

# De la parole plurielle au polylogue effectif. Les relèves inter-équipes à l'hôpital<sup>1</sup>

**Michèle GROSJEAN**

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

The analysis of multi-participant talk in workplace settings raises questions which are linked to the intricate connections between talk and working activity. The actions and transactions, objects and cognitive artefacts, status, functions and social rules that organize activity in the workplaces play a key role in the structuring of this multi-participant talk. Based on data from meetings between the leaving shift and the in-coming shift, collected from three French hospital wards, the article compares different types of structuring in multi-participant talk, switching from basic participation structure (symmetrical dialogue between leaving nurse and in-coming nurse, or between a leaving 'party' and an in-coming 'party') to a genuine polylogue which occurs at specific moments. We attempt to determine what triggers such a phenomenon. By way of conclusion, the resulting comparative study allows us to emphasize not only the role of local norms (talk and activity organization, use of cognitive artefacts), but also the role of professional status and production format in constructing participation frameworks during shift changeovers.

*Keywords:* polylogue, réunions, hôpital, cognition située, cadre participatif.

## Introduction

L'abord des situations de polylogue pose des questions théoriques nouvelles à l'analyse conversationnelle et notamment au cadre traditionnel de la communication en face-à-face, à la notion de tour de parole, au découpage même de l'interaction (Perin & Gensollen, 1992; Plantin, 1996; Cabasino 1998; Traverso, 1997; Grosjean & Traverso, 1998). Les réflexions fondatrices de Goffman sur les cadres participatifs dans «Forms of Talks» (1981, trad.fce 1987) ont à cet égard ouvert la voie à l'étude de situations de parole diversifiées dans lesquelles la conversation n'est plus la seule référence. Les situations de travail notamment, dans lesquelles «la transaction matérielle forme le contexte signifiant en même temps que l'unité d'analyse pertinente (et où) les paroles que peut prononcer l'un des participants ou les deux, constituent une partie intégrante d'une entreprise mutuellement coordonnée, et non d'une conversation» (Goffman, 1987, p. 151) constituent désormais un domaine d'étude à part entière pour l'étude des interactions verbales.

---

1 Une version anglaise de cet article a été soumise à *Journal of Pragmatics*.

C'est précisément dans le cadre d'une situation de travail hospitalière que nous avons étudié les réunions de relève qui se produisent trois fois par jour entre les équipes partantes et les équipes arrivantes<sup>2</sup>. Le corpus a été recueilli dans trois services de trois Centres Hospitalo-Universitaires, un service de médecine gastro-entérologique, un service de chirurgie digestive, un service de pédiatrie à l'occasion d'une recherche plus générale sur les communications à l'hôpital (Grosjean & Lacoste, 1999).

Après avoir défini le cadre théorique auquel nous nous référons pour cette étude: analyse conversationnelle, cognition située et distribuée, théorie de l'activité, nous étudierons les éléments contextuels qui cadrent cette pratique de parole spécifique qu'est la relève infirmière. Puis nous nous intéresserons à la manière dont se font les glissements d'une structure de parole plurielle à un polylogue effectif et inversement. Quels en sont les déclencheurs, comment se font les mouvements et selon quelles sont les formes?

Nous tenterons en conclusion d'établir des liens entre ces formes de la parole plurielle et les cadres sociaux dans lesquels elles se manifestent: normes et règles, statuts et rôles. Nous soulignerons à cet égard les liens étroits entre cadre participatif et format de production (Goffman, 1981), mais aussi la solidarité entre les formes de la parole plurielle et l'usage des objets, des artefacts cognitifs et des lieux.

## **I. La parole en milieu de travail: aspects théoriques et méthodologiques**

### *Parole et activité*

De nombreux travaux issus des *Workplaces Studies* en Angleterre (Heath & Luff, 1994) et aux Etats-Unis (Goodwin & Goodwin, 1997; Suchman, 1996) de l'anthropologie cognitive (Hutchins, 1994), ainsi que ceux menés par le groupe «Langage et Travail» en France (Borzeix & Fraenkel, 2001), ont mis l'accent ces dernières années sur l'intrication entre langagier et non langagier dans la parole en situation de travail (Boutet, Gardin, Lacoste, 1995). Comme le remarque Goodwin, «parole et activité se structurent mutuellement l'un l'autre d'une façon qui impose de repenser quelques-uns des cadres de base pour l'analyse des interactions humaines» (cité par Streeck, 1996, p. 365).

---

2 Les équipes qui font la relève sont constituées d'infirmières et d'auxiliaires: aides soignantes en service de chirurgie et de médecine, auxiliaires de puériculture en pédiatrie. La surveillante infirmière est parfois présente.

Comprendre un échange suppose alors, non seulement de prendre en compte les éléments non verbaux qui l'accompagnent et le bordent comme dans toute interaction, mais aussi de considérer les transactions et les actions auxquelles il est intimement lié par le biais de l'activité du locuteur. C'est ce déplacement du langage vers l'activité auquel conduit effectivement l'étude des échanges verbaux dans les situations de travail.

L'interrogation sur l'activité est au coeur des théories et pratiques de l'ergonomie et de certaines réflexions dans le domaine de la psychologie et de la sociologie. Pour le psychologue Vygotski (1985), l'activité est définie comme unité d'analyse intégrant à la fois les caractéristiques interactives (les échanges) et les caractéristiques individuelles des conduites (notamment perceptives, manuelles et cognitives). Il y a unité de la perception, du discours et de l'action au sein même de l'activité. Analyser des échanges en situation de travail suppose donc, dans cette perspective, de les considérer en relation avec les autres éléments de l'activité et notamment les actions physiques sur le monde, les prises d'information qui sont étroitement liées à la situation.

### *Parole au travail, situation et objets de l'action*

Dans le prolongement des perspectives ethnométhodologiques, le courant dit de l'«action située» (Suchman, 1996) s'intéresse, à la suite de Kendon (1990) et de Lave (1988), à la manière dont les territoires situationnels spécifiques déterminés par les postes de travail structurent la perception et la conscience des problèmes, et dont la relation entre les personnes, les sites et les activités joue sur les modes d'activité, de coopération. Par ailleurs, la prise en compte d'un type d'objet spécifique, les «artefacts cognitifs» (Norman, 1993), a conduit l'anthropologie cognitive à s'intéresser à la distribution de la cognition entre des hommes, des objets, des machines (Hutchins, 1994). De son côté, la sociologie française (Conein & Jacopin, 1993), et notamment la sociologie des sciences avec Callon (1988) et Latour (1989) avait mis l'accent sur le rôle des objets dans l'action et sur la solidarité dans l'action des objets et des hommes en développant la notion de réseau d'actants humains et non-humains.

Ce mouvement de prise en compte de plus en plus large de la situation qui lie cognition, action et communications au monde des objets, poursuit le mouvement engagé par Goffman: dans ce mouvement, la parole perd son statut privilégié; elle doit être intégrée, pour être comprise, au sein de l'enchaînement des actions et gestes du travail, des comportements non verbaux de

recueil d'information, de coordination, qui constituent l'activité. On considère aussi de plus près les liens entre écrit (papier ou informatique) et oral (Grosjean & Lacoste, 1998).

Ces perspectives théoriques ont des implications méthodologiques importantes: elles imposent de prendre en compte à la fois l'activité dans laquelle la situation de parole est prise, le cadre écologique et les divers objets de l'action. Ceci supposerait de disposer d'enregistrements vidéos pour observer dans le détail cette intrication des comportements verbaux, non verbaux et des actions: prise d'information, utilisation des artefacts, actions matérielles sur l'environnement. Lorsque ce n'est pas possible, cela impose au moins de procéder à des observations systématiques sur l'activité, l'usage des objets en relation avec le déroulement des échanges enregistrés.

## II. La parole plurielle

L'analyse conversationnelle a largement balisé le terrain en ce qui concerne le face-à-face conversationnel. L'abord de situations de parole plus collectives et en milieu de travail pose d'autres problèmes aux analystes. Nous en avons nous-mêmes soulignés certains aspects précédemment (Grosjean & Traverso, 1998).

### *Cadre participatif et format de production*

Bien que la possibilité d'éclatement de l'interaction soit maintes fois mentionnée par les tenants de l'analyse conversationnelle, leurs analyses portent généralement sur une interaction [*talk-in-interaction*] homogène et focalisée, dans laquelle se distinguent assez nettement un locuteur auquel peuvent être affiliés différents autres participants ratifiés, constituant ainsi une «partie» (Schegloff 1995) et des auditeurs (individus ou parties).

De façon tout à fait différente, chez Goffman (1981), c'est par l'éclatement de la représentation de l'interaction focalisée entre un émetteur et un récepteur que le polylogue est traité à travers la notion de cadre participatif défini comme «l'ensemble des individus qui ont accès à un événement de communication donné». Cette conception large conduit vers la notion de *situation globale* dans laquelle tous les individus réunis ont un statut participatif par rapport à un événement communicatif donné. Ainsi Goffman distingue les participants ratifiés parmi lesquels il distingue les auditeurs désignés (*adressed*) et les auditeurs non désignés (*non adressed*), et l'ensemble des tiers qui peuvent être plus ou moins autorisés: ceux qui épient

(*eavesdropper*) et ceux qui surprennent (*overhearer*) (1981). Ces propositions ont fait l'objet de différentes discussions, qui conduisent à introduire plus systématiquement une prise en compte de la *gradualité*: on peut ainsi parler de «degré de ratification», de «degré d'adresse» et de «degré de légitimité d'auditeur (nécessaire pour différencier les divers types de *overhearer*)» (Traverso, 1997). Les discussions de Clark & Schaeffer (1992) proposent quant à elles de distinguer le statut participatif attribué par le locuteur aux membres de son format de réception et celui que ces individus manifestent eux-mêmes, les deux ne coïncidant pas toujours.

L'éclatement de la notion de «destinataire» s'accompagne chez Goffman de celle de la notion de «locuteur» qui devient le «format de production». Cette conception permet de rendre compte de la profondeur énonciative des interactions. Chaque participant peut en effet occuper plusieurs «positions», à partir desquelles il peut parler («parler en tant que») et être désigné («il est désigné en tant qu'il est...»). Les changements de position énonciative (*footing*) sont incessants au cours des polylogues et chacun d'eux modifie aussi et en même temps le cadre participatif.

### *Etat de parole ouvert et focalisation*

Goffman (1981) notait deux caractéristiques distinguant la conversation de la parole en milieu de travail: le caractère subordonné de l'échange par rapport à l'activité, et le caractère «ouvert» de l'état de parole en ce que «les participants ont le droit mais non l'obligation de se lancer soudain dans un bref échange, puis de retomber dans le silence et cela sans le moindre marquage rituel visible comme s'ils ne faisaient qu'ajouter un nouvel échange à une conversation chroniquement en cours» (p. 144). La définition des «cadres participatifs» n'y est pas prédéterminée et elle varie en fonction de l'évènement. Dans ces audiences dispersées chacun peut-être témoin de communications qui ne lui sont pas destinées, et inversement doit parfois être alerté pour mobiliser son attention sur un évènement, une communication qui le concerne ce qui donne lieu à une focalisation locale. La focalisation est définie par Goffman comme la «concentration unique de l'attention intellectuelle et visuelle officiellement admise, concentration que tous les participants à part entière contribuent à maintenir» (Goffman, 1974, p. 117). C'est par rapport à cette focalisation que l'on distingue les individus qui participent à la rencontre – et qui se trouvent par conséquent «dans l'obligation de maintenir une certaine absorption dans ce qui se dit» (Goffman, 1987, p. 140), de ceux qui, se trouvant «à portée visuelle et auditive» de cette rencontre, y ont simple-

ment accès, sans être pour autant des «tiers». Cette situation d'entre-deux est très fréquente dans les contextes de travail collectif (Joseph, 1994; Légise 1998). On a alors des «configurations fluctuantes», comme le dit Légise, dépendant étroitement du déroulement temporel de l'interaction, des actions en cours et des participants engagés dans l'interaction.

Toutefois cet état de parole ouvert n'est pas toujours la règle dans les milieux de travail. La tenue de réunions organisées suppose, par définition même – une focalisation collective forte des participants qui est prescrite par la situation – des finalités précises supposant des thématiques autorisées et validées: c'est le cas de certaines des réunions de travail que nous allons étudier ici. Mais même dans ce cadre, la focalisation n'est pas toujours effective, les participants étant plus ou moins engagés dans la situation de parole plurielle du fait du nombre de participants, de leurs fonctions diverses et de l'intrication entre différents types d'activité. De plus les finalités et thématiques prescrites peuvent être respectées de façon variable.

Enfin la focalisation en un temps (t<sub>1</sub>) peut être suivie en un temps (t<sub>2</sub>) de scissions du cadre participatif, de polyfocalisations diverses à partir desquelles la focalisation collective reprendra (Grosjean & Traverso, 1998). Nous nous intéressons ici aux variations du schéma de participation le long d'un continuum et entre deux types caractérisés – parole plurielle en co-présence dans un état de parole ouvert – polylogue effectif et focalisé où les participants sont engagés collectivement dans un échange. Entre ces deux pôles de la parole plurielle, on peut repérer, sur un fond d'état de parole ouvert, des focalisations locales, partielles et sur un fond de parole focalisée, l'éclatement de la focalisation par scission ou polyfocalisation. Nous tenterons de décrire les modalités selon lesquelles on passe d'un état à un autre, et d'analyser les déclencheurs de ces passages.

### *Les indicateurs des cadres participatifs et de la focalisation de l'attention*

Ceci suppose de disposer d'indicateurs de ce cadre participatif: non seulement qui est adressé mais aussi qui est témoin de quoi, qui entend quoi, qui est «présent», qui est désengagé? Les termes d'adresse sont essentiels; mais aussi, comme le note Goffman, la direction des regards, l'orientation du buste, la hauteur de la voix sont à prendre en compte. Pour déterminer l'engagement des participants et la focalisation, les prises de parole sont naturellement centrales. Mais ce n'est pas suffisant, les participants pouvant être engagés dans une écoute active sans pour autant prendre la parole: les

positions respectives des participants, les regards des auditeurs sur le parleur, l'orientation de leur corps, leurs activités vont alors permettre d'avoir des indices sur la focalisation de leur attention<sup>3</sup>.

### **III. Les réunions de relève à l'hôpital, cadres et contextes**

A l'hôpital, les équipes se succèdent et doivent se transmettre l'information et les instructions concernant les malades, afin d'assurer la continuité des soins. C'est la fonction des réunions de relève organisées trois fois par jour entre les équipes partantes et les équipes arrivantes.

#### *Un déroulement ordonné et systématique*

Contrairement à la Réunion du Conseil Municipal étudiée par Wittko-Comeau (2000), la relève infirmière ne présente pas les mêmes caractéristiques formelles: elle a lieu de manière régulière trois fois par jour aux mêmes heures, mais elle n'est pas présidée. C'est l'infirmière partante qui en dirige le déroulement. Elle ne se déroule pas dans un lieu spécifique: on utilise le poste de travail des infirmières dans lequel elles préparent habituellement leurs soins, par ailleurs lieu de passage et d'information pour tous les personnels et parfois les malades ou les familles. Bien que prescrite par le fonctionnement de l'hôpital, elle ne répond pas à une procédure réglementaire proprement dite: il y a toutefois une obligation centrale, passer en revue tous les malades selon un ordre constant qui est déterminé par une liste des malades affichée ou selon l'ordre des chambres. Cette contrainte séquentielle prémunit contre l'oubli.

En fonction des services, nous allons le voir plus loin, les relèves concernent tantôt les seules infirmières, tantôt davantage de personnel, mais elles présentent toutes trois un script minimum commun. C'est toujours la participation infirmière qui l'institue et c'est autour de l'échange à propos des patients entre infirmières partantes et infirmières arrivantes que se focalise la rencontre. La relève est donc une réunion prévue, régulière et dont le déroule-

---

3 Ainsi la prise en compte de l'activité tout autant que celle des cadres participatifs imposerait de disposer de données vidéos. Pour notre étude à l'hôpital, étant donné la taille des groupes lors des réunions, l'exiguïté des salles, nous n'avons pu filmer mais les enregistrements sonores ont été systématiquement accompagnés de prise de notes détaillées sur la position des participants dans la salle, leur activités annexes, leur engagement physique ou désengagement Voir à cet égard la méthodologie que nous avons utilisée pour l'étude des relèves (Grosjean & Lacoste, 1999, p.216).

ment est éminemment prévisible et systématique. La prévisibilité est également retrouvée en ce qui concerne la thématique: les thèmes abordés sont en lien étroit avec la pathologie et les soins aux malades. Il est rare que d'autres thèmes émergent – discussion sur des faits d'organisation, questions de planning, commentaires sur les médecins ou d'autres membres du personnel – sauf lorsqu'ils ont à voir directement avec les soins.

Cette activité de transmission orale est doublée de transmissions écrites. Avant la relève orale l'infirmière partante note sur le dossier de soins, les observations et soins effectués par elle durant son service. Par ailleurs d'autres artefacts écrits peuvent être utilisés (planification murale des soins, fichiers de planification, tableau noir); on les réactualise avant la relève orale. Ces écrits portés par divers supports servent de référence durant la relève de différentes façons, nous le verrons plus loin.

### *Des règles de participation et de formalité différentes*

Si la logique de déroulement est partout la même, on note des fortes particularités en fonction des services dans l'investissement des lieux, la dramaturgie, le rapport aux écrits, la structuration du discours, l'organisation des thématiques. Nous en avons rendu compte par ailleurs (Grosjean & Lacoste, 1999). Nous nous arrêterons ici essentiellement sur les différences concernant la participation, la composition du groupe et la protection de la réunion par rapport aux autres activités, car ces deux éléments ont des implications importantes sur les formes des polylogues étudiés.

On peut relever deux tendances opposées qui sont caractérisées dans le schéma 1. L'une est représentée par le *service de médecine gastro-entérologique (M)* (schéma 1 b). La salle de soins où a lieu la relève reste, comme elle l'est habituellement, un site multi-activités où chacun vaque à ses occupations durant la période de relève. Le degré de formalité est faible, on peut interrompre l'échange de relève qui se déroule sans cérémonie. Les participants présents dans la salle ne sont pas tenus de se joindre à cet échange, mais ils peuvent le faire à leur gré. On peut donc y voir tantôt les seules infirmières arrivantes et partantes, tantôt un petit groupe de quatre à cinq personnes dont le degré d'engagement est variable et n'est pas requis durant toute la durée de la relève. Le dossier de soins portant les informations concernant chaque malade a été rempli par l'infirmière partante avant la relève orale; il est consulté préalablement par l'infirmière arrivante qui a noté parfois sur un petit papier les questions qu'elle a à poser.

L'aspect rituel est beaucoup plus fort dans *les services de chirurgie (C) et pédiatrie (P)*: la participation collective y est systématique, tous les aides-soignant(e)s et infirmier(e)s présents dans le service (et parfois d'autres personnels) sont appelés à participer à cette réunion et ne peuvent la quitter avant la fin. On peut y voir jusqu'à une dizaine de personnes. L'échange ne débute que lorsque le dossier de soins est rempli par l'infirmière partante et que tout le monde est là; on bat le rappel avant de démarrer, on installe la salle de façon spécifique en mettant des chaises en cercle. Quand on démarre, la porte est fermée, et l'échange est protégé des interruptions liées à l'activité, une personne se chargeant spécifiquement des soins courants et répondant au téléphone. Ainsi est assurée la tranquillité de la réunion et la focalisation sur le travail de relève proprement dit. Le site devient alors mono-activité, les activités habituelles de soins, sauf urgence vitale, sont alors interrompues. Les participants sont installés de façon circulaire autour d'une table généralement, les aide-soignantes sont souvent en deuxième ligne ou placées latéralement; les infirmières sont au centre ou en première ligne, et infirmière partante et arrivante se font très souvent face.

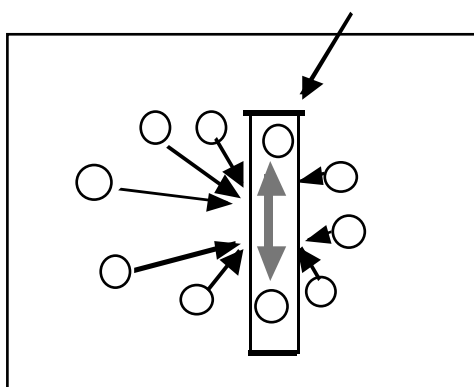
#### IV. Les cadres participatifs de la relève

Ces différences ont des effets sur la constitution des cadres participatifs et des structures de polylogue (voir schéma 1).

Schéma 1

a) Site d'activité la relève  
Émono-activité

Cadre participatif dominant  
Inf partante/ inf arrivante

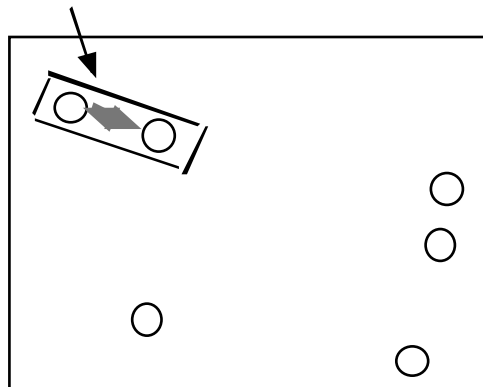


Etat de parole focalisé

Participants en nombre fixe  
Statuts de participation fixes  
Thématique unique: le tour des patients

b) Site Épluri-activité

Cadre participatif dominant  
Inf partante/ inf arrivante



Etat de parole ouvert

Participants en nombre variable  
Statuts de participation variables  
Thématiques disruptives liées aux activités concurrentes

### *Un dialogue à auditoire collectif*

Malgré ces différences, la structure minimum de l'échange est commune, à savoir celle d'un dialogue à auditoire collectif. Le format de réception est théoriquement collectif puisque chacun se doit d'avoir les informations concernant les malades; le schéma d'interlocution de type dilogal s'établit entre l'infirmière partante (I1) et l'infirmière arrivante (I2). Elles sont tournées l'une vers l'autre, elles se regardent. L'infirmière partante a l'initiative et apporte les informations, instructions et évaluations concernant chaque malade à l'infirmière arrivante (I2). Cette dernière se manifeste essentiellement par des interventions réactives sous la forme la plus simple qui est l'approbation (extrait 1), ou le plus souvent sous forme de demande d'éclaircissement (extrait 2).

Extrait 1: Service médecine

1. I1: alors Mlle Léaud au 1 donc il faut arrêter\ la déperfuser à 18h\ donc on arrête la réa les antibiotiques\ et elle peut manger sans sel\ léger\ sans résidus ce soir
2. I2: oui
3. I1: et elle a ses médicaments y compris le Solupred pour demain matin\ le lavement à lui donner en passant ce soir ou à 18h quand tu la déperfuses hein/
4. I2: oui
5. I1: elle est bien

Dans ce service de médecine où les dossiers de soins ont été lus par l'infirmière arrivante avant la relève orale, de nombreux passages des relèves orales consistent en commentaires, demandes d'éclaircissement, discussions à propos des transmissions écrites: l'infirmière arrivante a le dossier devant les yeux, on voit dans l'exemple suivant qu'elle recherche elle-même dans le dossier.

Extrait 2: Service médecine

1. I1: Mme Félix euh donc elle a eu son:: pardon elle a eu son:: sa demi - ampoule de Temgésic rien de plus pour elle\ euh Mr Deven donc il a ses poches euh et sa nutripompe\ rien de plus\ Mme Collet donc ça s'est bien passé elle a:: 37.5 de température euh ça va son lovénox\ euh:: Mr Manelan euh on lui a donné son sirop de chlorure de potassium\  
[ il a ]
2. I2: [ça a ] été prescrit à à la CV, à la contre visite/
3. I1: euh:: attends [je vais vérifier]
4. I2: [je vais regarder][recherche sur dossiers]
5. I2: c'est ça, à la contre visite\

Dans le service de chirurgie, la présentation de malade est beaucoup plus longue et les tours de parole de ce fait sont moins nombreux: on est dans un format avec une structure de récit de type monologal.

## Extrait 3: Service de chirurgie

- 1.11: Mr T. il est à J3 de son intervention sur ses escarres euh:: il ne pose pas de problème donc il reste toujours allongé\ Durand verra son pansement\ enfin il a passé une après-midi calme\ il a les deux redons y en a un qui donne pas:: beaucoup et l'autre qui donne un tout petit peu plus\ mais enfin pas énorme\ il fait toujours ses petits sondages\ sinon qu'est-ce qu'il y a eu:: (j'ai fait )une friction parce qu'il était rouge\ et voilà rien d'autre de particulier pour lui\ (.)il se plaignait de mal aux dents mais ce soir il n'en a pas reparlé\ on verra demain ce qu'on peut faire pour lui (*silence*) ensuite Melle D. elle est à J4 d'une appendicectomie\ elle va bien elle a marché dans le couloir un petit peu/ elle est toujours pas allée à selle\ elle a eu des gaz\ elle est toujours pas allée à selle donc elle a eu un suppo de Déductil qui n'a rien donné jusqu'à présent/ donc à voir si ça se déclenche dans la nuit ou demain matin\ voilà pas de problème\ elle est mignonne comme tout
2. I2: elle était pas déjà venue/
3. I1: non je ne:: crois pas ... pour autre chose je sais pas (.) je sais pas j'ai pas demandé elle partira samedi normalement\

Hutchins (1990, 1994), en développant une réflexion sur le rôle des outils dans la distribution des connaissances dans les collectifs, insiste sur certaines propriétés des outils – par exemple leur caractère «ouvert» ou «fermé» – qui permet ou non des utilisations collectives, des apprentissages à plusieurs. Dans ce service, la structuration en dialogue se trouve renforcée par l'usage des artefacts: l'infirmière arrivante (I2) ne lit pas les dossiers avant la relève mais elle consulte la fiche de planification des soins concernant le malade dont l'infirmière partante est en train de parler; elle vérifie ce faisant, la cohérence de ce qui est dit avec ce qui est écrit; mais elle dispose aussi d'informations qui ne sont pas énoncées publiquement car l'infirmière partante ne donne pas les informations qui sont sur ce fichier, considérant que ce serait redondant par rapport à cet écrit. Elles partagent donc des savoirs qui ne sont pas à la disposition des autres participants, ce qui renforce la structure du dialogue.

*Dans le service de pédiatrie*, les soignants n'ont pas lu le dossier de soins avant la relève orale et n'y ont recours qu'en cas de problème ou de vérification spéciale. En revanche, ils ont sous les yeux un planning mural sur lequel est indiqué chaque malade, ses soins et leurs horaires; au contraire du fichier utilisé dans le service de chirurgie qui ne peut être consulté que par une seule personne, ce planning mural livre ainsi en accès partagé une information publique, discutable et vérifiable, ce qui permet à chacun des membres présents de vérifier ce qui est dit et de contextualiser les propos tenus.

## Extrait 4: Service de pédiatrie

*L'infirmière a préparé un gavage comme chaque soir pour un enfant en vue du repas du soir. Lors de la relève, regardant les fiches situées dans le bas du planning mural, elle constate que*

*le gavage d'Arthur n'est indiqué que pour les lundi, mercredi, vendredi et dimanche. Il n'y aurait donc pas de gavage ce jour là:*

1. I1: attends là\ je comprends pas pourquoi gavage y a pas écrit jeudi aussi\... lundi mercredi, vendredi et dimanche
  2. I2: mais le gavage c'est tous les jours/ puisqu'on le fait rentrer\
  3. I1: lundi mercredi vendredi et dimanche
  4. I2: je sais pas
- I1 va vérifier dans le dossier de soins, découvre une nouvelle prescription médicale et revient en faire part aux autres.*

Du point de vue interlocutif on a donc dans les trois services une structure commune de base de dialogue à auditoire collectif avec un accès plus ou moins partagé aux sources écrites d'information et de contextualisation des échanges. Mais sur cette structure de base, le schéma de participation est très différent dans les trois services.

### *Focalisation collective*

Dans les services de chirurgie et pédiatrie la focalisation au sens où l'entend Goffman comme «concentration unique de l'attention intellectuelle et visuelle officiellement admise, concentration que tous les participants à part entière contribuent à maintenir» (1974, p. 117), est unique et concerne l'ensemble des participants: on peut donc parler de focalisation collective sur l'activité de relève menée par les deux infirmières. Le caractère mono-activité implique que les présents dans la salle le soient au titre de leur participation à la relève; ils ne sont pas autorisés à mener des activités concurrentes dans ce lieu et se doivent d'être attentifs, même à ce qui ne concerne pas leur secteur de travail, tous les membres de l'équipe devant être informés de ce qui se passe dans le service «à toutes fins utiles». Cette focalisation se manifeste par des dimensions participatives silencieuses et notamment la focalisation de l'attention qui est différente dans ces deux services du fait des artefacts cognitifs utilisés pendant la relève. L'accès restreint du fichier de planification à l'infirmière arrivante en chirurgie, conduit à une focalisation visuelle de l'ensemble des participants sur le couple infirmière partante infirmière arrivante. En pédiatrie au contraire, l'accès partagé au planning mural distribue l'attention visuelle des participants entre le dialogue infirmière partante et arrivante et le planning mural que ces deux infirmières regardent également.

### *Etat de parole ouvert, site multi-activités et foyer de focalisation sur la relève*

Dans le service de *médecine*, le fait que la salle de soins reste multi-activités modifie radicalement le cadre participatif: la focalisation collective de

l'attention disparaît au profit d'un état de parole ouvert. Les participants sont ratifiés pour leur activité dans ce site, mais la ratification pour la relève n'est requise impérativement que pour les deux infirmières partante et arrivante du secteur concerné. Quand il y a deux infirmières par secteur, la deuxième peut très bien ne pas y participer (elle aura droit à un bref compte-rendu après). Il en est de même pour les aides-soignantes et élèves. Ces dernières ne sont pas, de ce fait, dans l'obligation de maintenir une certaine absorption dans ce qui se dit, mais elles peuvent le faire aussi. On se trouve alors dans un site multi-activités, une situation de «co-présence non focalisée [...] où chacun vaque à ses occupations sous le regard des autres» (Grosjean, 1995, p. 33). Ceci détermine un «état de parole ouvert», cohabitant avec une focalisation d'une partie variable des participants sur la relève, voire avec d'autres rassemblements sur d'autres questions. Les effets sur la relève sont patents: c'est ainsi le polylogue polyfocalisé qui caractérise ce service.

### *Une hiérarchie des locuteurs*

Même dans le cas de focalisation collective le cadre participatif n'est pas homogène. Les locuteurs n'ont pas la même légitimité au regard de leur droit à la parole: c'est l'infirmière partante responsable de son secteur qui est locuteur de plein droit, car elle possède les savoirs sur les malades et les situations; l'aide-soignante partante devrait l'être également mais elle n'intervient que dans certaines circonstances, nous le verrons plus loin. L'infirmière arrivante responsable du même secteur est l'interlocuteur préférentiel de l'infirmière partante et ses interventions, le plus souvent réactives, sont également de plein droit. Sont également légitimes les infirmières et aides-soignantes qui ont participé plus ou moins occasionnellement au travail évoqué. Mais là encore il y a une hiérarchie, les aides-soignantes prennent moins la parole que les infirmières, nous verrons plus loin dans quelles circonstances. Tous les autres participants sont autorisés, mais leur intervention est improbable. Du côté des destinataires, ils le sont tous mais c'est l'infirmière arrivante qui est destinataire principale: c'est vers elle que les regards de l'infirmière partante sont tournés. En revanche, lorsqu'on est dans un site multi-activités avec un état de parole ouvert (médecine), l'intervention de n'importe quel participant est toujours possible; nous verrons pourtant plus loin que l'activité de relève reste prioritaire pour les deux infirmières concernées, et de ce fait définit le cadre participatif dominant.

La structure de base est donc celle d'une situation de parole plurielle, avec une focalisation sur le thème de la relève autour de deux interlocuteurs

privilegiés directement adressés et fortement engagés dans un échange de nature dilogale. Le polylogue n'y est que potentiel et ce n'est qu'à certains moments qu'apparaissent des polylogues effectifs et focalisés. L'analyse des séquences où cette participation s'élargit laisse apparaître deux types principaux: des séquences brèves où le polylogue apparaît tantôt comme annexé, subordonné au dilogue pour le renforcer, tantôt comme perturbation à ce dilogue. Des séquences plus longues où il s'agit réellement d'un élargissement effectif de la participation à l'activité de relève.

## V. Les polylogues subordonnés au dilogue

Dans ce cas de figure, nous avons regroupé les exemples où d'autres participants que les locuteurs principaux interviennent mais de façon ponctuelle. L'échange polylogal y apparaît subordonné à l'échange dominant duel, soit parce qu'il n'est là que pour le renforcer, soit parce qu'il est une parenthèse, le dialogue restant le cadre dominant.

### *Renforcement du dilogue: la constitution de parties*

Dans un certain nombre de cas la prise de parole de nouveaux locuteurs s'apparente plus au renforcement du dilogue par la constitution de «parties»<sup>4</sup> au sens développé par Schegloff (1995) qu'à un véritable polylogue. Ainsi dans l'extrait suivant, l'aide-soignante s'introduit dans le dilogue des deux infirmières pour pousser l'infirmière à donner des précisions sur l'énoncé précédent. En prenant la parole pour inciter l'infirmière à en dire plus, l'aide-soignante partante renforce en réalité le schéma du dilogue dominé par l'infirmière du matin. Infirmière (I1) et aide soignante (AS1) du matin fusionnent ce faisant en une «partie», celle des partantes jusqu'à faire chorus face à l'infirmière arrivante (tour 6)

Extrait 5: Service de chirurgie

1. I1: ouais, Mr Dubois est arrivé avec une ordonnance\ une liste de médicaments longue comme un jour sans fin\ mais en fait il prenait rien chez lui ou pas grand chose juste ça\
2. AS1 *s'adressant à I1* précise pourquoi il avait une ordonnance comme ça
3. I1: c'est le gendre ...
4. AS1: le beau père/ quand même

---

4 «This can involve their relative alignment in current activities, such co-telling of a story or siding together in a disagreement, or their several attributes relative to a momentarily current interactional contingency, for example, whether they are host or guest» (Schegloff, 1995, p. 33).

5. I1: le beau père de Mr P...(médecin connu)  
 6. I1 et AS1 (en chœur): donc, cela explique les ordonnances.

Cette intervention est à la fois à visée ironique mais également «à toutes fins utiles» pour l'arrivante, car il est de coutume de dire dans le milieu hospitalier que ce sont les malades qui ont dans leur famille un membre du corps médical qui posent très souvent des problèmes aux équipes soignantes.

On peut trouver cette constitution de parties assez régulièrement dans les trois services.

### *Sollicitation de nouveaux parleurs ou adresse implicite par le thème*

Les aides-soignants ont un engagement faible dans la relève en général car les questions médicales pour lesquelles ce sont les infirmières qui sont réputées compétentes, y tiennent le premier plan. En revanche l'abord de thèmes liés à la nourriture, au confort matériel du malade ou à l'élimination qui sont de leur ressort conduit souvent à l'élargissement du cadre interlocutif à ces dernières qui vont alors se constituer en partie: non plus comme précédemment – AS partante solidaire de l'infirmière arrivante – mais AS1 et AS2 comme responsables de cette partie des soins concernant ce qu'on appelle «le nursing». Cet élargissement peut se faire par adresse nominative comme dans l'exemple suivant dans le service de médecine ou du fait de l'état de parole non focalisé les aides-soignantes parlaient et vauquaient de leur côté:

Extrait 6: Service de médecine

1. I1: alors Mr Allani Marine/ diabétique et musulman  
*brouhaha*  
 2. I1: Marine↑ , Mr Allani diabétique et musulman

Mais le plus souvent l'infirmière s'adresse par le regard et la position du corps à l'aide-soignante concernée, voire comme ici (extrait 8. ligne 1, ligne 15) par un «hein». Dans tous les cas, le fait même d'aborder un thème de cet ordre est une adresse implicite aux professionnels qui en sont chargés.

Extrait 7: Service médecine

*Transmission de mi-journée: I1 (=du matin), I2 (= de l'après-midi), AS1 (=aide-soignante du matin), AS2 (= de l'après-midi)*

1. I1 euh...Madame Guel Madame Guel euh pareil hein/ toujours pareil elle mange pas  
 2. AS2 non hier soir euh...  
 3. I1 donc euh c'est pas...  
 4. I2 elle a de la fièvre non/  
 5. I1 non elle est bien elle a mangé quatre biscottes mais au repas de midi elle veut pas  
 6. AS2 le soir maintenant  
 7. I1 et quand elle a un

8. AS2 (avant aussi elle mangeait avant le soir mais maintenant elle)  
 9. I1 (petit peu de fièvre elle mange rien du tout de la journée) elle veut même pas les médicaments  
 10. I2 oui mais on l'embête/ elle veut qu'on la laisse tranquille/  
 11. AS1 mais oui mais on peut pas laisser les gens tranquilles  
 12. I2 oui je sais  
 13. AS1 ce serait plutôt le contraire qu'est ce que tu veux\  
 14. I2 oui mais depuis le temps  
 15. I1 bon toujours la même routine hein/ Nursing, comprimés à donner, essayer de la faire manger et surveiller si elle fait pas de bêtises  
 16. AS1 et puis tu prends du (*inaud*) dans le chariot (.) y en a plus (.) on a fini dans la chambre hein y en a dans le chariot dans un tiroir  
*reprise du dialogue (I1 à I2)*

Le polylogue focalisé qui s'instaure à l'occasion de l'arrivée du thème de la nourriture va se prolonger durant quelques échanges et impliquer également la seconde aide-soignante. L'ouverture de la parole est alors exploitée pour aborder rapidement des thèmes qui ne figurent pas au script de la relève – critique de l'action des médecins (AS1: «Mais oui mais on peut pas laisser les gens tranquilles» et sq ) – information donnée à l'infirmière qu'un produit manque dans la chambre du malade pour l'aider à organiser les soins. Contribution à l'information, jugements et évaluations, conseils pratiques: la gamme d'interventions des aides-soignantes dans la relève est assez variée mais nous n'avons noté aucune intervention longue de la part d'une aide-soignante. Elles s'expriment par des remarques ponctuelles, des avis assez brefs et leur prise de parole se doit généralement d'être légitimée par l'adresse implicite que constitue le thème. L'infirmière partante reprend assez vite la maîtrise du tour de parole et recentre sur le «tour» des malades qui est constitutif du déroulement de l'échange. C'est pourquoi nous considérons ce type d'échange comme subordonné et étroitement enchâssé dans le dialogue qui le légitime et qui est plutôt centré sur les soins infirmiers, les soins de nursing leur étant subordonnés.

### *Polyfocalisation liée au site multi-activité*

D'autres polylogues sont caractéristiques du service de médecine du fait du site multi-activités et du caractère relativement ouvert de la parole qui y règne. Ce type de situation engendre des «configurations fluctuantes» du cadre participatif (Léglise, 1998). Au noyau infirmière partante, infirmière arrivante peuvent s'agréger d'autres participants. Cette agrégation se fait – soit autour du thème de la relève, on a alors une focalisation collective émergente comme on le voit dans l'exemple des extraits 7 et 8 – soit du fait de l'irruption de participants engagés dans une autre activité. Dans ce cas on peut

constater une intrication des deux activités et une polyfocalisation des thématiques et du cadre participatif des échanges:

Extrait 8 Service médecine

111 à I2: alors Madame Asselin sa nutripompe à 10h, ce matin elle était finie à 6h donc on a changé la machine une première fois.. on l'a changée une deuxième fois::

*Interruption du fait de l'arrivée d'un brancardier (G) qui s'informe auprès de I2 sur un rendez-vous et cherche un bon dans les dossiers. L'infirmière reprend:*

211: parce que:: il y a eu un problème de:::

*Interruption brève toujours pour suivre des yeux ce que fait le garçon.*

311: de débit

4 I2 à I1: c'est à quelle heure de rendez-vous pour Mme H./

5 I1 à I2: c'est à 15h30

6 I2 à G: c'est à 15h30

7 I1 à I2: .alors Mme Asselin elle a eu un ASP vers 14h à récupérer. (à G) : c'est 15h30..

8 G: oui oui

9 I1 (à G): mais\_si je te dis que c'est vrai (à I2) . donc à récupérer et à montrer en contre-visite

L'infirmière I1 assure sa relève avec I2 mais cette activité est interrompue par une activité concurrente, celle de de G. le brancardier qui vient chercher une patiente dans le service et a besoin de l'heure du rendez-vous et du bon pour l'examen. Tout en respectant et suivant des yeux cette activité de G qu'elle juge légitime et urgente, I1 continue sa relève qu'elle considère comme la focalisation principale puisqu'elle y revient systématiquement (2.3.7 et 9 fin) malgré les interruptions, tout en assurant un autre échange parallèle, non subordonné au précédent avec I2 et G qui se retrouve enchâssé dans la communication principale (4.5.6) et parfois au sein des mêmes tours de paroles (7 fin, 9 début).

Mais c'est l'échange de la relève qui prime et l'infirmière partante s'efforce de le maintenir en tant qu'échange prioritaire. On a donc deux focalisations concurrentes et indépendantes l'une de l'autre mais l'une est maintenue au travers de la gestion de l'autre.

## **VI. Le polylogue effectif focalisé: l'irruption de formes conversationnelles**

Le dernier type de polylogue émergent dans la relève est le polylogue de type conversationnel que nous caractériserons par les aspects suivants: un échange focalisé plurilocuteurs où les statuts inégaux de parole, caractéristiques de la relève, disparaissent temporairement et où les thématiques abordées ne sont pas liées directement au statut professionnel de celui qui les aborde. Leur mode d'apparition paraît lié à deux facteurs, l'émergence de l'affect et les situations-problèmes. C'est dans le service de pédiatrie que l'on

trouve, lors des relèves, le plus d'échanges de type conversation plurilocuteurs avec égalisation des statuts participatifs; peut-être parce que c'est dans ce service que l'on retrouve le plus d'affect, du fait du type de patients accueillis- mais aussi parce que les situations de soins y sont plus complexes qu'ailleurs et génèrent des problèmes constants.

### *Notations affectives et gestion de l'émotion liée aux soins*

En pédiatrie, le fait que les patients soient des enfants favorise l'intrication constante de thèmes purement médicaux avec des thèmes de vie quotidienne et des notations affectives pour lesquelles les auxiliaires de puériculture se sentent autorisées à prendre la parole spontanément, entraînant les infirmières sur des thèmes non professionnels. Ainsi dans l'extrait suivant, lorsque l'échange se focalise (tours 5 à 13) sur le thème de la beauté de l'enfant, il y a pour un moment égalisation des statuts de parole avant que l'infirmière I1 ne termine cette séquence en reprenant le «tour» des enfants (tour 14):

Extrait 9: Service de pédiatrie

*I1 et AP1 infirmière et auxiliaire de puériculture partantes du secteur, I2 et AP2 infirmière et auxiliaire de puériculture de l'autre secteur, I3 et AP3 infirmière et auxiliaire de puériculture arrivante.*

1. I1: Zabeth c'est donc un syndrome néphrotique qui est résistant et qui serait éventuellement... enfin qui ferait une insuffisance rénale et qu'il y aurait éventuellement une dialyse si ça se passe mal quoi\ donc la seule place qui restait c'était à côté de Céline donc on n'a pas voulu la mettre à côté de Céline qui a déjà sa dialyse\ la maman étant infirmière travaillant en réa et en hémodialyse...elle a travaillé en hémodialyse/ la maman donc quand Michèle lui a parlé je veux dire la maman elle était effondrée\ Michèle elle a dit on peut absolument pas la mettre à côté de Céline
2. I3: ah d'accord
3. I1: donc c'est pour ça qu'elle s'est retrouvée chez les petits
4. I3: ça va\ donc si elle réagit bien aux () ce sera une forme simple
5. AP3: on l'a jamais eu/
6. I1: non (.) elle est su::per belle
7. AP1: c'est une petite noire
8. I2: elle est belle↑ hein/
9. I1: sa mère aussi... elles se ressemblent d'ailleurs je trouve
10. I2: oui
11. AP2: moi je l'ai pas bien vue mais elle est mignonne
12. I1: y'a que la maman qu'est:: le papa est blanc y'a que la maman (silence) et puis la gosse j'ai trouvé qu'elle::: elle est marrante avec ses::
13. AS1: elle est belle comme tout
14. I1: bon. Au 8, au 8 c'est une petite de 9 mois qui est venue pour une réintroduction, alors c'est la réintroduction nouveau protocole

Dans le service de chirurgie, la dimension affective est moins constamment présente. Mais dans certains contextes, on voit également surgir des séquences conversationnelles qui ont vraisemblablement pour effet de relâcher la pression par le partage des émotions. C'est le cas lorsque la relève porte sur des patients pour lesquels l'équipe a eu une charge de travail éprouvante, ou lorsqu'elle se trouve aux prises avec des malades dont les comportements particuliers soumettent les nerfs de chacun à rude épreuve, comme c'est le cas dans les deux exemples suivants:

Extrait 10: Service de chirurgie

*Il s'agit d'un malade qui refuse de se faire soigner par d'autres personnes que le médecin-chef, la surveillante et une infirmière plus ancienne dans le service, ce qui pose des problèmes inextricables puisque cette infirmière n'est là que lors de son roulement. Il faut donc que les infirmières et aides-soignantes rusent pour pouvoir lui donner les soins nécessaires.*

1. AS1: hier j'ai essayé de l'avoir pour la toilette et le rasage mais j'y suis pas arrivée.
2. AS 2: moi j'ai pas le droit de regarder son ventre (*rires*)
3. I: moi j'ai le droit de regarder quand même moi... mais pas toucher
4. AS1: Hier J. (*la seule infirmière qui a le droit de le toucher*) a branché le gavage, il m'a dit "Tss Tss", il a fallu que je me tourne (*rires*) pour qu'elle puisse le toucher. (*rires*)

Extrait 11: Service de chirurgie

*Un autre malade hospitalisé au même moment se dit médecin et se soigne lui-même avec un arsenal de thérapeutiques bien spécifiques: il refuse une opération dont il aurait besoin*

1. I2: et bien le monsieur qui avait sa colono, Giraud, j'pense à Giraud
2. I: il a eu quoi Mr Giraud/
3. I2: il sera opéré d'une colono ...
- 4.: (*brouhaha*)
5. I2: Intarissable sur les métiers de sorciers
6. AS: oh↑ il a toute une feuille↑
7. I1: tu parles de sorciers/ c'est verveine, armagnac (*rire*)
8. I: il potassait/ il avait un bouquin et il écrivait ...
9. I1: et pas n'importe lequel
10. I: oui tu parles il se sélectionne l'armagnac c'est du bon
11. I1: une tête d'ail ...
12. I: l'arquebuse aussi hein ...
13. I2: 5 ou 6/ Ah oui/ comme il a mangé ses gousses d'ail↑
14. I1: hier soir, juste avant de faire (*inaudible*)
15. I: c'est marrant parce toute la nuit il a dormi la fenêtre ouverte alors ça a été très bien sur le matin
16. I2: il est spécial
17. I1: il a peur des vampires c'est pour ça
18. AS: et il mange quoi.. de l'ail toute la journée/

Bien que le thème des échanges réfère constamment aux soins, aides-soignantes et infirmières, partantes et arrivantes, chacune participe avec un statut de parole égal, quelle que soit sa spécialité et son horaire de travail et sans que la parole soit distribuée par l'infirmière arrivante. Le rire partagé, les plaisanteries, le jeu sur les mots par les répétitions (Ex. 10), l'accumulation

des notations, la brièveté et la rythmicité des énoncés, (Ex.11) marquent également l'égalisation des statuts du fait de la dimension ludique que ces procédés installent.

Ces séquences conversationnelles sont toutefois toujours limitées et bornées par le dilogue. L'infirmière partante reprend assez rapidement son tour de parole: cette reprise se fait généralement par le biais de connecteurs spécifiques: notamment le «bon» est largement utilisé comme bornage de la séquence conversationnelle et comme retour à l'ordre de la relève comme on peut le voir à la fin de l'extrait 7 ligne 14 plus haut.

### *Les situations problèmes*

D'autres séquences quasi-conversationnelles peuvent se produire à l'occasion de situations-problèmes, notamment lorsqu'il s'agit de comprendre un protocole complexe ou lorsqu'il y a une décision à prendre et que la délibération s'impose. Mais s'il s'agit d'un problème lié aux soins techniques, la participation ne s'élargit qu'aux infirmières présentes: les auxiliaires comme on le voit Ex. 12 ne s'expriment pas. Il y a en revanche une égalisation des statuts participatifs entre les infirmières: ce n'est plus l'infirmière partante qui a les savoirs, c'est le groupe de pairs (la surveillante S. elle-même se positionne ici, non en tant que hiérarchique, mais en tant que professionnelle infirmière) qui cherche ensemble à résoudre un problème pour lequel chacune a peut-être le savoir décisif qui permettra de résoudre la question.

Extrait 12: Service de pédiatrie

- 1.11: tu comprends comment toi la fin là "si hypoglycémie, faire ça" /  
 2.12: oui si il fait l'hypo parce que attends il est où le:::parce que euh:: si tu veux ça c'est... si il fait l'hypo\ sinon on le fait à la fin de l'épreuve c'est la même chose seulement si il fait l'hypo il faut faire tout de suite ça  
 3.11: mais tu crois que s'il ne fait pas d'hypo on va faire ça en fin d'épreuve /  
 4.12: ah oui tout le temps on fait ça en fin d'hypo  
 5.11: ah bon parce que comme il avait marqué tout ça là je me suis dit on va peut être pas suivre ce protocole là  
 6.S: c'est un nouveau protocole /  
 7.12: non c'est toujours le même (..) seulement on le fait après 16h Eh Mari Lou / l'épreuve de jeûne se termine toujours par une IM de Glucagon /  
 8.13: non euh::: non le Glucagon je crois que c'est que s'ils font l'hypo  
 9.12: ben::: sur le protocole non  
 10.13: mais après le Glucagon tu as encore des prélèvements à faire /  
 11.12: ah oui  
 12.11: on reposera la question

*Polylogue et scissions: la reconstitution  
des «parties» professionnelles*

La structure du polylogue dans les réunions de relève est donc largement tributaire des fonctions exercées par les locuteurs, sauf dans les séquences affectives étudiées plus haut. Mais même dans ce type de séquence, les scissions qui sont une tendance forte du polylogue, cela a été souvent constaté, vont avoir tendance à se faire sur la base des statuts professionnels, du fait notamment de l'autosélection des parleurs par le thème.

Ainsi, dans l'exemple suivant, on a une séquence de type conversationnel de nature très affective: il s'agit en effet d'un enfant habitué du service à qui, pour la première fois depuis de nombreuses années, on supprime le gavage certains soirs (c'est-à-dire qu'il pourra venir à table avec les autres enfants et ne pas rester isolé dans sa chambre). Les infirmières et les aides-soignantes n'avaient pas vu, «pas réalisé» disent-elles, tant cela paraissait improbable, que ce gavage était supprimé ce soir-là. Elles partagent alors leur émotion avec l'équipe de nuit lors d'une séquence conversationnelle polylogale (échanges 1 à 10). Mais à partir de 11 la scission s'effectue sur la base des catégories professionnelles: les deux infirmières continuent leur relève sur des thèmes médicaux, les AP continuent sur le thème de l'enfant de sa vie, et sur les notations affectives.

Extrait 13: Service de pédiatrie

11. et AP1 (infirmière et auxiliaire puéricultrice partantes) à IN (infirmière de nuit arrivante) et AP2 (auxiliaire puéricultrice arrivante).

1. I1- pas de gavage pas d'APC [...]

2. I1- en fait on n'avait pas réalisé jeudi dernier que:: qu'il y aurait un jour::: sans gavage  
quoi

3. IN- ouais

4. I1- et comme c'est le premier jeudi

5. AP1- il obéit à tout ce que tu lui dis c'est fou ↑ ce soir, tu dis un truc

6. I1- c'est trop ↑

7. AP2- ah bon/

8. AP1- ah ouai:::s

9. AP2- j'ai cru que vous plaisantiez

10. I1- tu rends compte/ c'est la première nuit où il a rien

(échanges à voix plus basse)

12. IN- demain j'ai dit à C.

hein faut lui mettre tôt hein

13. I1- oui c'est moi demain

14. IN- vers 5 heures pour lui  
mettre son

(échanges inaudibles )

15. I1 oui

16. IN si c'est possible

12 AP1- (début de phrase

inaudible) d'habitude on  
est obligé de crier après  
c'est angoissant pour nous

13 AP2- ah ça c'est bien

14 AP1- mais là ce soir  
dis hein ... je lui ai dit tu lis

mais tu touches pas

les jeux hein/ tu lis

(2 échanges inaudibles)

*Reprise à voix plus haute et plus forte*

17. I1- c'est fou ↑ parce que j'veux dire c'est jeudi dernier en fait que ça a été prescrit on n'a pas réalisé on n'a absolument pas réalisé qu'un jour il n'y aurait... pas de gavage\ et pas d'APC\

18. AP1- on n'a pas réalisé on a focalisé (inaudible) .

La scission (interaction entre les deux auxiliaires de puériculture et interaction entre les deux infirmières) ne s'accompagne pas réellement d'un changement de thème mais de l'exploitation parallèle du même thème: plus technique entre les infirmières, plus émotionnelle entre les puéricultrices. Le changement se manifeste très nettement par un changement de hauteur de la voix et d'intensité de la part de I1 (à partir du tour 10) comme si elle abandonnait son statut dominant en matière de gestion de la parole en laissant se développer la scission jusqu'au moment où elle reprend la maîtrise de la conduite de l'interaction en augmentant la hauteur et l'intensité de la voix (tour 17); ce qui refocalise le polylogue qui reprend là où il s'était fragmenté (tour 10).

## **VII. Conclusion**

Nous pensons avoir montré comment les configurations de la parole plurielle lors des relèves inter-équipes à l'hôpital sont étroitement liées à l'activité, aux statuts professionnels et sociaux des participants, à la distribution des connaissances, aux dispositifs spatiaux ainsi qu'à la configuration des écrits. Elles sont également inscrites dans des rituels particuliers, dans des «régularités culturelles tacites qui encadrent et orientent les interactions locales» (Cicourel 1994) et qui, nous l'avons vu, sont différentes d'un service à l'autre. Sur la base d'une structure de base commune, celle du dialogue asymétrique entre infirmière partante et arrivante ou entre «partie» partante et «partie» arrivante, les services ont organisé leurs relèves – soit dans un site multi-activités, ce qui impose un état de parole ouvert – soit dans un site où les participants se rassemblent et se focalisent sur la seule activité de relève.

Cette structure de dialogue asymétrique est étroitement liée aux modalités de l'activité (le roulement des équipes) et à l'inégale distribution des savoirs entre équipes partantes et équipes arrivantes. C'est également cette asymétrie des savoirs qui engendre, à certains moments, la constitution de «parties» renforçant la structure même du dialogue. La structure dialogale est assouplie ou renforcée par le type d'artefacts cognitifs en usage. Leur accès partagé tendant à élargir le cadre participatif comme on le voit dans le service de pédiatrie qui utilise ce type d'outil tandis que les outils fermés (chirurgie) tendent à le restreindre. Les différences de statut professionnel et la

répartition des tâches entre infirmières et auxiliaires (AS et AP) sont également en cause: la maîtrise de la parole par les infirmières lors de la relève est patente et témoigne du fait que celle-ci concerne prioritairement les soins effectués par les infirmières.

Le polylogue n'est donc que potentiel et il émerge en diverses circonstances que nous avons cherchées à catégoriser. Il apparaît, à l'issue de ces tentatives de catégorisation, que l'élargissement des cadres participatifs lors des passages au polylogue effectif focalisé est étroitement lié au format de production. Les participants, bien que tous théoriquement autorisés à prendre la parole, ne s'engagent en tant que locuteurs, que dans les situations où la thématique de l'échange donne une légitimité à l'un de leur rôle: ainsi on les voit prendre la parole, lorsque le thème les concerne en tant que professionnels responsables (infirmières/ AS ou AP), en tant que membre de l'équipe ayant un savoir spécifique du fait de sa présence durant les dernières heures (groupe partant/arrivant), enfin en tant que membre d'un groupe professionnel qui peut contribuer à la résolution d'un problème (groupe des pairs). C'est probablement ce qui explique que l'on ne voit apparaître de polylogues focalisés quasi conversationnels avec égalisation des statuts de participation, que lors de l'émergence de thèmes plus affectifs, autour desquels chacun s'autorise à parler en tant que personne.

Enfin il nous paraît essentiel de souligner les effets des normes locales et des rituels sur les aspects socio-cognitifs de ces dispositifs que sont les relèves. L'efficacité de l'échange d'information, activité constitutive de la relève n'est pas identique dans l'état de parole ouvert et dans celui de focalisation collective. En schéma de parole ouvert on ne sait jamais, en dehors du dialogue institué, qui sait quoi, qui est témoin de quoi alors que la focalisation collective et la mono-activité impliquent que chacun soit au courant et sache ce que les autres ont entendu.

L'étude des situations de polylogues en situation professionnelle présente ainsi deux types d'intérêt: une dimension d'ethnographie de la parole et une dimension socio-cognitive dont les implications sont diverses dans l'étude des situations de travail.

#### *Conventions de transcription*

Les chevauchements sont signalés par des [...]

Les unités non lexicalisées sont transcrites en s'orientant d'après la phonétique:

Ex: Hm, mhm, euh,.....

L'allongement d'une syllabe est signalé par: "je lui ai dit:::"

- Ex: si::
- L'effacement d'une syllabe par "j"me disais"
- Les pauses et leur longueur par
- ... pour les pauses de moins d'une seconde
- x une seconde
- xxx autant de croix que de secondes jusqu'à 5 secondes. Pour les durées supérieures la durée est indiquée entre deux /. Ex: /15/
- Les passages incompréhensibles par (...)
- Les suppositions entre parenthèses rondes: Ex: Je (vois/crois)
- L'accent d'insistance en soulignant le passage
- Ex: Je ne veux rien
- L'intonation montante / montante forte ↑
- L'intonation descendante \ descendante forte ↓

## BIBLIOGRAPHIE

- Bargiela-Chiappini, F., & Harris, S. J. (1997). *Managing Language. The discourse of Corporate*.
- Borzeix, A., & Fraenkel, B. (eds). (2001). *Langage et Travail*. Paris: CNRS Editions.
- Boutet, J., Gardin, B., & Lacoste, M. (1995). Discours en situation de travail. Les analyses du discours en France. *Langages*, 117, 12-31.
- Callon, M. (1988). *La science et ses réseaux. Genèse et circulation des faits scientifiques*. Paris: La Découverte.
- Cabasino, F. (éd.). (1998). *Du dialogue au polylogue*. Rome: CISU.
- Cicourel, A.V. (1994). La connaissance distribuée dans le diagnostic médical. *Sociologie du Travail*, 4/94, 427-451.
- Hutchins, E. (1994). Comment le cockpit se souvient de ses vitesses. *Sociologie du travail*, XXXVI-4, 451-475.
- Clark, H.H., & Schaeffer, E.F. (1992). Dealing with overhearers. In *Arenas of Language Use*. (pp. 248-274). The University of Chicago Press: Center of the study of Language and Information.
- Conein, B., & Jacopin, E. (1993). La planification de l'action: les objets dans l'espace. *Raisons Pratiques*, 4, 59-84.
- Goffman, E. (1981). *Forms of talk*. Oxford: Basil Blackwell. (Trad. Fce: Façons de parler, 1987, Paris: Minuit).
- Goodwin, Ch., & Goodwin, M.H. (1997). La coopération au travail dans un aéroport. *Réseaux*, 85, 129-162.
- Grosjean, M. (1995). Contextualisations vocales en situations de travail. *Connexions*, 65-1, 27-42.
- Grosjean, M., & Traverso, V. (1998). Les cadres participatifs dans les polylogues. In F. Cabasino (éd.), *Du dialogue au polylogue*. (pp. 51-66). Rome: CISU.
- Grosjean, M., & Lacoste, M. (1998). L'oral et l'écrit dans les communications de travail, ou les illusions du «tout écrit». *Sociologie du Travail*.
- (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hospital*. Paris: PUF.
- Heath, Ch., & Luff, P. (1994). Activité distribuée et organisation de l'interaction. *Sociologie du Travail*, 4, XXXVI, 523-545.
- Hutchins, E. (1990). The Technology of Team Navigation. In J. Galegher, R. Kraut & C. Egido (eds), *Intellectual Teamwork*. (pp. 22-51). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- (1994). Comment le cockpit se souvient de ses vitesses. *Sociologie du travail*, XXXVI-4, 451-475.
- Joseph, I. (1994). Attention distribuée, attention focalisée: les protocoles de la coopération au PCC de la ligne A du RER. *Sociologie du Travail*, XXXVI-4, 563-587.
- Kendon, A. (1990). *Conducting interaction: Patterns of behavior in focussed encounters*. Cambridge: CUP.
- Latour, B. (1989). *La science en action*. Paris: La Découverte.
- Lave, J. (1988). *Cognition in Practice*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Léglise, I. (1998). Le problème de l'adresse en situation d'interaction plurilocuteurs dans les avions de la patrouille maritime. In K. Kostulski & A. Trognon (éds), *Communications interactives dans les groupes de travail*. (pp. 183-205). Nancy: PUN.
- Norman, D. A. (1993). Les artefacts cognitifs. *Raisons Pratiques*, 4, 15-35.
- Perin, P., & Gensollen, M. (1992). *La communication plurielle. L'interaction dans les téléconférences*. Paris: La Documentation Française.
- Kerbrat-Orecchioni, C., & Plantin, Ch. (éds). (1995). *Le trilogue*. Lyon: PUL.
- Schegloff, E. A. (1995). Parties and talking together: two ways in which numbers are significant for talk-in-interaction. In P.T. Haves & G. Psathas (eds), *Situated Order*. (pp. 31-42). Washington, D.C.: International Institute for Ethnomethodology and Conversation Analysis and University Press of America.
- Streeck, J. (1996). How to do things with things. Objets trouvés and symbolization. *Human studies*, 19, 365-384.
- Suchman, L. (1996). Constituting Shared Workspaces. In Y. Engeström & D. Middleton (eds), *Cognition and Communication at Work*. (pp. 35-60). Cambridge: CUP.
- Traverso, V. (1997). Des échanges à la poste: dialogues, trilogues, polylogue(s)? *Cahiers de Praxématique*, 28, 57-77.
- Vygotski, L.S. (1985). *Pensée et Langage*. Paris: Editions Sociales. (Trad. du russe par F. Sève).
- Witko, A. (2000). Une réunion mise en forme par des écrits. Le conseil Municipal. In S. Pène (éd.), *De nouvelles communications dans les organisations*. Paris: L'Harmattan.