

***Tourner en rond* : le récit dans la gestion de crise en interaction de soin en réunion d'équipe¹**

Going around in circles: Storytelling in crisis management in care interaction during team meetings

Katja Ploog¹

¹ *Laboratoire Ligérien de Linguistique UMR 7270 CNRS, Université d'Orléans, France*

Résumé. L'évocation de la crise donne lieu, au sein de l'équipe médicale, à des élaborations discursives diverses et intriquées à travers l'articulation nécessaire de différentes temporalités dans l'élaboration du parcours de soin, allant de l'immédiateté de l'acte au processus de soin dans sa globalité. Nous proposons une réflexion sur les ressources mobilisées par les membres d'une équipe pluridisciplinaire en addictologie pour établir, au cours d'une interaction puis au fil des réunions, les contours de la crise, éléments de diagnostic qui détermineront ensuite l'ajustement du projet de soin ; le récit est une ressource majeure pour ce faire. L'étude exemplaire d'un ensemble d'extraits d'interactions de soin en réunion d'équipe (ISRE) consacrés à la crise d'un usager particulier pris en charge dans le service, nous permettra de dégager les caractéristiques du fonctionnement des récits dans ce contexte : la thématisation de l'état de crise de l'utilisateur par l'équipe soignante "synchronise" les temporalités en alternant entre les énonciations situées (dans le présent actuel ou le passé) et les énonciations plus générales. Aussi, la progression thématique est souvent réursive.

Abstract. The mention of a crisis gives rise, within the medical team, to various and intertwined discursive developments via the necessary linking of different temporalities in the design of the care pathway, ranging from the immediacy of the act to the care process as a whole. We offer a study of the resources mobilized by the members of a multidisciplinary team in addiction therapy, to establish, in the course of an interaction and then in the context of several meetings, the outlines of the crisis, diagnostic elements which will then determine the adjustment of the care project; narratives are an important resource for this purpose. The exemplary study of a set of extracts of care interactions in team meetings (ISRE) devoted to the crisis of a particular user in care in the unit, will allow us to identify the characteristics of the functioning of the narratives in this setting: the thematization of the user's state of crisis by the care team "synchronizes" time frames by alternating between situated statements (in the actual present or the past) and more general ones. Consequently, the thematic progression is often recursive.

¹ Je remercie tout particulièrement ma collègue Caroline Cance dont la contribution à ma réflexion sur l'interaction de soin est aussi constante que précieuse. Je remercie également mes relecteur/rice/s anonymes pour leurs commentaires et suggestions qui m'ont permis d'achever la rédaction présente de façon éclairée. Les erreurs et limites restantes n'engagent que ma propre responsabilité.

1 Crise et soin dans l'équipe pluridisciplinaire

1.1 La crise

La crise peut être définie comme un « état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, se résout exceptionnellement de manière positive et évolue au contraire vers l'urgence [...] »² : aussi, la crise est appréhendée comme constellation interpersonnelle et, par là même, comme subjectivation d'un état exceptionnel, par le sujet en crise lui-même et par son environnement, comme une difficulté, voire comme une menace. L'apparition d'une crise résulte selon Formarier & Jovic (2012 ; basé sur Kaës et al. 1979 et de Fondaire & Larose 2007) d'un déséquilibre entre l'ampleur d'un problème donné, qui peut être géré par une adaptation particulière, et les ressources d'action disponibles pour y faire face. Si la tolérance des individus est variable face à la crise, la situation de vulnérabilité extrême (Chaudet 2020) atteint le noyau identitaire (Erikson 1982). De ce fait, la crise possède une dimension émotionnelle qui induit des comportements particuliers chez le sujet, qui peuvent, en conséquence, être perçus de l'extérieur. Nous retiendrons de la crise la *manifestation* d'une déstabilisation d'un système (*a fortiori*, d'une maladie), telle qu'elle est *perçue*.

Avec une méthodologie inspirée de l'analyse conversationnelle et de l'analyse de discours, il s'agira ici de mettre en exergue les ressources de l'élaboration discursive collective autour de la crise au sein d'une équipe soignante pluridisciplinaire en addictologie, qui s'emploie à travailler les ressources d'action pour permettre aux « soignés » d'affronter (mieux) les problèmes rencontrés.

Lors des réunions d'équipe, quelles sont les étapes de prise en charge de l'état de crise : comment celui-ci est-il repéré, caractérisé et « validé » collectivement ? Quelles sont les ressources qui permettent à l'équipe soignante de prendre en charge discursivement l'état de crise manifesté ? Comment la description évolue-t-elle au fil de l'interaction, et au fil de la crise ?

1.2 L'équipe pluridisciplinaire

Notre réflexion est fondée sur l'analyse qualitative d'interactions de soin issues du corpus « Parole émergée » (PE, Ploog, Equoy-Hutin & Mariani-Rousset, 2014), recueilli dans un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). Le centre offre aux personnes en situation d'addiction une prise en charge globale qui peut, selon la complexité des cas, s'étendre sur plusieurs années. Au-delà de la problématique médicale des traitements de substitution, ce terrain thématise un soin principalement non somatique dans l'idée du « care », fractionné sur des temps interactionnels successifs et réparti sur différents interlocuteurs médicaux et paramédicaux (médecin, infirmière, psychologue, éducateur), qui suppose en outre une coordination soutenue entre les membres de l'équipe.

Le corpus d'étude est composé de 9h30 d'interactions de soin de type réunion d'équipe pluridisciplinaire (ISRE), dont l'objet est précisément la coordination et la remise en perspective filée des parcours de soin. Nous focaliserons notre analyse sur des séquences thématiques la crise d'un « usager³ » : c'est en effet ce terme qui est utilisé par les professionnels pour référer au public accueilli – terme ambivalent, mais de loin plus citoyen

² Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

³ Le corpus d'étude ne comporte en effet que des usagers hommes.

et plus actif que ceux de soigné/e et de patient/e, et de ce fait plus en phase avec la Loi 2002⁴ qui définit le soin comme relation de partenariat entre différents acteurs coresponsables. Nous observerons comment la crise autour de l’usager est élaborée discursivement entre différentes temporalités (i.e. entre l’échelle de l’interaction et l’échelle du soin), pour développer le projet de soin tout au long du parcours. En particulier, nous mettrons en évidence le rôle central des récits qui donnent à voir la perception singulière de l’activité en lien avec une crise.

1.3 Le cas de David

Pour les besoins de l’exposé, notre propos se focalisera ici sur les échanges autour de la situation de David⁵, connu par le service depuis plus de 10 ans et repris en charge depuis quelques mois, après une interruption de plusieurs années. David se rend trois fois par semaine à l’unité méthadone, qui le suit de près et délivre son traitement. Dans une instabilité notoire, il oscille entre décrochages successifs et pratiques polyaddictes. Fort d’une expérience certaine avec toutes les structures d’aide sociale de la région, David sollicite de l’aide là où il y en a.

La personnalité compliquée de David rend le contact au quotidien difficile voire pénible pour les soignant/es, qui ont du mal à faire la part des choses entre mensonges et un certain déni de la situation par le concerné. Entre octobre et décembre, son cas est abordé collectivement à quatre reprises (R1, R2, R3, R4), en grande partie pour problématiser des objets externes au service d’addictologie, mais directement concernés par la prise en charge globale : d’abord, la stabilisation de la situation administrative de David est un vecteur central du projet de soin ; pour ne plus dépendre du CSAPA il lui faut une couverture sociale et ouvrir les droits à la Couverture Médicale Universelle. En réunion, l’équipe évalue la progression de la situation et remet en perspective les actions des professionnel/les pour accompagner David dans ses démarches. Sur fond d’agacement, l’équipe constate l’efficacité toute relative des efforts déployés : « on tourne en rond », comme le formule le chef de service (sigle CHE, dans le corpus) dans la réunion R2. - Pas tout à fait, en réalité, car au final, la crise de David (et le processus interactionnel de sa prise en charge) révèle la fragilité du processus de soin et, peut-être, un état de crise de l’équipe soignante :

Réunion 2 (R2, durée 11’48, synthèse)

Une partie de l’équipe est en congé⁶. L’échange porte tout d’abord sur la demande de renouvellement de son allocation d’adulte handicapé. Il s’agit de déterminer qui sera le plus à même de renseigner le dossier : MED2 est en charge du suivi médical de David au sein du CSAPA, mais David ne respecte pas toujours les rendez-vous définis par le protocole. En parallèle, les modalités d’accompagnement par le médecin traitant questionnent l’équipe : David est soupçonné en effet de poursuivre les consommations tout en bénéficiant d’un traitement de substitution, en utilisant de façon abusive certains produits légaux pour lesquels son médecin traitant pourrait fournir

⁴ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/MESX0100092L/jo/texte>

⁵ Usagers pseudonymisés.

⁶ Locuteurs : INF1 et INF2 : infirmières ; MED1 et MED2 : médecins addictologues (femmes), dont MED1 la responsable médicale du service ; CHE, chef de service (éducateur) ; PSY : psychologue, EDUC : éducateur.

l'ordonnance. L'équipe décide de solliciter l'un des médecins internes à la structure (HERVE), et de ne confier le dossier à MEDI1 (ou MEDI2) que si HERVE n'intervient pas. L'échange thématise (de nouveau, mais cette fois-ci, indirectement) la dispersion du suivi de David sur de nombreux interlocuteurs, où personne n'a de vue complète. Ce qui peut sembler normal au vu du nombre de « chantiers » en cours, rend, dans le contexte, l'équipe méfiante vis-à-vis des informations obtenues auprès de l'utilisateur. L'actualité médicale des soins dentaires urgents pour David fait glisser la discussion vers le problème du sous-encadrement médical dans le département. En cherchant une solution pour David, l'équipe formule de plus en plus explicitement ses difficultés dans la prise en charge non seulement de David mais aussi dans celle d'autres usagers.

Parmi les différents aspects de la trajectoire interactionnelle de ce processus, nous nous intéresserons en particulier aux attributs qui caractérisent l'utilisateur et sa crise, et aux formats qui les caractérisent, dont, notamment, ceux en lien avec le récit.

2 L'élaboration du projet de soin en interaction

2.1 L'interaction de soin en réunion d'équipe (ISRE)

L'objet d'étude se focalise sur la réunion d'équipe : ce type d'interaction réunit tous les acteurs de l'équipe pluridisciplinaire de façon périodique, hebdomadaire dans le cas présent, pour évoquer ensemble l'actualité du service, dont un point sur les usagers entrants et sortants, des questions d'intendance, des requêtes particulières.

Une partie conséquente de la réunion est consacrée aux situations problématiques du moment. L'évocation des contours des crises a une place centrale dans la construction du projet de soin, dans un processus intersubjectif qui vise à mutualiser les informations et à identifier les ressources les mieux à même de répondre à la situation de la personne concernée. Notons que la participation active de l'utilisateur à la construction du soin est importante, mais n'intervient que de façon indirecte dans notre étude des réunions d'équipe, qui se tiennent en l'absence de l'utilisateur.

Une séquence d'ISRE consacrée à une situation individuelle se déroule donc schématiquement en trois étapes : (1) l'exposition des éléments concrets de la crise, (2) la généralisation des observations, éventuellement sous forme de diagnostic, et (3) l'explicitation d'un projet d'action en termes de prise en charge (« intervention »). La séquence de la troisième réunion consacrée à David suit précisément cet ordre :

Réunion 3 (R3, durée 3'40, synthèse)

- (1) *L'infirmière explique que le dossier MDPH⁷ de David a été renvoyé avec une demande de complément.*
- (2) *L'équipe s'interroge plus généralement sur les attendus de la MDPH, en citant les procédures en cours d'autres usagers.*
- (3) *Sous l'impulsion du chef de service, l'équipe projette de renvoyer le dossier de David tel quel (pour respecter les délais) puis de contacter directement la MDPH par ailleurs.*

⁷ Maison Départementale des Personnes Handicapées.

Ces étapes « macrostructurelles » caractéristiques de ce type de séquence peuvent être instanciées successivement, ou au contraire être intriquées, comme dans la première réunion :

Réunion 1 (R1, durée 3'02, synthèse)

L'équipe met en commun les observations individuelles des membres sur l'état de santé dégradé de David (1). Prenant conscience du sérieux de la situation, le chef de service accepte de s'en occuper personnellement (3). L'infirmière insiste et esquisse la situation en supposant qu'il arrive au moment crucial du processus, celui où David doit être mis à contribution financière (2). Lorsque l'éducateur semble renouveler sa proposition d'aide pour orienter David sur un contrat de mutuelle à sa portée (3), l'infirmière argumente le caractère récurrent du comportement observé en exposant les démarches non abouties faites dans d'autres organismes (1), et en concluant sur le risque que les efforts consentis n'auront pour effet que l'abandon des soins par David (2).

Le constat initial (1) interroge la pertinence de la prise en charge actuelle, mais plusieurs interventions successives sont nécessaires pour faire émerger l'état de crise. En effet, la décision d'investir un nouvel interlocuteur dans l'accompagnement (3) ne semble pas une solution adéquate pour l'infirmière qui, dans cette interaction, ne parvient pas à se faire entendre malgré son insistance (2). Or, la volonté d'impulser une dynamique positive se heurte aux limites d'encadrement institutionnel dégradé (désert médical ; incohérences administratives) : derrière une crise en apparaît une autre.

2.2 Attributs

L'état conjoncturel de la crise tel que défini plus haut, est en réalité bien souvent itératif dans les contextes dont nous traitons. Sur fond de connaissances communes que l'équipe a pu accumuler au fil d'une expérience parfois très longue avec un usager et qui donne lieu à de nombreux implicites à un échange actuel, les membres de l'équipe doivent confronter leurs points de vue respectifs sur la crise du moment. Le travail d'explicitation mené peut se comparer à celui d'une « communauté interprétative » (Fish 2007), qui co-construit, dans différentes temporalités, le portrait de la personne en situation de crise. L'interaction en instance est interprétable au regard de la situation globale, qui intègre les caractéristiques du profil de la pathologie de l'usager, les modalités de fonctionnement du service de soin, ainsi que le contexte institutionnel et sociétal plus général, qui sont autant de facteurs qui auront un impact non seulement sur l'interaction elle-même mais aussi sur la mise en oeuvre d'un projet de soin cohérent, malgré tout.

L'élaboration de la crise dans l'interaction se fait par le procédé langagier général de la prédication d'attributs. Le processus rejoint dans une certaine mesure la problématique de la dénomination (Kleiber 1984) ou le paradigme désignationnel de Mortureux (1993), comme association située d'une structure linguistique à un référent extralinguistique, mais sans que celui-ci soit doté d'une stabilité / invariance : au contraire, la crise est l'une des dimensions du profil émergent de l'usager. Dans l'extrait *Benzo/Codéine* issu de la réunion 1 (résumé ci-dessus), la crise, explicitée par INF1 en terme de « il passe par quelque chose » (l.23), émerge parmi de nombreux attributs qui se suivent presque sans transition :

Benzo/Codéine (R1, 0'32-1'27)

1. CHE je trouve je le trouve fuyant⁸
2. INF1 [rire] [1.0]
3. oui bah nouveau de toute façon il était pas d'humeur hein
4. ces jours-derniers heureusement que je le vois trois fois
5. CHE ouais je le trouve un petit peu fuyant
6. INF1 hm bah c'est quand il a je pense qu'il avait repris des Benzo
7. ouais bah après qu'il a pris un Temesta
8. bah je pense qu'un peu plus quand même [rire]
9. CHE ouais il est pas
10. INF1 bah il est toujours positif quand même codéine enfin
11. opiacé
12. et euh les dernières c'était positif
13. il me dit que c'est la codéine je sais pas
14. CHE d'accord ah oui il reconsommerait
15. INF1 et puis Benzo oui ça y est ça y est hm il est dedans hm
16. il a maigri
17. MED2 c'est vrai qu'il a une sale tête quand même hein
18. EDUC oui oui il a pas bonne mine
19. PSY il y a toujours autant d'alcool
20. INF1 puis il y a la paranoïa
21. non non l'alcool non
22. CHE non non non non
23. INF1 non mais on voit en clair qu'il passe par quelque chose
24. MED2 il prendrait de la codéine pour quoi
25. INF1 oh bah les dents l'éternelle douleur des dents
26. INF2 ouais puis il avait eu quand même un traitement
27. quand même assez costaud hein
28. pour euh ses dents justement [1.4]
29. INF1 ouais oh bah ça a pu lui redonner le goût hein Topalgic
30. et cetera oui hein

La construction des attributs dans l'espace interactionnel sous forme de liste peut s'expliquer dans le cas présent par la durée et l'intensité avec laquelle David fréquente la structure : David est identifié par tous, et chacun des membres peut contribuer activement à la co-construction. Mais le nombre et la diversité des attributs caractérisent les ISRE de manière plus générale, où les différents acteurs mutualisent leurs informations et points de vue, et réfléchissent conjointement à la prise en charge la plus adaptée pour l'utilisateur. Sur le plan sémantico-référentiel les attributs peuvent être décrits sur deux axes, à savoir, le type d'événement thématisé par la prédication et le caractère plus ou moins spécifique/particulier de l'attribut :

Tableau 1. Types d'attributs dans l'extrait Benzo/Codéine.

<i>Benzo / Codéine (R1)</i>	<i>spécifique</i>	<i>générique</i>
<i>procès</i>	ouais bah après qu'il a pris un Temesta bah je pense qu'un peu plus quand même [rire] il avait repris des Benzo	il reconsommerait (il y a toujours autant d'alcool) l'alcool non (il prendrait de la codéine pour quoi) les dents

⁸ Conventions de transcription : crochets pour les éléments para- et non verbaux dont rires, silences (indiqués en secondes) ; [i] signale des segments verbaux non compris ; les parenthèses sont utilisées pour les commentaires ou informations complémentaires (interprétatives).

	il me dit que c'est la codéine je sais pas il passe par quelque chose il avait eu un traitement assez costaud pour ses dents ça a pu lui redonner le goût hein Topalgic et cetera	l'éternelle douleur des dents
	il a maigri enfin opiacé et euh les dernières c'était positif	je le trouve fuyant je le trouve un petit peu fuyant
<i>état</i>	il était pas d'humeur hein ces jours derniers il est toujours positif quand même codéine	ça y est il est dedans il a une sale tête il a pas bonne mine il y a la paranoïa

Le type d'attribut est induit par des facteurs linguistiques tels l'aspect (grammatical, p.ex. le conditionnel dans « prendrait » ou « reconsommerait » et lexical, comme par le préfixe *re-* dans « redonner » ou « reconsommer ») et le temps verbal, ainsi que par la présence de modalisateurs verbaux et adverbiaux (« **ça y est** il est dedans », « **toujours** autant d'alcool »), et de nombreux d'indices multimodaux, dont des marques paraverbales (p.ex. rires, souffle), des indices vocaux (ex. timbre) et prosodiques tels l'accent, l'intonation, ou le débit ; un aperçu des marqueurs multimodaux du discours est proposé par Ferré (2019). Une étude détaillée de la synchronisation des ressources multimodales et verbales pourrait montrer la complexité de cette élaboration sémantico-référentielle.

Retenons pour la suite de notre propos que la description des attributs sur les deux axes (activité, spécificité) se présente comme un *continuum* et que l'élaboration d'attributs nombreux et divers au fil de l'interaction donne lieu à des configurations variées. L'une des configurations majeures d'attributs, rendant compte des expériences personnelles, est le récit, ressource centrale de l'énonciation d'événements situés en dehors du *hic et nunc* et l'une des ressources majeures dans le développement conjoint : l'extrait *Benzo/Codéine* ci-dessus comporte en effet deux récits successifs, le premier rapportant la crise elle-même (l.1-18), à savoir, le fait que l'usager replonge dans la consommation, et le second les conditions d'émergence de celle-ci (l.23-30), à savoir, un traitement somatique connexe.

Notre contribution propose une étude exploratoire de la place du récit dans l'élaboration du projet de soin, en soulevant, à l'exemple de la situation de crise de David, quelques problèmes liés à la séquentialité interactionnelle dans laquelle ces récits émergent. Les séquences des quatre réunions d'équipe consacrées à David sont de durée inégale, et d'une hétérogénéité importante concernant les thématiques abordées, la configuration polylogale, etc. L'ensemble de ces quatre séquences boucle un cycle de crise, de sa première évocation à la probable sortie de crise. Le nombre de récits est ici donné à titre indicatif :

Tableau 2. Séquences ISRE commentées.

<i>séquence</i>	<i>Enjeu majeur</i>	<i>date</i>	<i>durée</i>	<i>N récits</i>
R1	<i>D. replonge dans la consommation</i>	15.10	3'05	5
R2	<i>Les « chantiers » n'avancent pas</i>	29.10	11'48	16
R3	<i>Le dossier MDPH a été retoqué</i>	26.11	3'36	3
R4	<i>D. s'installe dans son appartement</i>	10.12	1'12	3

2.3 Le récit

Qualifié de « big package » (Couper-Kuhlen & Selting 2018, suivant Sacks 1992) dans la tradition interactionniste, le récit en interaction regroupe un éventail de pratiques de nature très diverse. Minimalelement défini comme évocation d'événements passés (Gülich & Quasthoff 1986), ou, plus formellement, comme « a sequence of two clauses which are temporally ordered » (Özyıldırım, 2009), le récit a été étudié dans de nombreux contextes, par ses caractéristiques internes et les modalités de sa contextualisation.

Le modèle majeur de l'analyse des récits oraux d'expérience personnelle est celui de Labov & Waletzky (1968), qui fait état de six étapes constitutives du récit : le *résumé* ; l'*orientation* ; la *complication* ; l'*évaluation* ; la *résolution* ; le *coda*. Les récits oraux d'expérience personnelle possèdent en effet des fonctions à la fois référentielle et évaluative. Si le modèle est basé principalement sur des récits élicités en situation d'entretien, la distinction de propositions (*clauses*) narratives et non narratives dans le modèle labovien implique la (possible) intrication du récit avec son environnement interactionnel. Pour le cadre du récit émergent en interaction, le modèle a été remis en perspective par Ochs (2014), qui identifie deux modalités narratives prototypiques, qui s'opposent dans cinq dimensions : le premier type repose sur un développement linéaire, par un narrateur principal, d'un ensemble d'événements d'intérêt notable (« hautement racontable ») et moralement situés ; ce type de récit se démarque dans l'environnement interactionnel :

Abcès (R2, 6'09-6'51)

1. CHE et après on est bon
2. par contre problème pour lui
3. donc c'est vrai qu'au niveau des soins dentaires
4. INF2 ouais on est coincés
5. CHE ce que je disais à PRENOM-INF2 donc il a été décidé
6. puisqu'il avait un abcès quand même
7. donc un abcès énorme
8. MED1 il a pu voir un dentiste
9. CHE qui a percé
10. bah non
11. INF2 non [0.09]
12. CHE non
13. INF2 il a été voir euh qu- voir son médecin hm
14. CHE donc il a été mis sous antibiotiques
15. INF2 -tique par son médecin hm
16. CHE donc ça c'est bon ça a été traité [0.49]
17. et donc après il était prêt à se faire euh extraire des
18. des dents
19. qu'il faut qu'il fasse extraire qui bougent
20. INF2 hm
21. CHE il a essayé de se les enlever lui-même
22. INF2 hm
23. CHE donc bien évidemment
24. c'est comme ça qu'il s'est fait un gros abcès [0.37]
25. [respire] [0.18]
26. et euh j'ai téléphoné aux mutualistes [0.56]
27. au cabinet des mutualistes
28. et ils prennent
29. MED1 non mais
30. ils prennent plus personne ça je sais
31. CHE plus de nouveau patient
32. donc [0.23]

33. impossible de trouver
 34. MED1 ils ont pas de praticiens
 35. ils ont trop de monde donc ils [i]
 36. CHE donc impossible de trouver un dentiste
 37. pour lui extraire ses dents [1.92]
 38. donc là
 39. MED1 bah si il y a des dentistes mais faut payer

Ce récit est nettement distingué de l'interaction par un résumé initial (l.2/4 : « par contre problème pour lui... »), un dénouement (l.36/37 : « donc impossible de trouver un dentiste pour lui extraire ses dents) et un silence prolongé, et, enfin, un coda (l.38 « donc là ») qui amorce le retour à l'échange. Le récit est élaboré par le chef de service (CHE), narrateur principal, qui associe explicitement l'infirmière (INF2) sur proposition de celle-ci (l.4), en la prenant à témoin (l.5).

Le second type de récit est celui d'une activité narrative ordinaire « qui invite les interlocuteurs à construire de manière dialogale des cadres au sein desquels organiser et interpréter des événements » (Ochs, 2014). Fruit d'un développement collectif, un tel récit élabore une expérience à faible intérêt, dont l'intrigue est floue (non linéaire) et l'évaluation morale fluctuante ; il est fortement intriqué avec l'interaction dans laquelle il émerge. *Mutuelle* ci-après représente ce type de récit : il engage cinq membres de l'équipe : deux infirmières, l'éducateur et le chef de service, et un médecin ; l'intrigue *Il faut accompagner David dans ses démarches pour l'obliger à aller jusqu'au bout* est répartie sur trois pôles thématiques chacun co-élaboré par plusieurs acteurs : *accompagner David* (CHE, MED2, INF2) ; *les démarches pour trouver une mutuelle économique* (INF1, EDUC) ; *David ne veut jamais payer* (INF1, INF2).

Mutuelle (R1, 1'36-1'59)

1. CHE non mais si il est disposé euh
 2. INF1 non mais en ce moment il y a plus des il y a des retours
 3. CHE vous le sentez bien
 4. qu'il veut prendre une mutuelle
 5. pas de soucis je l'accompagne [rire]
 6. INF2 ah oui d'accord
 7. MED2 [rire]
 8. INF2 merci PRENOM-CHE
 9. INF1 bah il a déjà été les voir
 10. il sait le prix il sait où
 11. la MMC quarante-cinq euros par mois
 12. INF2 ah il y a plus que ça [i]
 13. INF1 mais euh c'est c'est le moment de payer que c'est plus dur
 14. INF2 écoute PRENOM-CHE c'est faut que tu l'accompagnes
 15. INF1 avec DAVID c'est pour payer
 16. c'est pour déboursier ses sous que c'est plus dur
 17. INF2 c'est un peu dur hein
 18. EDUC bah il va avoir la MMC à quarante-cinq euros par mois quoi
 19. INF2 c'est un peu dur hein [0.19]

Les études des récits produits dans les interactions de soin ont porté généralement sur les récits de patients en santé mentale (Muntigl 2016 ; Turowetz 2015) ou dans le cadre de protocoles d'élicitation (Takagi 2019).

Comme nous l'avons illustré ci-dessus par les récits *Abcès* et *Mutuelle*, les deux (proto-)types dégagés par Ochs (2014) sont représentés dans le contexte interactionnel de la réunion de soin. Or, la plupart des récits analysés présentent des caractéristiques hybrides et ne se conforment pas à la macrostructure du modèle labovien. Les lignes suivantes permettront d'exposer quelques caractéristiques liées à la séquentialité des récits en ISRE.

3 Autour de la séquentialité

3.1 Séquentialité et temporalités

Le plan temporel à plus petite échelle est l'énonciation d'attribut en temps « réel » d'interaction ; il s'agit du niveau élémentaire de la construction discursive du soin par des fragments lexicaux et syntaxiques. L'échelle intermédiaire, l'interaction, comporte des séquences « thématiques » de construction du soin autour d'un usager donné, et des séquences à format spécifique comme les récits. L'échelle superordonnée est le parcours de soin, comportant au minimum une crise (celle qui conduit l'usager à se rapprocher de la structure de soin), qui s'étend sur une ou plusieurs ISRE et sera liée à des thématiques *plus* ou *moins* singulières pour l'équipe ; toute énonciation d'attribut locale est rapportée au parcours de soin global.

Notre exposé permettra d'observer quelques aspects de la coordination de différentes séquentialités à l'échelle de la situation de crise, répartie ici sur quatre temps interactionnels dans un intervalle de deux mois. Ces quatre « réunions » - séquences d'interaction consacrées au même usager – R1, R2, R3, R4 comportent au total 27 récits, qui durent entre 6 et 64 secondes. La densité en récits est la moins importante dans la séquence la plus longue (R2), où seulement environ un tiers du temps est occupé par les récits ; dans les séquences courtes, la proportion dépasse les deux tiers. De même, les récits proportionnellement les plus longs sont situés dans les réunions plutôt courtes.

Dans le cadre des prises en charge de courte durée, l'activité de récit est généralement plus intensive en début de séquence. Aussi, plus la prise en charge de l'usager est récente et, en conséquence, l'expérience personnelle des soignant/es courte, plus la trajectoire interactionnelle suit la séquentialité standard des trois étapes (exposition des éléments de crise ; généralisation/diagnostic ; projection de la prise en charge). *A contrario*, l'évocation des prises en charge longues comme ici, typiquement liées aux cas compliqués avec des situations de crise récurrentes, présentent un déroulement souvent non linéaire des étapes (R1) et une intrication forte de l'activité de récit avec l'ensemble de l'interaction. Ici, les récits plus longs en début de crise sont entremêlés avec des attributs généraux (R1 : *Benzo*, présenté en 2.2). Un récit long en phase de sortie de crise semble en lien avec le bilan effectué : en R4, l'équipe dresse le bilan du parcours accompli au cours des derniers mois et projette l'étape suivante : la sortie de David du dispositif. Trois récits composent cet échange : le premier porte sur son installation dans l'appartement, le second sur la perspective de lui faire payer son traitement, et le troisième évoque les priorités d'accompagnement et les étapes accomplies. Atypique parmi les séquences de réunion, l'ensemble de cet échange très court est lui-même organisé comme un récit, sans trajectoire linéaire toutefois, mais en se terminant par un bilan : la sortie de crise paraît imminente.

3.2 La séquentialité dans le récit

Dans l'argumentation de Labov & Waletzky (1968), la séquentialité chronologique est quasi « essentielle » du récit oral : du point de vue référentiel, le récit représente une séquence temporelle⁹, qui induit des formats syntaxiques précis (*displacement sets, narrative heads*) et conduit à un développement de l'intrigue¹⁰ comme trajectoire (*i.e.* marquée par les étapes début/milieu/fin). Le récit prototypique est donc instancié par un ensemble d'attributs

⁹ « one method of recapitulating past experience by matching a verbal sequence of clauses to the sequence of events which actually occurred », Labov & Waletzky 1968.

¹⁰ Labov n'emploie pas le terme d'intrigue (*i.e. storyline*), emprunté à Ricoeur (1983).

spécifiques, typiquement ordonnancés de manière chronologique, comme dans le récit *Abcès* (R2) présenté ci-dessus en 2.3.

Le récit *Codéine* (R1, 23-30) présenté en 2.2, déclenché par la question de la médecin (MED2) de l'équipe, permet d'attribuer une explication au comportement de crise observé : le traitement des douleurs de dents par la codéine a pu lui « redonner le goût » des produits psychoactifs et le faire replonger dans la consommation. Ce dernier aspect (la crise) est développé par le récit *Benzo* (R1) qui se trouve dans le contexte amont immédiat. L'on pourrait alors envisager de traiter comme un seul récit l'ensemble de la séquence *Benzo/Codéine*, mais dont la linéarisation ne suit ni la séquentialité temporelle (qui serait *douleur des dents > traitement codéine > redonner le goût des produits > surconsommation*) ni causale (ordre inversé) des événements, mais constitue un mélange des deux logiques.

Un récit comme *Griller3* (R2), co-élaboré par MED1 et CHE, qui projette la séquentialité temporelle d'une démarche à suivre ne suit pas non plus l'ordonnancement chronologique des événements :

Griller3 (R2, synthèse)

Au cabinet X, un troisième dentiste vient d'arriver, il y a donc probablement des disponibilités pour des nouveaux patients. On devrait essayer de prendre RDV pour David, en présentant la situation particulière. Quand les collègues reviendront, on trouvera quelqu'un pour l'accompagner au rendez-vous. Sinon, il risque de ne pas y aller ou de se comporter mal, et on se fera griller.

Griller3 (R2, 7'49-11'13)

1. CHE hm donc euh voilà
2. MED1 bah essaie le cabinet euh **mais bon on s'est déjà**
3. **fait griller une fois**
4. **avec euh CORENTIN euh**
5. CHE lequel de cabinet
6. MED1 bah vers le l'ANPAA là où moi je vais
7. CHE d'accord
8. MED1 c'est vrai que nos gens ils se ils y vont pas
9. donc après tu vois
10. faut que quelqu'un l'accompagne (X) être sûr de
11. CHE oui oui f- bah eh c'est pour ça que j'ai pas après je
12. je me suis dit je vais attendre que les collègues reviennent
13. parce qu'il va falloir l'accompagner physiquement hein
14. MED1 hm
15. parce que eux euh ils ont le troisième dentiste qui vient
16. d'arriver en principe ils
17. CHE hm
18. MED1 mais faut quand même présenter la situation parce que
19. CHE bah oui oui oui oui
20. MED1 (c'est) quand même particulier hein
21. CHE hm [1.55]
22. MED1 je voudrais pas être celle qui lui enlève la dent hein [i]
23. CHE donc voilà
24. MED1 tu vois c'est compliqué aussi
25. CHE donc euh à suivre

La séquence temporelle est virtuelle et son instanciation n'est pas linéaire : le risque de discréditer la structure en conséquence du désistement éventuel de l'usager est mise en avant, juste après la désignation du cabinet ; la référence à la prise de rendez-vous précède l'information qui fait imaginer la vraisemblable disponibilité de ce cabinet ; enfin, l'option

d'un accompagnement est formulée avant la condition opérationnelle, à savoir, le retour de vacances des collègues...

Beaucoup de récits analysés présentent des formats incomplets ou sont des récits « embryonnaires », en particulier, lorsque la séquentialité temporelle est réduite ou condensée :

CMU1 (R2, 4'23-4'30)

1. MED1 alors [0.61]
2. lui ce qui aurait été bien [0.35]
3. je pense maintenant hein [0.43]
4. c'est qu'il y ait une AL un ALD⁽¹¹⁾ cent pour cent [1.41]
5. c'est ça qui aurait été bien [0.49]
6. et ça ça peut être fait que par un médecin généraliste
7. ou un médecin psychiatre
8. INF2 ouais
9. MED1 **tu vois je suis en train de penser** [0.21]
10. **(puisqu', ce qu')on a galéré avec sa CMU** [1.42]
11. **tu vois**
12. CHE ouais [0.20]
13. MED1 ça ç- ç- tu vois j'y pense euh [1.04]
14. CHE bah faudrait qu'on voie avec euh son médecin traitant
15. avec HERVE

Si le procès est explicité par une seule prédication (*on a galéré avec sa CMU*), il est toutefois représenté comme une trajectoire comportant différentes étapes, d'après le lexique verbal « galérer » longues et complexes, à ne pas en douter : s'agit-il d'un récit ? D'autres éléments démarquent la séquence de l'interaction : les indices prosodiques (silences), la présence d'une évaluation propre du procès contenu dans le terme, ratifiée par CHE, et le cadrage par les marqueurs métadiscursifs *tu vois je suis en train de penser* et *ça tu vois j'y pense* : il s'agit d'un événement « hautement racontable » dans la typologie labovienne, car cela ne devrait pas se passer ainsi.

Accompagner physiquement (R2, 9'36-9'42)

1. INF1 c'est vrai que nos gens ils se ils y vont pas donc après
2. tu vois faut que quelqu'un l'accompagne être sûr de
3. CHE **oui oui f- bah eh c'est pour ça que j'ai pas après je**
4. **je me suis dit je vais attendre que les collègues reviennent**
5. **parce qu'il va falloir l'accompagner physiquement hein**
6. INF2 hm hm
7. MED1 hm

Ici, on note une amorce de clause (l.3 : « j'ai pas »), légèrement allongée, qui allude le fait que CHE n'a pas encore appelé ce cabinet (contexte amont), qui est suivie d'un marqueur de séquentialité (« après ») et du discours rapporté, autre format hautement caractéristique du récit (Rendulic 2018).

Tous les « récits » très courts, comme les deux qui ont été présentés, élaborent une expérience dotée d'une séquentialité certaine. En termes de produit textuel, il ne s'agit vraisemblablement pas d'une narration. Cependant, en terme d'activité, ces séquences participent de l'élaboration des mondes partagés, en rappelant les expériences communes ou déjà évoquées.

¹¹ ALD : Affection Longue Durée.

3.3 L'intégration du récit à l'interaction

Contrairement à ce qui est mis en exergue par de nombreuses études, la « reconfiguration de la perception, construite au fil du temps, qu'[ont les narrateurs] de leur personne et du monde » (Ochs, 2014:52) n'est pas ici instrumentalisée à des fins communicatives, mais constitue la motivation même de l'élaboration du récit en ISRE : il s'agit, en effet, de dégager d'une expérience concrète un « diagnostic » partagé qui fournira la base d'un projet de soin commun. À cet égard, la dimension évaluative du récit, habituellement nécessaire pour l'interprétation de l'intrigue et donc de l'intérêt même de la narration (« Narratives are usually told in answer to some stimulus from outside, and to establish some point of personal interest », Labov et Waletzky 1968, figure 3), est intrinsèque aux récits produits en ISRE. La cohérence entre l'*orientation* et la *complication* s'articule ici entre l'usager, la thématique et la crise. Le récit, s'il est à propos, se justifie en tant que tel : il s'agit en effet d'une des particularités de l'ISRE que de thématiser les événements concrets dans le but même de les abstraire vers des catégories consacrées du soin.

La prise en charge collective de l'élaboration des récits par la « communauté de narration » (Ochs 2014) s'exerce sur tous les plans, séquentiel y compris. Nous ne pourrions pas nous attarder ici sur les rapports de place qui conditionnent le déroulement interactionnel. Mais la pluralité des narrateurs et la dynamique interactionnelle dans son ensemble favorisent une intégration forte des récits dans l'interaction.

Dans la plupart des récits étudiés, l'étape de l'orientation est très réduite, voire absente : en réalité, l'orientation superordonnée est l'introduction du nom de l'usager en début de (séquence de) réunion comme thème discursif. Dès lors, le récit émerge fréquemment d'une thématique saillante ou latente, ce qui peut expliquer la contiguïté ou l'imbrication de certains récits, qui prolongent une thématique précédemment élaborée. Le cas échéant, le résumé peut être donné sous forme de question ou de sollicitation d'un membre de l'équipe, qui peut être compris comme invitation à initier un récit. Certains récits sont amorcés par un attribut généralisant qui conduit à l'élaboration d'un récit dans la suite (*Benzo*, R2). De manière générale, le travail de formulation dans l'interaction conduit les locuteurs à faire des choix concernant le degré de précision de l'élaboration séquentielle. De ce fait, beaucoup de récits comportent des attributs généralisants, qui se combinent aux éléments particularisants ou qui sont ré-élaborés par un récit plus spécifique dans le contexte amont ou aval (*Griller1* et *Griller2*, R2).

L'évocation en ISRE d'un événement particulier extérieur à cette interaction lui confère une dimension évaluative certaine : le récit sert à argumenter en quoi la crise en est une. En cela, nous avons affaire à des expériences « hautement racontables », et nos récits se démarquent pour la plupart par des postures morales généralement assez certaines, sans qu'elles soient nécessairement consensuelles. Par exemple, à la fin d'*Abcès* (présenté en 2.3), la MED1 s'impatiente du rythme de progression et anticipe ce qu'elle imagine être la résolution (I.30) et qu'elle va contester dans la suite (I.39). L'issue du récit montre donc l'appréciation différente de la situation par CHE et MED1, qui s'approprient à engager des trajectoires différentes pour la suite de l'interaction.

Le dernier récit de R4, qui semble faire le bilan du parcours accompli, est particulièrement polyphonique. Le récit est déclenché par la perspective de la sortie de David du dispositif :

Vous ne faites rien pour moi (R4, 0'31-1'05)

1. INF1 [rire] PRENOM-CHE lui dira parce que
2. [rire]
3. CHE non non mais pour l'instant tant qu'il était à l'Ashra¹²

¹² Centre d'accueil de nuit.

4. INF1 ouais
5. cette semaine il est sur un nuage mais
6. CHE on pouvait pas le sortir de l'unité méthadone
7. INF1 [bruit de bouche] [rire]
8. CHE on est peut-être bien d'accord [0.24]
9. donc euh [0.44]
10. le la question c'était pas une question la la mutuelle
11. c'était plutôt pour ses soins dentaires [0.54]
12. INF1 une fois par mois [rire]
13. CHE que c'était important
14. MED1 oui pour tout quoi
15. INF1 une fois par mois c'est la récurrence et
16. CHE pour tout pour tout de manière globale
17. INF1 vous ne faites rien pour moi [rire]
18. MED1 non mais parce qu'on l'a déjà pas mal aidé là
19. INF1 pff
20. MED1 là après il peut
21. INF1 puis en fait il l'a fait tout seul
22. MED1 mais oui
23. INF1 comme un grand il a été trouver quelqu'un de l'Udaf¹³ pour euh
24. INF2 oui voilà pour l'appartement
25. INF1 l'aider à trouver son appartement et puis euh
26. CHE non non il a bien fait ses démarches hein
27. INF2 oui oui
28. CHE là il reste plus que sa mu- cette histoire de mutuelle
29. INF1 quand il veut il peut hein
30. INF2 hm hm [0.28]
31. oui

Instancié conjointement / parallèlement par INF1 et CHE (en plus des contributions de INF2 et MED1), et partant du moment présent (transition entre la vie en foyer et en appartement), le déroulement global comporte deux trajectoires très différentes :

- INF1 rappelle les plaintes récurrentes de David de ne pas recevoir suffisamment de soutien (un discours rapporté avec une voix théâtralisée, l.17), alors qu'il semble pouvoir se prendre en charge (l.23, l.29).
- Étant sollicité par INF1 pour annoncer la nouvelle à David, CHE rappelle les conditions du maintien prolongé : l'étape de l'appartement était une condition nécessaire¹⁴, alors que la contraction de la mutuelle était urgente pour les frais dentaires ; CHE semble vouloir terminer cette étape avant la mise en relais.

Ces deux trajectoires caractérisent des récits à part entière, mais liés par la communauté d'interprétation : dans les deux récits, on entend la lassitude de INF1, qui se trouve au contact quotidien avec David et qui ne souhaite pas lui annoncer la nouvelle de la mise en relais, craignant sa réaction. De la perception de la complexité de la situation et des obstacles auxquels se confronte le soin, le développement discursif dépeint parfois une crise qui engage tout autant les soignant/es que le/la soigné/e, et qui est alors une crise globale du soin.

3.4 Une progression thématique réursive

La formulation d'événements à caractère spécifique tels qu'ils sont explicités par un récit contribuent à élaborer le profil du soigné par des attributs concrets (situés), pour pouvoir

¹³ Union départementale des associations familiales.

¹⁴ Confier le traitement de substitution à un usager hébergé en foyer pose de nombreux problèmes liés au stockage et à la sécurité.

progressivement prendre la distance nécessaire et aboutir à un relatif consensus indispensable pour la construction d'un projet de soin cohérent. Or, dans bien des cas, nous observons une récursivité dans l'émergence des récits. Cinq thématiques sont élaborées par plusieurs récits au fil des réunions ; les trajectoires esquissées sont diverses. La redondance sémantico-référentielle en plus des symétries lexicales placent sans doute certains récits dans un rapport de reformulation ou d'étayage. Mais bien souvent, ces ré-élaborations ont une fonction argumentative dans l'interaction, en particulier, de travailler l'évaluation de la situation de crise. Autrement dit ces récits contribuent à orienter le projet d'action en cours d'élaboration. Ces caractéristiques donnent à voir le projet de soin émergent, fragile et questionnable. On observe enfin des variations d'échelle, en alternant entre l'expérience concrète et la synthèse plus générale, qui font résonner le récit avec le parcours de soin dans son ensemble.

Par exemple, le thème de la CMU est élaboré à trois reprises :

CMU1 (R2, 4'23-4'30) : présenté en 3.2

CMU2 (R2, 5'12-5'28)

1. MED1 non mais c'est hors euh ce que je te dis ce qui est dit là parce
2. que la CMU c'est bon c'est par- c'est fait ou pas
3. CHE ça y est j'ai terminé
4. MED1 [rire] bon ben alors
5. CHE son dossier de CMU la semaine dernière
6. MED1 si tu as terminé on va pas [rire] on va l'utiliser [0.28]
7. CHE attends il a pas encore comme i- il a pas droit à la CMU
8. il a droit à une aide à la mutualisation
9. MED1 d'accord
10. CHE donc après faut qu'on l'accompagne
11. MED1 parce que HERVE il va le voir souvent ou pas

CMU3 (R2, 5'41-6'11)

1. CHE de toute façon voilà donc là c'est quand même en bonne voie
2. puisque la semaine dernière on a terminé le dossier on l'a
3. MED1 hm
4. CHE fait quand même le dossier en une semaine hein c'est
5. quand même un exploit pour le DAVID pour qu'il amène
6. tous les documents en si peu de temps d'habitude c'est
7. c'est à peu près six mois pour avoir les
8. parce que quand on a besoin
9. donc là c'est là ça c'est passé rapidement
10. maintenant voilà le
11. MED1 parce que c'est toi qui t'en es occupé
12. CHE deuxième
13. la deuxième étape ça va être la de prendre la mutuelle
14. INF2 hm
15. CHE et après on est bon

Ici, la fonction d'étayage est patente : minimalement développé en CMU1, le thème est repris sous forme de microrécit en CMU2 (1.3-6), puis développé dans une séquentialité temporelle plus typique dans CMU3. L'évaluation de CMU3 (ça s'est passé rapidement, 1.9) s'inscrit d'ailleurs en faux avec celle de CMU1 (« on a galéré »).

Dans R2, on trouve aussi le récit *Bon moment* (10'09-10'16) qui reprend *Abcès* (6'09-6'51) en appuyant légèrement l'évaluation :

Bon moment (R2, 10'09-10'16)

1. CHE mais c'est vrai que là c'était le bon moment de le traiter
2. puisqu'il y avait plus d'abcès il y avait voilà c'était
3. idéal mais le problème c'est qu'on trouve pas de praticien

À l'échelle de l'interaction, cette nouvelle élaboration correspond au cadrage (par le chef de service) relatif à un problème non résolu. Le besoin d'insister pour mieux faire entendre son point de vue caractérise aussi la série des trois récits *Griller* : les deux premiers se suivent de près, le premier étant d'ordre général (MED1), le second plus concret (INF2) :

Griller1/Griller2 (R2, 7'48-8'13)

1. CHE alors je me suis dit peut-être si c'est un médecin qui appelle
2. ils auraient plus de succès que moi
3. [1.31]
4. MED1 **oh bah moi j'ai j'ai déjà fait pour les gens et puis qu'ils**
5. **y vont pas euh**
6. **non**
7. INF2 **oui c'est ça on se on se fait gri-**
8. MED1 **après on se grille hein**
9. INF2 oui voilà
10. MED1 faut voir hein parce que il est particulier quand même hein
11. CHE oui oui non mais là fallait voilà f- oui oui oui non mais
12. là il fallait l'accompagner physiquement parce que si on lui
13. prend un rendez-vous et puis qu'il y va pas euh
14. effectivement c'est un vrai problème
15. INF2 **parce que déjà avec KARIMA on a eu pour la faire aller chez**
16. **le dentiste je sais com- pas combien de fois elle a**
17. **elle a pas été que ils sont vraiment euh**
18. MED1 hm
19. INF2 **c'est c'est c'est pas simple hein euh**

Griller3 (présenté en 3.2) est à nouveau initié par MED1, mais qui élabore cette fois-ci elle aussi un cas concret, en guise d'argument supplémentaire.

L'accompagnement, qui donne lieu à sept récits, est la thématique la plus élaborée. Ceci s'explique en partie par la centralité de cette mission pour le service : les quatre récits en R2 détaillent, de façon partiellement redondante, les démarches déjà effectuées (2 récits) et celles projetées (2 autres récits) à l'échelle de l'interaction ; celui en R1 rapporte les accompagnements inaboutis dans d'autres organismes ; celui en R3 le projet d'action du moment (échelle de l'interaction) ; celui en R4 revient sur l'ensemble de la prise en charge, à l'échelle du soin.

Enfin, la mise à contribution financière de David est élaborée par quatre récits (en R1, R2, R4). Tout au long de la crise, l'évaluation semble presque stable... Ce sont surtout les ressources qui évoluent : dans *Mutuelle* (R1, présenté en 2.3), la difficulté de faire payer David est énoncée explicitement et de façon très redondante à propos d'un événement concret ; dans *Payer1*, MED1 reprend ce thème en généralisant (« il ne peut jamais payer »), et dans *Payer3*, le rythme de progression de l'interaction crée un quiproquo qui est accueilli dans l'hilarité générale :

Payer3 (R4, 0'22-0'27)

1. INF1 manque plus que la mutuelle [rire]
2. [rire]
3. puis je le mets en relais
4. [0.94]
5. PSY il est presque à son rendez-vous de janvier alors
6. MED1 mais il a l'AAH DAVID

7. INF1 oui
8. MED1 eh ben on décidera en janvier que si il a pas de mutuelle
9. il se paie son traitement parce que je pense que ça
10. EDUC c'est sûr
11. CHE non mais ça il y a pas de soucis [0.32]
12. MED1 comment ça il y a pas de soucis [0.62]
13. INF1 [rire]
14. INF2 [rire]

Après avoir avancé en R2 que David serait prêt à payer sa mutuelle (*Payer2*), CHE se montre à nouveau optimiste ici au sujet de l'issue du processus engagé...

4 Récit et élaboration discursive de la crise

Dans les réunions d'équipe en contexte de soin, l'interprétation collaborative des événements est une méthode majeure pour la définition du projet de soin. Le récit prend place naturellement dans cette dynamique interprétative. Nous avons montré comment les récits dans les ISRE permettent de co-articuler différents attributs qui élaborent le profil de l'utilisateur au fil de la remise en perspective du parcours de soin, le cas échéant, au fil des crises. Certaines caractéristiques dégagées font apparaître les formats de récits comme non canoniques : la dynamique interactionnelle orientée du passé (expérience contée) vers l'avenir (le projet de soin) induit une diversification des ancrages temporels (passé, présent, conditionnel, futur) ; les récits sont mêlés à des attributs génériques, et les récits eux-mêmes peuvent condenser des expériences spécifiques en terme de généralisations et rendent incertaine la limite entre description et narration ; au regard de l'élaboration variable de la densité/homogénéité d'un événement, la trame séquentielle du récit est une trajectoire temporelle élaborée autour d'un ou plusieurs événements spécifiques, où les étapes du processus (début/milieu/fin) ne sont pas toujours explicitées.

La structuration linéaire où le récit peut être entrecoupé d'autres attributs qui ne relèvent pas du récit semble directement induit par le contexte interactionnel, où la finalité de l'échange est de converger vers un projet, *commun* : indirectement, la donnée co-constructionnelle (*i.e.* la communauté d'interprétation) conduit à l'émergence d'un macro-format qu'on pourrait qualifier de « récit filé », mêlé à l'activité interactionnelle, combinant différentes temporalités, et qui n'est pas toujours clairement délimité.

Le présent énonciatif dans lequel se construit le récit permet en effet de faire la jonction entre la crise (le déséquilibre) observé et les actes susceptibles de la dépasser (le soin). Le récit apparaît donc comme une ressource centrale dans l'explicitation du constat de crise et permet, dans la temporalité supérieure, dans la projection du prolongement du processus du soin.

Références

- Bres Jacques. (1994). *Le récit oral suivi de Questions de narrativité*, Montpellier, Praxiling.
- Chaudet Vincent. (2020). Parler et penser en équipe l'admission et l'accompagnement éducatif d'enfants placés au regard de leur situation extrême, *Éducation et socialisation* 57 (URL : <http://journals.openedition.org/edso/12433>; consulté le 21 avril 2021).
- Couper-Kuhlen Elizabeth et Selting Marget. (2018). *Interactional Linguistics: Studying Language in Social Interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Drew Paul et Heritage John. (1992). Analyzing Talk at Work : An Introduction, in P. Drew et J. in P. Drew / J. Heritage (eds), *Talk at work*, Cambridge: Cambridge University Press, p. 3-65.

- Erikson Erik H. (1982). *Enfance et société*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Fish Stanley. (2007). *Quand lire c'est faire. L'autorité des communautés interprétatives*, trad. DDe l'américain par E. Dobenesque, Paris, Éd. Les Prairies ordinaires.
- Fondaire Marie et Larose Suzanne. (2007). *Détresse psychologique en situation de crise*. Ed Quebecor, Montréal.
- Formarier Monique et Jovic Ljiljana. (2012). *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition*. Toulouse, France: Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- Gulich Elisabeth et Quasthoff Uta. (1986). Story-telling in conversation: Cognitive and interactive aspects. *Poetics*. Elsevier 15(1-2). p. 217-241.
- Kaës René, Anzieu Didier et Missenard André. (1979). *Crise, rupture et dépassement psychologique*. Ed Dunod.
- Kleiber Georges. (1984). Dénomination et relations dénominatives, *Langages*, 76, p. 77-94.
- Labov William et Waletzky Joshua. (1968). Narrative Analysis, in W. Labov et al. (éds.), *A Study of the Non-Standard English of Negro and Puerto Rican Speakers in New York City* (pp. 286-338). New York : Columbia University Press.
- Mortureux Marie-Françoise. (1993). Paradigmes désignationnels, *Semen* 8, p. 123-141.
- Ochs Elinor. (2014). Ce que les récits nous apprennent, *Semen* 37 (URL : <http://journals.openedition.org/semen/9865> ; consulté le 04 mai 2021)
- Muntigl Peter. (2016). Storytelling, depression, and psychotherapy. In Jessica Nina Lester & Michelle O'Reilly (eds.), *The Palgrave Handbook of Adult Mental Health*, London: Palgrave Macmillan, p. 577-596.
- Özyıldırım Işıl. (2009). Narrative analysis: An analysis of oral and written strategies in personal experience narratives, *Journal of Pragmatics* 41, p. 1209-1222.
- Ploog Katja, Equoy-Hutin Séverine et Mariani-Rousset Sophie. (2014). *Parole émergée. Corpus d'interactions de soin en structure pluridisciplinaire*. Besançon : Université de Franche-Comté. Métadonnées publiées sur <https://cococon.huma-num.fr/exist/crdo>.
- Ploog Katja, Mariani-Rousset Sophie et Equoy-Hutin Séverine (eds.). (2018). *Emmêler et démmêler la parole. Approche pluridisciplinaire de la relation de soin*. Annales Littéraires de l'Université de Franche-Comté (série Linguistique-Sémiotique-Communication).
- Rendulic Nina. (2018). Discours représentés et transformation de la réalité dans les récits oraux, in H. Barthelmebs-Raguin/G. Komur-Thillooy/ J.M. Lopez-Muñoz, S. Marnette & L. Rosier (eds.), *Le Discours rapporté. Temporalité, histoire, mémoire et patrimoine discursif*, Paris: Classique Garnier, p. 287-301.
- Ricoeur Paul. (1983). *Temps et récit* (tome 1). Paris : Ed.Seuil.
- Sacks Harvey. (1992). *Lectures on Conversation*. Oxford : Blackwell.
- Turowetz Jason. (2015). The interactional production of a clinical fact in a case of autism. *Qualitative Sociology* 38(1), p. 57-78.
- Takagi Tomoyo. (2019). Referring to past actions in caregiver-child interaction in Japanese. *Research on Children and Social Interaction* 3(1-2), p. 92-118.