en 2.2.3.

En mutualisant ce sentiment de peur ou d'inquiétude, PAC prévient les autres soignants que le patient peut être dangereux pour les professionnels. Ce faisant, elle peut prévenir d'éventuels dégâts humains dans la structure, et peut également modifier la façon dont les autres participants perçoivent le patient : si l'agitation et l'agressivité sont relativement fréquentes dans nos données, les cas de violence envers les soignants ne sont pas à prendre à la légère. Dès lors, en spécifiant son émotion, PAC altère le *positioning* du patient, et participe à lui construire une identité comprenant une forme de risque envers les professionnels de l'unité, par le biais d'une pensée rapportée.

Présenter ses émotions envers les patients, en réaction à des DR ou au sein d'un dialogue rapporté, assume donc plusieurs fonctions. Qu'il s'agisse d'un moment de mutualisation au sens strict, d'une méthode de *positioning* du patient, ou d'une forme de clôture au sens séquentiel du terme, les soignants sont amenés lors des relèves à exprimer leurs propres ressentis, ce qui se produit au contact des séquences de DR. Voyons désormais ce qu'il en est des émotions concernant les autres soignants. Le prochain extrait se trouve dans une relève du soir concernant monsieur Touvenin, et nous trouvons une séquence latérale lors de laquelle les soignants vont exprimer des émotions négatives envers les psychiatres de l'unité, et leur gestion des patients et de leurs troubles.

¹⁶ Pour une analyse détaillée de cet extrait étendu, voir 5.3.2.

EXTRAIT 65 (TOUVENIN S2 21 HEURES)

1 PAT donc (.) franchement euh: c'est p`t-êt` à revoi:r
2 [quand même]
3 PAC [ouais j` pen]se que là: euh:
4 (0.5)
5 PAT pa`ce que là [i` va enchaîner .h] deux perms&
6 PAC [c'est particulièrement difficile]
7 PAT &j'ai fait redire par l`médecin
8 [en plus laureen c'est pas] [son gen/re]
9 TAG [ben elle a bien fumé hein]
10 PAC [((rire expiré))]
11 (.)
12 COU et i`s disent rien quand i`s fu:ment/ i`s les laissent [euh::]
13 PAC [non]
14 [franchement euh]
15 PAT [bah i`s disent qu'en gr]os i`s [peuvent pas i`s v-]&
16 PAC [on les reprend]
17 PAT &on va pas les faire arrêter: et que dans l` parc y en a
18 partout: et si [non euh on les met tous en xxx xx]
19 TAG [ah ouais mais pas dedans pa`ce que] si on
20 commence à en faire dedans:
21 (1.3)
22 TAG c'est même [pas la peine de (les soigner:)]
23 PAT [mais: euh touvenin fran]chement: il était
24 mal\ et x j'en ai remis une couche pa`ce que j` lui dis à
25 laureen j` lui dis mais:- `fin j` sais- moi i` peut êt` euh .h
26 j` l'ai dit à derand mais j` lui dis i`: .h j` le connais
27 depuis plusieurs années: i` peut êt` mieux qu` ça quand même
28 lui: euh:
29 (0.5)
30 COU hm
31 (0.3)
32 PAT beh c'était- c'est genre bah: i`:: (0.7) il est comme ça quoi\
33 (.) ben tu [vois i`]
34 COU [ben non] ((rires))
35 (0.9)
36 PAT donc bon\
37 COU °(ok)°
38 TAG pf:
39 (0.3)
40 PAT je::: franchement j` suis sceptique là deux perms à v`nir comme
41 ç[a euh:]
42 TAG [°ah ben écoute°
43 (.)
44 PAT hum bref
45 TAG il ach`t`ra plus de chiche

L'extrait s'ouvre sur un commentaire de PAT, relatif au fait que monsieur Touvenin va bénéficier de deux permissions d'affilée alors qu'il présente des symptômes très forts, qui laissent penser aux soignants qu'il consomme beaucoup de cannabis. Dès la première ligne les soignants non-médicaux

questionnent l'avis des médecins par rapport aux permissions du patient (« c'est peut être à revoir quand même », lignes 1-2, « c'est particulièrement difficile » ligne 6). PAT produit ensuite ligne 7 un DRN, attestant le fait qu'elle a demandé une validation de la part du prescripteur (« j'ai fait redire par le médecin »), avant de produire un commentaire envers la psychiatre de l'unité (« en plus Laureen c'est pas son genre » ligne 8), en chevauchement avec TAG qui fait une blague la concernant (« ben elle a bien fumé » ligne 9), reçue en tant que telle par PAC qui produit un rire expiré.

S'il n'y a pas de mention directe d'un contenu émotionnel dans cette première partie d'extrait, il s'avère que nous pouvons reconstruire les ressentis des soignants : en envisageant « franchement » ligne 1 comme un marqueur qui appuie le propos tenu, couplé aux remarques des autres participants, le désaccord entre les soignants non médicaux et les psychiatres est fort et avéré. De plus, au vu de l'occurrence de DRN ligne 7, impliquant que PAT a fait état du problème à la psychiatre sans qu'il ait été pris en compte, les participants éprouvent une forme de lassitude envers les médecins et leurs choix. Enfin, par le biais de son commentaire humoristique, TAG s'aligne avec le propos – et par extension l'émotion qu'il implique – de PAT. Notons également la présence d'approbation de la part de PAC ligne 3, et son commentaire allant dans le même sens que le reste de la conversation ligne 6.

L'extrait se poursuit ligne 12 avec COU qui produit une séquence de DRN attribué aux médecins « ils disent rien quand ils fument », qui explicite une forme de comportement non médical de la part des psychiatres. Sachant qu'il s'agit d'un problème récurrent, qui impacte fortement les pathologies mentales (Ours & Williams, 2011; Rey, 2002, entre autres), la qualité des soins voudrait que ces comportements soient pris en charge. En manifestant le fait que ce n'est pas le cas, COU souligne donc des pratiques inadaptées dans le cadre d'une hospitalisation, concernant certains professionnels de l'unité. Notons également la présence une nouvelle fois de « franchement », ligne 14, appuyant de nouveau le désaccord de PAC envers les réactions des psychiatres.

L'extrait se poursuit avec une nouvelle occurrence de DR (lignes 15 à 18), attribuée aux soignants médicaux, qui consiste en l'explicitation du DRN précédent. Puisqu'il est formulé par PAT, il se rapproche d'une forme de co-construction. Elle précise les raisons qui poussent les médecins à ne pas réagir face à la consommation de substances psychoactives, pendant que PAC produit en chevauchement un commentaire concernant cette fois-ci les pratiques des soignants non-médicaux (« on les reprend » ligne 16). Les deux pratiques de soin ne sont pas complémentaires : d'un côté les infirmiers et aides-soignants reprennent les consommations avec les patients, et de l'autre les psychiatres les laissent faire. De façon implicite, PAC stipule l'inefficacité de leurs reprises, du fait de l'absence de transversalité dans les réactions des soignants. Après une pause de 1,2 seconde, TAG précise même que « ce n'est pas la peine de les soigner », et par ce tour il explicite l'implicite préalablement établi.

Cette deuxième partie d'extrait constitue une forme de séquence latérale. Les soignants ne parlent plus du cas de monsieur Touvenin, mais bien de la logique générale du soin, en relevant les contradictions entre les différentes professions rencontrées dans le service. Ce faisant, ils réorientent leur discours, et peuvent exprimer des formes d'émotions négatives : la stratégie thérapeutique n'étant pas cohérente, le soin ne fonctionnera pas, et leurs efforts seront inutiles.

À partir de la ligne 23, PAT clôt la séquence latérale et revient au sujet d'origine, à savoir monsieur Touvenin. Pour ce faire, elle souligne le fait qu'il n'est pas dans son état habituel (« franchement il était mal » lignes 23-24), puis produit une séquence de DRN auto-attribuée (« j'en ai remis une couche »), et deux séquences de DRD, dont l'adressage diffère : elle rapporte deux conversations, qu'elle a eues avec chacun des psychiatres de l'unité. Nous remarquons la répétition de *l'inquit* en début de DR dans les deux cas (« je lui dis à Laureen je lui dis » lignes 24-25 et « je l'ai dit à Derand mais je lui dis » ligne 26), appuyant encore le fait qu'elle a exprimé son désaccord, que l'on retrouve dans la deuxième portée (« je le connais depuis plusieurs années il peut être mieux que ça quand même lui » lignes 26 à 28). En s'appuyant sur sa connaissance personnelle du patient, PAT tente de résoudre le problème par le biais d'une

épistémie qui est plus forte chez les soignants. Étant au contact des patients tous les jours, il s'agit des professionnels qui les connaissent le mieux (voir 2.2.2.), d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un usager qu'elle a suivi sur plusieurs hospitalisations (l'unité dans laquelle nous avons enregistré nos données est axée sur des séjours courts). Il s'agit de nouveau selon nous de l'expression d'une émotion négative de la part des soignants non-médicaux : le statut épistémique de PAT en tant que K+ n'est pas reconnu par les psychiatres, étant donné que sa demande n'est pas entendue.

Lignes 32, elle présente, toujours sous la forme de DR, la réponse des soignants : « il est comme ça quoi », ce qui montre bien le déni de la part des médecins de son statut K+ concernant ce patient. En chevauchement ligne 34, COU produit un commentaire quant à cette réponse, faisant montre de son alignement avec PAT et de sa compréhension du problème (« ben non »). Enfin, alors que la séquence est en cours de clôture (« donc bon » ligne 36 ; « ok » ligne 37), TAG exprime une autre forme d'émotion en soufflant ligne 38, en réaction à l'ensemble de ce qu'ont dit ses collègues. PAT retourne enfin à la question qui ouvrait l'extrait ligne 40, en répétant son désaccord quant à l'autorisation pour ce patient de prendre deux permissions. Après une nouvelle tentative de clôture ligne 44 (« hum bref »), TAG produit un tour final résumant le problème à l'origine de la séquence : « il achètera plus de chiche ».

À l'analyse de cet extrait plutôt long, et selon le cadre de la relève (nous opposons la relève de 9 heures aux autres), les soignants peuvent être donc amenés à exprimer des émotions négatives envers leurs collègues, selon les fonctions qu'ils occupent. Ce phénomène s'explique par les distinctions épistémiques et de pouvoir liées aux fonctions professionnelles du soin en France (voir 2.2.1. et 2.2.2.). Ainsi, le DR peut tout à fait occuper une fonction émotive en ce qui concerne l'expression des sentiments désagréables à l'égard des pratiques des autres soignants de l'unité.

Nous avons donc vu dans cette sous-section ce qui peut à la fois mener les soignants à exprimer leurs émotions envers les patients, qu'elles soient négatives ou positives, tout comme envers les autres soignants. Dans le premier cas, il s'agit d'informations pouvant être jugées comme importantes de la part des autres participants à la relève ou non, et cette expression peut tout à fait servir de clôture à une séquence. En ce qui concerne les émotions envers les collègues, il ne s'agit pas d'une information relative au patient, comme nous venons de le voir, mais c'est l'occasion pour les soignants de produire une séquence latérale, et de mutualiser leurs émotions respectives autour d'un point commun, montrant ainsi un très fort alignement. Dès lors, puisqu'un tel alignement peut se manifester, nous allons désormais tenter d'envisager l'expression des émotions des soignants comme créant un moment de cohésion sociale, plus que professionnelle. En sortant du carcan de la posture soignante, très figée (voir 2.2.3.), par l'expression de leurs émotions, les participants aux réunions de relève de notre corpus partagent en effet des moments moins orientés sur le soin.

7.2.3. L'EXPRESSION DES ÉMOTIONS COMME UN MOMENT DE COHÉSION SOCIALE

Pour illustrer le point concernant la cohésion sociale générée par l'expression des émotions, nous avons choisi d'analyser deux extraits dans lesquels, à partir d'une séquence de DR, un fou rire est manifesté lors de la réunion de relève.

EXTRAIT 66 (LEGROS S4 9 HEURES)

1 GRI la polémique hier était autour euh de ((rire expiré)) de la
 2 POse du diagnostic euh ((rires)) en fonction de l'état
 3 diarrhéique
 4 IVA ((rires)) [((rires))]
 5 GRI [et on se disait que voilà\ .H::] l'état diarrhéique
 6 de madame euh ((rires)) de madame [euh:]
 7 IVA [mani]aque qu` a la
 8 ga[stro c'est ((rires))]
 9 GRI [l:egros euh] voilà\ h

10 (.)
 11 IVA [((rires)) c'est violent ((rires))]
 12 GRI [c'était bien révélateur de son état psychique]
 13 OUS d'a[cco:rd]
 14 IVA [((rires))]
 15 GRI [elle en avait] badigeonné de [partout dans la chambre]&
 16 IVA [.h ah y en avait de partout]
 17 GRI &[.H:::] ((rires)) [((rires))]
 18 LAR [.H:::]
 19 LAR [oh]: h: ((rires)) [((rires))]
 20 OUS [merci pour] cette
 21 image
 22 GIL .H
 23 PAC [((rires))]
 24 GIL [((RIRES))] ((RIRES)) [((RIRES))]
 25 PAC [((rires))]
 26 GRI [c'était ouais la la discussi]on euh de
 27 la relè[ve d'hier]
 28 GIL [.H:::]
 29 LIM ((rire expiré))
 30 (0.4)

GIL démarre l'extrait avec un rapport de ce qui a été dit la veille concernant madame Legros. En effet, elle a souffert d'une diarrhée massive, qui a été questionnée dans les relèves de notre corpus. Nous constatons que dès la première ligne, la soignante envisage son discours comme ayant une visée humoristique, puisqu'elle rit. Ce fait est d'ailleurs appuyé par les mots qu'elle choisit, « la polémique » étant un terme volontairement exagéré pour présenter de façon plus ou moins inadaptée son propos. Cette dimension est reçue en tant que telle par IVA, qui rit à la ligne 2. GRI produit ensuite une séquence de DR explicitant la polémique introduite ligne 1, dont la portée va jusqu'à la ligne 12. Il est intéressant de noter que GRI rapporte un propos très médical « c'était bien révélateur de son état psychique » ligne 12, en utilisant des termes assez techniques (« état diarrhéique » ligne 5 ; « état psychique » ligne 12). Un tel moment à visée humoristique peut donc aussi avoir une fonction de transmission de données médicales.

Pendant que GRI partage les informations que nous venons de décrire, IVA poursuit dans une dynamique humoristique, en mettant en valeur les problèmes associés aux symptômes de la patiente (« maniaque qui a la gastro c'est violent », lignes 7-8 et 11, ponctués de rires). Ligne 15, GRI mutualise une

nouvelle information, concernant cette fois la réaction de la patiente face à son état de santé « elle en avait badigeonné partout dans la chambre », ligne 15. Ligne 16, en chevauchement, IVA s'aligne avec GRI, en produisant une répétition partielle (« ah y'en avait partout ») avec une nouvelle fois une portée humoristique. En appuyant le propos de GRI, elle provoque une forme de rire général des lignes 17 à 25. Lignes 26-27, elle clôt la séquence en reprenant le contexte d'énonciation originel (« c'était ouais la discussion de la relève d'hier »).

Cette séquence de rire généralisé démarre à partir d'une séquence de DR, déjà ponctuée de rires. En rapportant dans le contexte de la réunion des propos d'une relève précédente, GRI tend à créer une forme d'émulation émotionnelle commune, passant par le rire des soignants. Bien entendu, la situation que décrivent IVA et GRI n'a pas dû être agréable à gérer. Ainsi, en produisant une telle séquence, qui occupe une fonction d'exposition d'une émotion positive, la soignante tend à gérer la difficulté que ses pairs ont éprouvé face à la situation, tout en créant une situation de convivialité et de socialisation forte entre les participants. Le rire a par ailleurs déjà été étudié en rapport avec le DR du point de vue conversationnaliste (Clift, 2013), en abordant son rapport séquentiel avec les plaintes générées par les séquences rapportées, et le fonctionnement de construction identitaire de ces séquences. Dans notre cas, s'il s'agit d'une plainte, le point d'ancrage reste la construction d'une identité solide d'équipe, au travers de la pratique commune du rire et de l'alignement des différents participants.

Le prochain extrait présente une situation similaire. Il concerne monsieur Gomez, et BET transmet un discours que le patient a tenu qui paraît pour le moins surprenant aux autres soignants. S'ensuit une séquence de rire général, alimenté par du DR.

EXTRAIT 67 (GOMEZ S3 14 HEURES)

1	BET	i- il a quand même dit qu'il avait: très envie d` fumer du
2		cannabis/ donc euh\
3		(0.5)
4	LOC	hm\
5	PRE	i` t'a [dit:]
6	BET	[non/] [à vous:]

```

7  GRI                [c'est c` qu'i`] t'a dit/
8  BET                [euh ouais c'est] [c` qu'il a] [dit en entretien ]
9  BER                £$[bah j` t'amène/]
10 ber                $regard iva --> 14
11 iva                £regard ber --> 14, image 23
12 IVA                [hein/ ]
13 BER                [tu veux qu` t'amène/]
14 FAL                à [la fin d`] [l'entretien/] ouais\
15 IVA                [non c'est] [bon\ ]
16 PRE                [ouais/ ben\ ]
17                    (0.4)
18 FAL                oui parce que échille lui a dit/ euh:\ .h vous savez qu` si
19 vous avez envie d` fumer/ vous v`nez nous voi:/r euh:\
20 BET                [((rires))] [((rires)) ] [((rires))]&
21 PAC                [((rires))] [((rires)) ] [((rires))]&&
22 FAL                [bah j` viens vous voir\]
23 BET                &[((rires)) ]&
24 PAC                &&[((rires)) ]&&
25 FAL                [j'ai envie d` fumer un GROS pétard là maintenant]&&&
26 BET                &[((rires))] [((rires))] [((rires))] [((rires)) ]&
27 PAC                &&[((rires))] [((rires))] [((rires))] [((rires)) ]&&
28 FAL                &&&[((rires))] [((rires))] [((rires))] [bah voilà\ ]&&&
29 GRI                [((rires))] [((rires))] [((rires))] [((rires)) ]&&&&
30 CAD                [et/ ]
31 IVA                *$[bah au moins]
32 iva                $regard CAD -->34
33 fal                *regard CAD -->34, img 24
34                    [il le dit/ hein\] [((rires))]
35 BET                &[((rires)) ] [((rires))]
36 PAC                &&[((rires)) ] [((rires))]
37 FAL                &&&[((rires)) ] [((rires))] donc bon\
38 GRI                &&&&[((rires)) ] [((rires))]
39                    (0.4)
40 FAL                et après/ euh\ (0.4) voilà/ hein\ (0.3) il gère/

```

Dès les deux premières lignes, BET rapporte de façon indirecte les propos du patient, en spécifiant qu'il avait dit avoir « très envie de fumer du cannabis ». Ligne 5, PRE cherche à préciser l'adressage d'origine du DR, en utilisant le pronom « te ». BET lui répond à la ligne 6, et précise qu'il n'est pas la personne ayant originellement reçu les propos. Notons que GRI, à la ligne 7, pose la même question, formulée différemment : le DR est reçu en tant que tel, et les soignants cherchent à savoir qui est l'adressé d'origine des propos tenus, et/ou à confirmer la réception actuelle du discours de l'étudiant en soins infirmiers. Les tours de BER et IVA ne sont pas considérés, étant donné qu'il s'agit d'un schisme, comme le montre en partie l'orientation qu'elles prennent au moment de l'énonciation (cf. image 23 ci-dessous) :



Image 23 : orientation de BER et IVA lors du schisme

À la ligne 14, FAL confirme les propos de son collègue, et la véracité du discours qu'il rapporte (« à la fin de l'entretien ouais »). Après quelques pauses et régulateurs, il reprend la parole à la ligne 14 et précise pourquoi le patient a tenu de tels propos : le psychiatre de l'unité, Échille, lui a dit de rapporter à l'équipe soignante les envies de prendre des psychotropes qu'il pourrait ressentir. L'infirmier rapporte par ailleurs ce discours selon une modalité directe, ce qui entraîne des rires conjoints de PAC et BET aux lignes 20-21. Il poursuit, en changeant d'énonciateur rapporté, et donne à entendre à la ligne 22 un discours virtuel du patient, en réponse à la proposition d'Échille : « bah je viens vous voir ». BET et PAC continuent de rire, alors que FAL produit un nouveau DRD attribué au patient, qui exagère l'aspect absurde et inadapté de sa remarque : « j'ai envie de fumer un GROS pétard là maintenant ». Le rire se généralise alors à BET, PAC, FAL et GRI. Holt a remarqué que dans des conversations institutionnelles, des séquences de DRD pouvaient être remarquables dans le sens où leur objectif n'était pas de reproduire la réalité d'un propos, mais d'imiter une forme de propos habituel : "*R uses reported speech to portray **the kinds** of interactions she has with callers*" (1999: 526, notre emphase). Dans cette situation, l'objectif est similaire, et les résultantes de cette production le sont aussi. En effet, si dans son analyse elle montre qu'une forme d'affiliation entre participants se voit au travers de la co-construction d'une séquence, dans notre cas il s'agit d'un alignement par le rire. Tout comme chez Holt, les participants ironisent sur les propos potentiels de monsieur Gomez.

Le cadre, CAD, ajoute ensuite un marqueur que Schourup désigne comme un “*prompt*” c’est-à-dire un marqueur qui vise à « faire produire à l’interlocuteur une contribution » (2011 : 79, notre traduction). En l’occurrence, la production de ce marqueur peut donner réponse au DR du patient, et donc à l’énonciateur que FAL convoque, ou à l’infirmier lui-même. Selon l’adressage, la portée diffère : le cadre peut tout à fait se trouver dans une situation dans laquelle il ne comprend pas le rire généralisé, et cherche à éliciter de la part des participants une explication. Si au contraire l’adressage se fait de façon virtuelle au patient, alors la production de CAD prend une tout autre dimension : il s’agirait d’une forme de procédé rhétorique, à visée humoristique. Les soignants ont déjà montré en quoi la proposition initiale du psychiatre était inutile : c’est la raison pour laquelle ils rient (et ces rires commencent juste après le DR attribué à DER par FAL). Le prompt du cadre aurait alors comme visée de souligner l’inefficience de la démarche : l’élicitation d’une production suite au discours du patient serait vaine, dans le sens où elle ne serait pas possible. Ainsi, il n’y aurait pas de seconde partie de la paire adjacente. Les réponses de IVA et FAL à CAD nous invitent à penser dans ce sens. En réaction à sa question, les soignants s’adressent à lui, et disent « bah voilà » (ligne 28) et « bah au moins il le dit » (lignes 31-34). Nous pouvons voir cet adressage en partie grâce aux orientations des participants qui changent (cf. image 24) :



Image 24 : orientation des regards de FAL et IVA vers CAD

Après les réponses des deux infirmiers, qui montrent l'impossibilité de produire le contenu attendu par l'élicitation du cadre, les rires se poursuivent et s'achèvent. FAL, à la ligne 38, produit une forme de clôture en combinant l'usage d'un « voilà » en début de tour, et un commentaire sur la relation qu'entretient le patient avec ses envies de consommer des substances psychoactives.

En plus du rire généralisé qui a pour origine une séquence rapportée et est alimenté par d'autres DR, les émotions exprimées des soignants tendent à être de deux natures. D'une part, comme nous l'avons vu, il s'agit pour les participants de s'aligner autour d'une considération commune : la proposition du psychiatre est inadaptée, et même risible. Face au discours du patient, les soignants se trouvent dans une posture difficile à gérer, puisqu'ils ne peuvent manifestement que confirmer la bonne réception du propos. Étant donné qu'il s'agit d'une réunion qui se déroule à 14 heures, aucun des soignants présents n'a le titre de docteur en médecine. Exprimer, par le rire, une émotion négative quant à leurs collègues absents permet d'une part de gérer les faces des différents professionnels, mais également de créer une forme de cohésion sociale au sein d'un groupe restreint : les soignants non-médicaux. En mutualisant leurs émotions, les soignants partagent plus que des aspects institutionnels : ils montrent une forme d'*accountability* face aux événements vécus, et aux réactions qu'ils peuvent avoir.

7.3. FONCTIONS PROFESSIONNELLES

Si le DR peut avoir des fonctions communes à toutes les situations, comme pour le fait de représenter une parole à un auditoire étendu, on peut observer des fonctions spécifiques à notre corpus, ou *a minima* à des situations de travail, et plus particulièrement de réunions professionnelles. Nous aborderons dans cette section rapport entre l'utilisation de séquences de DR, les prises de décisions collaboratives, les situations se rapprochant d'anamnèses à distance et enfin nous tenterons de concevoir le DR comme un outil de travail fondamental dans la pratique infirmière en psychiatrie.

7.3.1. LE DISCOURS RAPPORTÉ COMME FACTEUR DE PRISE DE DÉCISIONS COLLABORATIVES¹⁷

Dans notre corpus, le DR permet de prendre des décisions appuyées par des arguments, et de façon collaborative. Par l'analyse de sept extraits, nous montrerons en quoi l'utilisation de ces séquences permet aux différents soignants d'exposer leur point de vue, tout en s'appuyant sur les tiers énonciatifs qu'ils citent.

Dans le premier extrait à suivre, les soignants discutent de monsieur Borali, et de la possibilité de le mettre en isolement thérapeutique. En premier lieu, il convient d'explicitier pourquoi les professionnels sont amenés à négocier cette possibilité. Monsieur Borali est hospitalisé dans le cadre d'une SPDRE (Soins Psychiatriques sur Demande d'un Représentant de l'État). Le patient a pu être violent à l'extérieur, et, au sein de l'hôpital, son comportement est jugé comme étant inadapté, ses propos sont incohérents, et il menace parfois la sécurité des usagers et professionnels présents. Il a déjà vécu un isolement préalablement à

¹⁷ Certains résultats de cette sous-section ont déjà été présentés dans Maritaud (2020)

cette réunion, mais il n'a pas été fructueux : il a menacé de mettre fin à ses jours, et a répété qu'il voulait sortir. Dans cette partie, nous nous pencherons sur une séquence longue de 3 minutes et 15 secondes. Les professionnels présents argumentent l'un après l'autre, en partie avec l'usage de séquences rapportées, en spécifiant s'ils sont favorables ou non à une mise en ESPI. Nous partagerons la séquence en trois extraits consécutifs, qui seront analysés l'un après l'autre. Le premier extrait commence 52 secondes après le début de la discussion portant sur l'isolement, le deuxième lui succède. Le troisième se situe après une incise dans laquelle une infirmière parle des raisons qui amènent le patient à se sentir mal, et dure 1 minute et 4 secondes. Nous analyserons donc 2 minutes et 23 secondes de la réunion, durant lesquelles les soignants prennent une décision quant à la poursuite des soins pour ce patient.

Dans l'extrait à suivre, la discussion porte sur la suite à donner au parcours de soins du patient, et plus particulièrement s'il faut le placer en ESPI étant données ses nombreuses crises, à l'intérieur et à l'extérieur de l'unité. Rappelons également que l'ESPI peut être désigné sous le terme *chambre d'isolement*. Nous voyons ici un argument allant dans le sens de l'isolement thérapeutique (par le maintien d'un cadre strict), qui est légèrement négocié par la mention des problèmes résultant de la sortie de ce patient de l'espace de soins intensifs.

EXTRAIT 68 (BORALI S1 9 HEURES)

1 IVA ben (.) moi j'ai l'impression qu'y a eu une période où il
2 s'étais:::::t euh::::\- où il était quand même plutôt bien
3 quand [il est] sorti d'chambre [d'iso][lement]
4 XXF [(ouais)]
5 CHA [ouais]
6 LIM [hm]
7 GAL [hm] tout à fait
8 POM [ouais]
9 IVA [y a eu] [peut être euh] DIX jours où il était posé
10 XXF [(inaud.)]
11 IVA et a[près à partir de la PREmière permission/]
12 POM [besoin d'être protégé des stimulations aussi hm]
13 GAL ouais\
14 XXF hm\
15 IVA ça a r`dégringolé

Lignes 1 à 3, IVA, partage un ressenti qui lui est propre aux autres participants, qui est en faveur de l'isolement. Monsieur Borali est en effet décrit comme « plutôt bien » à la sortie de l'ESPI. Lignes 4 à 8, nous trouvons des continuateurs, marquant l'approbation des pairs ainsi que leur alignement (Traverso, 2012) aux propos de l'infirmière. Nous constatons également à la ligne 8 l'alignement de GAL, qui est psychiatre (« tout à fait »). Lignes 10 à 16, IVA développe son propos, toujours favorable à l'isolement (« à partir de la première permission ça a r`dégringolé », lignes 12-16). Notons à nouveau la production par les autres soignants de continuateurs aux lignes 14 et 15. Dans la conversation représentée dans ce premier extrait, les locutrices se montrent donc plutôt pour un isolement plus important, en spécifiant les effets positifs que peut avoir cette modalité de soins pour le patient, mais rappellent tout de même les problématiques que la sortie d'ESPI peut entraîner.

Dans l'extrait 69, qui se trouve juste après le premier temporellement parlant, nous trouvons une séquence à visée argumentative, qui étaye le discours initial de IVA et analysés. GIL représente en effet ce que d'autres soignants ont pu dire, et après que les autres participants se soient alignés, la psychiatre fait une première proposition de projet de soins. Lorsque les soignants discutent du salon d'isolement, ils parlent d'une autre modalité d'isolement. En effet, il s'agit d'un lieu moins contraignant que l'ESPI, mais qui permet aux patients qui y sont admis de se ressourcer, et de se calmer.

EXTRAIT 69 (BORALI S1 9 HEURES)

16 GIL bah:: l'équipe de erickson qui le co[nnaît tr]ès&
 17 IVA [ouais]
 18 GIL &très bien dont notre collègue de nuit disait qu` c'était tout
 19 le temps comme ça que (.) ça allait PAS TROP mal et du moment
 20 où le cadre s'ouvre du moment où il a des perms
 21 [pouf] ça r`flambe et qu` c'est compliqué quoi
 22 IVA [ah bah::\]
 23 POM [(inaud.)]
 24 GIL et c'est des allers retours en iso comme ça::\ `fin tu joues
 25 toujours sur le CADRE quoi avec lui parce que (1.1) il est
 26 hyper sensible à ça et que::\-
 27 GAL [(inaud.)]
 28 PAT [pis l` switch de] traitement ça l'angoisse aussi\

29 GIL hm
30 GAL p`t-être qu'on pourrait quand même tenter de (.) lui r`fixer
31 des temps d` c a- (.) de salon pour la sieste
32 POM hm
33 GAL on voit/ si ça majore encore plus et ben::\ on insistera pas on
34 l'fera sortir/ et on pensera à un iso un peu plus important
(passage non transcrit de 1 minute 4 secondes)

Du début de l'extrait jusqu'à la ligne 26, GIL rapporte les mots d'un « collègue de nuit » (ligne 18) qui travaille dans une autre unité de l'hôpital, ce qui a pour effet d'encore appuyer l'idée d'un d'isolement thérapeutique. De nouveau, une certaine alternance entre le caractère positif de l'ESPI et les retombées négatives de l'ouverture du cadre se dessine : « ça allait PAS TROP MAL » ligne 19 faisant écho à « ça r`flambe et qu` c'est compliqué » ligne 21. L'aspect négatif continue d'être discuté par l'infirmière lignes 24 à 26. Nous observons dans ces propos une forme de négociation de l'efficacité d'un isolement pour le patient en question, particulièrement en ce qui concerne les modifications successives du cadre (ligne 25). En effet, si l'isolement paraît adapté à ses besoins, puisqu'il est efficace, la sortie inévitable de l'ESPI entraîne des complications difficiles à gérer pour tous les partis.

Ligne 28, PAT, ajoute l'information selon laquelle « l'switch de traitement ça l'angoisse aussi\ ». Cette prise de position pourrait de nouveau être considérable comme un argument en faveur de l'isolement, puisqu'il s'agit en soi d'un traitement dans le soin en psychiatrie. Mais la mise en ESPI doit être courte, justifiée et réévaluée continuellement (Haute Autorité de Santé, 2017). Par conséquent, PAT se positionne contre l'isolement thérapeutique.

Enfin, lignes 30 à 34, GAL, qui en tant que psychiatre est la seule à pouvoir prescrire une mise en ESPI, propose un projet thérapeutique : « lui r`fixer des temps d` c a- (.) de salon pour la sieste », et les majorer s'ils ne sont pas suffisants. Ici, GAL prend donc en compte tout ce qui a été dit par les autres participants : si l'isolement est bénéfique au patient est mieux en isolement, son état régresse à sa sortie (extrait 68) ; le cadre est un facteur important dans le contexte de son hospitalisation (extrait 69, lignes 24-26) ; le traitement type «

allers-retours » en isolement est à éviter dans le sens où il accentue son anxiété (extrait 69, ligne 28).

La solution proposée est stable, le cadre fixe et assez fermé, mais sans pour autant trop isoler le patient dans le discours de GAL. La psychiatre permet donc, au vu du reste des propos tenus, de mener à bien un projet de soins potentiellement efficient, ou du moins adapté au profil du patient. La prise de décision est donc collaborative et co-construite, puisque GAL prend en compte l'ensemble des avis des soignants qui se sont manifestés dans sa proposition.

La séquence pourrait par conséquent se clore. Cependant PAT va amener de nouveaux arguments et poursuivre la négociation de l'efficacité de la démarche proposée par GAL. Dans l'extrait suivant, l'infirmière produit plusieurs séquences de DR, et cite à la fois le patient et l'équipe soignante dans une perspective hypothétique.

EXTRAIT 70 (BORALI S1 9 HEURES)

35 PAT après au pire si il supporte pas l` temps- `fin si le côté
 36 fermé euh est-ce que lui dire au moins par
 37 [défaut] un&
 38 GAL [un temps en chambre]
 39 PAT &[temps en CHAMBRE]
 40 GIL [des temps en chambre] ouais/
 41 PAT et de lui dire c'est un cadre c'est prescrit c'est [comme] ça
 42 vous restez en chambre/
 43 GAL [hm]
 44 GIL hm
 45 POM oui peut [être si à mon avis on devrait tenter]
 46 PAT [j` sais pas si- est-ce que ça pourrait] p`t être
 47 euh:\ ou pas marcher mais euh\
 48 GAL on peut [tenter]
 49 PAT [parce qu'il] disait la s`maine dernière ouais le salon
 50 j'en veux pas j` vais tout péter j` vais démonter vot` salon
 51 si j'y vais/
 52 POM oui pis on a [l'impression que (inaud.)]
 53 PAT [et on s'était dit est-ce que:/euh:\]
 54 POM intermédiaire
 55 PAT parce que i- il a dit non non j'irai pas/ euh:\ j` dors en- j`
 56 reste en chambre j` dors en chambre j` dormirai dans ma
 57 chambre/ et au final il s'est endormi dans sa chambre
 58 GIL et oui c'est c` qu'il a fait la s`maine dernière

Lignes 35-36, PAT réintroduit une information qui a déjà été dite durant la réunion, qui n'est pas présente dans nos extraits : « le côté fermé » est difficilement supporté par le patient. Elle propose donc d'instaurer un « temps en chambre » (ligne 39). Notons qu'il s'agit à l'origine d'une complétion de tour par GAL « un temps en chambre » ligne 38, qui est répété avec un énoncé choral que GIL formule ligne 40, en y ajoutant un pluriel (« des temps en chambre »).

D'après Lerner, les énoncés choraux peuvent servir à montrer un accord entre participants (2002 : 237), tout comme l'appartenance des locuteurs qui produisent l'énoncé choral à un « groupe social plus large » (ibid. : 250). Colón de Carvajal (2011) note également l'aspect collaboratif des énoncés choraux dans la construction de l'activité. Dans notre exemple, les trois participantes s'incarnent dans une entité sociale « soignantes », et s'alignent dans l'activité de prise de décision collaborative. Bien que la psychiatre soit légalement la seule à pouvoir prendre la décision de prescrire, et qu'elle ait proposé un parcours de soins dans l'extrait 69, le groupe poursuit la négociation pour aller vers une prise en charge la plus adaptée possible. Les asymétries de participations (voir Mondada & Keel, 2017) des soignants tendent donc à s'effacer au bénéfice d'une forte collaboration dans la construction conjointe de l'activité.

Ce fort alignement se poursuit dans la suite de l'extrait. Nous le constatons par les continueurs lignes 43-44, ainsi que l'utilisation du pronom personnel « on » ligne 45 et 48, qui a pour référent, produit d'abord par POM, puis par la psychiatre. Ligne 49, suite à l'alignement fort des autres soignants à son propos, PAT le développe, en discutant des problématiques que l'isolement peut provoquer chez le patient, par l'utilisation de deux DR.

Lignes 49-51, PAT représente un discours chargé qu'elle attribue au patient « ouais le salon j'en veux pas j` vais tout péter j` vais démonter vot` salon si j'y vais/ ». Le refus de l'isolement thérapeutique est manifeste « le salon j'en veux pas » (lignes 49-50), tout comme la conséquence que la mise en ESPI engendrerait « j'vais tout péter » et « j'vais démonter votre salon si j'y vais » (lignes 50-51). PAT rapporte donc des propos qui vont à l'encontre des autres

arguments par le biais de DR. Ce faisant, elle mutualise un moment qu'elle a personnellement vécu, et étaye son propos. Nous sommes ici face à une sorte d'argument d'autorité, puisque les propos de PAT sont en adéquation avec ceux du patient. En rapportant son discours, elle rend son discours irréfutable : il ne « supporte pas le côté fermé » lignes 35-36.

Lignes 55 à 57, elle représente de nouveau ce que le patient a pu dire. Elle formule son refus marqué de bénéficier d'un isolement thérapeutique « non non j'irai pas » ligne 55, puis la solution qu'il a lui-même proposée « j` dors en- j` reste en chambre j` dors en chambre j` dormirai dans ma chambre » lignes 55-57, avant de spécifier que cette dernière a fonctionné « et au final il s'est endormi dans sa chambre ». En rapportant la proposition de monsieur Borali et en la présentant comme efficace, PAT argumente pour que le patient ait comme prescription des temps en chambre (extrait 69). Finalement, à ligne 58, GAL s'aligne de nouveau « et oui c'est ce qu'il a fait la semaine dernière ». La séquence concernant l'isolement du patient se clôt alors, et la conversation s'oriente sur les plaintes qu'il a pu faire sur le plan somatique. C'est la décision proposée par la psychiatre dans l'extrait 69 (aux lignes 30-34) qui a été retenue : GAL lui a prescrit des temps en chambre, ce qui correspond à un cadre relativement fermé et strict, mais qui n'entraîne pas les conséquences de la sortie d'isolement pour monsieur Borali.

Nous pouvons donc constater une véritable collaboration des soignants, à la fois dans l'alignement des participants et dans l'effacement des statuts professionnels. Ces trois extraits nous permettent aussi de noter la part très importante de l'utilisation de séquences de DR en ce qui concerne la prise de décisions. Ce dernier point est également repérable dans des extraits plus banals, ou du moins, moins extrêmes.

C'est le cas dans les 4 extraits suivants dont madame Delattre fait l'objet. Elle a indiqué à certains soignants qu'elle passait de mauvaises nuits. Dès lors, durant les relèves, la question du sommeil de cette patiente est passée en revue,

et les différentes opinions divergentes sont considérées en utilisant du DR. Nous observons dans cette analyse deux relèves se produisant la même semaine, respectivement à 9 heures et 21 heures. Nous verrons comment, en sélectionnant des informations et en les propageant via des séquences de DR, les soignants orientent la marche à suivre, et par conséquent prennent une décision collaborative.

Ces premiers extraits constituent l'intégralité de la relève concernant la patiente lors de la semaine 4 d'enregistrement, pour la relève de 9 heures. Nous trouvons dans cette première partie d'extrait GRI, GIL et IVA qui sont infirmières, LIM qui est interne en psychiatrie.

EXTRAIT 71 (DELATTRE S4 9 HEURES)

1 GRI madame delattre (2.0) .tsk .h:: qui rapporte euh
2 [hum hum]
3 GIL [(qui bouge pas beaucoup)]
4 (.)
5 GRI toujours des difficultés euh::: au niveau du somm[eil]&
6 LIM [hm]
7 GRI &.h là notamment elle m'a dit ce matin qu'elle s'était
8 réveillée cinq fois (0.6) encore cette nuit (0.5) .tsk .h:::
9 euh::: (1.0) du coup: alors (0.8) elle est (.) quand même
10 un peu plus animée j'ai l'impression un peu plus présente (.)
11 dans l'unité qu'elle n'était[:] euh&
12 LIM [hm]
13 GRI &.h:: y a huit dix jours en arrière (.) .h: euh voilà\ mais
14 dans que`que chose de tout à fait euh: (.) raisonnable
15 [hein on n'est pas:] (.) dans un virage euh franc&
16 LIM [ah oui oui:]
17 GRI &.h:: du tout .h: euh::: (0.3) bon\ (.) voilà\ (0.4) elle dit
18 qu` le matin c'est un peu compliqué pour démarrer (.) mais euh:
19 voilà\ c'est certainement en lien avec° les nuits euh (0.5) je
20 sais pas au niveau d[es n]uits euh c` qui faudrait euh revoir
21 LIM [hm]

Durant toute celle relève, GRI, infirmière, est super-locutrice. Elle démarre la relève de cette patiente en présentant une première séquence de DR « madame Delattre qui rapporte toujours des difficultés au niveau du sommeil » (lignes 1-2). La présence de « toujours », ainsi que le savoir commun aux soignants de l'unité à propos de la patiente – représenté dans les diverses relèves de notre corpus – impliquent que ce constat est plutôt fréquent. Comme

nous l'avons montré auparavant, la super-locutrice démarre sa relève par une information générale, actualisant l'encyclopédie des participants dans les savoirs relatifs à la patiente. Par la suite, elle étaye son discours par une nouvelle séquence de DR, dont elle était la destinataire originelle « elle m'a dit ce matin qu'elle s'était réveillée cinq fois encore cette nuit », lignes 7-8. Ce faisant, elle ouvre une séquence à l'intérieur de la relève permettant le débat en ce qui concerne la patiente, en apportant un élément général, puis un précis, par l'utilisation de deux séquences de DR.

Par la suite, elle produit une incise portant sur un autre point, à savoir la « présence » de la patiente dans l'unité et son énergie (« elle est quand même un peu plus animée », lignes 9-10), puis la clôt ligne 17 par l'utilisation de micro-pauses et d'un « voilà » avec une intonation descendante. Cette particule discursive a été l'objet de nombreuses analyses en français parlé en interaction (Bert *et al.*, 2010; Bruxelles & Traverso, 2006; Oloff, 2016, entre autres). Les auteurs ont tendance à s'accorder sur la dimension potentiellement clôturante de l'usage de *voilà* à l'oral, ou du moins de changement thématique. Complété par la pause de 0.4 seconde, nous considérons donc ce moment comme un TRP, dont les autres participants ne se saisissent pas. GRI revient alors sur la thématique originellement annoncée, le sommeil de la patiente, lignes 17-18, par le biais d'une nouvelle séquence de DR « elle dit que le matin c'est un peu compliqué pour démarrer mais c'est certainement en lien avec les nuits ». Ce faisant, elle apporte une nouvelle information aux participants, à savoir le lien qu'elle fait entre son état le matin et ses propos quant à ses nuits qualifiées de mauvaises. Après une nouvelle pause de 0.5 secondes, elle pose une question à l'ensemble des participants, les invitant ainsi à s'exprimer sur la question.

Dans ce premier extrait, nous avons donc vu comment GRI, par l'usage de trois séquences de DR, a été en mesure de présenter les difficultés exprimées par la patiente auprès du reste des soignants présents. Dans la suite de la relève, les autres soignants abordent différents points pour tenter de résoudre le problème, parfois sous forme de DR. Il est important, pour comprendre la suite

de la séquence, de savoir qu'un problème de sommeil peut être multifactoriel en psychiatrie adulte. La patiente étant très dépressive, il peut s'agir d'un symptôme de sa pathologie, tout comme d'une manifestation d'un autre trouble.

EXTRAIT 72 (DELATTRE S4 9 HEURES)

22 (0.7)
 23 GRI .h:::
 24 IVA oui c'est vrai qu` moi c` [matin]
 25 GIL [après elle prend plus son valium
 26 avec son loxapac qu` est prescrit en si besoin hein
 27 (0.7)
 28 GIL c'ét[ait en syst]ématique et euh: j` crois qu` ça a été mis&
 29 LIM [la nuit/]
 30 GIL &en si besoin .h
 31 GRI hm hm
 32 GIL et en fait elle elle veut n` pas l` prendre pa`ce que: t` sais
 33 les traitements ça a toujours été compliqué donc elle prend
 34 l'hypnotique mais le valium [et le loxapac euh .h]: elle&
 35 GRI [c'est pas suffisant ouais]
 36 GIL &le prend pas et j` lui [ai dit mais c'est] prescrit&
 37 IVA [ah oui:]
 38 GIL &en si besoin n'hésitez pas et: j` pense qu'elle est hyper
 39 réticente à l` p[rendre et qu` c'est] pour ça aussi qu` ça&
 40 GRI [hm hm]
 41 GIL &.h:: joue sur l` sommeil pa`ce que
 42 l'équipe de nuit [disait que]: jusqu'à maintenant&
 43 LIM [hm hm]
 44 GIL &ça s` passait quand même pas trop [mal] la nuit [donc euh]
 45 GRI [hm]
 46 GRI [hm hm]
 47 (1.6)
 48 LIM pa`ce qu'elle s` réveille mais elle elle demande pas l`
 49 traitement si besoin [d` la nuit du coup/]
 50 GIL [ah bah:] non

Ligne 24, GIL coupe la parole à IVA, et entraîne la conversation vers une explication potentielle au problème : un changement de prescription « elle prend plus son valium avec son loxapac qu'est prescrit en si besoin », lignes 24-25. Suite à une pause, elle poursuit son explication, alors qu'un chevauchement se produit, montrant à la fois l'alignement de LIM au discours de GIL et le lien qu'elle fait entre le problème de sommeil et les médicaments que prend la patiente (« la nuit », ligne 29). GIL poursuit ensuite son explication, en soulignant la volonté de la patiente de ne pas prendre son traitement si besoin, avant de produire une nouvelle séquence de DR lignes 36-38, lors de laquelle, en citant ses propres

propos, GIL appuie le fait qu'elle est consciente du lien entre les troubles du sommeil de la patiente et ses médicaments. Elle le précise par ailleurs juste après cette séquence d'auto-citation, lignes 39-41 « ça joue sur le sommeil ». En effet, si le loxapac et le valium sont respectivement un antipsychotique et un anxiolytique, d'une part l'anxiété et les psychoses peuvent entraîner des troubles du sommeil, et d'autre part les deux peuvent provoquer une forme de somnolence, voire de sédation, et donc influencer la qualité des nuits des personnes les prenant au coucher.

Elle justifie ensuite ses propos en citant cette fois une entité plus large, l'équipe de nuit, lignes 42-44. Ce faisant, elle négocie également activement les propos de la patiente. Si dans son discours transparait l'idée qu'elle passe de mauvaises nuits, « l'équipe de nuit disait que jusqu'à maintenant ça s'passait quand même pas trop mal ». L'intérêt est donc double : d'une part GIL inclut la parole d'un tiers absent (les équipes de nuit n'étant pas présentes aux réunions de 9 heures, mais étant directement concernées par la qualité de sommeil des patients), et ouvre la discussion sur un autre aspect, la non-concordance des discours tenus par la patiente et ses collègues. Cependant, elle spécifie que la cause n'est pas dans la non-véridiction des propos tenus, mais dans l'absence d'action de la patiente face à ses problèmes de sommeil, toujours sous forme de DR « elle se réveille mais elle demande pas le traitement si besoin de la nuit du coup », lignes 47-48.

À ce moment de la relève, une explication des problématiques de sommeil de la patiente est donc établie : il s'agirait de son changement de traitement. En passant du systématique au si besoin et en ne faisant pas la demande de cette prise facultative, madame Delattre voit son sommeil atteint, et par extension son énergie au cours de la journée. Dans la poursuite de cette relève, IVA négocie cependant activement la prise de position de GIL concernant la question du sommeil de la patiente, en inversant la relation de cause à effet de façon implicite : ce ne serait pas la qualité de sommeil qui rendrait la patiente fatiguée, mais un autre facteur. Pour ce faire, elle utilise une série de séquences de DR,

lui permettant à la fois d'inclure les considérations de GIL, et de les mettre en parallèle avec le discours d'autres tiers énonciatifs.

EXTRAIT 73 (DELATTRE S4 9 HEURES)

51 GRI elle [est pas du genre à d`mander euh:]
 52 IVA [ben en fait l'équipe de nuit] eux i`s constatent pas\
 53 (.)
 54 GIL [ouais]
 55 IVA [qu'elle] se réveille eux i`s [disent que à cha]que fois&
 56 GRI [hm hm]
 57 IVA qu'i`s passent
 58 (.)
 59 LIM [°elle dort°]
 60 GIL [elle do]rt ouais
 61 IVA elle dort (.) et elle elle dit en fait que [euh:]&
 62 LIM [°d'accord°]
 63 IVA &voilà qu` c'est pas qu'elle dort pas d` la nuit mais c'est
 64 qu'elle se réveille sans a[rrêt:]&
 65 GRI [hm hm]
 66 IVA &.h: qu'elle a plus ou moins: euh du mal à s` rendormir (.)
 67 qu'y a des moments où elle se rendort facilement et d'autres où
 68 elle euh .h:: elle galère un p`tit peu plus
 69 (0.6)
 70 IVA euh::: mais après c'est vrai qu` l'équipe de nuit eux i`s
 71 disent qu'à chaque fois qu'i`s passent euh::: elle dort\
 72 (0.5)
 73 LOC .h:: ((reniflement))
 74 IVA là c` matin moi elle me disait que:: c'était surtout l` matin:
 75 elle avait du mal qu'elle avait du mal à: s- .h: à s` mettre
 76 en [: mar]che euh:: que:: le moral était tou-&
 77 GRI [hm hm]
 78 IVA &toujours plus b[as euh]: le matin en gros&
 79 GRI [hm]
 80 IVA &quand elle [se réveille] euh
 81 GRI [c'est ça]
 82 (0.5)
 83 IVA .h (0.3) ça s` décante un p`tit peu plus dans la journée mais
 84 que: au réveil c'est toujours un peu compliqué\ bon en même
 85 temps c'est vrai qu` si elle dort mal comme ça[:]
 86 LOC [hm]
 87 (1.0)
 88 GIL puis elle dit que tout c` qu'elle fait ça lui d`mande aussi d`
 89 faire des efforts elle dit `fin .h:: qu'elle essaye tu vois
 90 d'aller dans l` pa:rc échille lui avait dit d'aller à la
 91 bibliothèque elle dit qu'elle l:e fait mais que ça demande
 92 quand même euh
 93 LOC hm
 94 (.)
 95 LOC [hm]
 96 GIL [beaucoup] d'énergie: et beaucoup d'efforts °quoi euh°
 97 (.)
 98 IVA il l'avait stimulée pas mal aussi [pour qu']elle aille&
 99 GIL [hm]

100 IVA &au centre sportif [mais elle elle] dit qu` le matin: euh: à&
 101 GIL [hm]
 102 LIM [hm]
 103 IVA &[neuf heu:res euh] elle est [crevée: euh:]&
 104 LIM [°c'est pas possible°]
 105 GRI [elle y arrive pas ouais]
 106 IVA &.h:: que souvent elle retourne se coucher qu'elle est pas en
 107 état de::- (0.3) .h (0.3) d'aller euh: faire du sport quoi
 108 GRI hm
 109 (0.9)
 110 GRI .h::: (0.6) on a piqué la t s h ce matin
 111 OUS hm
 112 (1.6)
 113 GRI .tsk .h (0.3) voilà

Ligne 52, IVA prend la parole en chevauchement avec GRI pour apporter une précision au discours de GIL. Là où il a été dit auparavant que « jusqu'à maintenant ça se passait pas trop mal les nuits » (lignes 41-43), IVA précise que « l'équipe de nuit eux ils constatent pas qu'elle se réveille », puis justifie son propos à l'aide d'une séquence de DR « ils disent que à chaque fois qu'ils passent elle dort » (lignes 51-60). Cette modification est cruciale dans la relève. En effet, en modifiant l'inférence préalable qu'une forme d'accord sur la question du sommeil de la patiente existe, IVA oriente le discours vers d'autres facteurs : puisque les équipes de nuit, premiers concernés par le sommeil des patients, ne constatent pas que madame Delattre dort mal, alors la seule cause du changement de médicaments quant à son état actuel est à remettre en question. Elle poursuit en citant cette fois la patiente « elle dit elle dit en fait que voilà que c'est pas qu'elle dort pas de la nuit mais qu'elle se réveille sans arrêt qu'elle a plus ou moins: euh du mal à se rendormir qu'il y a des moments où elle se rendort facilement et d'autres où elle galère un petit peu plus », lignes 60-67. Ce faisant, IVA poursuit son raisonnement : il ne s'agit plus seulement d'une absence de constat de la part des équipes de nuit, mais bien d'une réalité vécue et dite par la patiente. Et puisque l'endormissement en tant que tel n'est pas le problème auquel elle fait face, alors la sédation provoquée par les médicaments n'est pas – entièrement – responsable de ses troubles de sommeil. Elle renouvelle ensuite la séquence de DR précédemment produite, qu'elle attribue une nouvelle fois aux soignants de nuit « mais après c'est vrai que l'équipe de

nuit eux ils disent qu'à chaque fois qu'ils passent elle dort » (lignes 70-71). En produisant séquentiellement ces quatre DR, IVA modifie donc l'information préétablie, de façon pérenne. Il ne s'agit pas simplement de son avis, mais d'une réalité tangible, décrite par tous les partis en cause.

À partir de la ligne 73, IVA centre la relation cause-conséquence sur d'autres facteurs, explicitement mentionnés grâce au DR « là ce matin moi elle me disait que c'était surtout le matin: qu'elle avait du mal à se mettre en marche euh que le moral était toujours plus bas le matin en gros quand elle se réveille » (lignes 73-79). Ce faisant, elle introduit une nouvelle information jusqu'alors absente de la relève, à savoir que le moral de la patiente n'est pas au mieux. Au contraire, dans la première partie de la relève (extrait 71), GRI précisait qu'elle la trouvait « plus présente » dans l'unité. Dans le tour suivant (lignes 82-85), IVA poursuit son raisonnement et le conclut avec les informations préalablement avancées par GIL « en même temps c'est vrai que si elle dort mal comme ça ».

À partir de la ligne 87, GIL s'aligne avec le discours de IVA, et continue d'apporter des éléments sur la question des difficultés qu'éprouve la patiente la journée « puis elle dit que tout ce qu'elle fait ça lui demande aussi d' faire des efforts elle dit qu'elle essaye tu vois d'aller dans le parc », sous forme de DR. L'alignement est donc double, et se repère tant dans le contenu des propos de GIL que dans leur forme. Elle continue de discuter l'idée d'IVA en citant les propos de la patiente. Ce format particulier nous fait penser à la co-construction du sens en interaction, dans la mesure où GIL change de posture. En effet, il s'agissait de l'infirmière ayant ouvert la séquence concernant le changement de prescription (extrait 72), et elle poursuit le tour de IVA ligne 87, ce qui est notamment visible avec la particule « puis » et son réalignement. La complétion de tour étant matérialisée en partie par des aspects syntaxiques, l'usage de « puis » est pertinent, étant donné qu'il indique un lien entre un élément présent et un élément passé. Cette complétion de tour en alignement avec IVA nous apparaît donc intéressante dans l'aspect collaboratif de la relève : GIL, au regard des séquences de DR produites par IVA, adopte une posture de collaboration en appuyant le propos en contradiction avec ce qu'elle a énoncé initialement.

Lignes 89-94, GIL apporte de nouveau un argument en faveur du discours d'IVA, en rapportant cette fois le discours du psychiatre face à la patiente, et sa réaction « Échille lui avait dit d'aller à la bibliothèque elle dit qu'elle le fait mais que ça demande quand même euh beaucoup d'énergie et beaucoup d'efforts ». IVA se saisit ensuite du format de citation du psychiatre, et étaye à son tour le discours de GIL en prenant un autre exemple du même acabit « il l'avait stimulée pas mal aussi pour qu'elle aille au centre sportif mais elle elle dit que le matin euh à neuf heures euh elle est crevée: euh que souvent elle retourne se coucher qu'elle est pas en état d'aller faire du sport quoi » (lignes 96-105). Nous observons exactement la même structure, c'est-à-dire une opposition faite entre l'énoncé du psychiatre et la réaction de la patiente, qu'elle a verbalisé et qui est rapportée. Une nouvelle fois nous voyons dans ce cas un alignement fort, tant du point de vue syntaxique qu'informationnel. La collaboration entre les soignants est donc totale : GIL a exposé ses arguments, qui ont été nuancés par IVA, avant que GIL ne s'y aligne et qu'IVA reprenne la structure proposée par GIL en alignement. À partir de la ligne 108, GRI, super-locutrice de la relève, la clôt en rappelant une information globale déjà partagée par l'ensemble de l'équipe soignante, à savoir que « on a piqué la tsh ce matin ». Ce tour est particulièrement intéressant, puisqu'il s'aligne également avec IVA et GIL, dans le sens où la thyroestimuline (tsh) est une hormone produite par la thyroïde, et qu'un mauvais dosage de tsh dans le sang peut signaler un mauvais fonctionnement de la glande, dont un des symptômes est une grande fatigue.

L'intégralité de la relève concernant madame Delattre en semaine 4 à 9 heures montre donc une très forte dimension collaborative par l'usage des DR. En rapportant les propos de différents acteurs du soin ou des patients, les soignants sont à même de pouvoir avancer dans leur pratique, et évoluer vers une prise en charge plus précise et adaptée au profil de chacun. Il est par ailleurs intéressant de noter que, ce même jour, lors de la relève de 21 heures, un infirmier, FAL, (absent à 9 heures) relaie l'information, et COU, aide-soignante

de nuit, s'en saisit, comme nous l'observons dans l'extrait suivant, constituant une nouvelle fois l'intégralité de la réunion concernant cette patiente :

EXTRAIT 74 (DELATTRE S4 21 HEURES)

1 FAL madame delattre ben qui continue: à se plaindre euh du sommeil
 2 euh c` qui n'est pas constaté
 3 (0.9)
 4 FAL euh alors je sais pas trop: euh: elle elle dit: qu` c'est
 5 très::: ça a l'air d'être très handicapant pour elle qu'elle se
 6 réveille plusieurs fois et tout mais euh::
 7 (1.1)
 8 COU ben nous quand on [passe elle dort mais euh]
 9 FAL [j` sais pas si i` faudr]ait: pourtant on
 10 lui dit euh quand vous <((bafouille)) v` réveillerez> vous vous
 11 réveillez vous sonnez comme ça ça nous permet au
 12 m[oins d'évaluer elle sonne]&
 13 COU [ben oui de voir ouais]
 14 FAL pas donc euh et après elle continuait à dire qu'elle se
 15 réveillait (.) `fin c'est bon\ (.) .H:: j` sais pas:: essayez
 16 d'êt` (.) particulièrement vigilants mais euh:: jusqu'à
 17 présent c'était pas constaté

Lignes 1-2, nous remarquons l'ouverture typique des relèves, « madame Delattre qui... », immédiatement suivie par une séquence de DR « continue à se plaindre du sommeil », et d'une négociation directe des propos de la patiente « ce qui n'est pas constaté ». Il poursuit lignes 4-6 en citant la patiente, et étaye ainsi son discours initial en apportant des précisions « elle dit que ça a l'air très handicapant pour elle qu'elle se réveille plusieurs fois ». Suite à la pause de 1.1 seconde, COU prend la parole et spécifie, comme nous l'avons déjà vu dans l'analyse de la relève de 9 heures et dans le premier tour du super-locuteur, que les problèmes de sommeils ne sont pas constatés par les soignants de nuit. FAL continue ensuite en citant l'équipe de jour dans sa globalité, que l'on peut repérer avec l'usage du pronom personnel on « on lui dit quand vous vous réveillez vous sonnez ». Il cite de nouveau la patiente et ses plaintes ligne 13, puis conclut la relève en proposant aux soignants de nuit d'être « particulièrement vigilants ».

En produisant cette forme d'injonction, FAL agit sur deux plans. D'une part, il participe activement à l'établissement d'un diagnostic différentiel, c'est-à-dire selon une méthode d'exclusion des symptômes (« ce n'est pas cette maladie car le symptôme x est incompatible »), tout en attirant l'attention des soignants de nuit vers

une problématique de la patiente qu'ils peuvent potentiellement résoudre, en constatant les symptômes décrits et en agissant en conséquence. En mettant en lien la relève de 9 heures et celle de 21 heures au sujet de cette patiente, nous voyons donc que les décisions prises et l'avancement dans le diagnostic lors des relèves précédentes sont mobilisées dans celles qui leur font suite. En effet, là où à 9 heures la question du sommeil a été posée premièrement selon un prisme médicamenteux, puis a évolué vers d'autres aspects, la question du si besoin n'est pas évoquée à 21 heures.

Bien entendu, l'analyse de ces deux exemples ne constitue pas une généralisation que l'on peut faire sur les DR et l'aspect collaboratif des réunions de relève en psychiatrie. Cependant, nous avons vu que dans une perspective professionnelle, une des fonctions les plus saillantes de l'usage de ces séquences est effectivement dans un but de collaboration, pour aller vers une forme de savoir dépassant les participants en tant que tel, et appartenant à une sorte d'encyclopédie relative à l'équipe entière. Les diverses frontières épistémiques tendent à s'effacer au regard du DR dans les relèves, et les propos rapportés par les soignants permettent d'accéder à un accord entre soignants, et par extension une réelle forme de collaboration.

7.3.2. UNE ANAMNÈSE À DISTANCE ?

Selon le CNRTL¹⁸, l'anamnèse est la « reconstitution de l'histoire pathologique d'un malade, au moyen de ses souvenirs et de ceux de son entourage, en vue d'orienter le diagnostic ». Il s'agit donc d'un moment important dans la prise en charge thérapeutique, puisqu'elle va définir la suite à donner au parcours de soins du patient. Dans le cas du service de soins psychiatrique dans lequel nous avons enregistré notre corpus, nous observons qu'une partie de cette anamnèse se fait collectivement, lors

¹⁸ <https://www.cnrtl.fr/definition/anamnese>

des réunions de relèves, et en employant des séquences de discours rapporté. Dans cette partie, nous analyserons donc certaines relèves qui portent sur des patients dans le service, et nous verrons en quoi le DR est un réel support pour les soignants afin de pouvoir établir une anamnèse à distance.

Le premier extrait traite de monsieur Dubreuil, lors de son retour dans le service en semaine 4 (pour rappel, ce patient est présent la première semaine, puis les quatrième et cinquième). LIM, interne en psychiatrie, expose un problème au sujet de le diagnostic bipolaire posé pour ce patient lors d'une hospitalisation antérieure, et les différents participants réagissent en conséquence.

EXTRAIT 75 (DUBREUIL S4 9 HEURES)

1 LIM et on voulait reprendre pa`ce que: pf: j'ai repris tout son dossier
2 mais j` suis pf .h j` comprends pas d'où i`s sortent le trouble
3 bipolaire `fin::
4 (1.7)
5 OUS il avait jamais fait d'accès maniaque/
6 (.)
7 LIM ben il en a fait euh alors j'ai (.) j'ai relu toute la dernière
8 hospit et y a eu euh: (0.6) euh: (.) un achat compulsif de mille-
9 cinq-cents euros sur internet
10 (1.1)
11 LIM et du coup i`s ont dit en gros euh: (.) voilà
12 [abilify euh troubles bipo]laires [mais:]
13 GRI [ah mais: .h::]
14 GRI [°bipolai-] ah oui°
15 (.)
16 GRI .h
17 OUS c'est un peu (.) léger
18 (0.3)
19 GRI .h[::]
20 LIM [°(pas pire qu` l]e (.) bipolaire)°
21 GRI faudrait p`t-être en redis[cuter]
22 LIM [hm]
23 GRI hein
24 LIM hm ouais
25 (0.9)
26 GRI .tsk (.) .tsk .h:: voilà pour lui:::

Lignes 1 à 3, LIM évoque la difficulté qu'elle a à comprendre le diagnostic qui a été posé pour ce patient (« je comprends pas d'où ils sortent le trouble bipolaire »). En réaction, OUS, médecin généraliste, prend appui sur ses connaissances médicales

pour rendre explicite le problème de LIM. En effet, pour définir un trouble bipolaire, il faut qu'il y ait au moins un accès maniaque dans le passé du patient.

"For a diagnosis of bipolar I disorder, it is necessary to meet the following criteria for a manic episode. The manic episode may have been preceded by and may be followed by hypomanic or major depressive episodes" (American Psychiatric Association, 2013: 123).

Ligne 7, LIM indique de façon claire sa démarche de retrouver l'historique de ce patient, en « relisant toute sa dernière hospitalisation » (lignes 1 et 7-8). Nous nous trouvons dans un cas particulier pour notre étude : il ne s'agit pas de DR en tant que tel, mais l'interne s'appuie sur les productions de ses pairs pour produire son propre discours, tout comme dans le cas du DR.

LIM poursuit par une forme de narration, en coordonnant deux propositions syntaxiques qui se sont déroulées de façon consécutive dans le temps (« il y a eu un achat compulsif de 1500 euros sur Internet **et** du coup ils ont dit abilify troubles bipolaires », lignes 8 à 12). La deuxième clause est la première occurrence de DR de cet extrait, et représente le cœur du problème, comme l'indique la réaction de OUS ligne 17 « c'est un peu léger ». Ainsi, nous trouvons un récit d'une partie de l'histoire de la pathologie du patient (« un achat compulsif de 1500 euros sur Internet» lignes 8-9), du diagnostic posé par les pairs (« ils ont dit abilify troubles bipolaires » lignes 11-12), et de la nécessité de poursuivre l'exploration pour affiner le diagnostic (« je comprends pas d'où ils sortent le trouble bipolaire », lignes 2-3 et « c'est un peu léger » ligne 17). Nous sommes donc bien dans une situation d'anamnèse, où les soignants explicitent un problème à propos de la pathologie du patient et son diagnostic en retraçant une partie de son histoire de vie, et passant par l'usage de DR. La question n'est cependant plus abordée après cette relève dans nos données. Sachant que nous n'avons enregistré que les relèves du lundi, nous pouvons supposer que la proposition de GRI ligne 21 « faudrait peut-être en rediscuter » peut avoir été prise en compte et que le sujet peut avoir été discuté en dehors de nos jours de captations.

Le prochain extrait concerne monsieur Gomez, lors de son entrée dans l'unité. GIL, super-locutrice de la relève, fait un bref état des lieux du diagnostic pour ce patient, qui a été posé antérieurement. Pour ce faire, elle utilise des séquences de DR, et s'appuie sur le savoir médical commun aux soignants de l'unité, et plus particulièrement celui de la psychiatre, GAL.

EXTRAIT 76 (GOMEZ S1 9 HEURES)

1 GIL euh: il était en rup/ture de soins ce patient (0.4) alors au niveau
2 du diagnostic/ c'est pas très très clair ils disaient sur les mots
3 que euh fin nous/ (inaud.) on nous l'a décrit comme un patient
4 schizo-affectif/
5 (0.6)
6 GIL euh apparemment le docteur tada qui le suit sur le c m p se posait
7 la question il me semble d'un trouble bipolaire `fin il disait
8 [que c'était pas très très c]clair il était sous nap de xep lion/
9 GAL [°ah:°]
10 (0.5)
11 GIL à cinquante milligramme au départ/ et puis en fait euh:: au vu de la
12 question du diagnostic était pas très très clair le fait que euh ça
13 allait °euh: que le délire était pas s:i présent que ça/° (0.3) elle
14 était passé à vingt-cinq (0.4) milligrammes de xep lion/ (0.4) donc
15 ses deux dernières injections étaient à ce dosage-là/ et depuis euh
16 fin d'année en fait depuis euh::: décembre deux mille dix-sept il
17 n'a plus honoré ses suivis sur le c m p
18 [ni pour le euh: rendez-v]ous avec le docteur tada/ ni pour la nap\
19 GAL [(°d'accord°)]

A la première ligne, après la pause de 0,4 seconde, GIL aborde le sujet du diagnostic du patient, en précisant qu'il « n'est pas très clair ». Après avoir introduit cette information, elle étaye ses propos et développe son discours au moyen de DR des soignants qui ont précédemment suivi monsieur Gomez. Elle démarre lignes 2 à 4 par un DR de soignants, en représentant une forme de diagnostic « on nous l'a décrit comme un patient schizo-affectif ». Or, après la pause de 0,6 secondes, elle reprend, en citant cette fois un soignant particulier, qui exerce en dehors de l'unité (« le docteur Tada qui le suit sur le cmp se posait la question d'un trouble bipolaire » lignes 6-7), ce qui est un problème du point de vue thérapeutique. En effet, un trouble de la personnalité schizo-affectif spécifie une schizophrénie, qui n'est pas en tant que telle cumulable avec un trouble bipolaire :

"schizoaffective disorder can be distinguished from a depressive or bipolar disorder with psychotic features due to the presence of prominent delusions and/or hallucinations for at least 2 weeks in the absence of a major mood episode. In contrast, in depressive or bipolar disorders with psychotic features, the psychotic features primarily occur during the mood episode(s)" (American Psychiatric Association, 2013: 109)

La suite de l'extrait va d'ailleurs dans ce sens : lignes 6-7, GIL produit une nouvelle séquence de DR attribuée au docteur Tada, qui précise le problème de clarté du diagnostic (« il disait que c'était pas très clair »).

De la ligne 8 à la fin de l'extrait, GIL retrace une partie du parcours de soins qu'a suivi le patient, en continuant de rapporter le médecin du CMP. Du point de vue informationnel, nous trouvons :

- La manifestation non conséquente des délires du patient (« le délire était pas si présent que ça », ligne 13)
- Le changement de prescription consécutif à cette absence de délire (« elle était passé à vingt-cinq milligrammes de xepion », lignes 13-14)
- Les problèmes de suivi que pose ce patient, et l'explicitation de la rupture de soins préalablement introduite ligne 1 (« depuis euh décembre deux mille dix-sept il n'a plus honoré ses suivis sur le c m p ni pour le euh rendez-vous avec le docteur Tada ni pour la nap » lignes 16-18)

Ces trois types d'informations que nous pouvons dégager constituent partiellement une « reconstitution de l'histoire pathologique du patient » (cf. définition CNRTL d'anamnèse), dans la prise en charge qui a résulté de son suivi dans le CMP, ainsi que dans les questionnements relatifs à ses symptômes.

La question est doublement abordée pour ce qui est de « l'orientation du diagnostic ». D'une part par les séquences de DR du médecin qui se pose la question (lignes 7-8 et 12-13), représentant parfaitement une orientation de diagnostic ; et d'autre part, de façon moins saillante, par le traitement qui est mis en mots par GIL. En effet, le xep lion est un antipsychotique, utilisé dans le cadre de schizophrénie, et pas de la bipolarité. Ce patient, en 2017, était donc traité pour une schizophrénie, comme précisé dans les DR que produit GIL. Or, puisque la question de la bipolarité est relayée par la super-locutrice, alors le travail que poursuivent les soignants dans cet extrait est celui d'un affinage de diagnostic, ce qui constitue la seconde partie de la définition de l'anamnèse que nous avons préalablement donnée.

Nous trouvons la question de l'anamnèse à distance particulièrement intéressante dans notre corpus. Le patient, au centre des conversations, est systématiquement absent de ces moments de travail, et comme nous l'avons vu, pour reconstruire l'historique de la pathologie, et orienter le diagnostic, le DR se révèle être un outil à la fois très puissant, et tout à fait approprié. En rapportant les propos (ou les écrits) des patients, de leurs proches ou de leurs soignants externes à l'unité, les différents participants aux réunions de relève infirmière en psychiatrie sont à même de faire émerger dans la temporalité de la conversation une quantité d'informations suffisante pour procéder à une anamnèse, ou à défaut d'indiquer la nécessité d'en faire une nouvelle. Dans d'autres cas, seule une partie de ce qui constitue une anamnèse est repérable dans des séquences comprenant des DR. L'extrait à suivre en fait partie. DER, psychiatre de l'unité, rapporte les propos de la nièce de madame Legros, évoquant les modifications de prescriptions qu'il a eu pour elle dans le passé.

EXTRAIT 77 (LEGROS S3 9 HEURES)

1 DER .h::: euh::: alors elle c` qui s`ra- euh:: faut qu` j'appelle cachou
 2 pa`ce qu'en fait c` que:: en- entre autres informations j'ai- que
 3 j'ai eu hm: via la- une de ses nièces au téléphone .h:: en fait
 4 jusque l'an dernier elle était sous injections d'haldol (0.4) .tsk
 5 (.) euh:: (.) et donc en fait là je je sais toujours pas pour- euh
 6 pourquoi (0.3) .tsk .h mais le::- elle a fait sauter l'injection
 7 (0.6) euh: donc ça a été remplacé par du xeroquel mais qu'elle prend
 8 euh pas très bien (0.3) .h::: euh: (.) et en même temps elle a fait
 9 aussi euh sauter la curatelle (0.7) euh: et en fait euh: (0.6) `fin

10 bon on sait qu' y a eu cette histoire un peu: .h: on va dire
 11 extraordinaire où elle a t- frappé son prof de piano qui a appelé
 12 les flics en fait °qui: sont sont° v`nus la chercher pour la mettre
 13 à l'hôpital mais ça fait (apparemment) depuis plusieurs mois que:
 14 .h::: on va dire ça se: (0.4) détériore euh: de façon progressive

Tout l'extrait est une explicitation de la part de DER de ses questionnements autour de la dégradation de l'état de la patiente. Lignes 1-2, il commence par spécifier qu'il doit appeler un collègue médecin se trouvant en dehors de l'unité (« faut que j'appelle Cachou »), puis précise pourquoi. En effet, lignes 2 à 4, DER produit une séquence de DRI attribuée à la nièce de la patiente, qui est présentée comme ayant dit au soignant que sa tante ne prenait plus son antipsychotique (en l'occurrence l'haldol en injection). Il poursuit en détaillant d'abord les modifications de traitement qu'elle a eu et les répercussions sur son observance thérapeutique (« ça a été remplacé par du Xeroquel mais qu'elle prend pas très bien », lignes 7-8), puis l'indépendance financière qui est nouvellement acquise (« elle a fait aussi sauter la curatelle », lignes 8-9). Il rapporte ensuite l'acte langagier du professeur de piano de la patiente par un DRN (« son prof de piano qui a appelé les flics », lignes 11-12), au sein d'une forme de narration qui fait état d'un état psychiatrique assez instable (« elle a frappé son prof » ligne 11). Enfin, il conclut « ça fait apparemment plusieurs mois que ça se détériore de façon progressive », lignes 13-14.

Nous rapprochons cette production du psychiatre d'une situation d'anamnèse incomplète pour plusieurs raisons. En premier lieu, il s'agit pour DER de présenter une partie de l'histoire de la patiente, concernant ses traitements et la raison pour laquelle elle est arrivée à l'hôpital. Le psychiatre précise également qu'il va poursuivre l'investigation, en appelant son collègue. Cependant, le but n'est pas de déterminer la pathologie de madame Legros, mais les raisons qui font que son état se dégrade : nous notons que l'ensemble de ce qui est présenté par DER, en dehors de l'agression de son professeur de musique, peut être une raison de cette évolution négative (elle ne prend pas correctement son traitement depuis qu'il est passé en prises à avaler et elle a moins de cadre du fait de la curatelle qui a pris fin). Par ailleurs, la dégradation en elle-même semble avoir été mentionnée par la nièce de la patiente,

comme le montre l'usage de l'adverbe « apparemment » à la dernière ligne. En présentant de la sorte le cas de la patiente, DER est donc dans une activité d'anamnèse en cours, et il la présente aux autres soignants dans son aspect non-terminé.

Nous avons donc vu qu'au niveau professionnel, le DR peut tout à fait servir aux soignants à représenter une situation d'anamnèse, ou encore la mener de façon active et conjointe avec leurs collègues présents aux réunions de relève. Qu'il s'agisse d'une véritable orientation de diagnostic, ou simplement d'une volonté d'adapter au mieux les traitements, il s'avère que le DR peut être un outil particulièrement intéressant de ce point de vue, notamment en ce qu'il permet de donner à entendre à l'ensemble de l'équipe des éléments mentionnés à des soignants en particulier. En outre, nous pouvons postuler qu'à la suite de ces moments de mutualisation, les différents professionnels, ayant acquis une forme de savoir relative aux questionnements sur l'histoire pathologique des patients, pourraient y être plus sensibles dans l'unité, et alors remarquer plus facilement des changements dans le comportement des patients qui iraient dans le sens des problématiques soulevées, ou non. Il apparaît alors que les séquences de DR dans les relèves infirmières en psychiatrie sont de véritables outils de travail, et nous allons désormais nous pencher sur cet aspect.

7.3.3. LA RELÈVE ET LES SÉQUENCES DE DR COMME OUTILS DE TRAVAIL FONDAMENTAUX

Comme nous l'avons vu dans cette section, le DR occupe plusieurs fonctions professionnelles importantes dans les réunions de relèves infirmière. Nous tenterons, dans cette sous-section, d'apporter un éclairage plus large, pour déterminer en quoi ce format de production peut être considéré comme un outil de travail fondamental dans la pratique infirmière en psychiatrie. Pour ce faire, nous tenterons d'abord de définir le soin en santé mentale, puis nous rapprocherons nos analyses de cette définition.

Tout d'abord, selon le CNRTL¹⁹, le soin se définit comme un « ensemble des actions et pratiques mises en œuvre pour conserver ou rétablir la santé ». Dans une perspective psychiatrique, il s'agit de santé mentale. Le travail des soignants à l'hôpital psychiatrique ne saurait se borner aux réunions de relève, bien entendu. Nous le constatons d'ailleurs au sein même de ces réunions : les professionnels parlent de façon très fréquente d'actions réalisées ou à faire (Chalancon *et al.*, 2022). Parmi celles-ci, nous pouvons bien sûr penser à la dispensation de médicaments (comme il est question dans toutes les conversations qui traitent des si besoin qui sont donnés aux patients), mais également aux discussions que les soignants peuvent avoir avec les patients, les diverses modalités d'entretien qui se produisent entre professionnels, proches du patient et patient lui-même, ou encore la saisie d'observations écrites, la prise de constantes vitales, etc.

Le soin en santé mentale est donc intrinsèquement pluriel. Mais au sein de cette diversité, les actions menées auprès du patient ne sont pas les seules qui puissent entrer dans ce cadre. Nous avons proposé l'analyse de deux fonctions professionnelles dans cette section, la prise de décision collaborative et l'anamnèse à distance. Dans les deux cas, l'idée globale était de mener un parcours de soins en adéquation avec les besoins du patient, et ce de façon évolutive : les relèves se produisent plusieurs fois par jour, et ces deux fonctions ont émergé au cours de ces dernières. Nous pensons donc que la relève, et le DR qui se manifeste dans son déroulé, font partie intégrante du soin en psychiatrie, et sont considérables comme des outils de travail fondamentaux.

En prenant un peu de recul sur nos analyses, nous pouvons aller plus loin. En effet, en nous étant bornés à décrire les fonctions professionnelles du DR, nous avons volontairement axé notre réflexion sur un point très précis de la pratique des soignants. Certains extraits tendent à nous faire penser que, plus qu'une manifestation d'une pratique soignante, il s'agit de réels moments et outils nécessaires, à minima dans

¹⁹ <https://www.cnrtl.fr/definition/soin>

cette unité de soin, au moment où nous avons enregistré nos données. Rappelons que des vies sont en jeu dans le soin. Les soignants ont pour responsabilité de résoudre, autant que faire se peut, les problématiques qui ont amené les patients à être hospitalisés. Mener une anamnèse, et prendre des décisions quant aux suites à donner au séjour d'un patient, c'est également prendre le risque de se tromper, et d'avoir un comportement contre-productif envers l'utilisateur de la structure de soins.

De façon quasi-systématique, les soignants non-médicaux ont porté leur voix commune auprès des autres participants, dont font partie les soignants médicaux, qui sont les seuls à pouvoir prescrire. Donner à entendre la voix du patient dans des moments où il est absent, c'est reconstruire une forme de véracité dans les propos que les soignants tiennent, et tendre vers la réalité de ses besoins. Cette considération est d'autant plus vraie lorsque l'on sait à quel point les relations qu'entretiennent les soignants non-médicaux avec les patients ne sont pas les mêmes que celles qui unissent les soignants médicaux et leur patientèle.

En dehors des informations sur l'état du patient, la relève permet également aux soignants de clarifier certains aspects, comme par exemple les médicaments qu'il leur reste à donner, comme nous le voyons dans l'extrait suivant. Il ne contient pas de DR, et nous permet de constater l'intérêt majeur de la relève pour les soignants en ce qui concerne le traitement qui peut être encore délivré.

EXTRAIT 78 (CÉSAR S3 21 HEURES)

((Au début de l'extrait, GRI a le regard orienté vers sa feuille de relève, comme nous pouvons le voir sur l'image 25))

1 GRI euh:::\$ y a une ma°jora°tion euh du\$ traitement hein \$
2 *gri \$regard ordinateur, image 26 \$ orientation vers pac, img 27 \$*
3 GRI &pour lui[:]
4 *gri \$orientation vers ordinateur saisie de la souris --> ligne 7 img 28*
5 IVA [moui]: ah ben là euh: j`peux t`dire que le traitement il
6 est élevé hein
7 GRI voilà du coup dans les s:uites de cet événement là à
8 \$treize heures trente ça s'est passé il a eu c:ent \$de nozinan
9 *gri \$retourne feuille de relève, et la lit image 29 \$*
10 GRI \$(0.5) .h:: alors euh::: (.) tu regarderas (.) pa`ce que euh \$
11 *gri \$saisit souris, regarde écran, image 30 \$*
12 GRI \$si tu veux y a une pri:se (0.8) euh: (.) en plus du si besoin si tu
13 *gri \$orientation du buste vers cou, regards vers table ou cou en*
14 *alternance --> 37, image 31*

15 GRI veux (.) prescrit (.) une prise isolée de cent de nozinan à treize
 16 heures trente\
 17 COU d'accord
 18 GRI s- seulement la <((bafouille)) prescriss> la prescription n'était
 19 pas encore f:aite .h:: quand les fi:lles euh::[::]]&
 20 IVA [lui ont donné/]
 21 GRI &voilà (.) lui ont donné (.) donc elles ont validé les deux (0.3)
 22 fois cinquante (.) [de] si besoin
 23 COU [oui]
 24 COU d'ac[cord]
 25 GRI [s]eulement (0.4) .h tu as encore les deux fois cinquante
 26 puisque [c'é]tait une prise isolée
 27 COU [oui]
 28 COU [oui] [oui]
 29 TAG [hm]
 30 GRI [hein/] donc si tu peux- si tu as besoin d'utiliser tes si
 31 besoin tu peux\
 32 COU d'accord
 33 GRI hein/
 34 (0.5)
 35 COU ok

Dans cet extrait nous trouvons GRI, TAG, IVA et COU qui discutent des médicaments qui peuvent toujours être distribués pour monsieur César durant la nuit. Les soignants ont à leur disposition un logiciel qui leur permet à la fois de saisir des observations écrites, mais également de stipuler quels traitements ont été donnés, notamment pour éviter des surdosages. L'extrait démarre alors que GRI , en tant que super-locutrice, regarde sa feuille de relève pour mutualiser les informations importantes et dont l'existence doit appartenir au savoir commun des soignants (cf. image 25 ci-après).

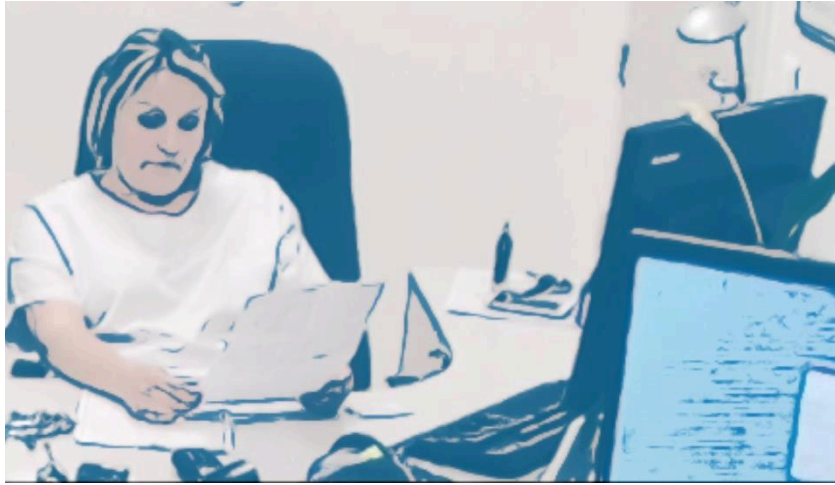


Image 25 : Regard de GRI vers feuille au début de l'extrait

Comme nous le verrons par la suite, ses postures et regards vont changer à de nombreuses reprises au cours de l'interaction, et guident l'activité de transmission en cours. En effet, à la deuxième ligne de l'extrait, alors qu'elle indique aux participants l'augmentation du traitement de ce patient, elle oriente son regard vers l'ordinateur en face d'elle (cf. image 26).

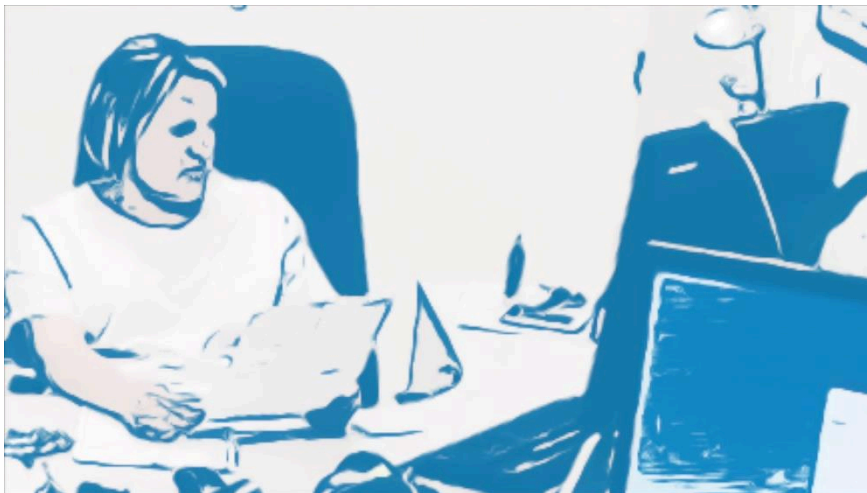


Image 26 : orientation du regard de GRI vers l'écran

GRI semble vouloir vérifier ses propos, dans le dossier informatisé du patient. Le changement dans sa posture à la ligne 2 tend à corroborer notre hypothèse : elle demande confirmation à PAC, qui fait partie des soignants de jour (cf. image 27 ci-dessous).



Image 27 : changement d'orientation du visage de GRI

Notons cependant que son regard est orienté vers la table, et non vers sa collègue. Quoi qu'il adienne, après un autre changement de posture (ligne 4, cf. image 28 ci-dessous), PAC produit une deuxième partie de paire adjacente à la question de GRI (lignes 5-6).



Image 28 : saisie de la souris et recherche d'information

GRI continue de manipuler la souris et de faire quelque chose sur son logiciel jusqu'à la ligne 8 de l'extrait. Étant donné que l'infirmière récupère des informations sur sa feuille de relève (début de l'extrait, cf. image 25), puis lit ce qui est sur son écran (ligne 2, cf. image 26), demande une confirmation à sa collègue de jour (ligne 2, cf. image 27), puis s'oriente de nouveau vers son ordinateur mais interagit directement avec ce dernier au moyen de la souris (lignes 4-7, cf. image 28), elle est effectivement dans une démarche de recherche de confirmation de son propos concernant la majoration de traitement. Les

soignants doivent indiquer sur le logiciel tout changement de prescription, ainsi que chaque médicament qui a été donné au patient. Dès lors, il semblerait qu'elle cherche à retrouver une trace laissée par ses collègues au cours de l'après-midi, pour confirmer la majoration du traitement. Elle poursuit à la ligne 7, et reprend alors la lecture de sa feuille de relève (cf. image 29).

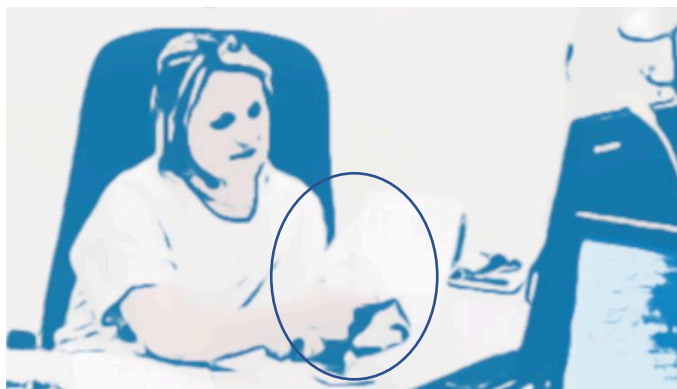


Image 29 : Lecture de la feuille de relève par GRI

Après avoir spécifié l'heure à laquelle s'est passé l'événement qu'elle relate ainsi que les médicaments qui ont été donnés au patient (lignes 7-8), elle saisit de nouveau sa souris et poursuit la manipulation de son ordinateur (cf. image 30), en précisant à COU de « regarder », en parlant certainement de l'activité qu'elle est en train de faire, c'est-à-dire lire le dossier patient.

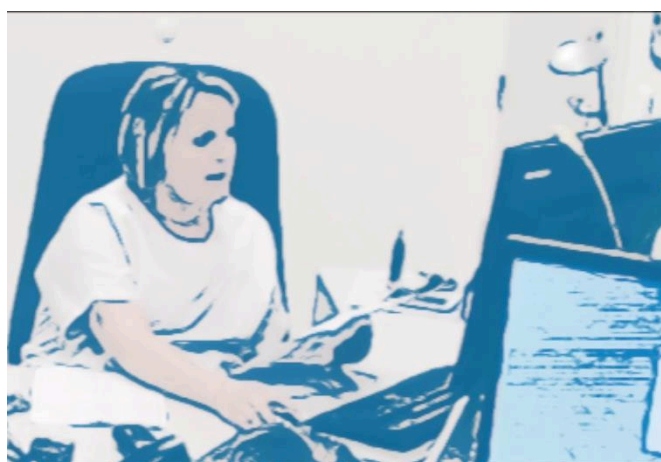


Image 30 : manipulation de l'ordinateur par GRI

Elle réoriente une dernière fois son buste (cf. image 31), cessant son activité de recherche pour la première partie de l'extrait. Elle explique ensuite à COU ce qu'il

s'est passé dans l'après-midi, et formule la majoration du traitement dont elle parlait dans le début de l'extrait (lignes 12, 15, 16, 18, 19, 21 et 22).



Image 31 : Orientation et regard de GRI vers COU

Elle démarre sa séquence d'explications en racontant les événements qui se sont déroulés dans l'après-midi, sans relation apparente avec sa recherche. Ce n'est qu'à partir de la ligne 18 qu'elle spécifie l'objet de son problème, c'est-à-dire le fait que les médicaments aient été validés dans le logiciel comme étant la prise de si besoins (« elles ont validé les deux fois cinquante de si besoin », lignes 21-22). Elle désambigüise ensuite la marche à suivre durant la nuit, en adressant directement à l'infirmière qu'elle peut utiliser d'autres médicaments, qui n'apparaissent pas sur l'outil informatique (lignes 25-26 et 30-31).

Le point que développe GRI est crucial. Les soignants, face aux agitations des patients, ont comme panel de solutions la discussion, la prise de médicaments ou encore l'appel aux médecins de garde. Monsieur César est un patient très compliqué à gérer, tout au long de nos captations, et il s'est montré dangereux dans la journée. Dire aux collègues qu'il existe une solution, c'est à la fois être dans une démarche de soins (puisqu'il s'agit de protéger la santé du patient, en évitant qu'il ne se blesse), mais également dans une démarche de protection des collègues : donner un médicament à un patient, c'est aussi empêcher, dans une certaine mesure, qu'il ne soit dangereux envers le personnel soignant. Sans la relève et le discours de GRI, COU n'aurait pas su qu'elle pouvait donner des si besoins à monsieur César. Ce dernier a par ailleurs été

donné au patient, à 22 heures 45 cette nuit (comme l'indique une observation écrite, récoltée pour les besoins du projet CIPSY).

Pour les raisons légales qui encadrent la relève (obligation de mutualisation des informations dans les structures de soin), les fonctions d'anamnèse permettant aux soignants de combler leurs lacunes concernant la connaissance du patient et l'adaptation de son traitement, ainsi que les prises de décisions collaboratives qui s'esquissent durant les réunions de relève infirmière en psychiatrie, au prisme des analyses linguistiques menées, la relève et les séquences de DR qui la composent en grande partie sont bien des outils de travail fondamentaux pour les soignants, et sont au bénéfice du parcours de soins du patient. Le soin en psychiatrie ne se limiterait donc pas aux actions menées auprès du patient, mais s'étendrait à l'ensemble des moments professionnels qui s'organisent autour de son dossier, ses problématiques et la volonté de le faire « aller mieux ».

CONCLUSION DE CHAPITRE

Nous l'avons vu, le DR occupe de nombreuses fonctions dans ses utilisations dans les réunions de relève infirmières en psychiatrie. Qu'il s'agisse d'une façon pour les soignants d'argumenter par la preuve, ou de représenter dans un discours actuel une argumentation antérieure, le point d'ancrage du DR et du lien qu'il entretient avec l'argumentation dans notre corpus est l'étayage. Les soignants peuvent présenter des conclusions appuyées par des propos rapportés, et comme nous l'avons déjà constaté, le discours cité fait office de preuve et de poids donné aux discours qui l'encadrent. Nous nous sommes concentré sur des extraits dans lesquels les professionnels parlaient de modifier le parcours de soins du patient : il s'agit là du sujet principal dans les productions de DR à visée argumentative, mais ce n'est bien entendu pas le seul. Précisons également que la plupart des extraits que nous avons analysés dans une perspective argumentative se déroulaient lors des réunions de 9 heures, soit les staffs pluriprofessionnels. Comme nous l'avons abordé dans l'avant-propos, il

s'agit là d'une modalité de discussion du parcours de soins, et comme nous l'avons vu dans nos analyses, il permet aux différents soignants et professionnels d'apporter des éléments supplémentaires, particulièrement sous forme de DR, afin de rendre ledit parcours le plus proche des problématiques du patient, qui sont en constante évolution.

Le DR et ses usages peuvent également occuper une fonction émotive. Rapporter le discours d'un tiers énonciatif, c'est également pouvoir représenter ses émotions, qu'il s'agisse d'un moment de mutualisation d'informations quant à l'évolution de la pathologie du patient, ou encore de ses propres émotions face à la patientèle. Dans l'absolu, nous avons vu en quoi l'émotion du patient tenait une part très importante dans les mutualisations, et que son étayage par du DR présentait un double avantage : une argumentation par la preuve, mais surtout le fait de l'exposer le plus « directement » possible aux collègues présents. Ce faisant, les soignants donnent à entendre aux autres participants ce qu'eux-mêmes ont reçu, et permettent une nouvelle fois une forme d'adéquation plus forte entre les problématiques du patient (i.e. les émotions manifestées) et la prise en charge dont il bénéficie. Rapporter sa propre émotion par le DR constituait un aspect plus ancré dans les individualités des professionnels. En effet, là où il est important, dans le cadre du soin, de maintenir une distance thérapeutique (et par conséquent ne pas exprimer ses propres émotions face au patient), rapporter, notamment de façon consécutive à une séquence de DR, une forme de réaction face aux patients ou aux collègues permet aux soignants d'à la fois mutualiser les informations importantes (par exemple dans des cas de dangerosité envers les professionnels ou la patientèle), mais également de montrer un très fort alignement entre les membres des équipes soignantes. Par la suite, nous avons considéré l'expression des émotions comme un moment de cohésion sociale. À partir d'analyses portant sur deux moments de rires collectifs, nous avons déterminé que l'alignement entre les soignants pouvait également se manifester dans une forme d'opposition entre les profils de chacun des professionnels. Les soignants non-médicaux, en exprimant une émotion face à

un soignant médical, et en riant de cette situation, forgent alors des liens forts les unissant et démontrent l'existence de plusieurs groupes sociaux au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Il serait par ailleurs intéressant de voir ce qu'il en est dans un contexte ne relevant pas de la santé, mais présentant une hiérarchie similaire.

Enfin, nous avons vu quelques fonctions professionnelles de l'usage du DR dans notre corpus, selon qu'il s'agissait de pratiques relevant d'une prise de décision collaborative, ou d'une pratique d'anamnèse à distance. En ce qui concerne le premier point, nous avons montré comment, lors des staffs pluriprofessionnels, les soignants étaient amenés à débattre des différents cas pour aller vers un parcours de soin adéquat, et comment les frontières épistémiques se régulaient entre elles pour aller vers un fort alignement dans la pratique du soin. Les situations d'anamnèse étaient quant à elles fortement imprégnées de différents acteurs, qu'il s'agisse du patient, de collègues internes ou externes au service, ou encore des proches de la personne hospitalisée. En rapportant des discours aussi hétérogènes, les soignants sont à même de procéder à une forme de synthèse du parcours des patients, et d'aller vers une prise en charge la plus adaptée possible. Dès lors, nous avons établi en quoi la relève et les séquences de DR pouvaient être abordés comme des outils de travail fondamentaux pour les soignants. En prenant un peu de recul sur notre objet d'étude (nous sommes parti du principe que la qualité professionnelle de l'usage du DR n'était plus à prouver à ce stade), et en analysant une relève particulière lors de laquelle une soignante s'appuyait sur différents éléments de transmission, nous avons vu en quoi ces moments étaient précieux et nécessaires dans la pratique du soin, sa constance, et son caractère personnalisé pour chaque patient.

Nous l'avons donc vu, les séquences de DR dans les relèves ne sont pas utilisées par les soignants dans une perspective qui se borne à la narration. Des mécanismes plus profonds et ancrés dans les pratiques des professionnels sont en jeu, et visibles dans les fonctions occupées par ces séquences particulières. Dès lors, nous allons tenter de proposer, au regard de nos analyses préalables,

des pistes de redéfinition de ce qui fait la relève en psychiatrie, en tenant compte de toutes les spécificités dans les usages du DR abordées.

CHAPITRE 8

VERS UNE REDÉFINITION DE LA RELÈVE AU PRISME DU DISCOURS RAPPORTÉ ?

La relève infirmière n'a pas, en tant que telle, de définition posée. En dehors des lois qui précisent les modalités de transmission d'information, il n'y a pas de cadre manifestement posé en ce qui concerne les pratiques : s'il faut effectivement mutualiser, il n'y a pas de *manière* qui est spécifiée. Nous nous situons dans nos analyses dans une perspective orale. Dans le cadre du projet CIPSY, nous avons également récolté les transmissions suivant une modalité écrite, mais avons choisi de ne pas les mobiliser dans notre travail. Cependant, nous avons constaté que les deux formats de production n'occupaient pas les mêmes objectifs (Chalancon *et al.*, 2022 ; Maritaud & Teston-Bonnard, 2022). Dans ce chapitre, nous esquisserons une (re)définition de la réunion de relève infirmière en psychiatrie, au regard de nos analyses préalables et de quelques ajouts. Nous aborderons dans un premier temps l'aspect épistémique des réunions de relève, et le fait que ces réunions permettent une forme de dépassement des frontières du savoir, puis nous verrons en quoi ces moments de transmissions sont fondamentalement ancrés dans une forme de cohésion, tant professionnelle que personnelle. Enfin, nous mettrons en perspective nos différentes conclusions au regard de l'institution de soin, et les différentes pressions intrinsèques au moment de la conversation.

8.1. UN BALANCEMENT ÉPISTÉMIQUE RÉSOLU PAR L'UTILISATION DE DISCOURS RAPPORTÉ

Les soignants qui se réunissent lors des moments de relèves sont un groupe très hétérogène en ce qui concerne l'épistémie. Nous l'avons déjà abordé

à plusieurs reprises, et les statuts épistémiques sont multiples, du fait des professions représentées (40 dans notre corpus), tout comme les postures, notamment à propos de la connaissance du patient en tant que personne, et de ses problématiques au jour le jour. Dans cette partie, nous aborderons la relève comme un moment de résolution de ces différences épistémiques, en considérant d'abord les connaissances professionnelles, connues de tous et relatives à leur statut, puis dans la connaissance du patient, qui sont certes acceptées par l'ensemble des équipes, mais moins manifestées en tant que statut qu'en tant que postures épistémiques. Pour terminer, nous verrons en quoi ces distinctions épistémiques peuvent se résoudre par l'action de rapporter un discours.

8.1.1. DANS LES CONNAISSANCES PROFESSIONNELLES

Nous avons déjà parlé des connaissances professionnelles et des balancements épistémiques résolus par l'usage de DR. Rappelons que les diverses professions représentées n'ont pas les mêmes statuts épistémiques concernant la santé : un psychiatre n'aura pas les mêmes savoirs qu'un aide-soignant par exemple, ce qui se cristallise notamment dans les pratiques des uns et des autres. L'exemple phare de cette distinction reste le pouvoir de prescription, qui se borne aux soignants médicaux. Dans nos données, ces différences de statuts épistémiques sont visibles, notamment au sujet des demandes de précisions par rapport à un médicament. Nous l'observons dans l'extrait à suivre.

Les différences épistémiques liées à la connaissance médicale ne se bornent par ailleurs pas aux statuts que les soignants ont, selon leur profession. Nous avons déjà abordé le fait que diverses séquences de « faire-savoir » et de « faire-apprendre » coexistaient lors des relèves (Colón de Carvajal *et al.*, 2020). Il s'agissait, dans un cas, pour une infirmière, d'expliquer à une de ses collègues, le fonctionnement de l'homéopathie, et ses limites. Dans l'autre cas abordé, une

autre infirmière spécifiait une façon de conserver certains compléments alimentaires à ses collègues. Le statut des participantes est le même dans les deux cas, elles sont toutes infirmières diplômées. Dès lors, le balancement épistémique ne se résume pas aux différences de parcours des professionnels. L'extrait à suivre présente une dynamique similaire, et concerne monsieur César, et nous trouvons une séquence en rapport avec notre démarche d'enregistrement, qui se résout par le partage de savoirs entre pairs. La plus grande partie de l'interaction se déroule avec FAL et BER, qui sont tous les deux infirmiers et ont par conséquent le même statut épistémique.

EXTRAIT 79 (CÉSAR S4 21 HEURES)

1 COU bon ben c'est bon on a [quand même un peu]
2 BER [.h::] ben t` sais i`s ont
3 fait l'e c g ce matin et euh:: comme il est bon i` passe euh::
4 hors a m m quoi\
5 (1.7)
6 BER ((rire))
7 (1.0)
8 BER °voilà°
9 (0.9)
10 FAL °faut pas l` dire c'est enregistré°
11 (1.2)
12 FAL ((rire))
13 BER °arrête°
14 FAL ((rire))
15 (1.2)
16 COU ben oui [mais bon y arrive un moment t` es obligé hein]
17 FAL [non mais oui d` façon i`: `fin] c'est
18 c` que le médecin disait il est::: (.) toxico i` s'est
19 [cramé tous les] récepteurs&
20 COU [ben ouais]
21 FAL &[euh]: (.) faut passer- `fin on passe toujours hors a m m&
22 COU [hm]
23 FAL &pour ce genre de personne hein
24 BER hm
25 FAL bon (.) on est bien hein
26 (2.3)
27 BER vaut mieux qu'i` fasse ici `fin si si on (0.6) si i`s le
28 chargent pas un peu ici sinon ce sera à l'usip quoi mais bon ce
29 serait
30 FAL hm [ouais hm]
31 [dommage d'a]ttendre euh:
32 FAL ah [oui exactement]
33 BER [l'usip c'est c` qui s` fait] leur [spéciali]té hein
34 COU [(inaud.)]
35 (0.3)
36 COU bah oui d` façon i` va arriver là-bas le traitement
37 <((bruitage)) viu:t> ((rire)) [((rire))]

38 AMZ [ah i`s] vont lui augmenter
 39 hein °c'est sûr°
 40 COU ((rire))
 41 (0.3)
 42 AMZ °alors là° (0.7)
 43 COU i`s vont gueuler i`s vont dire mais c'est quoi
 44 ç[a <((voix déformée))eh::]:: [((rire))]
 45 AMZ [ouais ouais ouais]
 46 AMZ [ah ouais]
 47 AMZ ouais
 48 COU ((rire)) .H:
 49 (0.4)

L'extrait s'ouvre sur un chevauchement de COU par BER. Cette dernière introduit à la deuxième ligne une nouvelle information, à savoir le fait que le traitement du patient va pouvoir être augmenté. Il convient de préciser que s'il est légal de prescrire hors AMM, la pratique doit rester exceptionnelle et motivée, et être appuyée par différents tests (dans ce cas précis, l'ECG). S'ensuit une longue pause durant laquelle BER rit, et tente de clôturer le sujet par l'utilisation de « voilà », ligne 8. FAL produit alors un commentaire relatif au fait que la réunion est enregistrée à la ligne 10, et en rit.

La prise de parole de FAL montrant une forme de tabou, voire de comportement non acceptable, COU s'en saisit et propose une atténuation de son propos à la ligne 16. FAL lui répond en produisant un DRI attribué à un médecin, qui explicite les raisons de ce passage hors AMM. Il s'agit là d'une première résolution épistémique par l'usage de DR : bien que les soignants montrent un accord manifeste (le commentaire de FAL étant humoristique comme le montre son rire), la dynamique reste la même. L'infirmier, en rapportant des propos, mutualise une information d'ordre professionnel, et l'attribue à un médecin, qui possède un statut épistémique « supérieur » aux infirmiers. De Stefani et Sambre (2016), en s'intéressant aux pratiques définitoires, ont montré que « les définitions formulées par des “experts” [...] sont susceptibles de trouver l'accord des participants ». Nous pensons qu'il s'agit ici du même fonctionnement concernant l'épistémie. FAL généralise même la dynamique du soin juste après, aux lignes 21 et 23 : « on passe toujours en hors AMM pour ce genre de

personne ». À la ligne 25, il formule même un commentaire positif en ce qui concerne les soins prodigués et les décisions prises.

La séquence pourrait se clôturer ici, mais il n'en est rien. En effet, après une longue pause de 2,3 secondes, BER prend en considération la suite de l'hospitalisation du patient, pour rappeler à ses collègues que la décision aurait été prise de toute façon à posteriori (lignes 27-33). FAL approuve à deux reprises, aux lignes 30 et 32. BER est dans une activité de réponse à l'humour de son collègue, et partage aussi des connaissances professionnelles. En reprenant le commentaire d'origine, et en apportant des éléments de réponses dans la pratique du soin dans cette structure, elle mutualise des savoirs qui sont intrinsèquement ancrés dans la fonction, et qu'on ne peut pas apprendre en dehors de l'institution du soin, puisqu'il s'agit d'une particularité de ce service.

COU produit ensuite une séquence qui approuve et amplifie le propos de BER. Pour ce faire, elle représente l'augmentation du traitement à venir par un bruit de bouche, accompagné d'un geste de la main, rapide et orienté vers le haut. AMZ approuve à son tour à la ligne 38 ce que ses collègues disent de la modification du traitement à venir. Enfin, aux lignes 43-44, COU représente des propos provenant des soignants de l'USIP, dans une volonté une nouvelle fois humoristique, comme le montrent la voix particulièrement déformée qu'adopte la soignante et les rires qui succèdent à cette prise de parole.

Nous pensons donc que la prise de position de FAL en début d'extrait a amené les autres soignants à se positionner, et à mutualiser une forme de savoir professionnel. En effet, s'il existait une forme d'accord entre les participants, toute une série de positionnements ont eu lieu. Les soignants, en transmettant des informations relatives à la profession (et plus spécifiquement au travail dans cet hôpital), se positionnent en tant que soignants compétents. Dès lors, nous pouvons voir un balancement épistémique résolu lors de la relève infirmière en ce qui concerne les savoirs relatifs à la fonction : s'il n'y avait pas à proprement parler de différence entre les participants, ces derniers ont montré une forme de

transmission active de pratiques jugées comme fonctionnelles, ou du moins habituelles.

8.1.2. DANS LA CONNAISSANCE DU PATIENT

Nous avons déjà discuté de la distinction entre soignants médicaux et non médicaux au sujet de la connaissance du patient. Rappelons simplement que les soignants médicaux ne sont disponibles et en contact avec leur patientèle que quelques heures par semaine, là où les soignants non médicaux sont virtuellement disponibles à toute heure du jour et de la nuit. Pour le dire de façon concrète, en cas de problème, c'est vers un soignant non médical qu'un patient pourra se tourner. Cette différence épistémique se manifeste de façon très fréquente dans nos données, et nous avons déjà vu quelques extraits lors desquels elle était résolue par l'usage de DR. Les soignants non médicaux adoptaient alors une posture épistémique K+ pour pallier le manque de connaissances des soignants médicaux, lesquels manifestaient alors leur statut épistémique de sachant et faisaient le lien entre les DR des infirmiers et aides-soignants et les pathologies et prescriptions des patients.

Cependant, il ne s'agit pas de la seule manifestation de diversité concernant les savoirs liés au patient. Nous parlons ici de l'évolution de sa pathologie, de sa manière d'être, de son parcours de soins (notamment en dehors de l'unité), etc. En premier lieu, il convient de rappeler que la réunion de relève est intrinsèquement diversifiée par rapport aux connaissances autour du patient. Son objectif est de mutualiser des informations, qui se sont déroulées en l'absence des professionnels qui arrivent et prennent leur poste. Nous pourrions donc analyser l'intégralité de notre corpus dans cette sous-section, puisque toutes les interactions que nous avons enregistrées ont pour vocation de résoudre ces différences épistémiques. Pour nous éviter une lourdeur supplémentaire, nous nous focaliserons sur quelques éléments saillants dans les distinctions qui relèvent de la connaissance du patient.

Nous postulons en effet qu'il existe plus qu'une dimension professionnelle et temporelle dans les savoirs accumulés par les soignants. Nous l'avons déjà vu dans ce travail, les discussions ne se résument pas à ce qui s'est déroulé en l'absence des arrivants. Nous analyserons donc dans cette sous-section un extrait qui représente cette dualité dans les savoirs liés au patient, sans qu'il ne s'agisse d'une distinction d'ordre professionnel. Pour ce faire, nous nous concentrerons sur une relève particulière, celle de 21 heures lors de la troisième semaine. En effet, les rôles de super-locuteur et locuteur lambda sont particulièrement bouleversés, et montrent que les connaissances du patient, et le rapport des discours qui peuvent être faits ne se limitent pas à la présence ou l'absence des soignants lors de la journée, ni aux professions représentées lors des moments d'échanges.

Nous retrouvons GRI, IVA, COU et TAG. GRI est super-locutrice, et avec IVA elles sont les deux infirmières sortantes. COU et TAG sont les arrivants qui vont travailler durant la nuit, COU étant infirmière et TAG aide-soignant. Cette relève est particulière dans le sens où la posture de super-locutrice de GRI n'est pas remise en question, et lors de la journée, IVA a fait un tour du service et discuter avec toute la patientèle. Dès lors, la prise en charge du contenu de la relève va être co-gérée par les deux infirmières au sujet des savoirs communs à mutualiser. L'extrait analysé traite de madame Legros. Il s'agit de l'intégralité du moment de mutualisation la concernant. Nous verrons comment les modalités du soin en journée peuvent impacter la connaissance du patient, et par extension la mutualisation qu'en font les soignants.

EXTRAIT 80 (LEGROS S3 21 HEURES)

1 GRI madame legros (0.6) bon ben voilà qui reste bien éparpillée:
2 euh (0.7) .tsk (0.4) .tsk d'une manière [générale/] (.) pour&
3 TAG [d'accord\]
4 GRI &elle/
5 (0.3)
6 GRI [vous l'avez vue]
7 IVA [c'est vrai qu'à l'entretien] pareil on l'a vue en chambre/
8 euh\ .h où elle a- elle a- elle transportait sa H sa pochette
9 tout un- .H y'a un tas d` papiers [là d`dans] enfin on voit&
10 COU [ouais hm\
11 IVA &bien qu` c'est [très brouillon/] .h alors euh::&

12 COU [(rires)]
 13 IVA &elle le reconnaît quand même hein même si euh: voilà [on lui]&
 14 COU [hm\]
 15 IVA &a quand même- on lui a renvoyé qu'avec la voisine de chambre
 16 c'était quand même aussi euh assez euh compliqué/ parce qu'elle
 17 avait tendance à brasser euh (.)
 18 [le soir/ la] nuit:/ euh\
 19 COU [(oui bien sûr)]
 20 TAG [hm\
 21 IVA [.h] et ça elle a eu un p`tit peu sur l`coup/ euh::\ et puis
 22 elle a fini quand même par reconnaître qu'en effet/ (.) elle
 23 était quand même assez [éparpillée:/] que: [elle était:-]&
 24 COU [hm\
 25 COU [hm hm\
 26 IVA &elle se sentait:/ euh\ en pleine forme/ quoi\
 27 COU ((rires))
 28 IVA le médecin lui a: dit que: il augmentait/ euh:\ son traitement/
 29 le\ xeroquel/ .h alors ça lui a fait un p`tit peu peur/ parce
 30 que du coup il DOUBLE la dose\
 31 (1.0)
 32 IVA .H et: sur l`coup elle disait [moi j'ai jamais eu/ euh::\] des
 33 COU [(elle est) quoi elle\
 34 COU deux cents/ j`sais plus/
 35 IVA ouais du coup il passe à quatre cents/
 36 COU d'accord\
 37 IVA euh: du coup elle lui a dit mais moi j'ai jamais eu ces dosages
 38 là:/ j'ai peur que ça me ca:sse/ tout ça/ et bon ben il lui a
 39 dit que voilà/ [que:] là elle était quand même trop haute/&
 40 COU [hm hm]
 41 IVA &que il fallait quand même qu'on: adapte/ .h elle était assez
 42 soucieuse du fait que échille se mette en:: relation avec euh
 43 le docteur cachou qui la suit/ (.) [sur l']extérieur/
 44 COU [ah bon/]
 45 COU hm\
 46 IVA voilà et après elle faisait tout un tas de demandes euh: au
 47 niveau des activités alors elle voulait faire le sport/ elle
 48 veut faire la sophro/ elle veut [faire l'art plastique/]
 49 TAG [elle veut tout faire]
 50 IVA .h du coup euh échille lui a dit que: (.) il fallait- qu`
 51 c'était: bien/ mais qu'à la fois i`fallait qu'elle ch- fasse
 52 un [CHOIX]&
 53 COU [hm\
 54 IVA &entre toutes les activités et qu'elle n'en fasse qu'une\ (0.2)
 55 d'activité\ (0.5) parce que euh:: l'idée c'était pas d`
 56 renforcer euh le fait qu'elle soit euh .h <((en riant)) bien
 57 stimulée/> (0.3) .h euh sans tout ça donc euh du coup euh: j`
 58 crois qu'elle a p`tit peu du mal à se: <((en riant)) à
 59 choisir/> .h mais/ voilà\ il lui a bien dit qu`c'était qu'une
 60 seule activité\

GRI ouvre la relève avec la forme syntaxique dédiée, à la première ligne :
 « **madame Legros** (.) bon ben voilà **qui** ». Ce faisant, elle occupe pleinement sa
 posture de super-locutrice. Après avoir présenté de façon très générale son

actualité clinique, elle distribue la parole à IVA par une question à la ligne 6. Il convient de préciser que cette patiente est dans la chambre 16, et que par conséquent les transmissions concernant 15 autres patients ont déjà été réalisées. L'extrait démarre à 26 minutes et 21 secondes du début de la réunion. GRI est donc parfaitement consciente qu'IVA a procédé à un tour des chambres, et a dans son savoir plus d'éléments à mutualiser qu'elle-même. En sélectionnant l'autre infirmière terminant sa journée pour qu'elle procède à la mutualisation, elle considère qu'IVA est K+ au sujet de la connaissance de la patiente. Notons tout de même que GRI distribue la parole à IVA en chevauchement de sa propre production. Cependant, durant la pause de 0,3 seconde à la ligne 5, GRI réoriente son regard depuis sa feuille de relève vers sa collègue, ce qui pourrait avoir été perçu comme une invitation à prendre la parole par IVA.



Image 32 : regard de GRI vers IVA

IVA, après avoir pris la parole, poursuit le propos de GRI. Elle apporte des éléments concrets à ce que sa collègue a introduit au préalable, jusqu'à la ligne 11. Ce faisant, elle assume à la fois une posture de locutrice lambda, mais c'est également elle qui fait la relève en tant que telle. Là où dans les autres situations, l'introduction par le super-locuteur est plutôt longue et exhaustive, en sélectionnant IVA, GRI réduit son propre temps de parole, au privilège des connaissances actualisées de sa collègue. À partir de la ligne 13, l'infirmière produit toute une série de DR, jusqu'à la fin de la relève.

Sans aller dans le détail de chacune des interventions d'IVA, notons qu'elle produit cinq DR attribués à la patiente (deux DRN, lignes 13 et 46 ; deux DRD, lignes 32 et 37-38 ; et un DRI, lignes 22 à 26), quatre DR attribués au médecin (qui sont tous des DRI, aux lignes 28-29, 38 à 41, 50 à 57 et 59-60), et une séquence attribuée au collectif de soignants qui ont effectivement fait l'entretien avec la patiente (un DRI, lignes 15 à 18). Tous les discours qu'IVA rapporte proviennent de la situation à laquelle elle a participé. Une des informations qu'elle mutualise est capitale dans la bonne continuité du soin : il s'agit de la mention du fait que le psychiatre double la dose de xeroquel que prend la patiente. IVA l'introduit sous forme de DR « le médecin lui a dit que il augmentait son traitement le xeroquel », lignes 28-29, et le précise par la suite « il double la dose » ligne 30. S'ensuit une première partie de paire adjacente produite par COU, qui demande à l'infirmière le dosage que la patiente prenait avant l'augmentation, lignes 33-34, dont la deuxième partie produite par IVA reprend à la fois son ancien et son nouveau dosage, par une approbation et un développement « ouais du coup elle passe à quatre cents », ligne 35.

Cette séquence, dont la quasi-totalité est prise en charge par une locutrice lambda, représente parfaitement l'idée selon laquelle les différences épistémiques dans le savoir relatif au patient ne se résument pas à la fonction des soignants, ni aux heures auxquelles ils ont été à son contact. GRI est super-locutrice. Elle est censée mutualiser les informations importantes concernant madame Legros, suite à quoi les autres participants peuvent ajouter des éléments qu'ils ont vécu personnellement. Si au sens strict du terme, nous observons bien ce déroulé (puisque GRI ouvre la séquence et donne quelques informations globales sur l'actualité clinique de la patiente), la proportion d'informations délivrées par chacune des soignantes n'est pas dans la même veine que pour les autres relèves : la super-locutrice s'efface au profit d'informations plus actualisées, et ne conserve au final que son rôle de gestionnaire de la parole, et des ouvertures et clôtures des séquences concernant les patients.

Notons également que la quasi-totalité des informations mutualisées par IVA le sont sous forme de DR. Nous l'avons déjà décrit au préalable, mais la parole, et quelque part le lien qui unissent les patients et les soignants, sont pris en compte comme des éléments importants à transmettre. Puisque la connaissance de la patiente vient à bouleverser le fonctionnement de la relève, et que le statut de super-locutrice de GRI est amené à évoluer au regard du statut épistémique K+ de IVA, alors les réunions de transmissions d'informations sont bien un moment de résolution des balancements épistémiques concernant le patient. Plus qu'un simple moment de transmission d'informations globales, suivant des règles strictes et figées de postures et de statuts, il s'agit d'une situation qui est adaptable aux différents parcours des soignants, et aux activités qu'ils ont mené auprès des patients, leur donnant accès à un savoir plus étendu. En ce sens, les frontières épistémiques manifestées dans les réunions ne se limitent pas à des distinctions de fonctions, de postures ou de statuts, mais à des éléments plus complexes, ancrés dans le soin et la réalité du travail en milieu hospitalier.

8.1.3. VERS UN EFFACEMENT DES FRONTIÈRES ÉPISTÉMIQUES

Afin de pouvoir aborder l'effacement des frontières épistémiques lors des réunions de transmission en psychiatrie, nous avons fait le choix d'analyser une seule longue séquence. Elle se déroule lors du staff hebdomadaire de 9 heures, qui, rappelons le, présente la plus grande diversité de professions représentées. C'est le cas d'un patient particulier qui est ici discuté, à savoir Monsieur César. Il se présente comme un patient particulièrement difficile : la prescription qui le concerne est très fournie, et il est reconnu par les participants comme compliqué à gérer. Il se trouve en Espace de Soins Psychiatriques durant la séquence, et les soignants attendent qu'il soit muté dans une autre unité du même hôpital, qui s'adresse aux patients qui relèvent des soins intensifs.

Dans la première partie de l'extrait (lignes 1 à 22), nous verrons comment deux infirmières exposent les propos du patient, puis dans la deuxième (lignes 22 à 48) comment elles proposent une modification de traitement afin de le rendre plus adéquat à son profil grâce à l'usage de séquences de DR. Enfin, dans la dernière partie (lignes 48 à 69), nous verrons la réception par la psychiatre de cette proposition. Les différentes locutrices prenant la parole dans les extraits à suivre sont GAL, psychiatre du service, IVA et GRI, infirmière, et GIL, infirmière et super-locutrice de la relève.

Dans cette première partie d'extrait, GRI et IVA, infirmières, présentent successivement des situations qu'elles ont personnellement vécu auprès du patient, afin de rendre audible ses propos à l'ensemble des participants à la relève. Il convient également de préciser que juste avant cette séquence, les différents soignants non médicaux présents ont dit les différents médicaments qui ont été administrés au patient, en soulignant leur nombre important, et l'inadéquation des besoins de monsieur César vis-à-vis de la prescription le concernant. Globalement, les soignants se trouvent vite à court de médicaments à lui donner.

EXTRAIT 81 (CÉSAR S4 14 HEURES)

Première partie

1 GRI là je lui ai dit je fer- je baisse les volets et on éteint la
 2 lumière pa`ce que en fait i` demande à avoir tout le temps la
 3 lumière (0.6) et
 4 [et là il] a accepté c'est passé&
 5 GAL [sérieux/]
 6 GRI &j` lui dis mais là i` faut que vous DORMiez pa`ce que: c'est
 7 plus possible quoi c'est: .h:: mais il est MAL
 8 [il est très: très mal]
 9 IVA [mais même lui i` reconnaît hein] pa`ce [que dès l` ma]tin i`&
 10 GRI [ah OUI]
 11 IVA &nous disait mais toute façon: euh déjà <((bafouille)) j'a- je
 12 je j` pas j` peux j` dors pas> en fait et du coup i` dit i`
 13 disait déjà
 14 [si j'arrive à: do]rmir&
 15 GRI [i` s'épui:se]
 16 IVA &la nuit je me sentirais mieux la journée `fin (0.7) lui i`
 17 reconnaît tout ça hein [`fin]

18 GIL [hm]
19 LOC [hm]
20 IVA [tout c` qu'on] peut lui renvoyer euh: il est du tout euh il
21 l'entend [et::]
22 GRI [ah mais] complètement

Dès la première ligne de l'extrait, GRI produit du discours rapporté, exposant aux participants son action face au patient (« je lui ai dit je baisse les volets et on éteint la lumière »). D'après Sandré, « citer une source extérieure peut être utilisé par le locuteur pour appuyer son propos et lui donner du poids » (2012 : 82). La quasi-intégralité de l'argumentation passe par l'utilisation de séquences de discours rapporté, comme nous l'avons déjà indiqué en 7.1. GRI explicite ensuite son discours de la première ligne par l'usage d'une autre séquence de DR, attribué cette fois au patient (« il demande tout le temps à avoir la lumière », ligne 2). Cette deuxième séquence de DR nous paraît intéressante du fait des regards produits par GRI. En effet, de façon simultanée à la reproduction des propos du patient, elle oriente son regard vers GAL, la psychiatre.

Puisque les réunions de relève servent à transmettre de l'information, le jeu de regards en présence montrant l'adressage de GRI à GAL indique également quelle participante, selon GRI, n'est pas encore au courant de la volonté persistante de monsieur César à avoir la lumière allumée. Il s'agit selon nous d'un premier indice qui discrimine les soignants médicaux des non-médicaux. Dans la suite de l'extrait, GRI produit une nouvelle séquence de DRD auto-attribué lignes 5-6, avant que IVA ne prenne la parole et appuie son propos. Là où GRI stipule que, dans son expérience de soignante, le patient présente des difficultés à dormir, IVA précise que le patient en est conscient. En effet, elle produit une séquence de DRN ligne 8, qu'elle étaye ensuite avec du DRD lignes 10-12 (« il nous disait je peux pas je dors pas »). Elle produit ensuite une deuxième séquence de DRD, dans laquelle elle représente une nouvelle fois les propos du patient, qui cette fois-ci exposent le rapport qu'il fait entre ses troubles du sommeil et son état général (« il disait déjà si j'arrive à dormir la nuit je me sentrais mieux la journée », lignes 10-14), puis conclut son exposé par une séquence de DRN

(« lui il reconnaît tout ça », lignes 14-15), avant d'élargir son propos par une dernière séquence de DRN, attribué cette fois aux soignants de l'unité (« tout ce qu'on peut lui renvoyer il l'entend », ligne 18).

La démarche d'IVA est donc la suivante : elle appuie le discours de GRI quant aux problèmes de sommeil du patient, en précisant que le patient en est conscient, tout comme de ses retombées. Pour ce faire, elle expose son argument par l'usage de DRN, puis l'étaye avec du DRD, pour finalement conclure avec une nouvelle séquence de DRN lignes 14-15, qui est une reprise de la première (« lui il reconnaît tout ça »). Le DR est donc utilisé en tant qu'outil de mutualisation d'information, mais également comme outil d'argumentation : IVA ne fait pas qu'exposer des propos tenus, elle expose un fait (première séquence de DRN), et le justifie par du DRD attribué au patient. Il convient également de souligner l'aspect pseudo-mimétique des séquences produites par IVA : en utilisant du DRD, elle donne à entendre aux participants un discours représenté comme étant similaire, voire identique à celui qu'elle-même a reçu de la part du patient.

À ce moment de l'extrait, IVA et GRI exposent leurs vécus respectifs face au patient. Il n'y a pour l'instant, au niveau du contenu, que des éléments qu'elles mutualisent. Dans le prochain extrait, qui est dans la continuité directe du premier, GRI amène la question de la prescription, et IVA appuie son discours, notamment par l'usage de nouvelles séquences de DR.

Deuxième partie

21 GRI il est demandeur d'avoir une modification de traitement: un
 22 changement de traitement: [pour s'apais]er&
 23 GAL [ben alors]
 24 GRI & vrai[ment] quoi hein]
 25 GAL [comme quand on l'avait] contenu hein
 26 IVA et [lui] dit hein [qu` le traitement lui f]ait pas&
 27 GRI [ouais\]
 28 GAL [il est très demandeur]
 29 IVA & grand-chose pa`ce qu'i` reconnaît qu'il est toujours en train
 30 de nous: demander des: des traitements:
 31 GRI après je pense qu'i` rumine beau[coup]
 32 IVA [hm]

33 GRI aussi y a beaucoup beaucoup de ruminations .h: euh:: i` nous
34 parle euh bah régulièrement du trauma et puis de: cet esprit de
35 vengeance hein/ [où i` dit] clairement&
36 IVA [ah oui oui]
37 GRI &qu'i` veut aller tuer euh [le: .h ah OUI]&
38 GAL [ça ça: revient/]
39 GRI &[ouais ouais]
40 IVA [ah mais ça]rrément
41 GRI tout le week-end il l'a verbalisé et en calédonie .h: euh on
42 peut se procurer facilement des a:rmes euh il a- i` tient il a
43 tenu ce discours tout le wee[k-end hein]
44 IVA [ah ouais ouais]
45 GAL °d'accord°

Il est tout d'abord intéressant de souligner qu'il n'y a pas de pause entre les lignes 20 (extrait précédent) et 21 (extrait ci-dessus) : GRI poursuit le tour de parole qu'elle a initié auparavant. Elle le fait en produisant une séquence de DRI lignes 21-23, dans laquelle elle stipule la demande du patient de changer de traitement afin de s'apaiser. Ce faisant, elle réintroduit dans son discours une question préalablement abordée, hors extrait. En effet, juste avant le début du premier extrait, les soignants questionnaient la pertinence de la prescription pour ce patient, se trouvant systématiquement à court de médicaments à lui donner, malgré ses demandes répétées. GAL, la psychiatre, montre ligne 25 sa propre connaissance du problème des médicaments, en rappelant qu'il s'agit d'un comportement déjà remarqué chez le patient (« comme quand on l'avait contenu »). IVA prend ensuite la parole et appuie une nouvelle fois les propos de GRI par l'usage de séquences de DR. Lignes 26-29, elle produit un DRI dans lequel elle spécifie la raison pour laquelle le patient est présenté par GRI comme étant demandeur d'un changement de traitement : il n'a pour l'instant pas d'effet sur lui. GAL s'aligne totalement sur ce constat, en produisant ligne 28 une séquence de DRN qui reprend (et amplifie) le DR de GRI en début d'extrait (« il est très demandeur »).

Lignes 29-30, IVA poursuit en précisant le fait que même dans les dires du patient, ce dernier demande toujours des traitements (et de façon implicite, elle rappelle le problème des soignants qui se trouvent toujours dans une posture délicate, à savoir celle de ne pas pouvoir subvenir aux besoins du patient). Ligne 31, GRI reprend la parole et semble introduire une nouvelle information, celle des

ruminations du patient. Si le sujet semble assez déconnecté de la prescription, en réalité il n'en est rien. D'une part, les ruminations sont influencées par certaines molécules actives, notamment celles qui se trouvent dans les anxiolytiques et les antidépresseurs. La rumination est en effet considérée comme un symptôme d'une anxiété forte, pouvant provenir d'une dépression :

“Individuals [with major depressive disorders] frequently present with tearfulness, irritability, brooding, obsessive rumination, anxiety, phobias, excessive worry over physical health, and complaints of pain” (American Psychiatric Association 2013 : 164).

Ainsi, en mentionnant les ruminations excessives du patient, GRI souligne une nouvelle fois l'inefficacité du traitement, et s'aligne sur IVA et GAL dans l'orientation du discours. Elle étaye ensuite son propos par l'usage de séquences de DR rendant audible les ruminations du patient : « il nous parle régulièrement du trauma et puis de cet esprit de vengeance où il dit clairement qu'il veut aller tuer » lignes 33-37. Ces séquences de DRI sont approuvées par IVA en chevauchement ligne 36, et négociées par GAL ligne 38 « ça ça revient ». L'intonation montante et la réponse de GRI « ah oui ouais ouais » nous indiquent qu'il s'agit d'une question, appelant la réponse de GRI en tant que deuxième partie de paire adjacente. Il s'agit donc d'une nouvelle information pour la psychiatre, que les infirmières lui transmettent pour appuyer leur propos concernant le traitement.

Lignes 41 à 43, GRI produit de nouveau du DR, cette fois une séquence de DRN (« il l'a verbalisé tout le week-end » ligne 41) suivie d'une séquence de DRD (« et en Calédonie on peut se procurer facilement des armes » lignes 41-42). En utilisant une modalité directe de représentation des propos du patient, GRI donne à entendre un discours représenté avec une pseudo-mimétique très forte : elle rapporte les propos du patient de telle sorte que GAL les perçoive tels qu'ils auraient été prononcés en première instance. Elle conclut lignes 42-43, en

appuyant cette fois le caractère répété de ces propos (« il a tenu ce discours tout le week-end », lignes 42-43), pendant qu'IVA approuve une nouvelle fois son discours (« ah oui oui », ligne 44).

Cet extrait nous semble particulièrement intéressant du fait qu'il s'agit d'une véritable argumentation à plusieurs voix. À l'image de ce que nous avons déjà vu dans l'extrait 1, IVA et GRI se répondent, et étayent mutuellement les propos de l'autre, pour aller conjointement vers une modification de traitement pour ce patient. Le prochain extrait se situe quinze secondes après celui que nous venons d'analyser. Durant cet instant non transcrit, les soignants discutent des consommations de cannabis du patient, qu'ils mettent en lien avec l'inefficacité de ses traitements actuels. Dans l'extrait en tant que tel, GAL, psychiatre, propose une démarche de changement de traitements, qui est négociée de façon active par les soignantes non-médicales.

EXTRAIT 82 (CÉSAR S4 14 HEURES)

46 GAL euh: du coup je vais augmenter déjà le nozinan/ (0.4) après
47 [le- l'abili][fy]
48 GIL [et puis l'abili][fy]
49 GRI [l'abi]bilify ouais [c'est pff::]
50 GAL [l'abilify il l'a] à
51 trente mais depuis pas longtemps alors hm
52 (0.3)
53 GIL ouais mais c'est un peu stimulant quand même non/
54 (0.7)
55 GAL ben c'est c'est très antimaniaque hein à [c`te dose]&
56 GIL [ah ouais/]
57 GAL &là normalement euh: [c'-]
58 GRI [anti] maniaque/ (.) ben pétard
59 GAL ouais
60 (0.3)
61 GIL ouais ((rires))
62 IVA alors [y a- il a été] euh mê[me euh]
63 GRI [ça fonctionne pas trop là]
64 GAL [moi j'aurais] tendance
65 à dire qu` pour l'instant on h: on garde encore un peu après si
66 ça marche pas °on passera sur autre chose hein on passera sur
67 du zyprexa ou sur du risperdal° (0.7) mais .h quitte sinon à
68 rajouter °du dépakote après à côté aussi pour le faire
69 descendre

Dès la première ligne, GAL propose d'augmenter le nozinan, qui est un neuroleptique, c'est-à-dire un médicament visant à calmer certains aspects des

psychoses comme une agitation trop importante. Ce faisant, elle montre le fait qu'elle a reçu les commentaires des soignantes. En augmentant la dose d'un médicament, d'une part les soignants auront un champ d'action un peu plus large dans les réponses qu'ils peuvent apporter aux demandes du patient d'avoir d'autres médicaments. D'autre part, puisque l'action de ce médicament est de nature calmante, il serait bénéfique dans l'agitation dont le patient fait preuve et que les soignants ont du mal à gérer. Après une pause de 0,4 secondes, GAL poursuit, et GIL (qui est infirmière) produit un énoncé choral en chevauchement ligne 48, concernant l'augmentation conjointe d'un autre médicament : l'abilify. Rappelons que la production de ce genre d'énoncés montre une appartenance à un groupe social étendu, et une forte collaboration dans l'activité en cours (Lerner 2002 ; Colón de Carvajal 2011). La dimension chorale de cet énoncé nous semble très intéressante du point de vue des fonctions représentées. Là où les soignants médicaux ont un statut épistémique et légal très fort dans le cadre des prescriptions, ce n'est absolument pas le cas des infirmiers. GIL, en produisant ce tour, s'intègre donc dans le groupe social des soignants de l'unité, sans distinction envers les distinctions relatives au caractère médical ou non des soignants. Ligne 49, GRI approuve la prise de parole de GIL, montrant une nouvelle fois la forte cohésion des discours des soignants non-médicaux face à la psychiatre.

Lignes 50-51, la psychiatre négocie la proposition des infirmières, en rappelant que l'abilify avait déjà subi une modification il y a peu, ce qui sous-entend que la molécule n'a pas forcément eu le temps de faire effet pour l'instant. Après une pause de 0.3 seconde, GIL reprend et tente, en produisant une première partie de paire adjacente qui remet en question la pertinence de ce traitement « c'est un peu stimulant quand même non ? », ligne 53. Il s'agit d'une *question-tag*, c'est-à-dire une question qui suit un format [énoncé déclaratif + fragment interrogatif] par exemple, et qui vise à confirmer ou infirmer une prise de position de la part du locuteur auprès de l'interlocuteur. Selon John Heritage et Geoffrey T. Raymond, l'utilisation d'une question-tag appelle une deuxième partie de paire adjacente préférentielle, où la

réponse attendue par le locuteur est celle qu'il propose à son interlocuteur dans l'énoncé déclaratif. Ainsi, ligne 53, GIL attend comme réponse une approbation de la part de la psychiatre. Ce format est notamment utilisé dans des cas de refus de conseils (Hepburn & Potter, 2011), lors desquels le locuteur peut produire une question-tag dont le contenu déclaratif permettrait d'obtenir une approbation de l'interlocuteur. Il s'agit d'une situation similaire à celle que nous observons dans cet extrait : les soignantes ont proposé une augmentation de l'abilify (lignes 48-49), qui a été refusée par la psychiatre (lignes 50-51). En produisant une question-tag, GIL ne tente pas en soi d'avoir une véritable réponse à sa question, mais bien d'influencer GAL dans sa réponse.

Lignes 55-57, GAL produit la deuxième partie de paire adjacente, en n'approuvant pas le discours de l'infirmière : « c'est très anti maniaque normalement à cette dose » lignes 55-57. Ligne 56, en chevauchement, ligne demande confirmation du fait que la réponse ne soit pas celle qu'elle attendait « ah ouais ? », et GRI signale ligne 58 le caractère inattendu de la réponse de la psychiatre « anti maniaque ? Ben pétard ». GAL confirme ligne 59, puis après un rire de GIL que l'on peut percevoir comme une réparation à la réponse inattendue de GAL approuvé par GRI ligne 63 qui précise que la réponse n'est pas cohérente avec la réalité vécue par les soignants (« ça fonctionne pas trop là »), la psychiatre propose une modalité de traitement qui tient compte de tous les commentaires faits au préalable. En effet, après des formes d'atténuation (« j'aurais tendance à dire que pour l'instant »), elle maintient le dosage actuel de l'abilify (« on garde encore un peu »), propose une solution en cas de non-efficacité dans l'avenir (« si ça marche pas on passera sur autre chose on passera sur du zyprexa ou du risperdal »). L'ensemble des problématiques des soignants et du patient sont donc abordées : le traitement a déjà été modifié et n'a peut être pas encore eu le temps de faire effet, il va de toute façon être modifié (le nozinan étant augmenté, et en cas d'inefficacité d'autres traitements sont prévus), et les soignants pourront être plus à même de satisfaire les demandes du patient (changement de traitement et distribution plus fréquente de médicaments).

Nous avons vu dans cet extrait comment, à partir de la représentation de propos personnellement entendus (partie 1), les soignants pouvaient créer un discours cohérent et au sujet d'une problématique (partie 2) et l'orienter vers la psychiatrie afin que le parcours de soins du patient soit adapté en fonction de ses besoins (partie 3). Ces différents niveaux ont tous comme point d'appui le discours rapporté : les soignants non médicaux ont introduit et étayé leurs considérations par rapport au patient par l'usage de ces formes syntaxiques. Par ailleurs, nous observons une forme de progressivité dans l'aspect pseudo mimétique des propos rapportés : pour introduire un nouvel élément, les soignantes utilisent un format de DR qui n'est pas direct. Nous pouvons représenter de façon assez minimale la relève comme étant au coeur de l'activité du soin à l'aide du diagramme de Venn suivant :

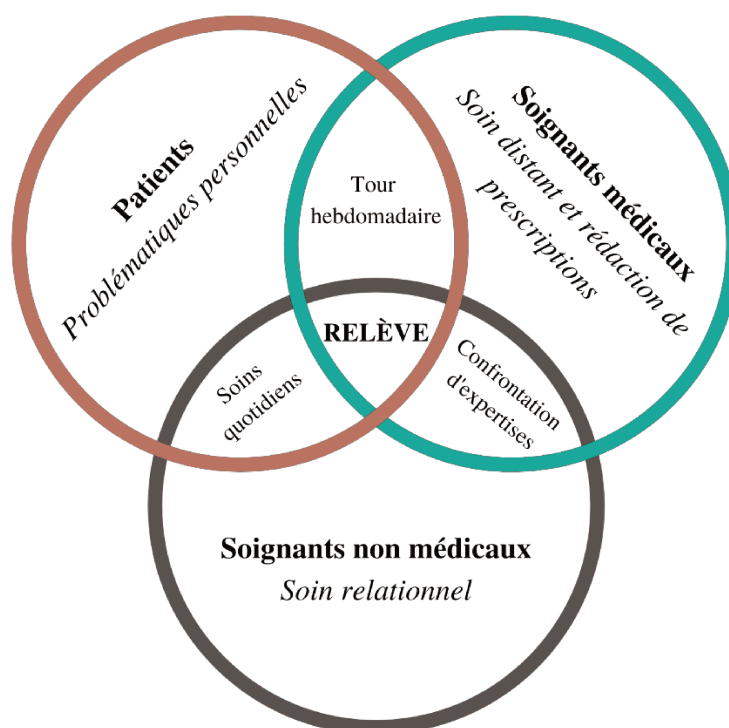


Figure 45 : Représentation de la relève à l'aide d'un diagramme de Venn

Chaque pôle représentant un type d'acteur en jeu dans le soin en psychiatrie, accompagné de certains aspects les représentant, la relève concentre chaque expertise, et chaque relation entre patients et soignants : là où les soignants médicaux voient les patients lors de tours hebdomadaires, ils ont un statut épistémique assez

fort du fait de leur profession, ainsi que des droits que les autres n'ont pas, en l'occurrence la rédaction de prescriptions. Les soignants non médicaux possèdent eux une connaissance accrue du patient, du fait des soins quotidiens qu'ils peuvent lui dispenser. Dès lors, la relève se présente comme une situation de confrontations d'expertises des soignants non médicaux et des soignants médicaux, qui est notamment représentée par l'existence d'une voix commune aux soignant non médicaux, matérialisée dans nos analyses par l'alignement constant de GRI, IVA et GIL autour des problématiques du patient.

Nous proposons donc de considérer plusieurs niveaux d'énonciation. Le premier étant d'ordre individuel, dans lequel les différents soignants sont amenés à s'exprimer. Lors des séquences de DR, nous observons plusieurs énonciateurs (mais un seul locuteur), amenant ainsi une forme d'hétérogénéité énonciative. Un deuxième niveau d'énonciation serait celui dans lequel les différents participants s'intègrent de façon collective. Dans nos analyses, il s'agit des moments d'alignement et de co-constructions que l'on voit entre les soignants-non médicaux. Ces deux strates énonciatives sont orientées vers la psychiatre dans les extraits que nous avons vu, et permettent aux équipes de soins de prendre des décisions collaboratives, qui sont adéquates aux problématiques du patient. Ainsi, nous proposons de requalifier la relève infirmière en psychiatrie comme un moment qui fait cohabiter des énonciations individuelles (provenant de locuteurs différents, ou abordées au travers du prisme des fonctions des soignants), et des perceptions collectives (que l'on reconnaît aux prises de décisions collaboratives). Voyons désormais en quoi ces aspects collectifs peuvent participer à une forte cohésion.

8.2. UN MOMENT DE COHÉSION

Qu'entendons-nous par cohésion ? Le CNRTL donne pour définition à ce terme « union, solidarité étroite; caractère quasi indestructible du lien qui unit les membres d'un groupe ». Nous n'irons pas jusqu'à qualifier ce lien comme étant « indestructible », mais nous postulons qu'il existe bel et bien, et est en partie alimenté

par les séquences rapportées. Mais comment considérer les liens entre les membres d'un groupe au regard de leurs conversations ? Nous avons déjà abordé l'idée selon laquelle l'expression des émotions des soignants par le DR serait vecteur de cohésion sociale (7.2.3.), et en quoi la narration du vécu grâce aux séquences rapportées pouvait être un outil de cohésion professionnelle (6.2.3.). Nous tenterons dans cette section de dépasser l'idée selon laquelle la cohésion vient d'une forme de résonance des propos des participants, visible notamment dans les réactions des autres professionnels. Pour ce faire, nous commencerons par expliciter en quoi la mutualisation d'informations est considérable comme une forme de cohésion, puis nous verrons que le DR est utilisé comme outil d'émulation, avant d'arriver à une proposition de redéfinition de la relève en tant que moment de mutualisation de vécu plus que d'informations.

8.2.1. LE DISCOURS RAPPORTÉ COMME OUTIL DE MUTUALISATION D'INFORMATIONS

Nous l'avons vu à de très nombreuses reprises au cours de ce travail, le DR est intrinsèquement un outil de mutualisation d'informations. Nous proposons dans cette sous-section de prendre un peu de recul par rapport aux données, et de tenter d'expliquer au mieux en quoi cette transmission peut être considérée comme une manifestation d'une cohésion, tant professionnelle qu'humaine lors des réunions de relèves en psychiatrie. Pour ce faire, partons des analyses que nous avons menées.

Nous avons vu, dans une logique transversale à notre travail, en quoi le DR était un outil puissant de représentation d'informations pour les soignants. Rappelons qu'il est très utilisé (environ 20% de notre corpus annoté temporellement parlant, soit environ 3000 occurrences sur une quinzaine d'heures de vidéo), et que nous avons décelé une forme de logique conversationnelle dans ses usages. En effet, les soignants s'en servent pour donner à entendre la voix des absents, pour reprendre des propos et les clarifier, ou encore pour argumenter des propositions de parcours

de soins ou des formes de conclusions qu'ils ont tiré des discours des patients. Dans une autre mesure, nous avons vu en quoi les professionnels pouvaient également mobiliser du DR pour donner à entendre leurs propres ressentis et discours, ce qui en soit est également une source d'information pour les collègues présents.

Nous postulons qu'il existe un lien entre représentation de propos et informations mutualisées. Bangerter, Mayor, et Pekarek Doehler (2011) proposent de considérer le lien entre DRD et relève selon un aspect d'inattendu, de non-routinier : les comportements et discours déviants seraient mutualisés dans une modalité de DRD lors des récits. Dans une autre perspective, et lors de conversations se déroulant lors de diners, Berger & Doehler (2015) explicitent le lien existant entre déviance et DRD. Il nous est difficile de reprendre ces terminologies, et ces conclusions. En effet, la psychiatrie, et les troubles qui sont régulés, sont définis par une forme de déviance à la norme, et en ce sens, il paraît compliqué de se borner à une dimension d'habitude. Cependant, nous pouvons conserver l'idée selon laquelle le DRD serait utilisé dans des contextes spécifiques, pour rapporter certains propos revêtant une forme d'importance aux yeux des locuteurs.

Si nous étendons ces conclusions, nous remarquons également qu'au vu de nos analyses, une forme de continuum est repérable. En effet, pour la plupart de nos extraits analysés, nous pouvions observer une forme de hiérarchie dans la pseudo-mimétique des propos représentés. Dans les analyses portant sur le dialogue représenté, nous avons vu en quoi un facteur de statut était repérable : le patient était préférentiellement rapporté sous forme de DRD, les soignants à l'aide de DRI ou DRN. Le DR n'est donc en ce sens pas qu'un outil de mutualisation d'informations, mais bien une manière de catégoriser l'importance que tiennent les propos rapportés dans les discours des professionnels que nous avons enregistrés pour constituer notre corpus.

Notons par ailleurs que l'usage du DR est bien considéré comme tel par les soignants. Dans l'extrait 62, analysé en 7.2.3., nous trouvons :

1 BET i- il a quand même dit qu'il avait: très envie d` fumer du cannabis/
2 donc euh\
3 (0.5)

```

4 LOC      hm\
5 PRE      i` t'a [dit:]
6 BET      [non/] [à vous:      ]
7 GRI      [c'est c` qu'i`] t'a dit/
8 BET      [euh ouais c'est] [c` qu'il a] [dit en entretien ]

```

L'utilisation du DRI par BET fait réagir les soignants, qui lui demandent confirmation. Dans la deuxième partie de paire adjacente, à la ligne 8, l'étudiant infirmier répond selon la véracité des propos, après avoir nié le fait qu'il était le soignant à qui le patient s'adressait en première instance à la ligne 6. Cet extrait relève d'une forme de surprise de la part des soignants (ce qui se vérifiait dans les rires qui suivaient cette introduction), cependant il s'agit d'une confirmation marquée par les soignants sur l'existence d'un tel propos en première instance.

Les professionnels sont conscients de l'enjeu de pseudo-mimétique des propos rapportés. Dans les pratiques, ils peuvent demander confirmation lorsque cela leur paraît nécessaire. Ce faisant, ils se mettent eux-mêmes face à l'information que leurs collègues mutualisent, et peuvent se saisir du contexte de production et gérer les diverses modifications que peuvent apporter les locuteurs dans leur rapport de propos. Les soignants ont donc une écoute active, et à partir des synthèses et discours de leurs collègues, se saisissent des informations qu'eux-mêmes considèrent comme importantes. Par ailleurs, un autre aspect que nous n'avons pas abordé dans ce travail le montre : la feuille de relève. Chaque soignant en possède une, vierge au début de la réunion, et la remplit au fur-et-à-mesure en sélectionnant les informations pertinentes qui sont mutualisées. Lorsque nous l'avions interrogé sur ce sujet, Harry²⁰ nous indiquait qu'il s'agissait d'une forme de mémo, que les soignants pouvaient consulter tout au long de leur travail quotidien afin de se souvenir des éléments importants préalablement mutualisés.

²⁰ Voir avant-propos

Au vu de ces éléments, nous pensons que le DR revêt un aspect critique dans la mutualisation d'informations, sous plusieurs aspects. Premièrement, il s'agit pour les soignants d'un moyen de transmettre, mais également de permettre aux autres participants d'avoir leurs propres conclusions face aux discours qui sont à l'origine des considérations de leurs collègues. D'autre part, le DR est considéré en tant que tel par les professionnels, dans ses forces comme dans ses faiblesses : nous l'avons vu, les professionnels peuvent demander confirmation qu'un propos a bien été tenu, dans un souci d'effacement de la pseudo-mimétique inhérente à ces productions. Enfin, rappelons que le but de la relève, dans les textes comme dans les pratiques, est avant tout de mutualiser des informations. En rapportant des discours, les soignants transmettent plus que des conclusions ou synthèses, ils mutualisent des moments, du vécu et des ressentis.

Les réactions des autres professionnels vont dans ce sens. Nous allons désormais tenter d'explicitier en quoi le DR peut être considéré, au vu des réactions des interactants, comme un outil d'émulation fort.

8.2.2. LE DISCOURS RAPPORTÉ COMME OUTIL D'ÉMULATION

Nous considérons l'émulation sous plusieurs aspects. D'une part, il s'agit pour nous d'une forme de mutualisation des pratiques, mais également une résultante d'un alignement fort entre participants lors d'une conversation. L'émulation est définie par le CNRTL comme tel : « Sentiment, considéré comme noble, louable, qui pousse à surpasser ses concurrents dans l'acquisition de compétences, de connaissances, dans diverses activités socialement approuvées ». Le surpassement tient non pas dans le dépassement des autres, mais dans le dépassement de soi au profit du groupe social plus large des soignants, et toujours au bénéfice du soin.

Bangerter, Mayor et Pekarek Doehler nous indiquent par ailleurs, concernant l'usage du DRD :

“In DRS, we observe nurses “doing being professional”—that is, displaying the rationality and professionalism of their conduct and sharing it with others” (2011: 211)

En ayant un comportement professionnel manifesté, les soignants dépassent en un sens leur individualité, et s'inscrivent dans leur profession en tant que telle. Ce faisant, ils émulent une forme de conduite attendue, que les autres participants entendent, valident et répètent. Il s'agit là d'un des aspects d'émulation que nous considérons.

Un autre aspect est celui que nous avons abordé en 7.2.1., dans l'extrait 26. BER racontait, par l'usage de DR, la conversation qu'elle avait eu avec la mère de madame Delattre, en spécifiant les propos qu'elle avait eu face aux questionnements de son interlocutrice. Nous avons abordé l'idée selon laquelle cette mutualisation fine permettait aux autres soignants d'adopter le même discours, et de créer une forme de voix commune aux soignants, tant dans l'appréciation du patient que dans les discours tenus à ses proches. S'il peut s'agir d'une manière de se positionner en tant que professionnelle du soin, dans des réponses précises et argumentées, l'émulation tient également dans l'émergence de cette voix commune : les soignants dépassent alors leurs individualités propres pour aller vers une forme de cohésion entre les propos tenus, montrant ainsi à la fois une bonne connaissance du patient et un réel travail d'équipe.

Une dernière facette de l'émulation que nous aborderons est celui de l'émotion des soignants. Nous avons déjà considéré l'expression de cette dernière par des séquences de DR en 7.2.2. et 7.2.3., seulement nous pensons que dans cet aspect, l'usage des séquences rapportées ne se limite pas à la présentation d'une émotion aux autres participants. Nous avons déjà postulé qu'il existait un lien entre émotion et gestion du risque pour les collègues, en analysant une pensée rapportée d'une infirmière qui faisait état de son inquiétude face à un patient (extrait 59). Dans la veine de cette idée, nous pensons que mutualiser une émotion personnelle permet à la fois d'émuler des émotions similaires (comme abordé en 7.2.3.), mais aussi de dépasser ce ressenti pour les soignants. Mercadier considère plusieurs aspects dans le travail

émotionnel des soignants à l'hôpital (2017). Elle décrit la gestion des émotions comme s'accomplissant « à la fois au cœur de l'interaction [avec le patient] et à distance de celle-ci, au sein même de l'hôpital mais aussi à l'extérieur » (*ibid.* : 205). Il s'agit donc d'un réel travail, et l'usage des DR, lors des réunions de relève, participent à l'élaboration de l'activité de gestion des émotions.

Elle précise également que

« l'usage que les soignants font de la parole, qui peut parfois se teinter d'humour, participe également pour une grande part à cette maîtrise des affects » (*ibid.* : 205).

Cette citation nous intéresse particulièrement puisqu'elle résonne avec nos analyses. Nous avons vu dans les parties concernant les émotions des soignants qu'une part des mutualisations se faisait par le rire, et l'humour. Concernant le sujet de ces rires généraux abordés en 7.2.3., nous pouvons cependant spécifier qu'il s'agissait du comportement des soignants médicaux, et non pas des patients. Cependant, dans d'autres extraits, comme celui à suivre, c'est le patient qui est au cœur de l'humour manifesté par les soignants au travers du DR :

EXTRAIT 83 (GOMEZ S1 6 HEURES)

1 COU hier il nous disait euh: (0.3) (que) les traitements/ c'est de
2 l'eau:// ça m- [ça m` fait rien]
3 TAG [ah ouais ouais\
4 (0.7)
5 COU c'est de l'eau/ que vous me donnez [il disait]
6 TAG [((rire))]
7 (0.5)
8 COU [((rire))]
9 GIL [.tsk bah euhm:] en même temps il a peut-êt` pas tort/ hein il a pas
10 des doses euh::

Dans les deux premières lignes, COU introduit une information importante sous forme de DRD attribué au patient :les traitements sont inefficaces d'après ce dernier, ce que confirme TAG en chevauchement à la ligne 3. Après une courte pause de 0,7 seconde, COU répète l'information, toujours sous forme de DRD, ce qui provoque un rire de son collègue. Après une pause de 0,5 seconde à la ligne 7, elle se met également à rire,

puis GIL, infirmière entrante, donne une raison à cette parole rapportée : les doses que prend monsieur Gomez sont d'après elle peu conséquentes.

Ce patient est adressé à l'unité pour menaces hétéro-agressives, ce qui est une forme de risque pour les soignants. Il s'agit de son troisième jour d'hospitalisation (voir début de la relève de la première semaine, 6 heures). Gérer par le rire une situation problématique entraîne selon nous une forme d'émulation chez les soignants, le risque n'est pas atténué, mais l'anxiété qui en résulte peut l'être. Mercadier envisage cette peur de la sorte :

« les soignants redoutent unanimement la violence des patients, qu'elle provienne de malades violents, de malades présentant des pathologies où la violence est prégnante, comme les malades déments, ou ceux atteints par la maladie d'Alzheimer, ou encore de personnes souffrant de schizophrénie ». (*ibid.* : 59).

Nous postulons, au regard de ces éléments, qu'une part de l'émulation émotionnelle dont font preuve les soignants par l'usage des DR (dans ce cas, une répétition d'un DR qui amène un rire de la part des deux professionnels de nuit) permet de maîtriser ses émotions, et de les canaliser.

Nous avons vu dans ces deux dernières sous-sections en quoi le DR dans les réunions professionnelles de soignants en psychiatrie pouvait être un outil de mutualisation d'informations et d'émulation. Dans les deux cas, nous avons abordé la question sous l'angle du vécu, et c'est le point sur lequel nous allons à présent nous interroger. En effet, si la relève est traditionnellement conçue comme un moment de mutualisation d'informations, dans nos analyses, le vécu des locuteurs prime dans leurs discours empreints de DR.

8.2.3. UNE MUTUALISATION D'INFORMATIONS OU DE VÉCU ?

Reprenons notre définition de la cohésion. Il s'agissait d'une forme de lien unissant des individus dans un groupe social donné (voir 8.2.). Dans cette perspective, nous allons discuter de la transition du non-vécu vers le savoir pour les soignants, qui se produit lors des relèves. En effet, puisque l'idée de base est de mutualiser des informations afin d'avoir accès à l'actualité clinique du patient, jusqu'alors inconnue, il est crucial de détailler cette distinction entre ce qui est connu des participants de ce qui ne l'est pas.

Nous l'avons vu, la mutualisation ne concerne pas que des éléments inconnus par la totalité des soignants. D'une part, parce que plusieurs professionnels sortants sont amenés à être présents aux réunions, d'autre part, du fait que les différents participants peuvent prendre la parole pour ajouter des éléments, validés ou non par leurs pairs (ce qui est visible notamment dans les régulateurs, approbations et éléments complémentaires apportés par les interactants lorsqu'un sujet est abordé). Dès lors, il paraît logique de dépasser la considération selon laquelle la relève ne sert qu'à compenser des savoirs manquants ou incomplets.

Pour étayer cet aspect, nous allons montrer une forme de transversalité dans les DR tenus par les professionnels durant plusieurs réunions de transmission. Il est question dans les prochains extraits d'une conversation entre le psychiatre de l'unité, Échille (dont le pseudo est DER), et de madame Delattre, avec qui il aurait abordé la sismothérapie. L'information est mentionnée en première instance lors de la relève de 9 heures de la troisième semaine, puis répétée selon des modalités différentes à 14 et 21 heures. Nous nous attacherons à analyser les extraits dans une perspective plus globale qu'une analyse ligne à ligne, les séquences étant relativement longues et l'objectif étant de montrer l'appréciation que donnent les soignants à la mutualisation du vécu plus que de l'information.

EXTRAIT 84 (DELATTRE S3 9 HEURES)

1 DER euh:: on a commenc::- alors y a::: (0.5) c'est vrai qu'y a eu
2 plusieurs choses qu` ont pas marché y a l` lamictal qui resterait
3 encore (0.3) .h:: mais mais: j'ai commencé à lui parler d`
4 sismothérapie
5 (1.0)
6 POM ah oui/
7 (1.1)
8 DER .tsk .h euh::: ben là quand même elle a une tête qu` a `fin- (0.7)
9 alors elle est pas mélancolique ou quoi que ce soit mais euh[:]
10 POM [non]
11 (0.5)
12 DER euh: bon\ à part ça elle est résistante à <((bafouille)) u:- une
13 ligne) d'anti-dépresseur mais elle a eu le lithium qui a: qu` a dit
14 avoir été mal toléré
15 (1.1)
16 DER le xeroquel elle (0.3) dit aussi avoir mal toléré
17 (0.6)
18 POM ah oui
19 (.)
20 DER euh:: (0.3) c` qui fait que- (0.5) on a (0.4) i` reste (.) beaucoup
21 moins de: d'options disponibles avant d'aller au (0.6) à la
22 sismothérapie
23 (3.2)
24 CHA et elle en pense quoi/
25 (0.7)
26 DER .h:: (.) euh::: (0.5) elle avait quelques réticences mais euh::
27 (0.5) euh: des choses du type est-ce que ça va pas abîmer mon
28 cerveau: ce genre de choses
29 (1.1)
30 DER .tsk (.) j` pense euh::: si on prend l` temps d` lui expliquer
31 vraiment en quoi: en quoi ça consiste elle accepterait je pense

Quatre contenus présents dans ce premier extrait vont nous intéresser : le fait que son traitement actuel ne fonctionne pas (lignes 1-2), la possibilité de donner du lamictal à la patiente (lignes 2-3) la mention de la sismothérapie (lignes 3-4), et enfin le positionnement de la patiente face à la proposition du psychiatre (lignes 24 à 31). DER mentionne les deux premiers points comme éléments préalables à la compréhension du discours qu'il va ensuite rapporter aux lignes 3-4, qui constitue notre troisième point (« j'ai commencé à lui parler de sismothérapie »). En effet, la sismothérapie n'est pas anodine, et c'est parce que justement les autres traitements ne fonctionnent pas que le psychiatre l'envisage. Par ailleurs, suite à la demande de

confirmation de POM à la ligne 6, DER s'engage dans une explicitation du parcours de la patiente qui le pousse à lui proposer ce traitement, jusqu'à la ligne 22.

Après une longue pause de 3,2 secondes, CHA demande au psychiatre de mutualiser la réaction de la patiente (« et elle elle en pense quoi »), ce qui fait produire à DER le quatrième point qui nous intéresse, sous forme de DRD qui étaye un discours préalablement tenu (« est-ce que ça va pas abîmer mon cerveau », lignes 27-28 correspondant aux « réticences » dont parle le médecin à la ligne 26). L'extrait s'achève par deux DR produits par DER, dans une forme de proposition aux autres soignants de l'unité.

EXTRAIT 85 (DELATTRE S3 14 HEURES)

1 PAC euh:::: c` matin au fla:sh euh échille disait qu'il avait (0.3)
2 abordé avec elle la sismo/ (0.5) .tsk .h euh: et qu'elle elle a (.)
3 posé quelques questions: euh d'un d'un air d'être euh quand même
4 plutôt partan:te .h:: euh au niveau thérapeutique échille disait
5 aussi qu'i` restait le lamictal à essayer (1.0) euh:: pour peut-
6 être euh obtenir un: un meilleur effet (.) .h:

Durant la réunion de 14 heures depuis laquelle nous avons pris l'extrait ci-dessus, PAC mutualise les événements qui ont été discutés à 9 heures et dont nous venons de faire une rapide description. Pour ce faire, elle utilise deux séquences de DRI qu'elle attribue au psychiatre : « Échille disait », lignes 1 et 4. Elle reprend par ailleurs trois points que nous avons déjà décelés dans la réunion de 9 heures : le médecin a abordé la sismothérapie avec la patiente (lignes 1-2), elle a posé des questions (lignes 2-3), et le lamictal reste une solution envisageable (lignes 4-6). Ce qui nous intéresse tout particulièrement, c'est que PAC transmet le cadre complet de la production de l'information qu'elle mutualise : elle utilise du DR qui est cadré temporellement parlant (« ce matin au flash », ligne 1), dont l'énonciateur rapporté est explicite, et pour lequel l'infirmière reprend tous les éléments de la conversation qui ont préalablement été rapportés par Échille.

Si nous faisons un arrêt à ce stade de l'analyse, nous remarquons que si DER mutualise son propre vécu face à la patiente dans l'extrait de 9 heures, ce qui semble assez logique dès lors qu'il rapporte une conversation, PAC reproduit également le

vécu du psychiatre au travers de ses DR, et pas seulement de l'information. En rapportant un cadre interactionnel complet, d'une part elle donne la responsabilité à DER de la reproduction des propos, mais d'autre part elle lui donne également une place de choix dans son discours : plus que l'information, elle donne à entendre à ses collègues le vécu du psychiatre.

Dans la relève de 21 heures, une autre infirmière, IVA, remet en question ce vécu au prisme de sa propre expérience. Elle utilise pour ce faire du DR provenant de sa pratique de soignante et de son contact de la patiente.

EXTRAIT 86 (DELATTRE S3 21 HEURES)

1 GRI madame dela:ttre bah qui reste quand même bien triste hein (.) .h::
 2 euh::[: a] priori: euh:: y a la sismo
 3 IVA [hm hm]
 4 (0.7)
 5 GRI qui a été évoquée pour elle
 6 IVA a[lors] ça a été évo]qué en: relève euh c` matin mais du coup&
 7 TAG [hm hm]
 8 COU [ah ouais/]
 9 IVA [quand on] l'a vue au tou:r euh:::&
 10 GRI [ouais]
 11 IVA &voilà elle elle disait qu'elle se sentait toujours tri:ste [.h:]
 12 GRI [hm]
 13 (.)
 14 IVA euh: très apragmatique à la fois elle arrive quand même à faire
 15 certaines activités alors sans en éprouver de: plaisir (.) .h: mais
 16 COU hm
 17 IVA elle arrive quand même à s` mobiliser .h:: euh::: échille lui a
 18 demandé si elle avait pu aller au sport mais du coup elle a:: voilà\
 19 pour l` moment elle se sent pas pa`ce que l` matin elle dit qu'elle
 20 est trop fatiguée mais du coup (.) .h:: il l'a re::sollicitée de
 21 c` côté-là (.) .h:: et pour c` qui est des traitements: on::: y a
 22 eu une prise de sang de faite et du coup on en a eu l` retour (.)
 23 .h: euh: au niveau d` l'effexor elle est dans la dose thérapeutique
 24 (0.4)
 25 COU hm hm
 26 IVA c` qui fait que (.) comme elle est dans la dose thérapeutique mais
 27 qu'elle elle y voit pas: les: effets correctement .h[:]
 28 COU [hm]
 29 IVA il lui a dit que certainement qu'y aurait un changement d`
 30 traitement\
 31 (0.4)
 32 IVA .h:: voilà\
 33 pour l` moment il a pas parlé d` sismo avec elle mais
 34 euh il [lui a dit que] euh::
 35 GRI [ouais]

35 IVA certainement dans la s`maine prochaine si: vraiment y a toujours pas
36 d'évolution/
37 COU hm [ouais]
38 IVA [i`] changerait la molécule
39 (0.5)
40 IVA donc elle était d'accord

À la première ligne de l'extrait, GRI, super-locutrice, ouvre la relève concernant madame Delattre (nous observons la structure syntaxique propre à ce moment, « madame Delattre qui »). Aux lignes 2 et 5, elle produit une séquence de DR en mutualisant le fait que la sismothérapie a été discutée au préalable, dont IVA se saisit pour apporter quelques modifications. Notons tout de même que la représentation est différente que celle dans les extraits précédents : GRI ne dit pas que le psychiatre en a parlé à la patiente, mais bien que l'idée a été mentionnée. La pratique de mutualisation est donc différente.

À la ligne 6, IVA ajoute donc sous forme de DRI que la sismothérapie « a été évoquée en relève ce matin », puis introduit des éléments de son vécu personnel entrant en contradiction manifeste avec cette information (comme le montrent la présence de « mais » à la ligne 6 et l'introduction du cadre temporel duquel elle va tirer les DR à suivre « quand on l'a vue au tour », ligne 9). Après avoir fait un rapide état des lieux de l'état psychologique de madame Delattre — notamment par l'usage d'un DRI lignes 11 et 14 —, elle rapporte une conversation entre la patiente et le psychiatre en rapport avec les activités thérapeutiques qu'elle pourrait faire au sein de l'hôpital. La question du traitement est abordée à partir de la ligne 21, et jusqu'à la fin de l'extrait.

Dans cette dernière partie de transcription, IVA transmet des éléments nécessaires à la compréhension de la question de la sismothérapie (lignes 21 à 27), puis rapporte les propos que DER a tenu à la patiente à ce sujet sous forme de DRI aux lignes 29-30. Elle précise ensuite aux lignes 32 à 38 que l'information qui a été préalablement mutualisée dans les relèves de 9 heures et 14 heures est fautive, par la mise en perspective de deux séquences de DR : « il a pas parlé de sismo avec elle », ligne 32 ; « il lui a dit que certainement dans la semaine prochaine si vraiment y a toujours pas d'évolution il changerait la molécule », lignes 33 à 38. Elle précise enfin que la patiente a donné son accord face à cette proposition à la ligne 40.

Nous avons vu que dans cet extrait, IVA mutualise un vécu pour contredire des informations préalablement transmises. En précisant en début de prise de parole le cadre duquel elle extrait ses DR, puis en spécifiant une nouvelle fois des éléments conversationnels (comme l'identité de l'énonciateur qu'elle rapporte), elle reconstruit un cadre interactionnel qui lui permet de mettre en doute ce qui a déjà été dit dans les réunions précédentes. Son propre vécu entre alors en confrontation avec celui qui avait été donné à entendre aux soignants, et c'est sur sa propre expérience qu'elle s'appuie pour rétablir une forme de véracité dans les informations que les soignants partagent en ce qui concerne les patients.

Au final, c'est bien le vécu que transmettent les soignants, au travers des représentations de propos. Qu'il s'agisse de séquences de dialogues rapportés, où tout un moment est donné à entendre aux collègues, ou encore de la simple représentation d'un discours, nous avons décelé l'intérêt que prenait l'information transmise lorsqu'elle avait été personnellement vécue. Bien entendu, les mutualisations ne se bornent pas à cet aspect, mais lorsqu'il est possible de donner la parole à un soignant ayant vécu une situation dont il est question, c'est la solution qui est privilégiée (voir par exemple l'analyse de l'extrait 79 en 8.1.1.). De plus, nous avons constaté dans les pratiques des interactants que la narration de situations n'était pas anodine, ni rare. Dès lors, la relève pourrait être considérée comme un moment de mutualisation de vécus, amenant à une forme de cohésion tant sur le plan professionnel que personnel.

8.3. VERS UNE REDÉFINITION DE LA RELÈVE INFIRMIÈRE

Au regard de nos analyses préalables, menées tout au long de ce travail et cristallisées dans ce dernier chapitre, nous allons tenter de proposer une forme de définition étendue de ce qu'est la relève infirmière en psychiatrie. Pour ce faire, nous procéderons en trois points, en parlant d'abord de la tension institutionnelle qui marque

ces moments d'échanges, puis en reprenant nos considérations sur les asymétries repérables dans les réunions, avant de décrire de façon globale la réalité de la relève en psychiatrie, à partir des productions de DR que nous avons repéré.

8.3.1. LA TENSION INSTITUTIONNELLE

Rappelons que les réunions de transmissions d'informations et le staff pluriprofessionnel sont des moments de tension dans la pratique hospitalière. D'une part, parce qu'il s'agit d'un moment où les soignants ne sont pas disponibles pour prodiguer des soins aux patients de façon directe, mais également parce qu'il existe de nombreux débats quant à leurs vocations, leurs durées, et l'organisation même de la pratique. Notons également la dualité des transmissions qui se réalisent dans des modalités écrites ou orales. Les observations écrites ont par ailleurs pris une forme particulière, puisqu'elles fonctionnent grâce à un système de « cibles » (on parle de transmissions ciblées, voir Boucheix & Coiron, 2008 ; Dancausse & Chaumat, 2011. Ces manières d'organiser les transmissions ont été décrites comme ci-après :

« Elles répondent à la fois aux exigences professionnelles et légales en matière de personnalisation des soins, mais aussi au confort des soignants en matière de gain de temps »
(Dancausse & Chaumat, 2011 : 9)

La question de la temporalité qu'occupent les transmissions d'informations dans les structures de soin préoccupe donc les soignants, ainsi que l'institution qui les emploie. Il est également nécessaire de souligner que si l'origine des cibles que nous décrivons est ancrée dans l'écrit, elles se répercutent sur les modalités de mutualisations orales (voir par exemple le chapitre trois de l'ouvrage de Dancausse et Chaumat de 2011).

Il nous semble donc pertinent de parler de tensions institutionnelles en ce qui concerne les réunions de transmission. Puisque la parole est censée être teintée d'un format particulier, dont l'origine est écrite, et qu'un des objectifs de ce cadre de production est de réduire le temps accordé à ces moments d'échanges, alors le cadre conversationnel en est nécessairement bousculé. Par ailleurs, les références que nous

avons citées partent du principe que la relève orale se base sur les écrits produits au préalable. Dans notre corpus, ce n'est pas nécessairement le cas : nous avons recensé 300 observations écrites durant les 5 semaines d'enregistrement, et certains patients n'en avaient aucune à leur sujet. Nous observons donc une forme de dissonance entre ce qui est attendu et ce qui est pratiqué. La relève est envisagée comme un moment très borné, là où elle s'ouvre sur de multiples facettes : nous venons par exemple de discuter du balancement épistémique ne résultant pas du statut « entrant » ou « sortant » des professionnels (8.1), ainsi que des éléments de cohésion qui unissent les soignants lors des réunions (8.2).

8.3.2. L'ASYMÉTRIE INTRINSÈQUE AU CADRE INTERACTIONNEL COMME POINT D'APPUI

Un élément de définition récurrent des relèves se retrouve cependant partiellement dans nos analyses : l'asymétrie. Nous avons déjà discuté du fait qu'il ne s'agissait pas uniquement d'une distinction opérée sur les savoirs relatifs aux fonctions, ni sur les horaires de travail des soignants. Cependant, nous proposons d'envisager cette asymétrie plurielle, intrinsèque au contexte de conversation, comme étant au coeur des situations de réunions de soignants en psychiatrie.

En effet, si les pratiques diffèrent du cadre borné que l'on donne aux réunions dans une perspective plus institutionnelle, elles n'en sont pas pour autant entièrement détachées : les soignants mutualisent bel et bien l'actualité clinique des patients, argumentent leurs propositions de parcours de soins, et construisent ensemble une cohérence dans la qualité du service qu'ils dispensent aux usagers. S'il s'agit bien du fondement de ces réunions, les autres pratiques émergent à partir de cette mutualisation stricto sensu. Reprenons l'exemple de « faire-apprendre » qui a pour contenu une discussion la conservation de certains compléments alimentaires, développé dans Colón de Carvajal *et al.* (2020). Les soignants discutent le cas de monsieur Malout.

EXTRAIT 87 (HORS CORPUS, S1 6 HEURES)

1 TAG il a pas arrêté d:`mander d' l'eau gélifiée on a été trois fois
2 COU hm
3 TAG [trois ouais]
4 COU [trois eaux] gélifiées
5 PAT non mais parce que j` pense qu'il a b`soin d` se remplir/ hein\
6 GIL ah bah quand tu vois comment
7 [il fait même quand [(on mange) euh:] [:]&
8 TAG [alors bon il fait [ch-]
9 PAT [quand c'est pas] [la]&
10 GIL [salle repas:/ euh\
11 PAT [nourriture c'est l'eau::/ euh\
12 TAG [il fait chaud aussi hein dans:] [dans la: chambre]
13 d'isolement [hein] y a [pas] de: clim/ °euh\
14 PAT [ouais]
15 GIL [hm]
16 (0.7)
17 TAG mais bon\ (0.5) on voyait qu'il voulait pas dormir de toute façon à
18 deux heures du matin il a dit euh:: j'ai fini [d` dormir]
19 PAT [il dort pas] d`puis
20 deux heures non mais c'est::\
21 COU il a eu un doliprane à deux heures il avait mal à la tête\
22 (1.5)
23 GIL à quelle heure/
24 COU à deux heures\
25 GIL à deux heures\ °d'accord°
26 (0.8)
27 COU et euh:: les eaux gélifiées/ je sais pas/ si:: y en a [ailleurs/
28 PAT [j'en ai]
29 command[é :/ euh::\
30 COU [ah oui [c'est bon alors]
31 TAG [ah oui d'accord bon] parce que j` les
32 [ai mis au frigo\
33 GIL [xx (vous l'avez] passé)
34 (0.2)
35 PAT alors faut pas les mettre au frigo\
36 TAG ah bon/
37 (0.3)
38 GIL les eaux géli[fiées//]
39 PAT [ni l]es: eaux gélifiées/ ni les::: normalement ça
40 s`conserve pas au frigo\ (.) [on a vu] ça avec carine\ et::\
41 GIL [ah ouais//]

En ouverture de l'extrait, TAG mutualise le fait que le patient a demandé de l'eau gélifiée. Dans ce qui se situe avant l'extrait, les soignants de nuit ont dit que le patient avait passé une mauvaise nuit, et qu'il n'avait que très peu dormi. Nous nous situons bien dans une situation de transmission de l'actualité clinique du patient, que les soignants de nuit connaissent et donnent à entendre aux professionnels de jour. S'ensuivent une première séquence, lors de laquelle est débattu le fait que le patient

a « besoin de se remplir » (lignes 5-15). TAG, après une pause de 0,7 seconde, la clôt par l'usage de « mais bon », et la réintroduction du fait que le patient ne « voulait pas dormir » (ligne 17), étayée par une séquence de DRD attribuée au patient « il a dit euh j'ai fini de dormir » (ligne 18). COU transmet ensuite l'activité de dispensation d'un médicament, ainsi que l'heure à laquelle il a été donné à la ligne 21, et les raisons qui l'ont poussée à le faire (ce qui correspond par ailleurs au modèle de transmissions ciblées dont nous parlions en 9.3.1.). Après une paire adjacente visant à confirmer l'heure à laquelle COU a donné le doliprane (première partie à la ligne 23, deuxième à la ligne 24, confirmation de réception par GIL à la ligne 25), et une pause de 0,8 seconde, COU « sort » de la relève concernant le patient pour demander aux collègues s'il reste de l'eau gélifiée (ligne 27). Cette production entraîne la séquence de faire-apprendre dont nous avons discuté dans l'article cité plus haut.

En effet, après que PAT a indiqué qu'elle avait commandé de nouveau de l'eau gélifiée (lignes 28-29), TAG mutualise son action en tant que soignant : il a mis les eaux gélifiées restantes au frigo (lignes 31-32). PAT reprend la parole à la ligne 35, en démarrant la séquence de « faire-apprendre » : elle ne transmet pas de savoir relatif au patient ni à la structure, mais bien à la profession en tant que telle, et aux conduites à tenir²¹. Séquentiellement, nous observons en quoi la pratique en dehors du cadre délimité par l'institution émerge à partir des préconisations que reçoivent les soignants quant à la conduite à tenir : ils sont en train de mutualiser des informations jugées pertinentes dans le cadre d'une relève, et c'est à partir de cette transmission que les éléments « hors-cadre » apparaissent.

Dans l'absolu, tous les extraits qui relèvent d'autre chose que de la transmission de l'actualité clinique du patient émergent dans nos données à partir de moments de mutualisation. La transmission de la dispensation d'eaux gélifiées au patient a amené les soignants à discuter de leur nombre réduit (ligne 27) et de l'action réalisée par TAG de les mettre au frais (lignes 31-32), résultant dans la prise de position de PAT quant

²¹ Pour plus de détails sur l'analyse de l'extrait étendu, voir Colón de Carvajal *et al.* (2020)

au fait qu'il s'agit d'une erreur (ligne 35). Notons également que le fait de mettre une eau gélifiée au réfrigérateur n'est pas problématique en soi : il ne s'agit que d'eau à laquelle est ajoutée un épaississant, afin de faciliter l'hydratation des patients dans le cadre de certaines pathologies (ce qui explique par ailleurs en partie la réaction des participants postérieure à notre extrait, qui relève de la surprise). La transmission du savoir professionnel n'est donc pas critique dans ce cas, puisque sans conséquence, mais elle a tout de même lieu : la relève est également utilisée (voire conçue par les soignants) comme un moment d'apprentissage actif des pratiques de soin, qui s'appuie sur le cadre originel et l'asymétrie entre les professionnels présents. Nous avons d'une part des soignants K+ en ce qui concerne l'actualité clinique, qui mutualisent des informations, et d'autres se positionnant comme K+ pour la pratique professionnelle, qui transmettent des éléments globaux, relatifs à la profession plus qu'aux patients.

Ce fonctionnement est d'ailleurs représenté dans tous les aspects qui ne se bornent pas à la stricte mutualisation des actualités cliniques des patients, ou au débat autour du parcours de soins. Nous allons, dans cette dynamique, tenter de décrire la réalité des réunions professionnelles en psychiatrie, en synthétisant nos remarques et analyses sur ce qui fait ce moment, en dehors de ce qu'il est censé être.

8.3.3. LA RÉALITÉ DE LA RELÈVE EN PSYCHIATRIE

Mais alors, que nous indiquent les analyses menées sur la réalité de ce qu'est une relève en psychiatrie ? Premièrement qu'il s'agit d'un moment de tensions. Nous l'avons discuté, la relève est ancrée dans une pratique de réduction des asymétries : de façon théorique, les équipes entrantes reçoivent des informations nécessaires au bon parcours de soin du patient de la part des soignants sortants. Dans les pratiques que nous avons analysées, ces tensions se développent et se complexifient. Il ne s'agit plus d'une transmission unilatérale, des K+ sortants vers les K- entrants, mais bien d'une forme de réseau de savoirs qui se met en place spontanément.

Dans ce réseau, en plus des contraintes horaires, nous avons vu que le statut épistémique des soignants selon leurs professions était également pris en compte. Le

soin est réparti entre les différents droits et devoirs des uns et des autres, et cet invariant est pris en compte par les participants lors des réunions pluriprofessionnelles, par exemple par l'adressage quasi-exclusif aux psychiatres des informations jugées importantes par les soignants non-médicaux.

De façon transversale aux relèves et aux staffs, nous avons également vu se mettre en place différentes actions. Nous pouvons penser à l'argumentation d'un parcours de soins, qui n'est pas exclusive aux réunions de 9 heures dans notre corpus. Il peut s'agir d'une particularité de notre corpus — c'est même très certainement le cas —, mais les objectifs des deux modalités de réunions différent tout en accueillant des pratiques similaires.

La relève est également à considérer comme un moment que nous avons distingué selon trois pratiques dans les discours des soignants : le « faire-savoir », correspondant stricto sensu aux buts manifestés des réunions, soit transmettre l'actualité clinique des patients ; le « faire-apprendre », c'est-à-dire les moments lors desquels les soignants s'apprennent mutuellement des éléments qui sont en rapport avec le soin de façon générale ; et enfin le « faire-connaître », qui relève de la pratique de transmission des éléments relatifs aux soignants eux-mêmes, comme leurs émotions par exemple.

Nous ne saurions donc réduire la relève à ce qui la borne dans sa conception traditionnelle. Chacun de ces éléments est par ailleurs supporté par l'usage de DR, par le biais duquel les professionnels peuvent donner à la fois une sensation de recul par rapport à leurs propos (dans l'auto-citation par un DRI ou un DRN par exemple), ou à l'inverse un effet de véracité, de force et de vivacité des propos (notamment dans les DRD attribués à des tiers). Cette gestion des différents énonciateurs rapportés permet aussi en partie aux soignants de hiérarchiser les informations qu'ils mutualisent : les modalités de représentation de discours avec une pseudo-mimétique forte ont tendance à désigner des éléments importants, ce qui est notamment visible dans les réactions des autres participants.

Il est également évident que la relève ne se limite pas non plus à ce que nous avons remarqué dans nos analyses. Nous n'avons en tant que tel regardé que les séquences rapportées, ce qui représente de façon non-exhaustive notre corpus. Cependant, nous pensons qu'au vu du format (c'est-à-dire l'inclusion de propos tiers dans son propre discours), de l'activité en cours et ses objectifs (à savoir les relèves et staffs, dans des aspects de mutualisation et d'argumentation en particulier), et de la présence assez abondante de DR dans nos données (environ 3000 occurrences), une analyse de ces productions peut nous permettre de conclure que les réunions dans le soin infirmier en psychiatrie incluent plus que ce que l'on n'en dit.

Ainsi, nous pouvons proposer que si les réunions de transmissions d'informations sont bien des moments de mutualisation, intrinsèquement parlant, elles ne se résument pas à l'actualité clinique du patient, ni à ses problématiques en cours. Cette acceptation de la pratique est certes le socle commun, mais d'autres actions émergentes peuvent se produire à partir de ces transmissions. Dès lors, nous pouvons postuler qu'il s'agit à la fois d'une activité qui remplit son rôle d'homogénéisation des informations connues, mais également d'une forme de tampon entre le personnel et le professionnel pour les soignants : les postures strictement professionnelles sont gérées par les participants, en étant parfois soulignées, parfois amoindries au profit d'une relation plus interpersonnelle. En mutualisant leurs propres émotions par exemple, les soignants sont à même de discuter ensemble de leurs ressentis, et d'aller d'une part vers une dimension plus sécurisante pour le soin (avoir peur de la violence potentielle d'un patient peut révéler un danger réel, ou entraîner des soins moins performants), et d'autre part plus humaine pour les soignants (e.g. les moments de rire collectifs comme relevant d'une forme d'émulation émotionnelle, entraînant une forte cohésion de groupe).

CONCLUSION DE CHAPITRE

En prenant du recul par rapport aux données, et en posant notre regard sur l'activité à partir des pratiques, nous avons décelé quelques éléments attirant notre

attention sur ce qu'est une relève, dans ses critères définitoires habituels, et de ce qu'elle a été lors de nos enregistrements, avec la patientèle présente, les différents soignants participants aux réunions, dans cette unité spécifique et selon une temporalité réduite. Loin de nous l'idée de généraliser nos conclusions, nous pensons cependant que cette différence manifeste entre l'idée en dehors du terrain de ce que doit être la pratique et ce qu'elle est réellement est intéressante.

Nous l'avons vu, en filigrane tout au long de notre travail : les réunions de transmissions d'informations ne se bornent pas à la simple mutualisation de l'activité clinique du patient. Il s'agit d'un moment résolument orienté sur l'abaissement de frontières épistémiques, qu'il s'agisse de connaissances professionnelles (avec ou sans distinction de fonction et de diplôme), de savoirs relatifs aux patients (en dehors de l'acception habituelle catégorisant les soignants entrants comme K- et les sortants comme K+), qui s'effacent au cours de l'interaction. En allant plus loin, nous pouvons reprendre notre distinction entre les séquences de « faire-savoir » et « faire apprendre » (Colón de Carvajal *et al.*, 2020), et proposer un troisième aspect, le « faire-connaître ». Le savoir se bornerait alors à la transmission de l'actualité clinique, l'apprentissage à la formation continue que se dispensent mutuellement les soignants lors de ces moments, et la connaissance serait ancrée dans des aspects moins professionnels, et plus interpersonnels.

Cette dimension humaine et collaborative nous a également amenés à considérer les transmissions comme des lieux de cohésion. Dans une première instance parce que les soignants présentent une forme de hiérarchisation de leurs propos, qui est adoptée de façon assez unilatérale, en ce qui concerne le DR. Les séquences avec une pseudo-mimétique forte tendent à représenter des éléments importants, à retenir pour les autres participants, ce qui montre une forme de cohésion dans la pratique conversationnelle lors des réunions professionnelles dans le soin. Dans une autre mesure, nous avons également rapproché la question de la cohésion de celle de l'émulation. D'une part, chaque soignant présent tend à se montrer en tant que professionnel, et à donner une forme de modèle critiquable par les collègues en

continu. Cette dynamique est particulièrement représentée dans les situations que les soignants rapportent et qui ont un lien avec les proches des patients. Un deuxième aspect d'émulation ayant retenu notre attention est celui en rapport avec les émotions manifestées. Les professionnels enregistrés se trouvent dans une forme de tension entre leur individualité et le collectif des professionnels, et nous avons vu en quoi mutualiser son ressenti participait à la fois à le gérer, et à créer une forte cohésion *via* l'émulation des affects.

Enfin, nous nous sommes attaché à décrire ce qu'était, dans nos données, la relève. En partant des lacunes des définitions institutionnelles et des tensions qui s'établissent entre les pratiques et les attentes, nous avons décelé qu'un point central résidait de façon transversale : les réunions sont un lieu d'asymétries, qui se résolvent au fur-et-à-mesure de la conversation. Cette perspective nous a alors permis de proposer une prédéfinition de ce qu'est ce moment particulier, en tant qu'événement situé entre professionnel et personnel, entre le patient et le soignant, et entre les pairs.

De très nombreux aspects se jouent donc dans ces réunions. Une nouvelle fois, nos conclusions ne s'appliquent qu'au cadre très limité de nos enregistrements, et il serait très bénéfique de pouvoir accéder à de nouvelles données, dans un autre service, avec d'autres patients et d'autres soignants, éventuellement dans une branche différente de la médecine, pour corroborer ou non les conclusions préliminaires que nous donnons. Toutefois, nous avons vu que si ces transmissions sont résolument orientées autour du dossier patient, elles sont dans les pratiques bien plus complexes, et qu'un bon nombre des éléments constituant cette complexité sont repérables par l'utilisation de séquences rapportées.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette thèse a vocation à ouvrir des portes. L'objectif initial n'était pas d'obtenir des résultats francs ou généraux concernant le DR, ou la relève infirmière en psychiatrie. En effet, s'il existe un cadre légal en France obligeant les soignants à mutualiser les informations du dossier patient en continu dans les structures, les pratiques peuvent se distinguer sur de nombreux aspects. Pour n'en citer qu'un, nous n'avons traité que l'oral, qui est utilisé de façon privilégiée par l'équipe que nous avons filmée. Dans d'autres équipes ou institutions, les modalités de transmissions écrites peuvent tout à fait être le principal moyen de transmission d'informations pour les soignants. Cependant, nous sommes à même d'apporter quelques éclairages sur les séquences de DR qui se produisent dans des réunions de mutualisation des informations. Pour explorer notre corpus, nous avons utilisé plusieurs méthodes, en mobilisant les outils de l'analyse conversationnelle d'inspiration ethnométhodologique. Notre corpus n'est pas neutre (si tant est qu'une situation conversationnelle puisse l'être) : les participants sont tous présents en tant que professionnels du soin, au service des patients et de la structure qu'ils représentent. Un double enjeu se dessine alors : d'une part il s'agit de préserver sa propre face, de gérer ses émotions et son humanité, et d'autre part de participer à la vie de l'équipe, en sa qualité de professionnel. Les outils de l'AC sont, selon nous, les plus adaptés pour ébaucher une esquisse de cette dualité : en analysant de façon rigoureuse des conversations, et en les considérant comme intrinsèquement sociales, l'analyste se situe dans une démarche descriptive et analytique, permettant de comprendre les différents enjeux et mécanismes qui lient les participants à la conversation, et inversement. Cependant, à l'instar de la plupart des courants de l'AC, nous avons également tenu à décrire notre corpus au moyen d'outils statistiques.

L'AC est extrêmement performante en ce qu'il s'agit de déceler le micro, d'« apprendre à écouter la langue respirer là où elle se tait, entre les mots, parfois au cœur des mots », pour citer Sylvie Germain (2005), dans un cadre strictement différent

de celui qu'elle décrit. Dans une perspective micro analytique, l'AC permet de comprendre ce que le locuteur ne voit plus (dans le sens où la pratique est entièrement acquise), comme le montrent les travaux sur la machinerie des tours de parole, ou encore de la gestuelle et de la multimodalité en général. Il ne s'agit pas de répéter ou de paraphraser, mais d'agencer en mots l'organisation intrinsèque à la langue en usage, et par là de comprendre les tenants et aboutissants de ce qui est réalisé en tant qu'action sociale. Cependant, il s'agit d'une démarche résolument orientée vers des temporalités courtes, des « moments » à analyser. Nous ne pouvions pas, pour explorer notre corpus d'une quinzaine d'heures, produire ce genre d'analyses de façon systématique. Nous avons donc abordé nos données en suivant deux méthodologies distinctes, mais en suivant la même orientation.

La première se situait dans une perspective quantitative. Loin de nous l'idée de nous improviser statisticien, mais nous pensons qu'en tant que méthode exploratoire, cette démarche apporte de nombreux éclaircissements. Nous avons annoté 1175 séquences de DR, selon 20 paramètres (22, si l'on ajoute les temps de départ et la durée des séquences). L'idée était de déceler des tendances dans l'usage des séquences rapportées, et nous avons pu obtenir des résultats intéressants. Nous avons par exemple vu que le type de réunion influençait la production de DR, dans le sens où statistiquement parlant, les professionnels rapportaient de façon plus fréquente des propos lors des staffs pluriprofessionnels. Nous avons également déterminé qu'une forte variabilité existait entre les différents horaires de relèves, plus particulièrement celle de 6 heures. L'émotion contenue dans les séquences rapportées influence également la durée des DR : une séquence chargée émotionnellement parlant sera statistiquement plus longue qu'une autre qui en est dénuée. Nous avons enfin pu constater que l'existence du super-locuteur ne se bornait pas à la régulation séquentielle des moments de transmission, mais qu'il revêtait un rôle interactionnel plus large, en tant que participant représentant le plus de propos d'un tiers énonciatif lors des réunions.

La deuxième, était de nature qualitative, bien plus ancrée dans les pratiques de l'AC. Nous avons fait le choix de distinguer les manifestations des séquences des

fonctions qu'elles occupent, en partant du principe que même si les deux étaient liées, nous pouvions ainsi explorer de façon plus large nos données, et le discours des soignants en psychiatrie. Un troisième chapitre de cette partie qualitative nous a permis de questionner l'aspect social de la relève, et de proposer une redéfinition de cette dernière à partir de nos analyses, et par extension des pratiques des professionnels.

Nous avons choisi d'analyser le DR dans la lignée des travaux universitaires que nous avons menés précédemment. Ce phénomène a pris pour nous tout son sens dans ce corpus. Rapporter des propos, c'est compenser l'absence d'un tiers énonciatif pour donner à entendre aux autres participants ce qu'il a dit, ou ce qu'il aurait dit. C'est se positionner, et c'est positionner le tiers face à ses propos, en donnant un cadre conversationnel à voir et apprécier aux autres participants. Dans la pratique de la psychiatrie, nous l'avons vu, c'est également veiller à garder le patient au cœur du soin, et rendre cohérent son parcours en tant que malade face à ses problématiques et les solutions apportées par les professionnels.

Ces formats de production particuliers ont été employés par les participants dans des contextes particuliers. Certains verbes introducteurs nous ont intéressé, en ce qu'il s'agit de verbes propres au contexte. Nous avons également abordé rapidement l'influence du vocabulaire technique sur des tournures rapportées, par exemple par l'existence en tant qu'*inquit* de « faire le lien », « renvoyer » ou encore « reprendre ». (6.1.1.1.). Nous avons également remarqué le comportement particulier des inspirations expirations et des « et cetera » au contact de séquences de DR : il semblerait qu'il s'agisse de marqueurs de début et de fin de DR, mais nous nous devons de mener des analyses plus approfondies, sur des corpus plus larges afin de le vérifier. (6.1.1.2. et 6.1.1.3.). Du point de vue séquentiel, nous avons vu en quoi il existe un lien entre TRP et DR : les soignants peuvent être amenés à s'auto-sélectionner pour poursuivre un tour par une séquence rapportée, ou ouvrir un nouveau moment conversationnel par son usage (6.1.2.1.). Nous avons également remarqué un fonctionnement particulier, dans lequel un DR peut en appeler un autre, qu'il s'agisse du même locuteur ou non (6.1.2.2.). En particulier, ces méso-séquences

rapportées nous ont intéressé dans le sens où il s'agit d'une véritable action conjointe et co-construite par les participants. Nous remarquons une nouvelle forme de cohésion d'équipes, qui s'alignent autour d'une pratique de représentation de discours, et de compréhension collective des situations.

Un autre aspect dans lequel se manifestent des DR est celui de la narration. Le lien entre le format et la pratique n'est pas nouveau, et a été déjà débattu précédemment, en tant que le DR est un appui réel et fort aux situations de récits. Dans notre corpus, nous avons vu en quoi les soignants étaient amenés, par l'usage de DR, à raconter leur propre vécu (6.2.1.), à positionner le patient et le soignant dans leurs discours et fonctions respectifs (6.2.2.), et ces deux aspects nous ont permis de qualifier l'usage du DR dans les relèves comme étant fortement imprégné d'une dimension de cohésion professionnelle (6.2.3.).

Enfin, en ce qui concerne les manifestations du DR, nous avons porté notre regard sur les situations de dialogue rapporté. Nous avons remarqué un fort lien entre grammaire et interaction, en analysant les conversations selon le format de production adopté. En allant du moins mimétique (6.3.1.) vers le plus mimétique (6.3.2. et 6.3.3.), une forme de *continuum* se dessine dans la hiérarchisation de l'information, selon plusieurs aspects. D'une part, le patient a tendance à être représenté sous un format plus direct, les soignants dans une modalité plus indirecte. D'autre part, les éléments rendus saillants par ce continuum de pseudo-mimétique tendent à être perçus par les autres participants comme des informations importantes.

Ensuite, nous nous sommes intéressé à quelques fonctions des usages de DR dans notre travail. Pour ce faire, nous avons premièrement analysé quelques extraits relevant d'une forme d'argumentation, selon qu'un désaccord soit manifesté (7.1.2.) ou non (7.1.1.) entre les participants. Nous avons alors décelé l'argumentation par la preuve dans les productions des soignants, ainsi que toutes les formes d'étayage mises en place : un propos peut être étayé par un DR et inversement. Qu'il s'agisse d'une explicitation (comme par exemple lorsque les soignants apportent des conclusions sur l'état d'un patient après la production d'un DR) ou d'une exemplification (dans une dynamique inverse à la précédente), il s'agit d'un outil privilégié par les

professionnels pour appuyer leurs propres propos, ou réfuter ceux des autres participants ou tiers énonciatifs représentés par le DR.

En ce qui concerne la fonction émotive des séquences de DR, nous avons distingué deux aspects, selon que le ressenti est celui d'un soigné (7.2.1.) ou d'un soignant (7.2.2.). Dès lors, les objectifs divergent : représenter l'émotion d'un patient, c'est donner à entendre à l'ensemble des équipes ses doléances et problématiques, mettre à jour les connaissances relatives à la pathologie du patient pour les autres participants, et par extension lisser les savoirs des uns et des autres au profit du soin. Représenter ses propres émotions face aux collègues relève plus de l'avertissement quant à une potentielle dangerosité de la situation par exemple, ou d'une forme de cohésion sociale entre participants. Pour ce dernier aspect, nous nous sommes concentré sur les moments de rires collectifs (7.2.3.), qui permettent à la fois de créer un groupe social plus soudé, mais également de partager des expériences désagréables dans une modalité plus légère.

Une dernière fonction, propre à nos données, nous a également intéressé, en ce qu'il s'agit de l'aspect professionnel de l'utilisation du DR. Nous avons remarqué que le DR était, en sa qualité argumentative notamment, facteur de prises de décisions collaboratives, argumentées à partir des propos des patients et soignants (7.3.1.). Nous avons également rapproché certains usages de séquences rapportées comme relevant d'une forme d'anamnèse à distance (7.3.2.) : en faisant parler des tiers, les soignants donnent à considérer aux autres participants des éléments qui permettent conjointement de mettre des mots sur des problématiques, et par extension de mieux cadrer l'historique pathologique des patients.

Ce travail nous a également permis de dépasser les acceptions traditionnelles de ce qu'est le DR. Plus qu'un événement purement syntaxique ou conversationnel, nous avons vu en quoi, par l'analyse de séquences, nous pouvions aborder des éléments ancrés dans les pratiques des professionnels, qui dépassent le cadre d'un format de production particulier. En effet, notre chapitre 8 a été consacré à montrer comment le fonctionnement du DR, dans les réunions de transmission, peut permettre

d'observer l'activité dans des perspectives épistémique (8.1.), de cohésion (8.2.) et de définition du cadre de conversation (8.3.).

La relève, et l'usage des DR en son sein, a donc été exploré dans ce travail dans une certaine dynamique : en nous écartant peu à peu des données, nous avons considéré, par l'analyse de séquences rapportées, ce qu'impliquait le fait de rapporter un discours, et ce qu'étaient la relève et le staff pluriprofessionnel. Ces moments si particuliers, d'une complexité certaine et mettant en jeu de nombreux présents et absents, orientés sur le dossier des usagers de la structure mais qui s'ouvrent sur d'autres pratiques et dynamiques, sont bel et bien au coeur du soin, à la frontière entre patients et soignants, et résolvent de nombreuses asymétries.

Dans une certaine mesure, il serait intéressant de se pencher sur d'autres corpus, enregistrés dans d'autres unités, selon d'autres temporalités. Une nouvelle fois, nos conclusions ne sont valables qu'au moment des enregistrements, avec les professionnels et patients présents. Dans un souci de généralisation, il faudrait pouvoir comparer différentes structures pour vérifier si les pratiques sont transversales ou non. De la même manière, nous pensons qu'il serait judicieux de poursuivre les analyses concernant les humanités des soignants, et d'explorer les individualités de façon plus approfondie, dans un souci de description plus avancée des différents profils en jeu et de leurs positionnements respectifs.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association (Éd.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Apothéloz, D. (2004). Usage de l'autonymie dans les rédactions conversationnelles. In *Le discours rapporté dans tous ses états : Actes du colloque international, Bruxelles, 8-11 novembre 2001*. l'Harmattan, 335-349.
- Arnold, K. (2014). Behind the mirror : Reflective listening and its Tain in the work of Carl Rogers. *The Humanistic Psychologist*, 42(4), 354-369.
- Arria, A. M., O'Grady, K. E., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Wilcox, H. C., & Wish, E. D. (2009). Suicide Ideation Among College Students : A Multivariate Analysis. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 230-246.
- Authier-Revuz, J. (2020). La Représentation du Discours Autre : Principes pour une description. In *La Représentation du Discours Autre*. De Gruyter.
- Baillargeon, P., Pinsof, W. M., & Leduc, A. (2005). L'alliance thérapeutique : La création et la progression du lien. *European Review of Applied Psychology*, 55(4), 225-234.
- Bakhtine, M. (1970). *La poétique de Dostoiévski*. Éd. du Seuil.
- Baldauf-Quilliatre, H., Carvajal, I. C. de, Etienne, C., Jouin-Chardon, E., Teston-Bonnard, S., & Traverso, V. (2016). CLAPI, une base de données multimodale pour la parole en interaction : Apports et dilemmes. *Corpus*, 15, Article 15.
- Bamberg, M. (1997a). Emotion talk(s) : The role of perspective in the construction of emotions. In S. Niemeier & R. Dirven (Éds.), *The Language of Emotions*. John Benjamins Publishing Company. 209
- Bamberg, M. (1997b). Positioning Between Structure and Performance. *Journal of Narrative and Life History*, 7, 335-342.
- Bangerter, A., Mayor, E., & Pekarek Doehler, S. (2011). Reported Speech in Conversational Storytelling During Nursing Shift Handover Meetings. *Discourse Processes*, 48(3), 183-214.
- Bénard-Larivière, A., & Pariente, A. (2018). Usages et mésusages des benzodiazépines en population en France. *La Presse Médicale*, 47(10)
- Benwell, B. (2012). Common-sense anti-racism in book group talk : The role of reported speech. *Discourse & Society*, 23(4), 359-376.
- Benzitoun, C., & Rebuschi, M. (2021). *Les corpus en sciences humaines et sociales*. PUN-Éditions universitaires de Lorraine.

-
- Berger, E., & Pekarek Doehler, S. (2015). Direct reported speech in storytellings : Enacting and negotiating epistemic entitlements. *Text & Talk*, 35(6), 789-813.
- Bert, M., Bruxelles, S., Etienne, C., Jouin-Chardon, E., Lascar, J., Mondada, L., Teston, S., & Traverso, V. (2010). Grands corpus et linguistique outillée pour l'étude du français en interaction (plateforme CLAPI et corpus CIEL). *Pratiques. Linguistique, littérature, didactique*, 147-148, 17-34.
- Betz, E. (2013). Quote–unquote in one variety of German : Two interactional functions of pivot constructions used as frames for quotation in Siebenbürger Sächsisch. *Journal of Pragmatics*, 54, 16-34.
- Boucheix, J.-M., & Coiron, M. (2008). Analyse de l'activité de transmission écrite au cours des relèves de poste à l'hôpital. *Activités*, 05(1), Article 1.
- Bres, J., & Verine, B. (2002). Le bruissement des voix dans le discours : Dialogisme et discours rapporté. *Faits de langues*, 19, 159-169.
- Brown, P., & Levinson, S. C. (1987). *Politeness : Some universals in language usage*. Cambridge university press.
- Bruxelles, S., & Traverso, V. (2006). Usages de la particule "voilà" dans une réunion de travail : Analyse multimodale. In B. J. M. Drescher (Éd.), *Les marqueurs discursifs dans les langues romanes : Approches théoriques et méthodologiques*. Peter Lang, 71-92
- Caillat, D. (2016). *Le discours rapporté dans les débats politiques télévisés : Formes et fonctions des recours au discours autre : le cas des débats de l'entre-deux-tours des présidentielles françaises (1974-2012)* [These de doctorat, Lyon].
- Chalancon, B., Carvajal, I. C. de, Maritaud, L., Lascar, J., & Boyer, L. (2022). Approche quantitative des interactions soignantes à l'hôpital psychiatrique depuis une perspective interactionniste. *SHS Web of Conferences*, 133, 04001.
- Chernyshova, E. (2018). *Expliciter et inférer dans la conversation : Modélisation de la séquence d'explicitation dans l'interaction*. Lyon Lumière 2.
- Clift, R. (2013). No laughing matter : Laughter and resistance in the construction of identity. In P. Glenn & E. Holt (Éds.), *Studies of Laughter in Interaction*. Bloomsbury Academic, 223-236.
- Colón de Carvajal, I. (2011). Les énoncés choraux : Une forme de segments répétés émergeant dans les interactions de jeux vidéo. In H. Ter Minassian & S. Rufat (Éds.), *Les jeux vidéo comme objet de recherche*. Questions théoriques, 149-166.
- Colón de Carvajal, I., Maritaud, L., Chalancon, B., & Lascar, J. (2020). De la transmission d'informations cliniques au partage de savoir lors de relèves infirmières. *TIPA. Travaux interdisciplinaires sur la parole et le langage*, 36, Article 36.

- Cotton, P. G., Drake, R. E., Whitaker, A., & Potter, J. (1983). Dealing With Suicide on a Psychiatric Inpatient Unit. *Psychiatric Services*, 34(1), 55-59.
- Couper-Kuhlen, E. (1996). The prosody of repetition : On quoting and mimicry. In E. Couper-Kuhlen & M. Selting (Éds.), *Prosody in Conversation : Interactional Studies*. Cambridge University Press, 366-405.
- Couper-Kuhlen, E. (1998). Coherent Voicing : On Prosody in Conversational Reported Speech. *Coherence in Spoken and Written Discourse: How to Create It and How to Describe It*, 1-28.
- Couper-Kuhlen, E. (2004). *Prosody and sequence organization in English conversation* (E. Couper-Kuhlen & C. E. Ford, Éds.; John Benjamin Publishing Co.). John Benjamins Publishing Company, 335-376.
- Couper-Kuhlen, E. (2015). Intonation and Discourse. In D. Schiffrin, D. Tannen, & H. E. Hamilton (Éds.), *The handbook of discourse analysis* (2e ed.). Blackwell.
- Dancausse, F., & Chaumat, É. (2011). *Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins : Guide méthodologique en soins généraux et en psychiatrie*. Elsevier Masson.
- De Fina, A., & Georgakopoulou, A. (Éds.). (2015). *The handbook of narrative analysis*. Wiley Blackwell.
- Dendale, P. (Éd.). (2011). *La prise en charge énonciative : Études théoriques et empiriques*. De Boeck Duculot.
- Deppermann, A. (2011). The Study of Formulations as a Key to an Interactional Semantics. *Human Studies*, 34(2), 115-128.
- Deppermann, A. (2015). Positioning. In *The Handbook of Narrative Analysis*. John Wiley & Sons, Ltd, 369-387.
- Desoutter, C., & Mellet, C. (Éds.). (2013). *Le discours rapporté : Approches linguistiques et perspectives didactiques*. Lang.
- de Stefani, E. (2007). Regards sur la langue. Les données vidéo dans la recherche linguistique. *Bulletin VALS-ASLA*, 85, 1-9.
- de Stefani, E., & Sambre, P. (2016). L'exhibition et la négociation du savoir dans les pratiques définitoires : L'interaction autour du syndrome de fatigue chronique dans un groupe d'entraide. *Langages*, 204(4), 27-42.
- Dour, H. J., Cha, C. B., & Nock, M. K. (2011). Evidence for an emotion–cognition interaction in the statistical prediction of suicide attempts. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 294-298.
- Doury, M. (2004). La fonction argumentative des échanges rapportés. In J. M. López Muñoz, S. Marnette, & L. Rosier (Éds.), *Le discours rapporté dans tous ses états : Actes du colloque international, Bruxelles, 8-11 novembre 2001*. L'Harmattan, 254-264.

-
- Doury, M. (2016). *Argumentation - Analyser textes et discours : Analyser textes et discours*. Armand Colin.
- Dransart, D. A. C., Gutjahr, E., Gulfi, A., Didisheim, N. K., & Séguin, M. (2014). Patient Suicide in Institutions : Emotional Responses and Traumatic Impact on Swiss Mental Health Professionals. *Death Studies*, 38(5), 315-321.
- Dressel, D. (2020). Multimodal word searches in collaborative storytelling : On the local mobilization and negotiation of coparticipation. *Journal of Pragmatics*, 170, 37-54.
- Drew, P. (1991). Asymmetries of knowledge in conversational interactions. *Asymmetries in Dialogue*, 29-48.
- Drew, P. (1995). Interaction sequences and anticipatory interactive planning. In E. N. Goody (Éd.), *Social Intelligence and Interaction : Expressions and implications of the social bias in human intelligence*. Cambridge University Press, 111-138.
- Drew, P. (1997). 'Open' class repair initiators in response to sequential sources of troubles in conversation. *Journal of Pragmatics*, 28(1), 69-101.
- Ducrot, O. (1984). *Le dire et le dit*. Minuit.
- Egbert, M. M. (1997). Schisming : The collaborative transformation from a single conversation to multiple conversations. *Research on Language and Social Interaction*, 30(1), 1-51.
- Filliettaz, L. (2006). Asymétrie et prises de rôles. Le cas des réclamations dans les interactions de service. *Les interactions asymétriques*, 89.
- Filliettaz, L., Durand, I., Zogmal, M., & Markaki-Lothe, V. (2021). Le « schisme interactionnel », une ressource pour apprendre aux frontières du travail et de la formation professionnelle. *Recherches en éducation*, 44, Article 44.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine : A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Dodd, Mead & Company.
- Freud, S. (1954). *Cinq psychanalyses* (M. Bonaparte & R. M. Loewenstein, Trad.). Presses universitaires de France.
- Furukawa, T. (2015). Localizing humor through parodying white voice in Hawai'i stand-up comedy. *Text & Talk*, 35(6), 845-869.
- Galatolo, R. (2006). Active voicing in court. In E. Holt & R. Clift (Éds.), *Reporting Talk : Reported Speech in Interaction*. Cambridge University, 195-220
- Galatolo, R. (2015). Reporting Talk When Testifying : Intertextuality, Consistency, and Transformation in Witnesses' Use of Direct Reported Speech. In *Law at Work*. Oxford University Press.
- Galatolo, R., & Mizzau, M. (2005). Quoting dialogues and the construction of the narrative point of view in legal testimony : The role of prosody and gesture. *Studies in Communication Sciences*.
- Genette, G. (1972). *Figures III*. Editions du Seuil.

- Gerlach, L. B., Wiechers, I. R., & Maust, D. T. (2018). Prescription benzodiazepine use among older adults : A critical review. *Harvard review of psychiatry*, 26(5), 264-273.
- Glenn, P. (2003). *Laughter in Interaction*. Cambridge University Press.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne*. les Éd. de Minuit.
- Goffman, E., & Kihm, A. (1974). *Les rites d'interaction*. les Éditions de Minuit.
- Good, J. S. (2015). Reported and enacted actions : Moving beyond reported speech and related concepts. *Discourse Studies*, 17(6), 663-681.
- Goodwin, C. (2007). Participation, stance and affect in the organization of activities. *Discourse & Society*, 18(1), 53-73.
- Goodwin, M. H., & Goodwin, C. (2001). Emotion within Situated Activity. In A. Duranti (Éd.), *Linguistic Anthropology : A Reader* (p. 239-257). Blackwell.
- Griswold, O. (2016). Center stage : Direct and indirect reported speech in conversational storytelling. *Issues in Applied Linguistics*, 20(0).
- Grosjean, M. (2001). *De la parole plurielle au polylogue effectif. Les relèves inter-équipes à l'hôpital*. *Bulletin VALS-ASLA*, 74, 57-81.
- Groupe ICOR. (2013). *Conventions ICOR*. http://icar.univ-lyon2.fr/projets/corinte/documents/2013_Conv_ICOR_250313.pdf.
- Gumperz, J. J. (1991). Contextualization and understanding. In A. Duranti & C. Goodwin (Éds.), *Rethinking Context*. CUP, 229-252
- Günthner, S. (1999). Polyphony and the 'layering of voices' in reported dialogues : An analysis of the use of prosodic devices in everyday reported speech. *Journal of Pragmatics*, 31(5), 685-708.
- Hagyard, S. (2017). *Perceptions du patient formateur chez les médecins généralistes : Représentations, attentes et enjeux*. Claude Bernard Lyon 1.
- Hanote, S. (2004). Des introducteurs de discours aux indices de frayage. In J. M. López Muñoz, S. Marnette, & L. Rosier (Éds.), *Le discours rapporté dans tous ses états : Actes du colloque international, Bruxelles, 8-11 novembre 2001*. L'Harmattan, 538-548
- Hansen, M.-B. (1998). *The Function of discourse particles : A study with special reference to spoken standard French*. John Benjamins.
- Hansen, M.-B. (2005). From prepositional phrase to hesitation marker : The semantic and pragmatic evolution of French enfin. *Journal of Historical Pragmatics*, 6(1), 37-68.
- Haute Autorité de Santé. (2014). *Troubles bipolaires : Repréage et diagnostic en premier recours*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf

-
- Haute Autorité de Santé. (2018). *Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ?* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-07/fiche_bum_benzodiazepines_anxiete_cd_27062018.pdf
- Heinemann, T., & Traverso, V. (2009). Complaining in interaction. *Journal of Pragmatics*, 41(12), 2381-2384.
- Hepburn, A., & Bolden, G. B. (2012). The Conversation Analytic Approach to Transcription. In J. Sidnell & T. Stivers (Éds.), *The Handbook of Conversation Analysis*. John Wiley & Sons, Ltd, 57-76
- Hepburn, A., & Potter, J. (2011). Designing the Recipient : Managing Advice Resistance in Institutional Settings. *Social Psychology Quarterly*, 74(2), 216-241.
- Heritage, J. (2012). Epistemics in Action : Action Formation and Territories of Knowledge. *Research on Language and Social Interaction - RES LANG SOC INTERACT*, 45, 1-29.
- Heritage, J., & Watson, D. R. (1979). Formulations as Conversational Objects. In G. Psathas (Éd.), *Everyday language : Studies in ethnomethodology*. Irvington, 123-162.
- Holt, E. (1996). Reporting on Talk : The Use of Direct Reported Speech in Conversation. *Research on Language and Social Interaction*, 29(3), 219-245.
- Holt, E. (1999). Just gassing : An analysis of direct reported speech in a conversation between employees of a gas supply company. *Text - Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, 19(4).
- Holt, E. (2000). Reporting and Reacting : Concurrent Responses to Reported Speech. *Research on Language & Social Interaction*, 33(4), 425-454.
- Holt, E. (2017). Indirect Reported Speech in Storytelling : Its Position, Design, and Uses. *Research on Language and Social Interaction*, 50(2), 171-187.
- Holt, E., & Clift, R. (2007). *Reporting talk : Reported speech in interaction*. Cambridge University Press.
- Hopkinson, J. B. (2002). The hidden benefit : The supportive function of the nursing handover for qualified nurses caring for dying people in hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2), 168-175.
- Hutchby, I. (2019). Performed retelling : Self-enactment and the dramatisation of narrative on a television talk show. *Journal of Pragmatics*, 149, 1-13.
- Hutchby, I., & Wooffitt, R. (1998). *Conversation analysis : Principles, practices, and applications*. Polity Press.
- Jacquin, J. (2015). *Multimodal Counter-Argumentation in the Workplace : The Contribution of Gesture and Gaze to the Expression of Disagreement*.
- Jacquin, J. (2017). *Embodied Argumentation in Public Debates. The Role of Gestures in the Segmentation of Argumentative Moves*, 239-262.

- Jefferson, G. (1972). Side Sequences. In *Studies in Social Interaction* (David Sudnow, ed.). Free Press, 284-338
- Jefferson, G. (1978). Sequential Aspects of Storytelling in Conversation. In J. Schenkein (Éd.), *Studies in the Organization of Conversational Interaction*. Academic Press, 219-248
- Jefferson, G. (1979). A technique for inviting laughter and its subsequent acceptance/declination. In G. Psathas (Éd.), *Everyday language : Studies in ethnomethodology*. Irvington Publishers, 79-96.
- Jefferson, G. (1984). On the organization of laughter in talk about troubles. In J. M. Atkinson (Éd.), *Structures of Social Action*. Cambridge University Press, 346-369
- Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. In G. H. Lerner (Éd.), *Pragmatics & Beyond New Series* (Vol. 125). John Benjamins Publishing Company, 13-31
- Jefferson, G., Sacks, H., & Schegloff, E. A. (1987). Notes on laughter in the pursuit of intimacy. In *Talk and social organisation*. Multilingual Matters, 152-205.
- Johansson, M. (2002). Sequential positioning of represented discourse : In institutional media interaction. In A. Fetzer & C. Meierkord (Éds.), *Pragmatics & Beyond New Series* (Vol. 103). John Benjamins Publishing Company, 249-271
- Juhila, K., Saario, S., Günther, K., & Raitakari, S. (2014). Reported client–practitioner conversations as assessment in mental health practitioners' talk. *Text & Talk*, 34(1), 69-88.
- Kendon, A. (1967). Some functions of gaze-direction in social interaction. *Acta Psychologica*, 26, 22-63.
- Kendon, A. (2004). *Gesture : Visible Action as Utterance*.
- Kendon, A., & Cook, M. (1969). The Consistency of Gaze Patterns in Social Interaction. *British Journal of Psychology*, 60(4), 481-494.
- Kim, M. S. (2015). Reconstructing misinterpretation and misrepresentation through represented talk in Korean conversation. *Text & Talk*, 35(6), 759-787.
- Kita, S. (2003). *Pointing : Where Language, Culture, and Cognition Meet*. Psychology Press.
- Klewitz, G., & Couper-Kuhlen, E. (1999). Quote – unquote? The role of prosody in the contextualization of reported speech sequences. *Pragmatics. Quarterly Publication of the International Pragmatics Association (IPrA)*, 9(4), 459-485.
- Le Lan, R. (2006). *Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès de 5 000 actifs des établissements de santé—Ministère des Solidarités et de la Santé* (N° 102; p. 102). DREES. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat102.pdf>

-
- Lerner, G. H. (2002). Turn-sharing : The choral co-production of talk-in-interaction. In C. E. Ford, B. A. Fox, & S. A. Thompson (Éds.), *The language of turn and sequence*. Oxford University Press, 225-256.
- Leudar, I., & Antaki, C. (1996). Discourse Participation, Reported Speech and Research Practices in Social Psychology. *Theory & Psychology*, 6(1), 5-29.
- Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Morse, J. Q., & Rosenthal, M. Z. (2004). A model predicting suicidal ideation and hopelessness in depressed older adults : The impact of emotion inhibition and affect intensity. *Aging & Mental Health*, 8(6), 486-497.
- Maingueneau, D. (1981). *Approche de l'énonciation en linguistique française : Embrayeurs, temps, discours rapporté*. Hachette.
- Maritaud, L., & Teston-Bonnard, S. (2022). Mutualisation des informations en réunion de relève infirmière : Structures préférentielles, structures dédiées. *SHS Web of Conferences*, 133, 04002.
- Martelli, C., Awad, H., & Hardy, P. (2010). Le suicide dans les établissements de santé : Données épidémiologiques et prévention. *L'Encéphale*, 36, D83-D91.
- Mauras, T., & Gaillard, R. (2014). Virages de l'humeur. In *Les troubles bipolaires*. Lavoisier; Cairn.info, 187-193
- Mercadier, C. (2017). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital : Le corps au coeur de l'interaction soignant-soigné*. Seli Arslan.
- Mondada, L. (2004). L'interaction comme négociation : Questionner la pertinence de la catégorisation des pratiques interactionnelles en terme de « négociation ». In L. Mondada & M. Grosjean (Éds.), *La négociation au travail*. ARCI : Presses universitaires de Lyon, 97-120.
- Mondada, L. (2008). Contributions de la linguistique interactionnelle. *Congrès Mondial de Linguistique Française 2008*, 073.
- Mondada, L. (2014). Pointing, talk, and the bodies : Reference and joint attention as embodied interactional achievements. In M. Seyfeddinipur & M. Gullberg (Éds.), *From Gesture in Conversation to Visible Action as Utterance*. John Benjamins Publishing Company, 95-124
- Mondada, L. (2018). Multiple Temporalities of Language and Body in Interaction : Challenges for Transcribing Multimodality. *Research on Language and Social Interaction*, 51(1), 85-106.
- Mondada, L., & Keel, S. (2017). *Participation et asymétries dans l'interaction institutionnelle*. L'Harmattan Editions Distribution.
- Morel, M.-A. (1996). Le discours rapporté direct dans l'oral spontané. *Cahiers du français contemporain*, 3, 77-90.
- Morel, M.-A., & Danon-Boileau, L. (1998). *Grammaire de l'intonation : L'exemple du français*. Ophrys.

- Nasielski, S. (2012). Gestion de la relation thérapeutique : Entre alliance et distance. *Actualites en analyse transactionnelle*, N° 144(4), 12-40.
- Nguyen, H. thi. (2015). Source marking in represented talk and thought in Vietnamese narratives. *Text & Talk*, 35(6), 731-757.
- Nølke, H., Fløttum, K., Norén, C., & Cairn.info. (2005). *ScaPoLine La théorie scandinave de lapolyphonie linguistique*. Éditions Kimé.
- Nølke, H., & Olsen, M. (2000). *Polyphonie : Théorie et terminologie*. *Polyphonie linguistique et littéraire 2*, 45-171.
- Ochs, E. (2007). Narrative Lessons. In Duranti, A. (ed.) *A Companion to Linguistic Anthropology*, 269-289.
- Oloff, F. (2014). L'évaluation des complétions collaboratives : Analyse séquentielle et multimodale de tours de parole co-construits. *SHS Web of Conferences*, 8, 2125-2145.
- Oloff, F. (2016). Comparaison de deux marqueurs d'affirmation dans des séquences de co-construction : « voilà » et « genau ». *Testi e linguaggi*, 10/2016, 243-267.
- Ours, J. C. van, & Williams, J. (2011). Cannabis use and mental health problems. *Journal of Applied Econometrics*, 26(7), 1137-1156.
- Parker, J., Gardner, G., & Wiltshire, J. (1992). Handover : The collective narrative of nursing practice. *The Australian Journal of Advanced Nursing: A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 9(3), 31-37.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. The Free Press of Glencoe.
- Perrin, L. (1996). Récit implicite et discours rapporté dans le texte littéraire. *Études de Lin-guis-tique Appli-quée*, 102, 219-235.
- Plantin, C. (2011). *Les bonnes raisons des émotions : Principes et méthode pour l'étude du discours « émotionné »*.
- Poirier, A. (2003). La relève. *VST - Vie sociale et traitements*, no 77(1), 43-45.
- Rabatel, A. (2003). Les verbes de perception en contexte d'effacement énonciatif : Du point de vue représenté aux discours représentés. *Travaux de linguistique*, 46(1), 49-88.
- Rey, J. M. (2002). Cannabis and mental health. *BMJ*, 325(7374), 1183-1184.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy, its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1990). *The Carl Rogers reader* (H. Kirschenbaum & V. L. Henderson, Eds.). Constable.
- Rosier, L. (1999). *Le discours rapporté : Histoire, théories, pratiques*.
- Rosier, L. (2008). *Le discours rapporté en français*. Ophrys.

-
- Sacks, H. (1989a). Lecture One : Rules of Conversational Sequence. *Human Studies*, 12(3/4), 217-233.
- Sacks, H. (1989b). Lecture Twelve : Sequencing: Utterances, Jokes, and Questions. *Human Studies*, 12(3/4), 351-364.
- Sacks, H. (1992). *Lectures on Conversation*. Wiley-Blackwell.
- Sacks, H., & Garfinkel, H. (1970). Theoretical Sociology : Perspectives and Developments. In E. A. Tiryakian & J. C. McKinney (Éds.), *On formal structures of practical actions*. Appleton Century Crofts, 338-366.
- Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. *Language*, 50(4), 696-735.
- Sandré, M. (2012). Discours rapportés et stratégies argumentatives : Royal et Sarkozy lors du débat de l'entre-deux tours. *Langage et société*, n° 140(2), 71-87.
- Sapir, E. (1921). *Language, an introduction to the study of speech*. Harcourt, Brace and Company.
- Schourup, L. (2011). English discourse markers as prompts. In S. Hancil (Éd.), *Marqueurs discursifs et subjectivité*. Publications des Universités de Rouen et du Havre, 79-95.
- Selting, M. (2000). The construction of units in conversational talk. *Language in Society*, 29(4), 477-517.
- Shuman, A. (1993). "Get outa my face" : Entitlement and authoritative discourse. In J. H. Hill & J. T. Irvine (Éds.), *Responsibility and evidence in oral*. Cambridge University Press, 135-160.
- Sidnell, J. (2006). Coordinating Gesture, Talk, and Gaze in Reenactments. *Research on Language and Social Interaction*, 39(4), 377-409.
- Sidnell, J., & Stivers, T. (2012). *The Handbook of Conversation Analysis*. John Wiley & Sons.
- Siromaa, M. (2005). Voiced Direct Reported Speech in Conversational Storytelling : Sequential Patterns of Stance Taking. *SKY journal of linguistics*, 18, 197-221.
- Speer, S. A. (2011). On the role of reported, third party compliments in passing as a 'real' woman. In E. Stokoe & S. A. Speer (Éds.), *Conversation and Gender*. Cambridge University Press, 155-182
- Stokoe, E., & Edwards, D. (2007). `Black this, black that' : Racial insults and reported speech in neighbour complaints and police interrogations. *Discourse & Society*, 18(3), 337-372.
- Titze, I. R., & Sundberg, J. (1992). Vocal intensity in speakers and singers. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 91(5), 2936-2946.
- Torreira, F., Bögels, S., & Levinson, S. C. (2015). Breathing for answering : The time course of response planning in conversation. *Frontiers in Psychology*, 6, 284.

- Traverso, V. (2004). Cristallisation des désaccords et mise en place de négociations dans l'interaction : Des variations situationnelles. In L. Mondada & M. Grosjean (Éds.), *La négociation au travail*. PUL/ARCI, 43-68.
- Traverso, V. (2009). *L'analyse des conversations*. Colin.
- Traverso, V. (2012). Longues séquences dans l'interaction : Ordre de l'activité, cadres participatifs et temporalités. *Langue française*, n°175(3), 53-73.
- Ursi, B., & Baldauf-Quilliatre, H. (2021). Toucher les écrans ça s'apprend ! L'étude multimodale des gestes réalisés par des enfants au cours de sessions de jeu sur grande tablette. *Bulletin suisse de Linguistique appliquée, Numéro spécial 2021*, 35.
- Ursi, B., Oloff, F., Mondada, L., & Traverso, V. (2018). Diversité des répétitions et des reformulations dans les interactions orales : Défis analytiques et conception d'un outil de détection automatique. *Langages*, N° 212(4), 87-104.
- Vincent, D., & Dubois, S. (1997). *Le discours rapporté au quotidien*. Nuit Blanche éditeur.
- Vozoris, N. T., Fischer, H. D., Wang, X., Stephenson, A. L., Gershon, A. S., Gruneir, A., Austin, P. C., Anderson, G. M., Bell, C. M., Gill, S. S., & Rochon, P. A. (2014). Benzodiazepine drug use and adverse respiratory outcomes among older adults with COPD. *European Respiratory Journal*, 44(2), 332-340.
- Wikström, P. (2014). & she was like "O_O" : Animation of Reported Speech on Twitter. *Nordic Journal of English Studies*, 13(3), 83-111.
- Wilmet, M. (2010). *Grammaire critique du français* (5e édition). DE BOECK SUP.
- Wittenburg, P., Brugman, H., Russel, A., Klassmann, A., & Sloetjes, H. (2006). ELAN: a Professional Framework for Multimodality Research. *Proceedings of LREC 2006, Fifth International Conference on Language Resources and Evaluation*, 4.
- Wu, H. (2016). Modified resayings of reported speech in Mandarin conversation. *Chinese Language and Discourse*, 7(1), 105-135.

ANNEXES

CONVENTIONS DE TRANSCRIPTION

[]	Chevauchement de paroles
/ \	Intonations montantes ou descendantes
◦ ◦	Voix murmurée
:::	Allongement d'un son ou d'une syllabe
p`tit	Élision
trouv-	Troncation d'un mot
xxx	Syllabe incompréhensible
(inaud.)	Segment inaudible
=	Enchaînement immédiat
()	Transcription incertaine
(())	Commentaires
&	Tour du même locuteur interrompu par un chevauchement
(.)	Micro-pause
(0.6)	Pause quantifiée

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PROFESSIONNELS

<i>Profession</i>	<i>NOM Anonymisé</i>	<i>Prénom anonymisé</i>	<i>pseudo</i>
Infirmière	IVAMA	Valérie	IVA
Médecin somatique	OUST	Bérengère	OUS
Infirmière	BERRI	Nassima	BER
Cadre de santé	CADAUT	Gustave	CAD
Assistante sociale	LAROUE	Emilie	LAR
Psychiatre	GALORD	Laureen	GAL
Étudiante en soins infirmiers	SOUPIR	Vivianne	SOU
Infirmière	PACHER	April	PAC
Infirmière	GRIPIPALLI	Latifa	GRI
Infirmière	PANNET	Amandine	PAN
Infirmière	PATIRAND	Ella	PAT
Psychomotricienne	POMMARD	Lili - Rose	POM
ASD	AMZAOUI	Nabila	AMZ
Infirmière	ELUARD	Eléonore	ELU
Infirmière	PREVERT	Adèle	PRE
Infirmière	POUTIER	Carine	POU
Infirmière	DUPRET	Lou-Anne	DUP
Interne en Psychiatrie	LIMASOLE	Elise	LIM
Infirmière	GILLET	Linette	GIL
Infirmière	COUSIN	Léandra	COU
ESI	GRAIN	Timothée	GRA
Interne en Médecine Générale	MASSON	Marguerite	MAS
Psychologue	CHARLES	Liane	CHA
Étudiant en soins infirmiers	BETTIN	Zac	BET
ASD	ALLOT MARIE	Mika	ALI
ASD	DESCHAMPS	Didier	DES
ASD	TAGLIAFICO	Lasse	TAG
Psychiatre	DERAND	Echille	DER
Assistante médico-administrative	BOULANGER	Babeth	BOU
Agent de Service Hospitalier	POELI	Leonis	POE
Infirmière	FLOUDIL	Utku	FLO
Agent de Service Hospitalier	LE RUGY	Daniella	LER
Infirmier	FALCAO	Simon	FAL
Étudiante en soins infirmiers	MYSTERE	Tiara	MYS
Cadre de santé	TARBE	Henri	TAR

LEXIQUE²²

A

Abilify

Neuroleptique.

Abilify maintena

Neuroleptique identique à l'abilify, mais sous forme injectable.

Adhésivité

Fait qu'un patient sollicite beaucoup les soignants, qu'il les « colle ».

Aequasyal

Spray agissant contre les sécheresses buccales.

Algique

Douloureux.

Alopécie

Maladie auto-immune entraînant une chute des cheveux.

Alprazolam

Anxiolytique.

Ambu

Contraction d'ambulatoire.

AMM

Autorisation de Mise sur le Marché d'un médicament. Contient des dosages maximums autorisés. Un médecin peut prescrire un dosage supérieur, on parlera alors de prescription hors AMM.

ANGST

Échelle de repérage des symptômes maniaques.

Antiémétique

Médicament empêchant les nausées et vomissements.

Antipsychotique

Voir entrée *Neuroleptique*.

²² L'ensemble des définitions de médicaments a été réalisée à l'aide du dictionnaire Vidal. Les diverses définitions de pathologies ont été réalisées à l'aide des documents de la Haute Autorité de Santé, puis supervisées par une cadre infirmière en psychiatrie ainsi qu'une psychiatre. Dans un souci de lisibilité, les noms commerciaux des médicaments ne sont pas distingués des substances actives.

Anxiolytique

Médicament visant à réduire l'anxiété.

Apathie

Indifférence émotionnelle, absence de motivation.

Apragmatisme

Incapacité psychique à programmer et réaliser une action aboutie.

Arixtra

Anticoagulant injectable.

B**Bipolarité**

« Trouble récurrent de l'humeur alternant des phases d'expansion de l'humeur avec une augmentation de l'énergie et des activités (manie ou hypomanie), et des baisses de l'humeur (dépression), avec des intervalles libres plus ou moins longs » (Haute Autorité de Santé, 2014).

Benzo

Benzodiazépines. (Somnifères)/Anxiolytiques.

BU

Bandelette urinaire.

C**CA**

Chambre d'Apaisement. Tout comme le salon d'apaisement, il s'agit d'un espace moins contraignant pour le patient évitant la contention et l'isolement trop forts, tout en lui permettant de s'apaiser.

Cadre (de soins)

Ensemble des mesures prises régulant la prise en charge hospitalière propre à chaque patient. Peut par exemple exclure les sorties, les visites, etc. Plus le cadre sera strict, plus il sera dit fermé ou strict. *A contrario*, plus le cadre sera « permissif », plus il sera dit ouvert.

CATTP

Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel. Vise « à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe »²³.

CIDF

Centre d'Information du Droit des Femmes.

²³ D'après l'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.

Céphalées

Maux de tête.

CI

Chambre d'isolement. Ancien nom officiel de l'ESPI, toujours utilisé lors des relèves.

Clastique (Crise)

Situation de crise dans laquelle le patient adopte un comportement destructeur envers des objets ou des personnes.

Clinogel

Gel hydroalcoolique.

Clinophilie

Fait de rester au lit toute la journée. Fait partie des symptômes de la dépression ou de la schizophrénie.

CLPA

Centre Lyonnais de Psychiatrie Ambulatoire. Hôpital psychiatrique de jour.

CMP

Centre médico-psychologique. Établissement public assurant entre autres des soins ambulatoires entièrement pris en charge par la Sécurité Sociale.

Contention

Usage d'éléments mécaniques pour immobiliser le patient en ESPI. Un patient peut être contenu « x2 » ou « x4 », c'est-à-dire avec 2 ou 4 points de contention au niveau des membres.

CoReSo

Consultation et Réseau Somatique. Unité du Centre hospitalier le Vinatier pour les problèmes somatiques des patients.

Cortexte

Outil informatique de saisie du dossier patient utilisé au centre hospitalier du Vinatier.

CPK

Créatine phosphokinase. Enzyme dont le dosage permet de diagnostiquer certaines pathologies.

CRP

Protéine C réactive. Protéine dont le dosage permet de diagnostiquer une inflammation aiguë.

D

Dépression

Trouble de l'humeur caractérisé par une grande tristesse, une perte d'élan vital et un ralentissement psychique et moteur pendant au moins quinze jours.

Démence

Trouble neurologique avec déficit cognitif.

Dissociation

Niveau de vigilance vis-à-vis d'un comportement. Différent de la désorganisation.

DPI

Dossier Patient Informatisé. Ensemble des notes saisies sur le logiciel interne à la structure.

Duphalac

Laxatif.

Dyskinésie

Mouvements involontaires induits par la prise de neuroleptiques.

E**Eau gélifiée**

Utilisée dans le cadre de patients avec des difficultés de déglutition. Eau sous forme solide grâce à l'adjonction d'un gélifiant.

ECBU

Examen CytoBactériologique des Urines.

ECG

Électrocardiogramme. Sert à mesurer l'activité du cœur.

Écouvillon

Sorte de long coton-tige servant à faire des prélèvements.

ECT

Électro convulsivothérapie. Voir entrée Sismothérapie.

Effexor

Antidépresseur utilisé également pour certains troubles anxieux.

ELSA

Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie.

Entretien Familial (EF)

Entretien entre la famille d'un patient et son psychiatre.

Ergothérapeute

Spécialité non médicale, expert en réadaptation aux gestes de la vie quotidienne, professionnelle, ou scolaire. Destiné aux personnes souffrant d'un handicap de tous âges.

ESPI

Espace de Soins Psychiatriques Intensifs. Se caractérise par une chambre isolée des autres, fermée et sécurisée. Les patients en ESPI font l'objet d'une note écrite par heure lors de la nuit, et sont la majorité du temps des patients problématiques.

Étayage

Dans nos données, concerne le soutien que peuvent apporter les tiers aux patients.

F

Faux-self

Image que le patient se donne en réaction à un environnement contraint. Se traduit souvent dans les données par une forte dimension obséquieuse dans les contacts.

Flammazine

Antibactérien pour brûlures.

Flash

Semble être un tour du médecin dans l'unité auprès des patients.

Frésubin crème

Complément alimentaire.

G

GEM

Groupe d'Entraide Mutuelle.

H

Haldol

Neuroleptique.

Haut (être)

Manifestation des troubles de l'humeur prenant la forme d'une certaine exaltation.

HCL

Hospices Civils de Lyon. Centre Hospitalier Universitaire.

HDJ

Hôpital De Jour.

HDT

Hospitalisation à la demande d'un tiers. Un tuteur, curateur, ou membre de la famille peut dans certains cas stricts demander une hospitalisation sans consentement pour un patient en psychiatrie.

Hémoc

Contraction de hémocultures. Mise en culture de sang pour faire apparaître des agents pathogènes.

HL

Hospitalisation Longue

Holter

Examen à l'aide d'une machine portable permettant d'enregistrer le rythme cardiaque durant 24 heures.

Hypersialorrhée

Production excessive de salive. Peut être causée par un traitement antipsychotique.

Hypnotique

Équivalent sémantique de somnifère.

Hypomanie

Trouble de l'humeur caractérisé par de l'agitation, de la mégalomanie, un faible besoin de dormir, une forte excitation.

Hypotension orthostatique

Malaise lors du passage de la station allongée ou assise à la station debout.

I**Iatrogène**

Manifestation pathologique conséquente à un acte médical.

Ionogramme sanguin

Mesure des ions dans le sang.

Imovane

Hypnotique.

Immotivés (rires)

Rires et euphorie sans raison.

Impatiences (jambes)

Fourmillements ou picotements ressentis entraînant la nécessité impétueuse de bouger les jambes.

IMV

Intoxication Médicamenteuse Volontaire. Tentative de suicide par l'absorption massive de médicaments.

Incurie

Négligence très marquée des soins d'hygiène et de certaines normes sociales.

IRM

Imagerie par résonance magnétique. Permet d'obtenir des clichés de l'intérieur du corps en deux ou trois dimensions.

J

K

L

Labile

Changeant rapidement, instable.

Lamaline

Antalgique.

Lamictal

Antiépileptique utilisé également pour traiter les épisodes dépressifs dans le cadre d'un trouble bipolaire.

Lanteri

Unité du centre hospitalier le Vinatier.

Laroxyl

Antidépresseur. Possède également des propriétés antalgiques.

Lepticur

Antiparkinsonien utilisé contre les effets secondaires de certains neuroleptiques (notamment la raideur des membres et les impatiences).

Letra

Clinique d'addictologie située à Letra dans le Rhône.

Lit de suite

Prise en charge plus légère après une intervention plus lourde (dans notre cas, un passage en CI, en ESPI ou une intervention chirurgicale par exemple).

Lithium

Régulateur de l'humeur.

Logorrhée

Flux de parole incessant de la part du patient.

Loxapac

Neuroleptique.

M

MADRS

Montgomery and Asberg Depression Scale. Échelle de cotation de la dépression.

Manie/Maniaque

Excitation pathologique. Hyperactivité couplée à de l'euphorie qui alterne avec des phases d'irritabilité accrue, avec une possible perte de l'inhibition et des dépenses inconsidérées.

Mégalomanie

Surestimation par le sujet de ses propres capacités et de son importance.

Metformine

Antidiabétique.

Mermoz

Hôpital Mermoz, situé à Lyon.

Miansérine

Antidépresseur.

Mouvement tonico-clonique**Mut**

Contraction de mutation. Transfert d'un patient d'une unité vers une autre. Par extension, peut désigner la réunion inter-équipe relative à la mutation d'un patient.

N**NAP**

Neuroleptique à Action Prolongée. Il s'agit d'un neuroleptique sous forme injectable qui a la particularité d'agir durant plusieurs jours (de quelques jours à plusieurs mois).

Neuroleptique (ou Antipsychotique)

Médicament psychotrope anti-délicirant et tranquillisant.

NFS

Numération Formule Sanguine. Permet de quantifier les différentes composantes du sang.

Normacol

Laxatif par voie rectale.

Nozinan

Neuroleptique.

O**Observance thérapeutique**

Fait, pour le patient, de respecter correctement son traitement (prise des médicaments, respect du cadre, etc.), avec une bonne alliance thérapeutique.

Odonto

Contraction d'odontologie. Équivalent de dentiste.

OH

Alcool. Correspond au groupe hydroxyle -OH dans les molécules d'alcool. Terminologie utilisée dans les tentatives de suicide dans nos données.

Omega mélancolique

Forme d'oméga discernable dans les rides du front, située entre les sourcils, due à un froncement trop fréquent et prononcé.

Ordalique

Se dit d'un comportement visant à avoir des pratiques dangereuses dans le but de s'approcher de la mort sans pour autant l'atteindre.

Orodispersible

Se dit d'un médicament à faire fondre dans la bouche.

P

Permission

Autorisation limitée dans le temps de sortie de la structure pour les patients. Doit être validée par les médecins et l'hôpital.

Per Os

Se dit d'un médicament dont la prise se fait oralement.

PH

Praticien Hospitalier. Professionnel de santé exerçant dans un hôpital public.

Phlyctène

Ampoule (conséquence par exemple à une brûlure).

Pic fébrile

Augmentation soudaine de la température corporelle.

PL

Ponction Lombar.

Placement libre

Hospitalisation avec accord du patient. Peut s'arrêter à sa demande.

Polypointes rondes

Polysomnographie

Examen de la physiologie du sommeil.

Pontalis

Unité du centre hospitalier du Vinatier.

Potomanie

Besoin de boire constamment.

Prurit

Démangeaison.

Psychotrope

Substance qui agit sur la chimie du cerveau.

Purell

Gel hydroalcoolique.

Pyélonéphrite

Infection rénale.

Q

R**Risperdal**

Neuroleptique.

Risperidone

Neuroleptique.

S**Salon (d'apaisement)**

Espace accueillant des patients, avec un isolement moins fort que l'ESPI.

SAS

Soustraction Aux Soins. Départ non communiqué d'un patient de la structure.

Sauvegarde de justice

« La sauvegarde de justice est une mesure de protection juridique de courte durée qui permet à un majeur d'être représenté pour accomplir certains actes. »²⁴

Schizophrénie

Pathologie se caractérisant par trois symptômes majeurs, concomitants ou isolés : le délire, la désorganisation et le repli sur soi.

Scopoderm

Médicament pouvant être utilisé pour réduire l'hypersalivation, ou hypersialorrhée.

Sédation

Diminution de la douleur et de l'attention par des médicaments (sédatifs). Dans notre corpus, lorsque l'on parlera d'un patient sédaté, on parlera d'une baisse majeure de l'attention consécutive à la prise de sédatifs.

²⁴ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2075> visité le 31/07/2020.

Serevent

Bronchodilatateur.

Si besoin

Prescription à ne prendre qu'en cas de besoin, sur demande du patient ou proposition des soignants.

Sismothérapie

Traitement spécifique de certaines formes de dépressions résistantes et/ou troubles obsessionnels compulsifs. Consiste à faire circuler une brève impulsion électrique dans le cerveau par le biais d'une électrode apposée sur la boîte crânienne. Réalisé en présence d'un médecin anesthésiste.

Smecta

Pansement digestif.

Soustraction

Voir SAS

SPDT

Soins Psychiatriques sur Demande d'un Tiers. Voir entrée HDT.

SPDRE

Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État. Hospitalisation suite à un arrêté préfectoral ou sur demande du maire de la ville. Dans les deux cas, un avis médical est nécessaire, et le patient en SPDRE doit être considéré comme représentant un danger pour d'autres personnes.

Stilnox

Hypnotique.

Sulfarlem

Médicament visant à augmenter la production de bile et de salive, pour des digestions difficiles ou sécheresses buccales.

Syndrome de Lyell

Réaction allergique à certains médicaments entraînant une nécrose très grave de la peau.

Syndrome malin (des neuroleptiques)

Hausse de la température, rigidité des membres consécutives à la prise de neuroleptiques ou d'antiémétiques. Effet secondaire grave entraînant une urgence vitale.

T

Tachypsychie

Accélération du rythme de la pensée entraînant une surexcitation.

Tachycardie

Augmentation anormale des battements du cœur.

Temesta

Anxiolytique.

Tempet

Température.

Tercian

Neuroleptique.

Théralène

Antihistaminique ayant des effets hypnotiques.

Thrombose

Caillot de sang bloquant une artère ou une veine.

Tiers

Hospitalisation à la demande d'un tiers. Voir entrée HDT.

Tosquelles

Unité François Tosquelles, située au centre hospitalier le Vinatier.

Traitement retard

Traitement à libération prolongée, permettant d'éviter de prendre des comprimés tous les jours. Indiqué dans les formes de schizophrénie par exemple.

Transipeg

Laxatif.

Tranxène

Anxiolytique.

Trevicta

Neuroleptique.

TS

Tentative de Suicide.

TSH

Thyréostimuline. Hormone liée à l'activité de la thyroïde.

U**UHTCD**

Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée, située au centre hospitalier le Vinatier.

UMD

Unité pour Malades Difficiles, située au centre hospitalier le Vinatier.

Up

Voir entrée Haut (être).

UPC

Unité de crise au centre hospitalier le Vinatier.

UPRM

Urgence Psychiatrique Rhône Métropole. Unité du centre hospitalier le Vinatier dans lesquels les crises psychiatriques sont traitées, avant d'être réorientées vers d'autres services.

Urinal

Objet permettant à un patient contenu d'uriner.

USIP

Unité de Soins Intensifs de Psychiatrie.

V

VAD

Visite Au Domicile.

Valium

Anxiolytique.

Vogalène

Antiémétique

W

X

Xanax

Anxiolytique.

Xéplion

Neuroleptique.

Xeroquel

Neuroleptique.

Y

Z

Zoloft

Antidépresseur.

Zyprexa

Neuroleptique.

INDEX DES EXTRAITS ANALYSÉS

MADAME DELATTRE

Semaine 1

9 heures

Extrait 1	147
Extrait 2	178
Extrait 3	242
Extrait 4	249

21 heures

Extrait 1	169
-----------	-----

Semaine 2

9 heures

Extrait 1	160
-----------	-----

Semaine 3

9 heures

Extrait 1	208
Extrait 2	331

14 heures

Extrait 1	332
-----------	-----

21 heures

Extrait 1	333
-----------	-----

Semaine 4

9 heures

Extrait 1	274
Extrait 2	275
Extrait 3	277

21 heures

Extrait 1	282
-----------	-----

MADAME LEGROS

Semaine 3

9 heures

Extrait 1	198
Extrait 2	244
Extrait 3	288

14 heures

Extrait 1	221
-----------	-----

21 heures

Extrait 1	308
-----------	-----

Semaine 4

9 heures

Extrait 1	259
-----------	-----

Semaine 5

9 heures

Extrait 1	205
-----------	-----

21 heures

Extrait 1	135
-----------	-----

MONSIEUR BORALI

Semaine 1

9 heures

Extrait 1	36
Extrait 2	141
Extrait 3	155
Extrait 4	184
Extrait 5	200
Extrait 6	202
Extrait 7	204
Extrait 8	218
Extrait 9	253
Extrait 10	267
Extrait 11	268
Extrait 12	270

<i>14 heures</i>	
Extrait 1	243

MONSIEUR CÉSAR

Semaine 2

9 heures

Extrait 1	32
Extrait 2	40
Extrait 3	139
Extrait 4	142
Extrait 5	147
Extrait 6	181

Semaine 3

9 heures

Extrait 1	35
Extrait 2	36
Extrait 3	41

21 heures

Extrait 1	194
Extrait 2	196
Extrait 3	292

Semaine 4

9 heures

Extrait 1	31
Extrait 2	39
Extrait 3	144
Extrait 4	145
Extrait 5	177
Extrait 6	203
Extrait 7	206

14 heures

Extrait 1	313
Extrait 2	318

21 heures

Extrait 1	304
-----------	-----

MONSIEUR DUBREUIL

Semaine 1

9 heures

Extrait 1

173

Semaine 4

9 heures

Extrait 1

222

Extrait 2

284

MONSIEUR GOMEZ

Semaine 1

6 heures

Extrait 1

152

Extrait 2

329

9 heures

Extrait 1

286

Semaine 2

14 heures

Extrait 1

148

Semaine 3

6 heures

Extrait 1

240

9 heures

Extrait 1

227

14 heures

Extrait 1

262

MONSIEUR LEBRUN

Semaine 1

6 heures

Extrait 1

19

Extrait 2

248

<i>9 heures</i>	
Extrait 1	209
Extrait 2	245

<i>14 heures</i>	
Extrait 1	190

Semaine 2

<i>21 heures</i>	
Extrait 1	210

Semaine 3

<i>6 heures</i>	
Extrait 1	158

<i>21 heures</i>	
Extrait 1	192

MONSIEUR TOUVENIN

Semaine 1

<i>9 heures</i>	
Extrait 1	20
Extrait 2	137

<i>21 heures</i>	
Extrait 1	138

Semaine 2

<i>9 heures</i>	
Extrait 1	191

<i>21 heures</i>	
Extrait 2	255

Semaine 3

<i>9 heures</i>	
Extrait 1	210

<i>14 heures</i>	
Extrait 1	216

Semaine 4

9 heures

Extrait 1

143

HORS CORPUS

Madame Collin

Semaine 1

9 heures

43

6 heures

44

Madame Doule

Semaine 1

9 heures

40

Monsieur Malout

Semaine 1

6 heures

338